**Программа восстановительного обучения пациентов с локальным поражением головного мозга.**

Разработала Перепелятникова Наталья Николаевна.

Содержание:

1. Пояснительная записка ………………………………….………….1
2. Практическая значимость ………………………………………….2
3. Принципы восстановительного обучения…………………………5
4. Основные этапы занятия ……………………...……………………8
5. Перечень необходимых пособий…………………………………...9
6. Библиографический список ……………………………...……......12

Приложения:

* 1. Программа восстановительного обучения пациентов с эфферентной моторной афазией.
  2. Программа восстановительного обучения пациентов с динамической афазией.
  3. Программа восстановительного обучения пациентов с афферентной моторной афазией.
  4. Программа восстановительного обучения пациентов с акустико-гностической афазией.
  5. Программа восстановительного обучения пациентов с акустико-мнестической афазией.
  6. Программа восстановительного обучения пациентов с семантической афазией

**1. Пояснительная записка**

В настоящее время проблема восстановительного обучения становится актуальной, т.к. возросло количество афазий сосудистого и травматического генеза.

Афазия – это системное нарушение речи, которое возникает при органических поражениях мозга, охватывает разные уровни организации речи, влияет на ее связи с другими психическими процессами и приводит к дезинтеграции всей психической сферы человека, нарушая, прежде всего коммуникативную функцию речи [56, С.15].

Афазии, возникающие при поражении верхневисочных и нижнетеменных зон, входящих во второй функциональный блок, 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 [27, С.404].

Причинами возникновения афазии являются нарушения мозгового кровообращения (ишемия, геморрагия), травмы, опухоли, инфекционные заболевания головного мозга.

Афазия вызывает ряд нарушений: речевых, двигательных и психологических, которые приводят к инвалидности, дезинтеграции человека и потере трудоспособности, поэтому восстановительное обучение обусловлено социальной и практической значимостью.

Восстановительное обучение должно проводиться по специальной, заранее разработанной программе и включать определённые задачи и соответствующие им методы работы, дифференцированные в зависимости от формы афазии (апраксии, агнозии), степени выраженности дефекта, этапа заболевания, индивидуальных особенностей нарушений речи, но восстановительная работа в ней должна вестись над всеми сторонами нарушенной функции, а не только над теми, которые пострадали первично.

Кроме того, восстановительное обучение прежде всего должно быть направлено на восстановление коммуникативных способностей больных.

В решении этих проблем нельзя недооценить роль логопеда в комплексе восстановления утраченных психических функций. Поэтому возникла необходимость создания нашей программы восстановительного обучения.

Теоретико-методологическую основу нашей работы составили учения классиков неврологии: Поля Брока и Карла Вернике. Исследования советских психологов во главе с профессором Александром Романовичем Лурией. Концепции о высших психических функциях – их генезе, структуре, связи с мозгом, разработанные в отечественной психологии ведущими советскими психологами: Львом Семеновичем Выгодским, Петром Яковлевичем Гальпериным, Дмитрием Борисовичем Элькониным. Научные труды Юлии Алексадровны Флоренской, Татьяны Григорьевны Визель, Любовь Семеновны Цветковой, Марианны Константиновны Шохор-Троцкой, Эсфирь Соломоновны Бейн, Виктора Марковича Шкловского.

**2. Практическая значимость**

Из теоретических основ изучаемой проблемы значим вывод о том, что поражение коры головного мозга человека может привести к тяжелым нарушениям важнейших психических процессов таких, как речь и мышление, письмо и чтение, память и конструктивная дея­тельность и т. д. Независимо от формы дефекта и степени его выра­женности нарушения психических процессов неизбежно ведут к тя­желому страданию деятельности человека, нередко изменяют его личность, глубоко травмируют всю психическую сторону жизни, нарушая тем самым нормальную жизнь человека и взаимоотноше­ния с окружающими его людьми, выключают его из общения, интел­лектуальной жизни и труда.

В нашей программе учитывается тот факт, что существуют особенности логопедической работы с пациентами с локальными поражениями головного мозга при повреждениях 2 и 3 блоков мозга, которые требуют дифференцированного подхода.

При поражениях передних отделов речевых зон левого полушария больной теряет плавную синтагматически организованную речь, хотя овладение сложными парадигматическими конструкциями язык остается в основном сохранным. Просодические (ритмико-мелодические) компоненты высказывания грубо страдают и не могут быть использованы для компенсации речевых дефектов.

Особенностью работы с пациентами с передними формами афазии является опора на сохранную парадигматическую систему и широкое использование развернутых внешних опор и постепенная их интериоризация по мере перестройки и автоматизации нарушенной функции. Для этого логопед превносит извне программы и схемы речевого высказывания, начиная от программирования и планирования слоговой структуры слова и кончая восстановлением планирования фразы и текста.

При поражениях задних отделов речевых зон левого полушария, в основном нарушается возможность овладения системой иерархических, парадигматически построенных конструкций языка, в то время как плавная синтагматически организованная речь остается потенциально ненарушенной и может страдать лишь в результате специальных причин (поисков звуков, слов или сложных логико-грамматических конструкций). Возникают нарушения фонематического, либо логико-грамматического строя речи, при этом плавные синтагматические компоненты речевого высказывания, так же как и его интонационно-мелодическая сторона остаются в основном сохранными и могут использоваться для компенсирования речевых затруднений (прием «ритмизированной прозы»).

При афазиях, возникающих при поражении височной или теменной долей левого полушария, прежде всего используется планирующие, программирующие и контролирующие функции левой лобной доли, обеспечивающие сознательность восстановительного обучения.

Сохранность третьего «функционального блока» позволяет воспитать у больного установку на восстановление нарушенной речи. Используются приемы работы, которые помогают реорганизовать сохранные звенья речевой функции: акустический контроль при афферентной моторной афазии, оптический и кинестетический при сенсорной афазии и т.д.

Следует отметить необходимость раннего восстановительного обучения, которое может предотвратить появление патологических симптомов и направить восстановление по более рациональному пути.

Поэтому особенностью нашей программы является совмещение процесса логопедического обследования с процессом восстановительного обучения, посредством использования разработанной нами логопедической карты обследования, а также выполнение принципа непрерывности обучения посредством использования пациентами индивидуальных рабочих тетрадей.

Практическая значимость заключается в том, что **д**анная программа восстановительного обучения может быть использована в работе логопедов-афазиологов реабилитационных центров, неврологических отделений и в логопедических кабинетах поликлиники, индивидуальные тетради пациенты с афазией могут использовать для самостоятельной работы в домашних условиях.

**3. Принципы восстановительного обучения**

Большой вклад по разработке принципов и приемов преодоления афазии внесли Э. С. Бейн, М. К. Бурлакова (Шохор-Троцкая), Т. Г. Визель, А. Р. Лурия, Л. С. Цветкова.

В логопедической работе по преодолению афазии используются общие дидактические принципы обучения (наглядность, доступность, сознательность и т. п.), однако в связи с тем, что восстановление речевых функций отличается от формирующего обучения, что высшие корковые функции уже говорящего и пишущего человека организованы несколько иначе, чем у начинающего говорить ребенка (А. Р. Лурия, 1969, Л. С. Выготский, 1984), при разработке плана коррекционно-педагогической работы следует придерживаться следующих положений:

1. После завершения обследования больного, логопед определяет, какая область второго или третьего «функционального блока» мозга больного пострадала в результате инсульта или травмы, какие области мозга больного сохранены: у большинства больных с афазией оказываются сохранными функции правого полушария; при афазиях, возникающих при поражении височной или теменной долей левого полушария, прежде всего используются планирующие, программирующие и контролирующие функции левой лобной доли, обеспечивающие принцип сознательности восстановительного обучения. Именно сохранность функций правого полушария и третьего «функционального блока» левого полушария позволяет воспитать у больного установку на восстановление нарушенной речи. Продолжительность логопедических занятий с больными при всех формах афазии составляет два-три года систематических (в стационаре и амбулаторно) занятий. Однако нельзя информировать больного о столь долгом сроке восстановления функций речи.

2. Выбор приемов коррекционно-педагогической работы зависит от этапа, или стадии восстановления речевых функций. В первые дни после инсульта работа ведется при относительно пассивном участии больного в процессе восстановления речи. Используются методики, растормаживающие речевые функции и предупреждающие на раннем этапе восстановления такие речевые расстройства как аграмматизм типа «телеграфного стиля» при эфферентной моторной афазии и обилие литеральных парафазии при афферентной моторной афазии. На более поздних этапах восстановления речевых функций больному объясняется структура и план занятий, даются средства, которыми он может пользоваться при выполнении задания и т. п.

3. Коррекционно-педагогическая система занятий предполагает такой выбор приемов работы, который позволил бы либо восстановить первично нарушенную предпосылку (при ее неполной поломке), либо реорганизовать сохранные звенья речевой функции. Например, компенсаторное развитие акустического контроля при афферентной моторной афазии — это не просто замещение нарушенного кинестетического контроля акустическим для восстановления письма, чтения и понимания, а развитие сохранных периферийно расположенных анализаторных элементов, постепенное накопление возможности их использования для деятельности дефектной функции. При сенсорной афазии процесс восстановления фонематического слуха осуществляется путем использования сохранной оптической, кинестетической, а главное, смысловой дифференциации слов, близких по звучанию.

4. Независимо от того, какая первичная нейропсихологическая предпосылка оказывается нарушенной, при любой форме афазии ведется работа над всеми сторонами речи: над экспрессивной речью, пониманием, письмом и чтением.

5. При всех формах афазии восстанавливается коммуникативная функция речи, развивается самоконтроль за ней. Лишь при понимании больным характера своих ошибок можно создать условия для его контроля за своей речью, за планом повествования за коррекцией литеральных или вербальных парафазии и т. п.

6. При всех формах афазии ведется работа над восстановлением словесных понятий, включением их в различные словосочетания.

7. В работе используются развернутые внешние опоры и постепенная их интериоризация по мере перестройки и автоматизации нарушенной функции. К таким опорам относятся при динамической афазии схемы предложения и метод фишек, позволяющие восстанавливать самостоятельное развернутое высказывание, при других формах афазии — схема выбора участии больного в процессе восстановления речи. Используются методики, растормаживающие речевые функции и предупреждающие на раннем этапе восстановления такие речевые расстройства как аграмматизм типа «телеграфного стиля» при эфферентной моторной афазии и обилие литеральных парафазии при афферентной моторной афазии. На более поздних этапах восстановления речевых функций больному объясняется структура и план занятий, даются средства, которыми он может пользоваться при выполнении задания и т. п

**4. Основные этапы занятия**

Для занятий необходимо состояние психической готовности, т.е. должна быть сформирована мотивация. Больной с афазией, как и мы все, действует лучше, когда он находится в психологическом состоянии высокой мотивированности. Поэтому важной задачей логопеда будет являться повышение мотивированности и ослабление психологического блока к восстановлению.

Умение провести беседу, расположить к себе, вселить веру больному в успешность дальнейших занятий обеспечивает в значительной степени дальнейшую эффективность его нейропсихологической реабилитации. Установление контакта зависит в целом как от больного (его личности, установок, возраста, профессии и т.п.), так и от личности и умений логопеда.

Правильная организация восстановительного обучения тре­бует также и строгого учета особенностей каждого конкретного случая заболевания, а именно: преморбитного фона, индивидуальных свойств личности, тяжести соматического состояния, условий жизни и т.д.

Следует отметить большую утомляемость больных с афазией, особенно на первых занятиях. Поэтому во время коррекционно-логопедического занятия необходимо делать паузы; длительность и количество занятий в неделю зависят от неврологического и психического состояния каждого больного.

Рекомендуемы нормы занятий с логопедом на раннем этапе по 15 минут 2 раза в день, постепенно продолжительность занятий увеличивается до 1 часа в день.

Мы рекомендуем соблюдать следующие этапы занятия:

1. Формулирование цели занятия.
2. Проверка письменного задания. Исправление допущенных ошибок.
3. Повторение предыдущего материала.
4. Объяснение нового материала.
5. Выполнение практических заданий на новый материал.
6. Задания для самостоятельной работы.
7. Подведение итогов занятия.

**5. Перечень необходимых пособий**

Какие же пособия нужны логопеду для проведения занятий по восстановлению речи? Мы рекомендуем следующие предметы:

1.      Настенное зеркало.

2.      Набор бытовых предметов (очки, ложка, вилка, нож, тарелка, чашка, ручка, карандаш, спички, набор коробок, различных по величине, форме и цвету, тетрадь, книга, ключи, нитки различных цветов, платок, бумага, кружка, конверт и др.).

3.      Наборы картинок: а) для называния одного, двух и нескольких действий; б) серия картин с постепенно развивающимся действием; в) сложные картины для их писания; г) наборы картинок, изображающих отдельные предметы (желательно, чтобы тематика картинок, перечисленных в пунктах «а, б, в», по содержанию своему соответствовала возрастным и, по возможности, профессиональным интересам пациентов).

4.      Набор элементов букв печатного и письменного шрифта, вырезанный из фанеры или картона, с достаточным количеством каждого элемента.

5.      Разрезная азбука с достаточным количеством отдельных букв и всевозможных слогов.

6.      Наборы плакатиков с текстом, написанным печатным и письменным шрифтами, которые обязательно индивидуализируется для каждого пациента в зависимости от его конкретных интересов и возможностей произношения

7.      Наборы цифр, математические примеры, задачи.

8.    Наборы плакатиков со специальными слогосочетаниями для работы: а) над слоговым чтением; б) над переменным ударением; в) над дифференцировкой звуков, близких по произношению и близких по звучанию; г) над запоминанием звукового ряда.

9.      Наборы плакатиков с пословицами и поговорками.

10.  Наборы плакатиков для исследования тонкости семантического различения (например, «у склада с оружием стоял солдат» - «у склада стоял солдат с оружием»).

11.  Слоговые таблицы для отработки дифференцировки звуков, близких по артикуляции, и звуков, близких по звучанию.

12.  Наборы конструкторов, головоломок по Кузнецову, а также кубики Кооса для восстановительной работы посредством конструктивной деятельности.

13.  Счетные палочки, связанные по десяткам.

14.  Два набора одинаковых картинок и картинок, мало отличающихся друг от друга.

15.  Логопедические профили и пособия для логопедического моделирования для пациентов с афферентной моторной афазией.

16.  Набор печатных букв крупного шрифта и набор полосок плотной бумаги с прорезями различной длины для восстановления чтения у больных с атаксией взора.

17.  Набор различных монет.

18. Макет часов.

Все перечисленные наборы пособий должны быть портативны, чтобы их можно было разложить либо на постели, либо на столе перед больным. Крупные таблицы и картины, развешиваемые обычно на стене, неудобны для работы с пациентами, страдающими афазией, поэтому рекомендуемый формат - А4.

Библиографический список:

1. Ахутина, Т.В. О локализации построения высказывания [Текст] / Т.В. Ахутина - М., Теревинф, 2002. – с.415.
2. Бейн, Э.С. Афазия и пути ее преодоления [Текст] / Э.С. Бейн - Л., Медицина, 1964. – с.314.
3. Бейн, Э.С. Восстановление речи у больных с афазией [Текст] / Э.С. Бейн, М.К. Бурлакова, Т.Г. Визель - М.: Медицина, 1982. – с.183 – с.541.
4. Бейн, Э.С. Клиника и лечение афазий [Текст] / Э.С. Бейн, П.А. Овчарова - София, 1970. – с.280.
5. Бодалев, А.А. Личность и общение [Текст] / А.А. Бодалев - М., 1983. – с.560 – с.380.
6. Брудный, А.А. Понимание и общение [Текст] / А.А. Брудный - М.: Знание, 1989. – с.64.
7. Бурлакова, М.К. Речь и афазия [Текст] / М.К. Бурлакова - М., Медицина, 1997. – с.314.
8. Визель, Т.Г. Как вернуть речь [Текст] / Т.Г. Визель - М., 1998. – с.224 – с.198.
9. Винарская, Е.Н. Клинические проблемы афазии (Нейролингвистический анализ) [Текст] / Е.Н. Винарская - М., Медицина, 1971. – с.388.
10. Выготский, Л.С. Мышление и речь [Текст] / Л.С. Выготский // Собр. соч. в 6-ти томах. М.: Педагогика, 1982. – с. 6 – 361.
11. Выготский, Л.С. Развитие устной речи [Текст] / Л.С. Выготский // Собр. соч.: В 6 т. - М., Просвещение. 1982. - Т.3. – с.618.
12. Глезерман, Т.Б. Психофизиологические основы нарушения мышления при афазии [Текст] / Т.Б. Глезерман - М., 1986. – с.516.
13. Степанов, С.С. Дефектологический словарь-справочник [Текст] / С.С. Степанов - М, Новая школа, 1996. – с.346.
14. Дмитрова, Е.Д. Логопедические карты для диагностики речевых расстройств [Текст] / Е.Д. Дмитрова – М.: АСТ: Астрель, 2008. – с.143.
15. Жинкин, Н.И. Механизмы речи [Текст] / Н.И. Жинкин - М.: 1958. – с.370.
16. Жинкин, Н.И. Речь как проводник информации [Текст] / Н.И. Жинкин - М., Наука, 1982. – с. 156.
17. Зейгарник, Б.В. Патология мышления [Текст] / Б.В. Зейгарник - М., 1982. – с.516.
18. Зимина, З.В. Особенности расстройства чтения при очаговых поражениях мозга [Текст] / З.В. Зимина - Луцк, 1960. – с.480.
19. Зимкина, A.M. О физиологических основах компенсации нарушенных функций [Текст] / А.М. Зимкина -Л., 1988. – с.415.
20. Кацнельсон, С.Д. Психология языка и речевое мышление [Текст] / С.Д. Кацнельсон - Л., Наука, 1972. – с.284.
21. Кошелева, Н.В. Тематические лексико-грамматические упражнения для  
    восстановления речи у больных с афазией [Текст] / Н.В.  
    Кошелева. - М.: АКТ: Астрель, 2006. – с.207.
22. Критчли, М. Афазиология [Текст] / М. Критчли - М., 1974. – с. 194.
23. Леонтьев, А.А. Психолингвистические единицы и порождение речевой высказывания [Текст] / А.А. Леонтьев - М., Наука, 1969. – с. 397.
24. Леонтьев, А.А. Язык. Речь. Речевая деятельность [Текст] / А.А. Леонтьев - М., 1971. – с. 218.
25. Леонтьев, А.Н. Проблемы развития психики [Текст] / А.Н. Леонтьев - М, 1981. – с. 584.
26. Лурия, А.Р. Лобные доли и регуляция психических процессов [Текст] / А.Р. Лурия – Изд-во МГУ, 1966. – с. 315.
27. Волкова, Л.С. Логопедия [Текст] / Л.С. Волкова - М., 2002. – с. 680.
28. Волкова, Л.С. Логопедия. Системные нарушения речи: Алалия. Афазия [Текст] / Л.С. Волкова - Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – с. 312.
29. Лойко, Н.А. Методы контроля динамики восстановления речи при афазии [Текст] / Н.А. Лойко - М. 1974. - №4. – с. 15-17.
30. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга [Текст] / А.Р. Лурия - М., Академический проект, 2000. – с. 512.
31. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека [Текст] / А.Р. Лурия - М., 1969. – с. 356.
32. Лурия, А.Р. Мозг человека и психические процессы [Текст] / А.Р. Лурия - М., Изд-во АПН РСФСР, 1963; Т.2 - М., Педагогика, 1971. – с. 480.
33. Лурия, А.Р. Основные проблемы нейролингвистики [Текст] / А.Р. Лурия - М., 1975. – с. 348.
34. Лурия, А.Р. Основы нейропсихологии [Текст] / А.Р. Лурия - М., 1973. – с.314.
35. Лурия, А.Р. Потерянный и возвращенный мир [Текст] / А.Р. Лурия - изд-во МГУ, 1971. – с. 280.
36. Лурия, А.Р. Язык и сознание [Текст] / А.Р. Лурия - Ростов-на-Дону: изд-во «Феникс», 1988. – с. 416.
37. Лурия, А.Р. Нейропсихологический анализ решения задач [Текст] / А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова - М., Просвещение, 1966. – с. 564.
38. Лыков, В. Учение об афазиях [Текст] / В. Лыков - Дефектология. 1971. - №6 – с. 3-5.
39. Львов, M.P. Основы теории речи [Текст] / М.Р. Львов – М., 2002. – с. 312.
40. Марушевский, М. Афазия, вопросы теории и терапии [Текст] / М. Марушевский - Варшава, 1970. – с. 417.
41. Мартынов, Ю.С. Нервные болезни [Текст] / Ю.С. Мартынов - М.: Медицина 1988. – с. 496.
42. Скоромца, А.А. Нейропротекция острой и хронической недостаточности мозгового кровообращения [Текст] / А. А. Скоромца, М.М. Дьяконова - СIIб.; Наука. 2007. – с. 200.
43. Оппель, В.В. Восстановление речи после инсульта [Текст] / В.В. Оппель - Л., 1972. – с. 564.
44. Пенфильд, В. Речь и мозговые механизмы [Текст] / В. Пенфильд, Л. Робертс - Л., 1964. – с. 408.
45. Поваляева, М.А. Справочник логопеда [Текст] / М.А. Поваляева - Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. – с. 448.
46. Селиверстов, В.И. Понятийно-терминологический словарь логопеда [Текст] / В.И. Селиверстов - М.: ВЛАДОС, 1997. – с. 400.
47. Цветкова, Л.С. Проблемы афазии и восстановительного обучения. Тексты [Текст] / Л.С. Цветкова, Ж.М. Глозман. - М., 1983. – с. 205.
48. Симерницкая, Э.Г. Доминантность полушарий [Текст] / Э.Г. Симерницкая - М., 1978. – с. 350.
49. Скоромец, А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы [Текст] / А.А. Скоромец – Л.:Медицина,1989. – с. 320.
50. Тонконогий, И.М. Инсульт и Афазия [Текст] / И.М. Тонконогий - Л., Медицина, 1968. – с. 263.
51. Ушакова, Т.Н. Речь в общении человека [Текст] / Н.Д. Павлова, И.Д. Зачесова - М, 1989. – с. 295.
52. Хамская, Е.Д. Мозг и активация [Текст] / Е.Д. Хамская - Изд-во МГУ, 1973. – с. 491.
53. Волкова, Л.С. Хрестоматия по логопедии [Текст] / Л.С. Волкова, В.И. Селиверстова - М, 1997. – с. 680.
54. Цветкова, Л.С. Афазиология - современные проблемы и пути их решения [Текст] / Л.С. Цветкова - М., Изд-во «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 2002. – с. 431.
55. Цветкова, Л.С. Афазия и восстановительное обучение [Текст] / Л.С. Цветкова - М., 1988. – с. 534.
56. Цветкова, Л.С. Восстановительное обучение при локальных поражениях  
    мозга [Текст] / Л.С. Цветкова - М., Педагогика, 1972. – с. 588.
57. Цветкова, Л.С. Мозг и интеллект: Нарушение и восстановление  
    интеллектуальной деятельности [Текст] / Л.С. Цветкова - М., Просвещение, АО «Учеб. лит.», 1995. – с. 432.
58. Цветкова, Л.С. Нейропсихология и афазия: новый подход [Текст] / Л.С. Цветкова - М., Московский психолого-социальный институт, Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2001. – с. 280.
59. Цветкова, Л.С. Процесс называния предметов и его нарушения [Текст] / Л.С. Цветкова – М. 1972, №4. – с. 28-33.
60. Цветкова, Л.С. Проблемы афазии и восстановительного обучения [Текст] / Л.С. Цветкова - М., 1979. – с. 355.
61. Цветкова, Л.С. Исследование диалогической речи у больных с афазией [Текст] / Л.С. Цветкова, Т.В. Ахутина, Н.Н. Полонская, Н.М. Пылаева - М. Дефектология.1987. – с. 21-24.
62. Цветкова, Л.С. Афазия и восприятие [Текст] / Л.С. Цветкова, Н.Г. Торчуа - М., Изд-во «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 2001. – с. 219.
63. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. — М.: «Ассоциация дефектологов», В Секачев, 2000. — 96 с.
64. Шкловский, В.М. К возможности использования неречевых уровней коммуникации при афазии [Текст] / Т.Г. Визель, Т.Г. Боровенко – М. Дефектология, 1982. – с. 17-20.
65. Шохор-Троцкая, М.К. Речь и афазия [Текст] / М.К. Шохор-Троцкая - М, ЭКСМО-Пресс, 2001. – с. 319.
66. Шохор-Троцкая, М.К. Сборник упражнений для преодоления сложных речевых расстройств [Текст] / М.К. Шохор-Троцкая - М., 1997. – с. 354.
67. Шохор-Троцкая, М.К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии [Текст] / М.К. Шохор-Троцкая - М., «Институт общегуманитарных исследований», 2002. – с. 419.
68. Шохор-Троцкая, М.К. Коррекция сложных речевых расстройств:  
    Сборник упражнений [Текст] / М.К. Шохор-Троцкая - М.: ТЦ Сфера, 2006. – с. 272.
69. Шохор-Троцкая, М.К. Логопедическая работа при афазии на раннем  
    этапе восстановления [Текст] / М.К. Шохор-Троцкая -М.: 2002. – с. 121.
70. Якобсон, Р. Избранные работы [Текст] / Р. Якобсон -М: 1985. – с. 312.
71. Яковлева, М.Г. Инсульт: Как вернуться к полноценной жизни [Текст] / М.Г. Яковлева - СПб.: ИД «Мсинский проспект», 2007. – с. 160.
72. Интернет, адрес сайта: http://www.galactic.org.ua/index.html

Программа восстановительного обучения пациентов с эфферентной моторной афазией.

Содержание:

1. Характеристика нарушений.……………………….…………..1
2. Задачи восстановительного обучения пациентов с эфферентной моторной афазией…………………..…………….………….2
3. Типовая программа восстановительного обучения (В.М. Шкловского и Т.Г.Визель)………………………………………………….2
4. Методы восстановительного обучения пациентов с эфферентной моторной афазией………………………………….…………5
   1. **Характеристика нарушений.**

Эфферентная моторная афазия возникает при  поражении премоторной зоны. Линейная, временная организация движения осуществляется премоторными зонами коры головного мозга. В случае поражения вторичных полей ядерной зоны двигательные навыки нарушаются, при сохранности отдельных движений возникают двигательные персервации. При нарушении разных отделов лобных долей возникают инактивность, персервации, длительность паузы в деятельности, мыслительные и двигательные процессы утрачивают плавность, “динамическую” или “кинестатическую” сменяемость одного движения или действия другим. Исчезает плавность, мелодичность не только  движений, но и речи.  
 Наблюдаем патологическую инертность речевых стериотипов, приводящих к звуковым, слоговым, лексическим перестановкам и повторам. Это объясняется невозможностью своевременного переключения с одного артикуляторного акта на другой, затрудняют, а иногда делают полностью невозможными устную речь, письмо, чтение.   Звуковая структура слогов при эфферентной моторной афазии не упрощается, не разрушается, но теряет свою интонационную окрашенность, становится тягучей, монотонной. Литеральные парафазии не характерны для устной речи больных с эфферентной моторной афазией, но их много в письменной речи. Нарушение чтения и письма для эфферентной моторной афазии выражена аграфия.

  Запись слова или фразы возможна лишь при проговаривании слов по слогам. Часты персервации букв из предыдущих слов, персервации одного и того же слога. На поздних этапах восстановления при самостоятельном составлении текста по серии картин выявляется аграмматизм, смешиваются флекции как падежные, так и указывающие род. При грубых случаях, чтение носит угадывающий характер. Логопедическая работа с больными, перенесшими инсульт

Плохо понимается переносный смысл метафор, пословиц, что объясняется трудностью переключения на иной, скрытый смысл высказывания (А.Р.Лурия,1975г.), отмечается нарушение понимания многозначности слов - коса, ключ и т.д.

**2. Задачи восстановительного обучения пациентов с эфферентной моторной афазией.**

Специфическая задача - восстановление способности к совершению серийных артикуляционных актов. Такая задача требует выработки переключения с одной артикулемы на другую, с одного фрагмента слова на другой. Это в свою очередь тесно связано с задачей восстановления кинетических двигательных мелодий слова и фразы, а также внутренней линейной синтаксической схемы фразы.

Работа по преодолению вторичных расстройств понимания речи, накоплению активного словаря, нормализации грамматической стороны речи, чтения, письма.

**3. Типовая программа восстановительного обучения (В.М. Шкловского и Т.Г.Визель.**

I. Стадия грубых расстройств

Преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой речи:

показ картинных и реальных изображений наиболее употребляемых предметов и простых действий по их названиям, категориальным и прочим признакам. Например: «Покажите стол, чашку, собаку и пр.», «Покажите предметы мебели, одежды, транспорта и пр.», «Покажите того, кто летает, кто разговаривает, кто поёт, у кого есть хвост и т.п.»;

классификация слов по темам (например: «Одежда», «Мебель» и т.д.) с опорой на предметную картинку;

ответы утвердительным или отрицательным жестом на простые ситуативные вопросы. Например, «Сейчас зима, лето..?»; «Вы живёте в Москве?» и др.

Растормаживание произносительной стороны речи:

сопряжённое, отражённое и самостоятельное произнесение автоматизированных речевых рядов (порядковый счёт, дни недели, месяцы по порядку, пение со словами, оканчивание пословиц и фраз с «жёстким» контекстом), моделирование ситуаций, стимулирующих произнесение звукоподражательных местоимений («ах!» «ох!» и т.п.);

сопряжённое и отражённое произнесение простых слов и фраз;

затормаживание речевого эмбола путём введения его в слово (та, та..–Тата, так), или во фразу (ма..ма–мама…;это мама).

Стимулирование простых коммуникативных видов речи:

ответы на вопросы одним-двумя словами в простом ситуативном диалоге;

моделирование ситуаций, способствующих вызову коммуникативно значимых слов (да, нет, хочу, буду и т.д.);

ответы на ситуативные вопросы и составление простых фраз с помощью пиктограммы и жеста с сопряжённым проговариванием простых слов и фраз.

Стимулирование глобального чтения и письма:

раскладывание подписей под картинками (предметными и сюжетными);

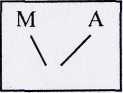
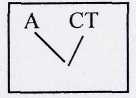
письмо наиболее привычных слов–идеограмм, списывание простых текстов;

сопряжённое чтение простых диалогов.

П. Стадия расстройств средней степени выраженности

1. Преодоление расстройств произносительной стороны речи: — выработка артикуляторных переключений в пределах слога: с

контрастными по артикуляционному рисунку гласными («а» — «у» и т.п.); с различными гласными, в том числе и мягкими; в сло­гах, например,



— выработка артикуляторных переключений в пределах слова: слияние слогов в слова с простой, а в дальнейшем — со сложной звуковой структурой (например, рецепт и т.д.);

- экстериоризация звуко-ритмической стороны слова, деление  
слов на слоги, выделение ударения в слове, воспроизведение голосом  
абриса слова, подбор слов с идентичной звуко-ритмической струк­  
турой, ритмизированное произнесение слов и фраз с привлечением  
внешних опор— отстукивание, отхлопывание и т.д., улавливание  
различных созвучий, в том числе и подбор рифмующихся слов.

2. Восстановление фразовой речи:

1. преодоление аграмматизма на уровне синтаксической схемы  
   фразы: составление «ядерных» фраз моделей типа S (субъект) +  
   Р(предикат); S+ Р+ О (объект) с привлечением внешних опор —  
   фишек и их постепенным «сворачиванием»; выделение предикатив­  
   ного центра фразы; экстериоризация его смысловых связей;
2. преодоление аграмматизма на формально-грамматическом  
   уровне: улавливание грамматических искажений— флективных,  
   предложных и т.д. с целью оживления чувства языка; дифферен­  
   циация значений единственного и множественного числа, родовых  
   значений, значений настоящего, прошедшего и будущего времени  
   глагола; восполнение в словах пропущенных грамматических эле­  
   ментов; составление фраз по сюжетным картинкам; ответы на во­  
   просы простой фразой, оформленной грамматически; пересказ про­  
   стого текста; стимуляция к использованию побудительных и вопро­  
   сительных предложений, различных предложных конструкций.

III. Стадия легких 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:

1. дифференциация слов по длине и слоговому составу;
2. выделение ударного слога;
3. подбор слов, идентичных по звуко-ритмической структуре;

— выделение идентичных элементов в словах — слогов,  
морфем и, в особенности, окончаний (подчеркивание их, выпи­  
сывание и т.д.).

1. Восстановление способности к звуко-буквенному анализу со­  
   става слова.
2. Восстановление навыка слияния букв в слоги, слогов в слова.

4. Восстановление навыка развернутой письменной речи (кон­кретные методики обучения — см. программу восстановительного обучения при афферентной моторной афазии — пп. 2, 3, 4).

**4. Методы восстановительного обучения пациентов с эфферентной моторной афазией.**

Особенностью работы с пациентами с передними формами афазии является опора на сохранную парадигматическую систему и широкое использование развернутых внешних опор и постепенная их интериоризация по мере перестройки и автоматизации нарушенной функции. Для этого логопед привносит извне программы и схемы речевого высказывания, начиная от программирования и планирования слоговой структуры слова и кончая восстановлением планирования фразы и текста.

Центральная задача при осуществлении ранней логопедической помощи пациентам с эфферентной моторной афазией, заклю­чается в преодолении патологической инертности и восстановле­нии динамической схемы произносимого слова, которая бы по­зволила плавно переходить от одной артикуляции к другой, восстановление у больно­го способности активного выделения и произнесения слова или ряда слов из упроченных автоматизированных речевых рядов, снятие грубых персевераций, эхолалий, растормаживания речи. Для этого необходимы такие методы обучения, кото­рые бы способствовали переводу речи больного на произвольный уровень, т. е. к осознанию своей речи и произвольному говорению. Этот произвольный осознанный способ говорения может создать необходимые условия для преодоления персевераций. Этой же задаче служит и. второй способ – переключение сознания боль­ного с произносительной стороны речи на ее смысловую сто­рону.

Восстановительное обучение больных с этой формой афазии начинается с методов общего растормаживающего влияния на речевые механизмы. Однако уже на этой первой стадии обучения при эфферентной моторной афазии центральной задачей является активное выделение отдельных слов из привычных, упроченных в прошлом опыте речевых рядов. Это умение отрабатывается в процессе постепенного применения определен­ной системы методов (или системы приемов). Восстановитель­ное обучение начинается с пассивного построения известных ре­чевых рядов сопряженно-отраженным методом. Персеверации преодолеваются здесь приемом напевного и протяжного повто­рения каждого слова из ряда; тем самым повторение отдельно­го слова оказывается отставленным во времени. Это вырабаты­вает у больного плавную, замедленную и протяжную речь.

После завершения работы, в процессе которой больной пре­одолевает персеверации, переходят к восстановлению некоторой активности речи. Для этого применяется метод дополнения фра­зы до целого, который используется здесь в целях восстановле­ния произнесения отдельного слова из фразы: Жил старик со своею... у самого синего... и т. д. Затем логопед усложняет зада­ние. Больной должен дополнить фразу с пропусками в любом месте, а позже и самостоятельно произносить отдельные сло­ва речевого ряда. Для этого используется прием повторения больным всего речевого ряда про себя или шепотом вслед за логопедом, чтобы в нужный момент перейти на громкую речь. Например, логопед произносит – 1. 2, 3, 4, больной 5, 6, 7, 8 и т. д. Также ведется работа с использованием песен, стихотво­рений и т. д. Это позволяет перейти к восстановлению самостоя­тельного произнесения отдельных слов, при котором больной должен включаться в речь, вначале шепотом проговаривая нужные слова. Так, чтобы назвать пятый или третий день неде­ли или какую-либо цифру, больной шепотом должен произнести предшествующую заданному слову часть ряда, а нужное слово произнести громко. Выделенные таким образом слова закреп­ляются в ряде упражнений, в которых больной находит соответ­ствующую картинку, затем записывает слово, а затем его чита­ет.

С целью предотвращения появления «телеграфного» стиля речи в процессе обучения особое внимание обращается па актуализа­цию глагольных форм речи. Сначала работа опирается на картинки, изображающие действия. Логопед вводит слова, обозначающие действия, и разные смысловые контексты, и больному предлагается подбирать к словам предметы, ситуации (изобра­женные на картинках), отвечающие данным действиям. Эти же слова – действия вычленяются из стихов, песен. Проводится так­же и классификация предметных картинок по принципу «что делает?». Все это создает условия для спонтанного появле­ния отдельных слов, прочно связанных с отрабатываемыми си­туациями («дай», «на», «возьми», «хожу», «иду» и т.д.).

Отрабатываемые формы слов на второй стадии закрепляются методом сознатель­ного звуко – буквенного анализа их структуры (приемы: склады­вание слов из букв разрезной азбуки с последующей их запи­сью, чтением, проговариванием).

У больных с эфферентной (кинетической) формой моторной афазии возникают аграмматизмы. Поэтому логопеду необходи­мо вести работу по их предупреждению.

Цель работы – восста­новить у больного понимание той связи, которая существует между окончаниями слов и определенными ситуациями. Для этого даются упражнения, где необходимо выполнять определен­ные действия с одним и тем же предметом, включенным в раз­ные смысловые ситуации (метод классификации флексий).

Ло­гопед фиксирует внимание больного на разных окончаниях слова. Можно ис­пользовать и серии картинок, на которых изображен предмет в разных отношениях к другим предметам. В этом случае больной должен найти картинку, соответствующую произнесенной логопедом фразе, и подложить ее к каждой картинке. Затем логопед предлагает больному самостоятельно разложить картинки по соответствую­щим окончаниям. Только после такой подготовки импрессивной стороны речи можно переходить к восстановлению активного произнесения слов в нужном падеже.

Описанные стадии восстановительного обучения характеризу­ются тем, что внимание больного отвлекается от его артикуля­ции и фиксируется на смысловой организации слова, с одной стороны, и на его ритмико-интонационной структуре – с дру­гой. Для снятия инертности речевых процессов, персевераций используется весьма эффективный метод семантических связей слова. Больному предлагаются слова, к которым надо подо­брать другие, близкие по заданным признакам (или по семан­тической общности, или по морфологическому признаку, или по оппозиции и т. д.). Этот метод сужает поле поиска и направля­ет сам процесс актуализации нужного слова.

В целях преодоления произносительных трудностей построения высказывания на раннем этапе после инсульта используется метод заканчивания пословиц и фраз «жестким контекстом». В этих же целях на более поздних этапах рекомендуется прежде всего восстанавливать схему слова или предложения. Так, для того, чтобы восстановить ритмическую структуру слова разной степени сложности, полезно введение наглядного, схематического изображения разных его элементов. Так, черточками разной длины изображают слово слоги, входящие в слово, и буквы, входящие в слоги.

Вначале воспроизведение этой схемы осуществляется больными вместе с логопедом, затем — самостоятельно. Целесообразно подбирать слова в порядке усложнения их звуко – ритмической структуры (от двухсложного слова с открытыми слогами переходить к трехсложным с разной структурой слог и с ударением на первом, затем на втором, на третьем слог и т.д.).

Полезны упражнения по составлению разных слов из букв   
одного слова, путем их перестановки. Необходим разбор морфологического состава слов – выделение одинаковых или разных корней, суффиксов, флексий. При этом целесообразна опора на зрительные схемы морфологического состава слов. Упражнения такого рода стимулируют больного к активному анализу звукового состава слова и осознанию последовательности звуков.

Постепенно отпадает необходимость внешних опор, и больного можно переводить от оперировании со схемами к анализу внутреннему, к анализу в уме. Так создаются предпосылки и для преодоления дефектов письма при эфферентной моторной афазии, также связанных с распадом последовательности звукового ряда, нарушением внутренне схемы слова, проявляющимся в перестановке букв, их   
пропусках и т.д. Задача логопедической работы – восстановлении аналитического письма, возможности осознанного анализа состава написанного слова.

Программа восстановительного обучения пациентов с динамической афазией.

Содержание:

1. Характеристика нарушений.……………………….…………..1
2. Задачи восстановительного обучения пациентов с динамической афазией…………….………………..………………………………….………….1
3. Типовая программа восстановительного обучения (В.М. Шкловского и Т.Г.Визель)……………………………………………………….2
4. Методы восстановительного обучения пациентов с динамической афазией…………….………………..………………………………….………….4

**1. Характеристика нарушений.**

Данная афазия возникает при поражении заднелобных отделов левого доминантного по речи полушария, - блока активации, регуляции и планирования речевой деятельности. И для динамической  афазии  характерен основной речевой дефект - это трудность, а иногда и полная невозможность активного развертывания высказывания. Можно сказать, что в основе динамической афазии лежит нарушение внутреннего программирования высказывания, проявляющегося в трудностях его планирования при составлении отдельных фраз. В основе при динамической афазии лежит нарушение  спонтанного развернутого высказывания. При пересказе по сюжетной картинке произносятся отдельные, не связанные между собой  фрагменты, не выделяются основные  смысловые звенья.  
  
 Например: «Вот у хозяина была  курица и золотые яйца.. и он ее убил…вот!» (А.Р.Лурия,1975г.) Могут наблюдаться псевдоамнестические трудности при назывании предметов, особенно при воспоминании фамилий или имен знакомых людей, названий городов, и.т. Подсказ первого слога слова может явиться пусковым толчком, деблокирующим инертность протекания речевого поиска слов. Испытываются значительные трудности при задании произвести обратный порядковый счет. Например, от десяти к одному. Для динамической афазии характерно сохранное чтение и письмо .  
  
 Элементарный счет при динамической афазии остается  сохранным, но  при данной афазии резко  нарушается решение арифметических задач, требующих построение плана действий.

**2. Задачи восстановительного обучения пациентов с динамической афазией.**

Специфическая задача - 1-ый вариант — восстановление функции речевого программирования; 2-ой вариант— преодоление расстройств грамматического структурирования.

Работа по преодолению вторичных расстройств понимания речи, накоплению активного словаря, нормализации грамматической стороны речи, чтения, письма.

**3. Типовая программа восстановительного обучения (В.М. Шкловского и Т.Г.Визель).**

Стадия грубых расстройств.

1. Повышение уровня общей активности больного, преодоление речевой инактивности, организация произвольного внимания:

* выполнение различных видов неречевой деятельности ( рисование, лепка и т.д.);
* оценка искажённых изображений, слов, фраз и т.д.;
* ситуативный, эмоционально значимый для больного диалог;
* прослушивание сюжетных текстов и ответы на вопросы по ним в форме утвердительно-отрицательных жестов или словами «да», «нет».

1. Стимулирование простых видов коммуникативной речи:

* автоматизация в диалогической речи коммуникативно значимых слов: «да», «нет», «могу», «хочу», «буду», «надо» и т.д.;
* автоматизация отдельных штампов коммуникативной, побудительной и вопросительной речи: «дай», «иди сюда»,

«кто там?», «тише!» и т.д.

1. Преодоление расстройств речевого программирования:

* стимулирование ответов на вопросы с постепенным уменьшением в ответе слов, заимствованных из вопроса;
* конструирование фраз простейших синтаксических моделей с опорой на фишки и простую сюжетную картинку;
* выполнение простых грамматических трансформаций по изменению слов, составляющих фразу, но предъявляемых в номинативных формах;
* раскладывание серии последовательных картинок соответственно заключённому в них сюжету.

1. Преодоление расстройств грамматического структурирования

(см. п. 2 разд. «Расстройства средней степени выраженности при эфферентной моторной афазии»–в программе восстановит.обучения)

1. Стимулирование письменной речи:

* раскладывание подписей под картинками;
* чтение идеограммных слов и фраз.

Стадия расстройств средней степени выраженности

1. Восстановление коммуникативной фразовой речи:

* конструирование простой фразы;
* составление фраз по сюжетной картинке с помощью метода фишек и постепенное «свёртывание» числа внешних опор;
* составление рассказа по серии последовательных картинок;
* развёрнутые ответы на вопросы в диалоге;
* составление простых диалогов по типу речевых этюдов:

«В магазине»–диалог покупателя и продавца, «В сберкассе»,

«В ателье» и т.д.

1. Преодоление персевераций в самостоятельном устном и письменном высказывании:

* показ предметов на картинках и в комнате, частей тела

(в произвольном порядке, по отдельным названиям и сериями

названий);

* оканчивание фраз различными словами;
* подбор слов заданных категорий и в заданных количествах, например два слова, относящихся к теме «Одежда», и одно слово, относящееся к теме «Посуда» и т.д.;
* письмо цифр и букв в разбивку (под диктовку);
* письмо под диктовку слов и фраз, способствующих выработке смысловых и двигательных переключений;
* элементы звуко-буквенного анализа состава слова: складывание простых слов из букв разрезной азбуки;
* заполнение пропусков в словах;
* письмо простых слов по памяти и под диктовку.

Стадия расстройств лёгкой степени выраженности.

1. Восстановление спонтанной коммуникативной фразовой речи:

* развёрнутый диалог на различные темы;
* конструирование фраз по сюжетной картинке с постепенным уменьшением числа внешних опор;
* автоматизация фраз определённых синтаксических моделей в спонтанной речи;
* накопление глагольного словаря и «оживление» смысловых связей, стоящих за предикатом (с помощью поставленных к нему вопросов);
* чтение и пересказ текстов;
* «ролевые беседы», обыгрывающие определённую ситуацию;
* «речевые импровизации» на заданную тему;
* развернутые изложения текстов, сочинения;
* составление поздравительных открыток, писем и т.д.

**4. Методы восстановительного обучения пациентов с динамической афазией.**

Методика логопедической работы при динамической афазии направлена на повышение речевой инициативы. С этой целью на начальных стадиях обучения больному даются задания неречевого характера, но требующие от него проявления известной активности (передать какую-нибудь вещь определенному лицу, найти палату в другом отделении и т. д.). Впоследствии вводятся виды активных действий, связанных с речью (передать что-нибудь очень важное, написать записку и т.д.). Собственно-речевая работа включает:

а) составление фраз по заданному слову;

б) придумывание подписей к картинкам, заглавий к частям какого-нибудь текста;

в) классификация по разным признакам;

г) составление плана к прочитанному тексту и пересказ текста;

д) составление рассказов – импровизаций на заданную тему;

е) следует также предлагать больным строить высказывания с опорой на предложенные вопросительные, побудительные слова и на слова-обращения (сколько..., когда..., пожалуйста..., имя и отчество лица, к которому надо обратиться? и т.д.);

ж) моделирование речевых ситуаций, стимулирующих высказывание. Особенно полезно в этом отношении разыгрывание различных речевых этюдов, так называемые речевые игры: в магазине, в школе, в автобусе и т.д.

Особым примером в преодолении аспонтанности больного может быть такое построение занятия, на котором ведущим оказывается не логопед, а больной. Такое занятие можно организовать следующим образом. Сначала логопед вместе с больным обсуждает какой-либо рассказ или биографию известного писателя, а затем больной расспрашивает логопеда о содержании рассказа. Ему разрешается при этом пользоваться лежащими перед ним вопросительными словами. Кроме этих упражнений рекомендуется предлагать больному оценивать на слух различные типы интонаций: вопроса, побуждения, приказа, просьбы; улавливать значение переноса логического ударения в фразе и т.д. Параллельно ведется восстановление письменной речи, используются следующие задания: вставить пропущенные предлоги, глаголы, наречия; составить предложение по опорным словам, написать сочинение по картинке и т.д.

Программа восстановительного обучения пациентов с акустико-гностической (сенсорной) афазией.

Содержание:

1. Характеристика нарушений.……………………….…………………..1

2. Задачи восстановительного обучения пациентов с акустико-гностической (сенсорной) афазией………………………………….…..……….1

3. Типовая программа восстановительного обучения (В.М. Шкловского и Т.Г.Визель)………………………………………………………………..……….1

4. Методы восстановительного обучения пациентов с акустико-гностической (сенсорной) афазией………………………………….…………...4

**1. Характеристика нарушений.**  
 Для данной формы афазии характерно нарушение понимания речи при  восприятии ее на слух. В основе речевой акустической агнозии лежит нарушение фонематического слуха. 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 связанного с инсультом или травмой.  
  
 При сенсорной афазии с трудом улавливается на слух корневая  лексико-семантическая часть слова, в результате чего обнаруживается потеря его предметной отнесенности.  Однако категориальная отнесенность слова может быть  “воспринята”. Например, услышав слово колокольчик, больной говорит: “Это что-то маленькое, а что не знаю”. У больных при  акустико – гностической сенсорной афазии  расстраивается слуховой контроль за своей речью. Из – за чего возникает множество литературных и вербальных парафазий.

**2. Задачи восстановительного обучения пациентов с акустико-гностической (сенсорной) афазией.**

Специфическая задача - восстановление фонематического слуха, т.е. способность к дифференциации на слух близких по звучанию фонем, а на этой основе пониманию речи в целом.

Работа по преодолению вторичных расстройств понимания речи, накоплению активного словаря, нормализации грамматической стороны речи, чтения, письма.

**3. Типовая программа восстановительного обучения (В.М. Шкловского и Т.Г.Визель).**

1. Стадия грубых расстройств.

Накопление обиходного пассивного словаря:

показ картинок с изображением предметов и действий по их названиям, функциональным, классификационным и другим признакам;

показ картинок с изображением предметов, относящихся к определённым категориям («одежда», «посуда», «мебель» и т.д.);

показ частей тела на картинке и у себя;

выбор правильного названия предмета и действия среди верных и конфликтных обозначений с опорой на картинку.

2. Стимуляция понимания ситуативной фразовой речи:

ответы на вопросы словами «да», «нет», утвердительным или отрицательным жестом;

выполнение простых устных инструкций;

улавливание смысловых искажений в деформированных по смыслу простых фразах.

3. Подготовка к восстановлению письменной речи:

раскладывание подписей к предметным и простым сюжетным картинкам;

ответы на вопросы в простом диалоге с опорой на зрительное восприятие текста вопроса и ответа;

письмо слов, слогов и букв по памяти;

«озвученное чтение» отдельных букв, слогов и слов (больной читает «про себя», а педагог вслух);

выработка связи «фонема–графема» путём выбора заданной буквы и слога по названию, письмо букв и слогов под диктовку.

2.Стадия расстройств средней степени.

Восстановление фонематического слуха:

дифференциация слов, различающихся по длине и ритмической структуре;

выделение *одинакового* 1-го звука в словах *различной* длины и ритмической структуры, например: «дом», «диван» и т.д.;

выделение *различных* 1-х звуков в словах с *одинаковой* ритмической структурой, например, «работа», «забота», «ворота» и т.д.;

дифференциация близких по длине и ритмической структуре слов с дизъюнктными и оппозиционными фонемами путём выделения дифференцируемых фонем, заполнения пропусков в словах и фразах; улавливание смысловых искажений во фразе; ответы на вопросы, содержащие слова с оппозиционными фонемами; чтение текстов с этими словами.

Восстановление понимания значения слова:

выработка обобщённых понятий путём классификации слов по категориям; подбор обобщающего слова к группам слов, относящихся к той или иной категории;

заполнение пропусков во фразах;

подбор определений к словам.

Преодоление расстройств устной речи:

«наложение рамок» на высказывание путём составления предложений из заданного количества слов (инструкция: «Составьте предложение из 3-х слов!» и т.д.);

уточнение лексического и фонетического состава фразы с помощью анализа вербальных и литеральных парафазий, допущенных больным;

устранение элементов аграмматизма с использованием упражнений по «оживлению» чувства языка, а также анализа допущенных грамматических искажений.

Восстановление письменной речи:

закрепление связи «фонема–графема» путём чтения и письма букв под диктовку;

различные виды звуко-буквенного анализа состава слова с постепенным «свёртыванием» внешних опор;

письмо под диктовку слов и простых фраз;

чтение слов и фраз, а также простых текстов с последующими ответами на вопросы;

самостоятельное письмо слов и фраз по картинке или письменный диалог.

Стадия лёгких расстройств.

Восстановление понимания развёрнутой речи:

ответы на вопросы в развёрнутом неситуативном диалоге;

прослушивание текстов и ответы на вопросы по ним;

улавливание искажений в деформированных сложносочинённых и сложноподчинённыых предложениях;

осмысление логико-грамматических оборотов речи;

выполнение устных инструкций в форме логико-грамматических оборотов речи.

2.Дальнейшая работа по восстановлению смысловой структуры слова:

подбор синонимов в качестве однородных членов предложения и вне контекста;

работа над омонимами, антонимами, фразеологизмами.

3.Коррекция устной речи:

восстановление функции самоконтроля путём фиксации внимания больного на своих ошибках;

составление рассказов по серии сюжетных картинок;

пересказ текстов по плану и без плана;

составление планов к текстам;

составление речевых импровизаций на заданную тему;

речевые этюды с элементами «ролевых игр».

4.Дальнейшее восстановление чтения и письма:

чтение развёрнутых текстов, различных шрифтов;

диктанты;

письменные изложения;

письменные сочинения;

усвоение образцов поздравительных писем, деловой записи и т.д.

**4. Методы восстановительного обучения пациентов с акустико-гностической (сенсорной) афазией.**

Собственно речевая восстановительная работа с пациентами с акустико-гностической афазией на первых этапах (особенно в тяжелых случаях) начинается с привлечения и концентрации внимания больного на конкретном содержании слова и короткой инструкции. для этого вводятся несложные для восприятия слова и эмоционально насыщенные короткие фразы с подписями к ним. Пациенты учатся дифференцировать слова и фразы вначале по их различному звуковому и ритмическому рисунку, разной слоговой структуре (например: кот—велосипед, шкаф—виноград и т. д. или «дайте ручку», «дайте мяча», «откройте книгу», «откройте окно», «встаньте» и т.д. Затем от дифференциации слов, далеких по слоговой и мелодической структуре, можно перейти к дифференциации слов с близкой слоговой структурой, но с далекими фонематическими отличиями начального звука речи (кот—рот, рак—мак и т. д.) и слов с общим первым звуком, но разных по своему слоговому и мелодическому рисунку (дерево—дом, стол—собака и т. д.). Эти слова не только воспринимаются на слух и соотносятся с подписями к картинкам, но и составляются из букв разрезной азбуки, записываются по памяти и под диктовку и прочитываются вслух. В дальнейшем возможен переход к более тонкой слуховой дифференцировке слов, сходных по звуковому рисунку и с близкими по звучанию первыми звуками (балка — палка, дом — том и т. д.), постепенно больной начинает улавливать, вычленять ранее недоступные для него признаки звуков (фонем) — твердость и мягкость, звонкость и глухость и т. д., и наконец, больной сам научается подбирать слова на близкие по звучанию звуки.   
 Параллельно с этими видами работы логопед организует закрепление восприятия устойчивого смысла слова при его изменяющейся грамматической форме, занимается восстановлением смысловой структуры слов, стимулирует самоконтроль больного за собственной речью.   
Используются смысловые комплексы слов с одинаковыми корнями, вычленяются суффиксы и флексии. Так преодолевают глобальность и непостоянство слухового восприятия и создают опосредствующий предметно-смысловой фундамент различения звуковой стороны речи.   
Речевое звучание становится предметом осознания больного; появляется возможность саморегуляции, что крайне важно для нормализации вторично измененных при сенсорной афазии значений слов (чаще в направлении их чрезмерного расширения).

Вместе с показом широты и богатства словесных связей необходимо раскрывать перед больными действительные границы использования слов, приучать их к критическому выбору слов для выражения мысли. Это один из способов борьбы с вербальными парафазиями (заменами слов) — часто встречающихся в речи больных с сенсорной афазией. При описании больными картинок рекомендуется использовать схему предложения в целях ограничения высказываний больного сенсорной афазией и уточнения его общей структуры. При коррекции экспрессивной речи с самого начала, таким образом, следует помнить о необходимости «наложения рамок», ограничивающих высказывание больных с сенсорной афазией и, следовательно, делающих его более лаконичным и упорядоченным. Например, больному предъявляется простая сюжетная картинка и дается задание сказать, что на ней нарисовано, используя не более 3 – 4 слов. Помимо этого постоянно уточняется смысл слов, необходимых для построения высказывания. Это уточнение достигается путем их «смыслового обыгрывания», т.е. введение во фразы с самым различным контекстом. Наиболее распространен здесь прием заполнения слов, пропущенных в фразах.

При менее грубой выраженности нарушения понимания и на средних этапах динамики восстановления логопедическая работа ведется в виде бесед на близкие больному темы, а также с использованием устных инструкций, предъявляемых в порядке их усложнения. Чрезвычайно полезно прослушивание больным интересных по содержанию текстов, читаемых логопедом вслух, и ответы на вопросы по тексту. Необходима также специальная работа по выработке контроля за правильностью чужой и собственной речи. Пациенту предъявляются устно и письменно различные речевые конструкции — правильные и специально искаженные, как по смыслу (парадоксальные фразы, например, «Вы живете на Северном полюсе?»), так и по форме (например, больного спрашивают, правильно ли звучит «кошка сидит на стула»; или правильно звучит, например, «ташка» вместо «чашка» и т.д.). При воспитании самоконтроля за правильностью своей речи на средних и поздних этапах динамики восстановления полезно фиксировать внимание больного на ошибках с использованием записей его речи на магнитофонной пленке.

По мере восстановления у больного с сенсорной афазией фонематического слуха уменьшаются и дисграфические расстройства. Вместе с тем для преодоления дисграфии кроме вышеперечисленных приемов восстановления смыслоразличительной стороны речи рекомендуется также проводить зрительные и слуховые диктанты отдельных слов и фраз с опорой на картинки.

В особо грубых случаях сенсорной афазии на начальных этапах восстановительного обучения применяются неречевые формы работы с целью установления контакта, организации деятельности больного, концентрации процесса внимания.

**Программа восстановительного обучения пациентов с акустико-мнестической афазией.**

Содержание:

1. Характеристика нарушений.……………………….…………...1
2. Задачи восстановительного обучения пациентов с акустико-мнестической афазией……………..………………………………….………….2
3. Типовая программа восстановительного обучения (В.М. Шкловского и Т.Г.Визель)……………………………………………………….2
4. Методы восстановительного обучения пациентов с акустико-мнестической афазией……………..………………………………….…….…….3

**1. Характеристика нарушений.**

Акустико - мнестическая афазия возникает при  поражении средних и задних отделов  височной области. А.Р. Лурия считал, что в  ее основе  лежит снижение слухоречевой памяти, которое вызвано повышенной тормозностью слуховых следов.    Для акустико - мнестической афазии характерна диссоциация между относительно  сохранной способностью повторить отдельные слова и  нарушением возможности повторения трех-четырех не связанных по смыслу слов (например: рука-дом-небо и т.д.) При акустико - мнестической афазии нарушение речевой памяти является основным дефектом, т.к. оказываются сохраненными фонематический слух, артикуляторная сторона речи. Повышенная речевая активность компенсирует трудности коммуникации.

Слухоречевую память этих больных  отличает большая инертность. Нарушение объема удержания речевой информации, ее тормозимость приводит к трудностям понимания при этой  форме афазии длинных, многосложных высказываний, состоящих из пяти-семи слов. Пациента 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. При оптической афазии вторым вариантом акустико - мнестической афазии- возникают трудности удержания на слух смысловой стороны речи  заключаются в ослаблении и обеднении зрительных представлений о предмете, в соотношении воспринятого на слух с его зрительным представлением. Зрительное представление о предмете становится неполным, не дорисовываются те элементы предметов, которые, с одной стороны, специфичны именно для них, а с другой – связаны с многозначностью слова (например, слова носик, гребешок, ручка).  
  
  Больные понимают значение отдельных слов. У них нет артикуляторных трудностей, они не только  многоречивы, но и гиперактивны. Однако при всем этом они лишь  фрагментарно понимают речь в связи с сужением слухоречевой памяти до 1-2 из 3 слов, воспринятых на слух. Речь обильна, малоинформативна, изобилует вербальными парафазиями, но интонационно окрашена.  В письменной речи при акустико - мнестической афазии больше выступают явления экспрессивного аграмматизма, т.е. смещение предлогов, а также флексий глаголов, существительных и местоимений, главным образом, в роде и числе. Номинативная сторона письменной речи оказывается более сохранной. При записи текста под диктовку больные испытывают значительные трудности удержания в слухоречевой памяти даже фразы. Состоящей из трех слов, при этом они обращаются с просьбой повторить каждый фрагмент  фразы.

**2. Задачи восстановительного обучения пациентов с акустико-мнестической афазией.**

Специфическая задача - расширение слухо-речевой памяти, а также преодоление слабости следов воспринимаемой речи.

Работа по преодолению вторичных расстройств понимания речи, накоплению активного словаря, нормализации грамматической стороны речи, чтения, письма.

**3.Типовая программа восстановительного обучения (В.М. Шкловского и Т.Г.Визель)**

Стадия расстройств средней и лёгкой степени выраженности

Расширение рамок слухового восприятия:

показ предметов (реальных и на картинках) по названиям, предъявляемых парами, тройками и т.д.;

показ частей тела по тому же принципу;

выполнение 2-3-звеньевых устных инструкций;

ответы на развёрнутые вопросы, усложнённые по синтаксической структуре;

прослушивание текстов, состоящих из нескольких предложений, и ответы на вопросы по содержанию текстов;

письмо под диктовку с постепенным наращиванием фраз;

чтение постепенно наращиваемых фраз с последующим воспроизведением (по памяти) каждого из предложений и всего набора в целом.

Преодоление слабости слухо-речевых следов:

повторение по памяти прочитываемых букв, слов, фраз с постепенным увеличением промежутка времени между прочтением и воспроизведением, а также с заполнением паузы каким-либо другим видом деятельности;

заучивание наизусть коротких стихотворений и прозаических текстов;

повторный показ предметов и картинных изображений через 5-10 сек., через 1 мин. после первого предъявления;

чтение текстов с «отставленным» по времени пересказом (через 10 мин.,30 мин., на следующий день и т.д.);

составление устно предложений по опорным словам, воспринимаемым зрительно;

перечисление по буквам слов с постепенно усложняющейся звуковой структурой, и постепенный уход от письменного образца этих слов.

Преодоление трудностей называния:

анализ зрительных изображений и самостоятельное рисование предметов, обозначаемых словами-названиями;

смысловое обыгрывание в контекстах различного типа слов, обозначающих предметы, действия и признаки предметов;

классификация слов с самостоятельным нахождением обобщающего слова;

упражнения по толкованию слов с конкретным, абстрактным и переносным значением.

Организация развернутого высказывания:

составление рассказа по серии сюжетных картинок;

пересказ текстов, сначала по подробному плану, затем–по свёрнутому, затем–без плана;

развёрнутые диалоги на внеситуативные темы (профессиональные, общественные и т.д.);отработка образцов коммуникативной и повествовательной письменной речи (поздравительные открытки, письма, изложения, сочинения на заданную тему и т.п.).

**4. Методы восстановительного обучения пациентов с акустико-мнестической афазией.**

Основным дефектом при акустико-мнестической афазии является нарушение речевой памяти и в связи со сложностью афазического синдрома восстановительное обучение этих больных ведется в трех направлениях:

1. Восстановление слухоречевой памяти, с опорой на зрительное восприятие. Перед больным выкладываются серию предметных картинок и дают задание показать 2—3—4 предмета. Постепенно внешняя опора в виде картинок устраняется, и больному дают прослушать серию слов — названий картинок, а затем предлагают их найти в стопке картинок, т. е. уже несколько отставлено во времени. И, наконец, больной пытается повторить эти слова по памяти без опоры на картинку или зарисовать услышанные названия картинок.

2. Преодолению трудностей нахождения нужного слова помогает также восстановление структуры словесных обобщений. Необходимо работать над расширением, а иногда сужением границ значений слов, над их систематизацией. Для этого конкретное понятие прорабатывается, «обыгрывается» в разнообразных фразеологических контекстах. Оно насыщается различного рода связями, разнообразным содержанием, выводящим слово за пределы ограниченных конкретных ситуаций. Так восстанавливаются обобщения, скрытые за словом, как основа развития обозначающей функции речи, лексической ее стороны.

3. И, наконец, необходимо восстанавливать у больных зрительные предметные представления. Нередко с этого следует начинать работу с больными данной формы афазии. В этих целях рекомендуется проводить ряд упражнений на анализ близких по изображению рисунков, например чайника, чашки, сахарницы, в которых изменение или отсутствие той или иной существенной детали (носика, ручки) меняет функцию предмета и его обозначение. Полезно конструирование предметов из элементов, нахождение ошибок в изображениях предметов, дорисовывание предмета до целого и, наконец, подробное словесное определение всех функций предмета. Так уточняется в процессе занятия значение многих слов в связи с их предметной отнесенностью.

Для коррекции зрительных представлений и вместе с тем нормализации функции называния предметов полезно срисовывание больным с образца и по памяти тех или других объектов со всеми их существенными отличительными признаками. Для контроля за результатами выполнения задания больному предъявляют картинку, и его внимание фиксируют на допущенных ошибках. В работе над звуковой структурой слова используют приемы, аналогичные тем, которые излагались при описании методики восстановления у больных с эфферентной моторной афазией.

Программа восстановительного обучения пациентов с афферентной моторной афазией.

Содержание:

1. Характеристика нарушений.……………………..….…………..1
2. Задачи восстановительного обучения пациентов с афферентной моторной афазией………………………………….………….1
3. Типовая программа восстановительного обучения (В.М. Шкловского и Т.Г.Визель)…..……………………………………………….1
4. Методы восстановительного обучения пациентов с афферентной моторной афазией………………………………….…….……5

**1. Характеристика нарушений.**

Поражение задних отделов моторно-речевой зоны (нижних отделов постцентральной извилины и прилегающих к ней обла­стей) нарушает кинестетические основы речевых артикуляций и ведет к афферентной (или кинестетической) моторной афазии. Сущность этой афазии заключается в нарушении артикуляторного акта, в невозможности найти нужную артикуляцию для произнесения соответствующего звука. Поэтому основная зада­ча логопеда, работающего с такими больными, заключается в том, чтобы восстановить нарушенную речевую артикуляцию, включая ее в доступную для больного деятельность, используя ее как опору (сохранные звенья в структуре речи), с целью восстановления устной разговорной речи.

**2. Задачи восстановительного обучения пациентов с афферентной моторной афазией.**

Восстановление артикуляционных схем отдельных звуков и, следовательно, устранение литеральных парафазии, возникающих на основе смешения близких по артикуляции звуков речи.

Работа по преодолению вторичных расстройств понимания речи, накоплению активного словаря, нормализации грамматической стороны речи, чтения, письма.

**3. Типовая программа восстановительного обучения (В.М. Шкловского и Т.Г.Визель)**

1. Стадия грубых расстройств

Преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой речи:

показ картинных и реальных изображений наиболее употребляемых предметов и простых действий по их названиям, категориальным и прочим признакам. Например: «Покажите стол, чашку, собаку и пр.», «Покажите предметы мебели, одежды, транспорта и пр.», «Покажите того, кто летает, кто разговаривает, кто поёт, у кого есть хвост и т.п.»;

классификация слов по темам (например: «Одежда», «Мебель» и т.д.) с опорой на предметную картинку;

ответы утвердительным или отрицательным жестом на простые ситуативные вопросы. Например, «Сейчас зима, лето..?»; «Вы живёте в Москве?» и др.

Растормаживание произносительной стороны речи:

сопряжённое, отражённое и самостоятельное произнесение автоматизированных речевых рядов (порядковый счёт, дни недели, месяцы по порядку, пение со словами, оканчивание пословиц и фраз с «жёстким» контекстом), моделирование ситуаций, стимулирующих произнесение звукоподражательных местоимений («ах!» «ох!» и т.п.);

сопряжённое и отражённое произнесение простых слов и фраз;

затормаживание речевого эмбола путём введения его в слово (та, та..–Тата, так), или во фразу (ма..ма–мама…;это мама).

Стимулирование простых коммуникативных видов речи:

ответы на вопросы одним-двумя словами в простом ситуативном диалоге;

моделирование ситуаций, способствующих вызову коммуникативно значимых слов (да, нет, хочу, буду и т.д.);

ответы на ситуативные вопросы и составление простых фраз с помощью пиктограммы и жеста с сопряжённым проговариванием простых слов и фраз.

Стимулирование глобального чтения и письма:

раскладывание подписей под картинками (предметными и сюжетными);

письмо наиболее привычных слов–идеограмм, списывание простых текстов;

сопряжённое чтение простых диалогов.

2. Стадия расстройств средней степени выраженности

Преодоление расстройств произносительной стороны речи:

выделение звука из слова;

автоматизация отдельных артикулем в словах с различной слогоритмической структурой;

преодоление литеральных парафазий путём подбора сначала дискретных, а затем постепенно сближающихся по артикуляции звуков.

Восстановление и коррекция фразовой речи:

составление фраз по сюжетной картинке: от простых моделей (субъект-предикат, субъект-предикат-объект)–к более сложным, включающим объекты с предлогами, отрицательные слова и пр.;

составление фраз по вопросам, по опорным словам;

экстериоризация грамматико-смысловых связей предиката: «кто?», «зачем?», «когда?», «куда?» и т.д.;

заполнение пропусков во фразе с грамматическим изменением слова;

развёрнутые ответы на вопросы;

составление рассказов по серии сюжетных картинок;

пересказ текстов с опорой на вопросы.

Работа над семантикой слова:

выработка обобщённых понятий;

смысловое обыгрывание слов (предметная и глагольная лексика) путём включения их в различные смысловые контексты;

заполнение пропусков во фразе;

завершение предложений разными словами, подходящими по смыслу;

подбор антонимов, синонимов.

Восстановление аналитико-синтетического письма и чтения:

звуко-буквенный состав слова, его анализ (одно-двух-трёхсложные слова) с опорой на схемы, передающие слоговую и звуко-буквенную структуру слова, постепенное свёртывание числа внешних опор;

заполнение пропущенных букв и слогов в словах;

списывание слов, фраз и небольших текстов с установкой на самоконтроль и самостоятельное исправление ошибок;

чтение и письмо под диктовку слов с постепенно усложняющейся звуковой структурой, простых фраз, а также отдельных слогов и букв;

заполнение в текстах при чтении и письме пропущенных слов, отрабатываемых в устной речи.

3. Стадия лёгких расстройств.

Дальнейшая коррекция произносительной стороны речи:

уточнение артикулем отдельных звуков, особенно аффрикатов и дифтонгов;

дифференциация акустических и кинестетических образов, близких по артикуляции звуков с целью устранения литеральных парафазий;

отработка чистоты произнесения отдельных звуков в звуковом потоке, во фразах, при стечении согласных звуков, в скороговорках и т.д.

Формирование развёрнутой речи, усложнённой по смысловой и синтаксической структуре:

восполнение пропущенного главного, а также подчинённого предложения или подчинительного союза в сложноподчинённом предложении;

ответы на вопросы сложноподчинённым предложением;

пересказы текстов без опоры на вопросы;

составление развёрнутых планов к текстам;

подготовка тематических сообщений (коротких докладов);

речевые импровизации на заданную тему.

Дальнейшая работа по восстановлению смысловой структуры слова:

толкование отдельных слов, преимущественно с абстрактным значением;

объяснение омонимов, метафор, пословиц, фразеологизмов.

Работа по осмыслению сложных логико-грамматических оборотов речи:

выполнение инструкций, включающих логико-грамматические обороты;

введение дополнительных слов, рисунков, вопросов, облегчающих восприятие сложных речевых структур.

5. Дальнейшее восстановление чтения и письма:

чтение и пересказ развёрнутых текстов;

диктанты;

письменное изложение текстов;

составление писем, поздравительных открыток и т.д.;

сочинения на заданную тему.

Восстановление связи «артикулема–фонема»:

письмо букв, соответствующих названиям в экспрессивной речи звукам, прочтение этих букв непосредственно после написания;

выделение 1-го звука из простых слов, фиксация внимания на артикуляторном, акустическом, а затем и графическом образе этого звука; самостоятельный подбор слов на этот звук и письмо их;

письмо отрабатываемых звуков и слогов под диктовку;

идентификация букв в разных шрифтах;

нахождение заданных букв в различных текстах (подчёркивание, выписывание).

Восстановление способности к звуко-буквенному анализу состава слова:

деление слов на слоги, слогов на буквы (звуки) с опорой на различные графические схемы;

выделение любого по счёту звука в слове;

пересчёт и перечисление слов по буквам (устно);

заполнение пропусков в словах;

письмо слов из букв, данных вразбивку.

Восстановление навыка развёрнутой письменной речи:

письмо слов различной звуковой структуры с опорой на предметную картинку и без неё: а) под диктовку, б) при назывании предмета или действия;

письмо предложений: а) по памяти, б) под диктовку, в) в виде письменного высказывания по сюжетной картинке в целях коммуникации с окружающими;

письменные изложения и сочинения.

**4. Методы восстановительного обучения пациентов с афферентной моторной афазией.**

Для правильной организации восстановительного обучения необходимо учитывать тот факт, что при каждом органическом поражении мозга прежде всего страдают наиболее высокоорга­низованные формы деятельности, осуществление которых было связано с пораженным участком, в то время как более элемен­тарно организованные формы тех же процессов могут оставать­ся относительно сохранными. Поэтому наиболее эффективный путь восстановительного обучения требует от логопеда начинать свою работу с растормаживания у больного непроизвольно про­текающих речевых процессов (привычные речевые стереотипы, привычные ответы на вопросы, пение, называние дней недели и месяцев в прямом порядке и др.). Это и является задачей пер­вой стадии обучения.

Существенное значение имеет и включение остатка эмоциональной речи, воспроизведение имен близких больному людей, обозначений, связанных с профессией или лю­бимым делом, и т.д. Очень полезным является прием выделе­ния ритмико-мелодической структуры фразы, остающейся наи­более сохранной у больных с афферентной моторной афазией, а также чтение стихов под аккомпанемент их ритмической структуры, воссоздаваемой голосом с одновременным отстуки­ванием рукой, пение и т. д.

Эффективным приемом является включение больного в по­рядковый пересчет предметов с опорой на пальцы, а позже – на написанные цифры; такую же роль может сыграть беседа о доме, о семье, о событиях, близких больному, проводящаяся с опорой на соответствующие теме картинки и отдельные напи­санные слова. Все это способствует оживлению прежних рече­вых связей больного, временно заторможенных патологическим состоянием мозга. Все эти методы и приемы, включенные в различные формы невербальной деятельности (рисование, игры, бытовые операции), создают условия для того, чтобы у больно­го начали всплывать целые изречения, связанные и его прошлом опыте с определенным видом деятельности («ох, ну что же это такое», «подай скорее», «тихо-тихо» и др.).

После этой предварительной (или первой) стадии обучения, опирающейся на сохранные формы вербальной и невербальной деятельности и эмоциональную сферу, одинаково необходимой при работе с любой формой моторной афазии, переходят к ре­шению основной задачи обучения больного с афферентной мо­торной афазией – к восстановлению произнесения слова путем перестройки нарушенной речевой функции.

Эта вторая стадия работы начинается с попыток восстановить произнесение слова целиком, без четкой артикуляции составляющих его звуки. Достигается это путем переключения внимания больного с артикуляторной стороны речи на общую смысловую и звуков структуру слова. Как отмечает ряд авторов (В.М. Коган, 1957, 1962; Л.С. Цветкова, 1962, 1972, и др.). Работа над смысловой структурой слова имеет особенно большое значение. Как правило, лишь то слово, которое включено в целую сеть смысловых связей, оказывается готовым для произнесения; однако, именно эта система смысловых связей слова оказывает особенно нарушенной при афазии. Поэтому основной задачей этой стадии обучения является оживление и обогащение смысловых связей.

Известно, что существует традиционный оптико – тактильный логопедический метод работы, основанный на сознательном выполнении пациентом речевых движений. Этот метод, рассчитанный на постановку звуков в случаях периферического косноязычия, в свое время был перенесен в область восстановительного обучения при афазии. Ведущим звеном в этой метод является организация осознанной артикуляторной деятельности больного: все внимание его направлено на освоение и применение движений губ и языка и процессе речевого общения. Если исходить из положения, выдвинутого еще X. Джексон (1932), о наибольшей сохранности непроизвольных видов речевой деятельности и о распаде в первую очередь наиболее сложно построенных и менее автоматизированных форм речи, то было бы неправильным, отвлекаясь от этого положения, опираться в восстановительной работе на наиболее произвольные, а, следовательно, и на менее упроченные речевые формации. Поэтому работа с афферентными моторными афазиками и начинается (после предварительной стадии) с восстановления произнесения целого слова без специальной работы над четкой артикуляцией. Достигается это путем переключения внимания больного с артикуляторной стороны речи на общую смысловую и звуковую структуру слова.

Этот подход к восстановлению устной речи становится тем более понятным, если вспомнить взаимодействие различных звеньев в сложной структуре речи. Еще И.М. Сеченов, а затем и современные исследователи указывали на тесную взаимосвязь речеслухового и речедвигательного компонентов, кроме того, как уже говорилось, в ранний период формирования речи у детей она проходит ту стадию, когда дети могут назвать лишь тот предмет, который они видят, и не могут назвать предметы и явления, находящиеся вне поля зрения. В случаях нарушения речедвигательного компонента слова восстановление произношения будет возможным при опоре на сохранные речеслуховой и зрительный компоненты путем оживления смысловой стороны речи. Как отмечает ряд авторов, подгото­вить для произнесения слово – значит включить его в целую систему всевозможных связей.

Зная всю сложность строения речи и речепроизводства, трудно представить себе, что можно восстановить процесс устной речи без учета всех сторон структуры слова, и, прежде все­го смысловой стороны речи в процессе коммуникации. Отсюда становится понятным и тот факт, что часто больному с аффе­рентной моторной афазией в процессе обучения оказывается труднее произнести ничего не значащий для чего отдельный звук, чем знакомое из прошлого опыта целое слово. Поэтому работа на второй стадии начинается с восстановления произне­сения целого слова на основе отработки системы его смысло­вых связей, при опоре на речеслуховые образы соответствую­щих слов и их предметные изображения.

Для этой цели перед больным выкладывается небольшая группа картинок, на которых изображены определенные предметы или определенные действия, входящие в различные частотные и известные больному ситуации. Каждый предмет или действие последова­тельно вводятся логопедом во всевозможные смысловые связи или контексты, в которых может выступать данное слово. При этом логопед все время сохраняет общую ритмико-мелодическую структуру данного слова.

Подобная работа над словом в различных его опосредствованиях с опорой на его зрительный, кинестетический и слуховое образы, на этой фазе протекающая еще в условиях отвлечения внимания больного от самого процесса артикуляции, создает благоприятные условия для оживления интонационно-ритмиче­ской и двигательной сторон слова и побуждает больного к речевому высказыванию.

После описанной стадии работы, направленной на восстановление общей смысловой и ритмико – мелодической структуры слова, переходят к следующей, третьей стадии восстановительного обучения, задачей которой является звуко – артикуляторный анализ составных элементов слова. Основным методом работы на этом этапе является ритмическое выделение элемен­тов слова путем отстукивания его слоговой структуры с упражнениями в напевном проговаривании.

Одним из ши­роко применяемых методов является метод имитации поз артикуляторного аппарата педагога с контролем собственных дви­жений губ и языка через зеркало, а также активная работа по нахождению нужных поз губ и языка с опорой на оральный об­раз и специальные логопедические схемы, на которых изобра­жены положения губ и языка, необходимые для произнесения того или иного звука. Эта активная отработка артикулем про­исходит также с помощью зеркала, обеспечивающего включе­ние зрительного анализатора в речедвигательный процесс.

Не менее эффективными средствами отработки четкости произне­сения отдельных звуков является метод выделения звука из слова, уже имеющегося в активном словаре больного. Очень полезна при этом опора на соответствующие таблицы, на ко­торых изображены привычные, упроченные в опыте ситуации, смысл которых обычно выражается одним – двумя звуками.

Важное значение приобретает отработка артикуляции одних и тех же звуков при их различной позиции в слове, иначе гово­ря, отработка позиционных вариантов артикулем. Механизм произнесения звука меняется в зависимости от его положения внутри слова. По­этому отработка позиционных вариантов артикуляции одного звука в разных слогах имеет большое значение.

Важным моментом в восстановлении экспрессивной речи является и сличение собственного произнесения звуков или слов с их нормальным произношением. Это возможно с по­мощью записи звуков, слов, а позже и фраз, произносимых больным и здоровым человеком, на магнитофонную ленту; эта запись в данном случае выступает в роли обратной афферен­таций и создает тем самым благоприятные условия для восста­новления четкости произносительной стороны речи.

Работа над восстановлением артикулем занимает центральное место при обучении больных с афферентной (кинестетической) моторной афазией, и переход к восстановлению структуры фразы или це­лого высказывания не представляет здесь существенной труд­ности. Поэтому и при работе над восстановлением фразы у больных этой группы основной задачей остается преодоление кине­стетических речедвигательных дефектов. В связи с этим приме­нение методов, облегчающих создание и удержание фразы, с одной стороны, и способствующих восстановлению интонационно – мелодической компоненты высказывания – с другой, служат лишь дополнительными и играют вспомогательную роль.

Вызов звуков при афферентной моторной афазии не требует работы перед зеркалом, использования зон­дов и шпателей, а также закрепления звуков в сериях слоговых упражнений, а осуществляется при помощи слуховой и зрительной имитации артикуляторных ук­ладов. Логопед предлагает больному прислушиваться к звучанию, подражать его артикуляции и сопряже­нию, а затем отраженно повторять звуковой и лекси­ческий материал. Для более успешного закрепления артикуляционного уклада первых восстанавливаемых звуков в тетради больного рисуются упрощенные схе­мы позиции губ, языка, щек, что позволяет ему при выполнении «домашнего задания» воспроизводить нужную артикуляционную позицию.

В начале восстановления произносительной сторо­ны речи необходима опора на восприятие предметных и сюжетных рисунков, передающих пространственные отношения предметов. Слова «тут», «там», «вот» ло­гопед сопровождает указательным жестом.

Параллельно с задачами преодоления апраксии ар­тикуляционного аппарата и предупреждения литераль­ных парафазий ставится задача быстрейшего овладе­ния больным необходимым для общения словарным запасом. Сразу же вводятся слова для вопросно-ответной системы заня­тий, т.е. для восстановления элементарной диалоги­ческой речи. Лексика раздела состоит из высокоча­стотных слов, включенных в простейшие фразы и не­большие тексты.

В процессе занятий у логопеда может возникать необходимость расширения этого дидактического ма­териала за счет лексики, связанной с профессией боль­ного или с ситуацией, которую больной пытается пере­дать с помощью слов.

Программа восстановительного обучения пациентов с семантической афазией.

Содержание:

1. Характеристика нарушений.……………………….……….…..1
2. Задачи восстановительного обучения пациентов с семантической афазией…………….…………………………………….…………..2
3. Типовая программа восстановительного обучения (В.М. Шкловского и Т.Г.Визель)……………………………………………………….….2
4. Методы восстановительного обучения пациентов с семантической афазией...…………..……………………………….…….…………..3

**1.Характеристика нарушений.**

Семантическая афазия возникает при поражении зоны перекрытия трех долей коры головного мозга - теменной, затылочной и височной. А.Р.Лурия отмечает, что в основе нарушения речи по типу амнестической афазии лежат распад смысловой, семантической структуры слова, обеднение ближних и далеких связей слова. Семантическая афазия сочетается с выраженной пространственно-конструктивной апраксией, апраксией позы пальцев. У больных с семантической афазией сохраняется понимание элементарных фраз, передающих «коммуникацию событий», например : «Дети идут в лес. Они будут собирать грибы. К вечеру они  должны вернутся домой».  
  
 Такие фразы могут состоять из 7-11 элементов и быть свободно поняты больными с этой формой афазии. Больные хорошо понимают значение отдельных предлогов, свободно кладут карандаш под ложку или ложку справа вилки, но не могут расположить три предмета. Больные не могут ориентироваться в сравнительных словосочетаниях типа «Коля выше Миши и ниже Васи».  Трудности возникают при семантической афазии в решении логико-грамматических словосочетаний, передающих коммуникацию отношений типа “брат отца”-“отец брата” и т.д.  
  
 Больные затрудняются и в понимании сложных синтаксических конструкций, выражающих причинно-следственные, временные и пространственные отношения, деепричастные и причастные обороты. Не понимают метафоры, пословицы, поговорки, крылатые слова, не обнаруживается в них переносный смысл. Экспрессивная речь  артикуляторно сохранна, не отмечается литературных парафазий, отсутствует выраженный агграматизм, но в письменной и устной речи  больные не употребляют сложных лексических комплексов, отчего лексика становится семантически бедной. Бедность лексики выражается в редком  употреблении  прилагательных, наречий, описательных оборотов, причастных и деепричастных оборотов, пословиц, поговорок  Смысловая интонация в речи отсутствует. Письменная речь отличается бедностью, стереотипностью синтаксических форм, в ней мало сложносочиненных сложноподчиненных предложений.  
  
  Сокращается употребление прилагательных. [43] Нередко наблюдаются грубые нарушения счетных операций. Больные путают направление действий при решении многозначных арифметических примеров,  они испытывают определенные арифметические трудности при действии с переходом через десяток, с трудом записывают со слуха многозначные числа.

**2. Задачи восстановительного обучения пациентов с семантической афазией.**

Специфическая задача - устранение импрессивного аграмматизма, т.е. восстановление способности к восприятию сложных логико-грамматических оборотов речи.

Работа по преодолению вторичных расстройств понимания речи, накоплению активного словаря, нормализации грамматической стороны речи, чтения, письма.

**3. Типовая программа восстановительного обучения (В.М. Шкловского и Т.Г.Визель).**

Стадия расстройств средней и лёгкой степени выраженности.

Преодоление пространственной апрактогнозии:

схематическое изображение пространственных взаимоотношений предметов;

изображение плана пути, комнаты и т.д.;

конструирование по образцу, по словесному заданию;

работа с географической картой, часами.

Восстановление способности понимания слов с пространственным значением (предлогов, наречий, глаголов с приставками «движения» и т.д.):

наглядное изображение простых пространственных ситуаций, обозначаемых предлогами и другими частями речи;

заполнение пропущенных «пространственных» элементов в слове и фразе;

составление фраз со словами, имеющими пространственное

значение.

Конструирование сложноподчинённых предложений:

уточнение значений подчинительных союзов;

заполнение пропущенных главных и придаточных предложений;

составление предложений с заданными союзами.

Восстановление способности понимания логико-грамматических ситуаций:

картинное изображение сюжета конструкции;

введение дополнительных слов, обеспечивающих смысловую

избыточность («отец моего брата», «письмо от любимой подруги» и т.д.);

введение логико-грамматических конструкций в развёрнутый смысловой контекст;

предъявление конструкций письменно, а затем устно.

Работа над развёрнутым высказыванием:

изложения, сочинения;

импровизация на заданную тему;

толкование сложных по смысловой структуре слов…

**4. Методы восстановительного обучения пациентов с семантической афазией.**

Основными задачами логопедической работы при семантической афазии являются преодоление трудностей нахождения названий предметов, расширение лексического и синтаксического состава речи больных, преодоление импрессивного аграмматизма.

В связи с тем, что в основе речевых расстройств при семантической афазии лежит в нарушение симультанного пространственного гнозиса, восстановительное обучение начинается с развития конструктивно-пространственной деятельности. Для этого используются следующие упражнения: зрительный анализ геометрических фигур, конструирование по образцу, ориентирование по карте.

Приступая к работе над логико-грамматической стороной речи, следует обратиться вначале к простым грамматическим конструкциям и сделать для больного грамматический элемент того или иного слова, точнее, содержание передаваемое им, предметом активного понимания. Это достигается путем наглядного изображения грамматических взаимоотношений предметов и постановки вопроса, раскрывающего их смысл. Например, при предъявлении фраз: «мужчина рубит дрова топором», «женщина режет хлеб ножом» логопед каждый раз спрашивает: «чем рубят дрова?» и «чем режут хлеб?», формируя таким образом обобщенное представление о творительном падеже орудия действия. Соответственно этому отрабатываются и другие грамматические категории (время и лицо глагола, род, число и т. д.).   
Тот же принцип наглядности используют и в работе над сложными логико-грамматическими оборотами, и с этой целью там, где это возможно, грамматические значения изображают рисунком или схемой с помощью стрелок. Например, фразу «Новосибирск дальше от Москвы, чем Тула» можно изобразить так: М – Т – Н. Необходима работа по составлению различных сложноподчиненных предложений. Здесь возможны следующие приемы:

составление фраз по образцу, но на другие заданные темы;

придумывание фраз со сложноподчиненным союзом («хотя», «чтобы», «несмотря на то что» и т.д.).

Работа по преодолению амнестических трудностей в нахождении нужного слова строится так же, как и при акустико-мнестической афазии.

Итак, в результате теоретического анализа мы выяснили, что при любой форме 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.), определили содержание ранней логопедической помощи больным с передними и задними формами афазии в условиях неврологического отделения.

Выяснили, что особенностью работы с пациентами с передними формами афазии является опора на сохранную парадигматическую систему и широкое использование развернутых внешних опор и постепенная их интериоризация по мере перестройки и автоматизации нарушенной функции. Для этого логопед привносит извне программы и схемы речевого высказывания, начиная от программирования и планирования слоговой структуры слова и кончая восстановлением планирования фразы и текста.

При афазиях, возникающих при поражении височной или теменной долей левого полушария, прежде всего используется планирующие, программирующие и контролирующие функции левой лобной доли, обеспечивающие сознательность восстановительного обучения. Сохранность третьего «функционального блока» позволяет воспитать у больного установку на восстановление нарушенной речи. Используются приемы работы, которые помогают реорганизовать сохранные звенья речевой функции: акустический контроль при афферентной моторной афазии, оптический и кинестетический при сенсорной афазии и т.д.