

Афазия

Канд. пед. наук, О.В. Елецкая

Коррекционно-педагогическая работа при афферентной моторной афазии

План

- 1. Раствормаживание устной речи.
- 2. Восстановление произнесения слов.
- 3. Восстановление активного словарного запаса.
- 4. Восстановление артикуляторного анализа слов.
- 5. Восстановление кинестетического орального праксиса.

Предварительная стадия.

- Работа по растормаживанию устной речи на-
- чинается обычно с упражнений, помогающих актуализации привычных
- речевых рядов (порядковый счет; называние дней недели, месяцев; одно-
- сложные ответы на простые вопросы; пересчет предметов, пальцев; пропе-
- вание знакомых мелодий с опорой на тексты песен и др.).

- Существенное значение для растормаживания упроченных речевых процессов имеет включение в работу остатков эмоциональной речи – воспроизведение имен близких больному. Не менее полезным является выделение сохранной ритмико-мелодической структуры фразы. Напевное чтение стихотворения, сопровождаемое отстукиванием рукой его ритмической структуры, восстановление интонационного строя речи путем имитации голосом вопросительных, утвердительных, восклицательных и других интонаций облегчает растормаживание произвольной речи.

- Полезны в этом отношении упражнения, в которых больному читается простой, но эмоционально содержательный рассказ. Пациент в ответ на каждый прочитанный отрывок должен соответствующей интонацией показывать свое отношение к содержанию текста. Эмоциональная реакция больного, вызванная содержанием рассказа, нередко вызывает к жизни междометия («ах, ох, ай-ай, ой»), а иногда и стереотипные фразы («ах ты», «да-да-да», «вот-вот»).

- Перечисленные методы растормаживания должны применяться с
- учетом степени выраженности речевых дефектов и индивидуальных
- особенностей личности больных. (Нужно учитывать преморбидный
- словарь больного, его интересы, профессию, возраст, образование. Вер-
- бальный материал для занятий следует подбирать с учетом этих харак-
- теристик личности).

Первая стадия.

- После предварительной стадии обучения можно переходить к решению основной задачи обучения больного с афферентной моторной афазией – к восстановлению произнесения слова путем слуховой и смысловой стимуляции слова, приводящей к восстановлению нарушенной речевой деятельности. Перед больным выкладывается несколько картинок, на которых изображен либо предмет, либо действие.

- Отрабатывается на-
- именование одного предмета или действия. Каждый предмет или действие,
- изображенные на картинках, вводятся педагогом во всевозможные смысловые связи или контексты. Больным (на первых занятиях особенно) предлагается молча слушать и выполнять нужные операции или произносить слова «про себя» (или шепотом). Громкое произнесение слова полезнее решать в конце выполнения серии операций.

- Слуховая и смысловая стимуляция произнесения слова является основным приемом на первой стадии обучения, но эту работу необходимо сочетать с другими приемами, входящими в систему приемов, направленную на решение той же задачи – восстановление произнесения целого слова. Сюда относятся классификация предметов (явлений, действий), изображенных на картинках; прием по закреплению объема и точности зрительного восприятия (классификация по зрительным признакам, запоминание и воспроизведение предметных изображений); прием работы над зрительными предметными образами (рисование предметов по слову-наименованию) и т.д.

- Длительная работа по этой системе
- приемов способствует оживлению смысловой стороны речи, много-
- значности слова и его предметной отнесенности, восстанавливая тем
- самым обобщенные понятия, отраженные в данном слове.

- В результате работы, проведенной на предварительной и первой стадиях обучения, у больных, как правило, появляются слова, которые составляют в основном пассивный словарь (вызванные к жизни слова на уроке еще не используются больными активно в целях вербальной коммуникации). Однако уже к концу первой стадии появляется и небольшой запас активных слов.

Вторая стадия.

- Задачей следующей (второй) стадии обучения является восстановление
- активного словарного запаса на фоне восстанов-
- ленного пассивного словарного запаса и расторможенной рядовой речи.
- На этой стадии больной ставится в такие условия, при которых он
- неизбежно должен произнести обрабатываемое слово.

- Нужное слово педагогом не называется, т.е. звуковой образ искомого
- слова не дается в готовом виде, больной должен самостоятельно произ-
- нести его на основе услышанной и актуализированной им смысловой
- информации. На этой стадии обучения продолжается также работа над
- актуализацией многозначных связей слова, его смысловых контекстов.

- Сначала отрабатывается активное произнесение тех слов, которые уже
- имеются в пассивном словаре больного, т.е. восстановленных на первой
- стадии. Только после этого можно переходить к отработке активного
- произнесения других слов.

- Эффективным приемом восстановления активного произнесения слова является включение кинестетических ощущений с руки посредством ощупывания предметов или их моделей с закрытыми глазами. Ощупывая предмет, больной по заданию должен опознать его и сообщить лубым словом о том, что он узнал предмет.

- Этот прием в сочетании с дру-
- гими активизирует вербальный поиск на основе не только дополнитель-
- ных афферентаций (от кинестетического и обонятельного анализато-
- ров), но и благодаря возрастанию эмоциональной напряженности. У
- больного в этой ситуации есть только один способ доказать опознание
- им предмета – назвать его или его признак.

Третья стадия.

- На третьей стадии восстановления устной речи мож-
- но переходить к звукоартикуляторному анализу составных элементов
- слова, что является задачей этой стадии обучения. Работа начинается с
- ритмического выделения элементов слова путем отстукивания его сло-
- говой структуры с одновременным напевным проговариванием отраба-
- тываемых слов.

- . Сначала работа идет с простыми словами, состоящими
- из двух открытых слогов (*ма-ма, ля-ля, дя-дя*) с повторяющимися со-
- гласными и гласными звуками. После этого можно переходить к работе
- со словами, в которых меняется лишь один гласный звук (*ми-мо, жи-*
- *жа*), позднее отрабатывается произнесение слов, включающих разные,
- резко отличные по артикуляции звуки (*ры-ба, и-ду, хо-чу*), и, наконец, в
- работу включаются более сложные слова, состоящие из трех и более
- слогов (*ка-ре-та, ры-бо-лов*).

Решению задачи восстановления звукобуквенного анализа произнесенных слов способствуют следующие операции:

- 1) проанализировать звукобуквенный состав услышанного слова (без произнесения отдельных звуков); 2) назвать количество звуков; 3) найти соответствующие буквы и из них составить нужное слово; 4) списать его; 5) написать по памяти и прочесть; 6) самостоятельно произнести его.

Четвертая стадия.

- Основной задачей является восстановление собственно кинестетических форм артикуляции. С этой целью применяют-
- ся приемы, обеспечивающие дополнительные афферентации с сохран-
- ных анализаторов. Одним из известных и широко применяемых прие-
- мов является имитация поз артикуляторного аппарата педагога с после-
- дующим контролем при помощи зеркала собственных поз губ и языка.
- Не менее эффективный прием – выделение звука из слова, уже имеюще-
- гося в активном словаре больного.

- Не менее эффективный прием – выделение звука из слова, уже имеюще-
- гося в активном словаре больного.
- Важное значение приобретает отработка артикуляции одних и тех же
- звуков при различной позиции в слове (в слоге), поскольку артикуляци-
- онный механизм произнесения звука может меняться в зависимости от
- его положения внутри.

- Важным моментом в восстановлении экспрессивной речи является
- сличение собственного произнесения звуков (слов и фраз) с образцом.
- Этот процесс идентификации можно осуществлять с помощью записи
- на магнитную пленку образца и рабочего варианта произнесения звука
- больным с последующим прослушиванием записи, нахождением и
- осознанием своих ошибок. Подобная запись выступает в роли обратной
- афферентации и создает благоприятные условия для восстановления
- четкости произношения.

Пятая стадия.

- Специальную работу над устным предложением лучше всего начинать с активного повторения коротких фраз с опорой на
- простые сюжетные картинки (типа «Что делает?»). После подобной ра-
- боты больного переводят на активное произнесение предложений, на-
- чиная от развернутого и материализованного способа действия и кончая
- сокращенным, протекающим только с помощью громкой речи.

- На пятой стадии обучения введение чтения как метода восстановления
- связной смысловой речи является важным моментом. Чтение коротких и
- простых по структуре и содержанию текстов само по себе активизирует уст-
- ную речь, а специальные приемы, основанные на чтении, создают макси-
- мальные условия для ее восстановления. Один из подобных приемов – чте-
- ние текста с последующим соотнесением отдельных его частей или предло-
- жений с соответствующими частями иллюстрирующей текст картинки и,
- наоборот. Дальнейшая работа над восстановлением устной связной речи у
- больных идет по линии автоматизации процесса устной речи.

Коррекционно-педагогическая работа при эфферентной моторной афазии

План

- 1. Раствормаживание речевого механизма.
- 2. Восстановление активного произнесения отдельных слов.
- 3. Преодоление экспрессивного аграмматизма.
- 4. Восстановление связной устной речи.

Предварительная стадия.

- Обучение больных начинается с общего
- растормаживания речевого механизма. Однако уже на предварительной
- стадии обучения ведущей задачей является активное выделение отдель-
- ных слов из привычных речевых рядов. При эфферентной моторной
- афазии задачей растормаживания является восстановление активности
- речевого процесса.

- Перевод речи на произвольный (осознанный) уровень
- в данном случае может оказать существенную помощь в преодолении персевераций и инертности речи.

- Именно поэтому при эфферентной моторной афазии уже на предва-
- рительной стадии (стадии деблокирования речевого процесса) специ-
- ально ставится задача активного вычленения отдельного слова из рече-
- вого ряда. Работа начинается с пассивного повторения известных речевых рядов сопряженно-отраженным методом. Персеверации преодоле-
- ваются путем напевного и протяжного повторения каждого слова из
- ряда, тем самым повторение оказывается отставленным во времени.

- После успешного усвоения описанного приема можно переходить к
- отработке операций, требующих от больного уже не пассивного повторения, а некоторой речевой активности. Для этого используется прием
- дополнения фразы до целого. От больного требуется самостоятельно
- закончить устную фразу одним недостающим словом. На предваритель-
- ной стадии обучения лучше всего использовать материал, упроченный в
- прошлом опыте (песни, стихи, счет, диалог и др.) и вызывающий положительные эмоции у больного.

Первая стадия.

- Задачей первой стадии обучения является восстановление
- активного произнесения отдельных слов. Работа происходит следующим
- образом. Педагог громко проговаривает, например, числовой ряд, больной
- громко повторяет его вслед за педагогом. После этого больной по указанию
- педагога должен тот же числовой ряд повторять дискретно (например, три
- слова громко, следующие три – шепотом и т.д.) вслед за педагогом, громко
- проговаривающим весь ряд.

- После отработки этого умения можно переходить на более активный уровень речевого действия: произнесение шепотом
- сопряженно с педагогом и громко, самостоятельно продолжая речевой ряд.
- Та часть речевого ряда, которая повторяется большим громко, постепенно
- доводится до минимума: весь ряд повторяется большим (а позже самостоятельно произносится) шепотом, и лишь одно слово – громко.
- Описанный метод способствует растормаживанию временно инактивированной речи и появлению активного словаря.

Вторая стадия.

- Специальная работа над преодолением экспрессивно-
- го аграмматизма ведется на второй стадии. С этой целью, прежде всего,
- необходимо провести работу над актуализацией слов, обозначающих дей-
- ствие. Перед больным выкладывается серия картинок, изображающих
- одно и то же действие (игра в волейбол, игра на скрипке, игра в шахматы
- и т.д.). Сюжет этих картинок излагается педагогом четкими короткими
- фразами, обязательно включающими отрабатываемое слово.

- Пациент
- должен сначала повторить это слово, затем самостоятельно подобрать
- соответствующие этому слову-понятию разнообразные предметные и
- сюжетные картинки, отображающие разные значения этого слова.
- Настольные игры, при которых больной неизбежно должен пользоваться словами «дай», «на», «возьми», «пошел», «хожу», «иду» и т. д.,
- являются приемом, включающим в работу уровень автоматизированной, упроченной в прошлом опыте речи, и ее эмоциональный компонент.

- В тех же целях используются приемы, связанные с чтением стихов,
- пением песен, в которых содержатся отрабатываемые слова-глаголы.
- Четверостишия или песни специально подбираются таким образом,
- чтобы каждая строчка заканчивалась глаголом. Больному предлагается
- дополнять начатые педагогом предложения из этих стихов (или песен)
- соответствующим словом-глаголом.

- Специальное место у больных с эфферентной моторной афазией за-
- нимает работа по предупреждению моторных аграмматизмов. Задачей
- этой работы является восстановление у пациентов понимания связи ме-
- жду окончаниями слов и определенной ситуацией. Для этого применя-
- ется прием активных действий больного с предметом по речевой инст-
- рукции, в которой одно и то же слово, обозначающее предмет, выступа-
- ет в разных грамматических опосредованиях.

- После этих упражнений
- переходят к следующему:
больной самостоятельно
раскладывает сю-
- жетные картинки в разные
группы с соответствующими
окончаниями.
- Большое внимание
уделяется сочетанию слов с
определенными дейст-
- виями больного, что
способствует закреплению
связей слова.

Третья стадия.

- Методы восстановления связной речи направлены на
- преодоление perseverаций и восстановление плавности речи, а также на
- восстановление грамматической структуры предложения. Рассмотрен-
- ные выше методы восстановления активного словаря предусматривают
- и восстановление понимания грамматических связей слова, что создает
- нужный фон для дальнейшей специальной работы по восстановлению
- устного связного предложения.



Коррекционно-педагогическая работа при динамической афазии

План

- 1. Раствормаживание речи.
- 2. Восстановление предикативной речи.
- 3. Восстановление связной речи.

Предварительная стадия.

- Обучение начинается с растормаживания
- речи. Работа над актуализацией слов-глаголов на этой стадии проводится
- на основе сохранной автоматизированной речи. С этой целью полезны
- упражнения, в которых актуализации глаголов помогают специально подобранные песни, стихотворения, пословицы, поговорки, каждая строка
- (или строфа) которых заканчивается высокочастотным словом-глаголом.

- На этой же стадии обучения необходимо проведение специальной работы, способствующей растормаживанию движений. Для этого полезно
- начинать занятия (особенно в первый месяц обучения) с гимнастических
- упражнений (простые движения руками и ногами, ходьба и т.д.), выполнение которых сопровождается музыкой. Позже эти же упражнения
- больные выполняют под собственное пропевание мелодии, строго подчиня движения ритму. На более поздних стадиях обучения эти упражнения
- используются в качестве активного отдыха на занятиях.

- Особое внимание должно быть уделено восстановлению ритмико-
- мелодического компонента речи, который нужно сначала материализо-
- вать (отбивание ритма слова или фразы рукой, затем – включение голо-
- са, позже – пропевание слов и фраз и т. д.). Вначале работа должна быть
- сопряженной (одновременно с педагогом), позже – отраженной (повто-
- рение) и в конце – самостоятельной.

- Для восстановления общей и речевой инициативы у больных нужно (по
- возможности) и на занятиях, и в быту создавать конфликтные ситуации, ко-
- торые неизбежно побуждают больного к активному речевому поведению
- (т.е. ситуации, для выяснения которых больной должен задать вопрос).

Первая стадия.

- Обучение больного с динамической афазией начина-
- ется с восстановления предикативной речи, иначе говоря, с актуализа-
- ции глаголов. Для этого используется система приемов, ведущим прие-
- мом которой является работа над восстановлением многозначности
- слов, обозначающих действие: больной (сначала с помощью педагога и
- вспомогательной схемы, а потом самостоятельно) подбирает разные
- предикативные связи для одного и того же слова, обозначающего пред-
- мет или явление, или, наоборот, подбирает ряд предметных слов к сло-
- ву, обозначающему действие. Вспомогательным средством для актуали-
- зации нужных слов могут служить соответствующие картинки.

- Указанным способом нужно отработать как можно больше слов, обозначающих действия, предметы (явления), качества предмета, после чего опора на картинки снимается и та же работа проводится лишь с опорой на письменную схему связей слов.

- Отрабатываемые сетки значений слов схематично записываются в тетради, затем составляются в устной и письменной форме различные по содержанию варианты предложений, в которых фигурирует один и тот же глагол, обозначающий одно и то же действие, но в разных контекстах.

- Актуализации предикативных схем способствуют и упражнения, в которых от большого требуется найти слова, связанные с заданным словом по
- тому или другому признаку. Для этого больному даются две группы карточек с написанными на них словами. Карточки первой группы должны быть
- по величине больше, чем второй. К каждому слову из первой группы карточек больной должен подобрать слово из второй группы. Слово должно
- подбираться в соответствии с поставленной задачей, например, подобрать к
- заданному слову антоним или синоним. После этих упражнений можно
- перейти к более активной форме работы: находить заданные связи между
- словами в текстах (стихах, баснях, прозе) и подчеркивать их.

- Очень полезны специальные упражнения по расширению значений
- глаголов, употреблению их по смыслу и т. д. С этой целью дается ряд
- однокоренных глаголов, разных по значению, к которым пациент должен найти соответствующую картинку.

Вторая стадия.

- Восстановление собственно связной речи является
- основной задачей второй стадии обучения.

- Работа по восстановлению связной речи на второй стадии распадается
- ся на два этапа: на восстановление схемы отдельного устного предложения и на восстановление схемы целого высказывания, состоящего из
- отдельных, связанных общим сюжетом предложений.

На первом этапе

- используются в основном два метода восстановления устной фразы: 1)
- дополнение фразы до целого и 2) вынесение линейной схемы фразы
- в основе с дальнейшей опорой на нее при конструировании устных пред-
- ложений.

- Первый метод помогает восстановлению активного включения в речь, с одной стороны, и умению подбирать соответствующие слова, используя знания, приобретенные на предыдущей стадии – с другой. Вначале работа по этому методу ведется при опоре на простые сюжетные картинки. После относительного упрочения заданного способа работы материализованные опоры убираются.

- Для восстановления активной фразы используется 2-й метод – вынесение
- линейной схемы предложения. Больной получает задание составить предложение по сюжетной картинке (или самостоятельно ответить на вопрос и т. д.), под картинкой выкладывается ряд пустых карточек-«фишек», каждая
- карточка обозначает одно (любое) слово, а все вместе они представляют собой вынесенную вне линейную схему фразы. Фиксируя пальцем каждую
- карточку, больной ставится в условия, при которых он может восстановить
- схему предложения по данным внешним опорам. Постепенно карточки за-
- мещаются движениями пальца, воспроизводящими линейную схему пред-
- ложения и выделяющими отдельные элементы фразы.

- Материализация схемы предложения создает условия для активизации речевой деятельности, и больной, который не может самостоятельно-
- но включиться в речь, при опоре на карточки оказывается способным
- произнести фразу.

- После восстановления у пациента способности к произнесению отдельных фраз можно переходить к работе над восстановлением высказывания, которое имеет значительно более сложную психологическую структуру, чем отдельное предложение (2-й этап): оно состоит из ряда взаимосвязанных предложений, объединенных единым замыслом, и может протекать лишь на основе создания и реализации общего плана с помощью предложений.

- Прежде всего необходимо вынести вонне создание общего СМЫСЛОВО-
- го плана высказывания, значения слов и сами слова. Содержание выска-
- зывания (замысел) материализуется с помощью соответствующей сю-
- жетной картинки (а позже может быть представлено в виде текста), на
- которой нужные значения слов представлены соответствующими ее
- элементами. К этой картинке должен быть приложен и соответствующий
- ряд слов, написанных на карточках.

- Позже больного обучают составлению подробного плана на основе
- ранее написанного больным «укрупненного» плана самостоятельного
- пересказа текста. Больной должен каждый пункт плана развернуть, до-
- бавив к нему 2-3 новых пункта, поясняющих основную мысль, выра-
- женную в главном пункте плана. Развертывание плана, приближающее-
- ся к подробному пересказу, помогает осуществить использование слов и
- готовых фраз из текста. Составленный таким образом подробный план к
- тексту и явится развернутым письменным изложением текста.
- Обучение
- составлению плана полезно вести на широком речевом материале.

- Активизирует устную связную речь и метод «творческого домысливания», основанный на принципе недостающей информации (дополнения до целого).

- Если больному дать серию картинок, объединенных единым сюжетом,
- том, с пропущенным конечным звеном (отсутствие последней картинки)
- или дать рассказ без конца, то тем самым создаются условия для активного поиска развязки и изложения ее в виде целого высказывания. Опорой для актуализации нужной схемы высказывания являются данные картинки или часть рассказа. Пропущенным звеном может быть также начало серии сюжетных картинок (или рассказа) или середина ее. Во всех этих случаях у больного имеется опора, облегчающая дополнение заданного сюжета до целого. Очень полезно тренировать речевую (и мыслительную) активность больного на заданиях, в которых требуется найти несколько вариантов «завязок» и «развязок» заданных сюжетов.

Особенности коррекционно-педагогической работы при афазиях у полиглотов и амбидекстров

План

- 1. Коррекционно-педагогическая работа по преодолению афазии у больных-полиглотов.
- 2. Коррекционно-педагогическая работа по преодолению афазии при амбидекстрии.

- У полиглотов афазические расстройства могут быть разной степени
- тяжести. У одних наблюдается спонтанное восстановление родного
- языка, которым больной давно уже не пользовался, у других – восстановление того языка, на котором больной говорил последние годы
- жизни.
- Занятия надо проводить на том языке, который для больного является основным, и речь на котором восстанавливается спонтанно. В процессе восстановления речи у полиглота появляются слова из
- других известных ему языков.

- Эти парафазии исправлять не надо, так как в семье больного могут
- говорить на разных языках (на двух и даже на трех), парафазии эти доб-
- рокачественные. Кроме парафазии, в речи больных, владеющих родст-
- венными языками (например, украинским и русским), могут появляться
- псевдограмматические построения, например, вместо *домой* – «*до до-*
- *му*» и т.п. Эти ошибки также не следует исправлять, так как это будет
- отвлекать больного от преодоления истинных речевых расстройств на
- использование лексики того или иного языка. Больные, плохо владею-
- щие русским языком, должны заниматься на родном языке. Общие
- принципы восстановления речи при разных формах афазии одинаковы
- для больных всех национальностей, поэтому логопед должен в своей
- работе учитывать лишь особенности фонетики, морфологии и синтакси-
- са того языка, на котором будет идти восстановление речевых функций.

- В письменной речи больных-полиглотов может наблюдаться смешение
- алфавитов. Логопед должен указать больному на эту ошибку. Больные с
- афазией, особенно студенты, тяжело переживают то, что они «забыли»
- иностранный язык и из-за этого не смогут учиться в вузе после восстановления речи. В этих случаях больному надо объяснить, что у него на-
- рушено не знание языка, а владение речью, и что на поздних этапах выздоровления больной сможет «освежить» свои знания иностранного язы-
- ка и вернуться к занятиям в вузе, если это разрешат ему врачи.

Коррекционно-педагогическая работа с больными-амбидекстрами.

- При обследовании больного с афазией логопеду необходимо выяснить,
- не является ли он левшой, есть ли в его семье (у его родителей, братьев, сестер и детей) признаки левшества. Нередко больной не подозревает,
- что он «скрытый», переученный левша, и наличие левшества или амби-
- декстрии обнаруживается лишь после инсульта, когда у больного при
- нарушении мозгового кровообращения в бассейне правой средней моз-
- говой артерии возникают, наряду с гемипарезом или нарушением чув-
- ствительности в левой руке, речевые расстройства.

- Речевые расстройства
- ства амбидекстров отличаются от речевых расстройств у правшей нетипичностью, фрагментарностью нарушения речи, «скачкообразным» восстановлением различных речевых функций. При грубом нарушении экспрессивной речи на раннем этапе может быстро восстановиться понимание речи и письмо. Однако на резидуальном этапе восстановления может длительное время держаться стойкий импрессивный аграмматизм, трудности понимания метафор, пословиц, поговорок, легкая ступень аграфии, вербальные парафазии и т. п.

- В связи с тем, что у переученных левшей и амбидекстров речевые
- функции могут реализовываться обоими полушариями, коррекционно-
- педагогическая работа носит характер стимулирования восстановления
- речи приемами, характерными для раннего этапа после инсульта. На
- резидуальном этапе после инсульта становится ясной истинная картина
- речевого расстройства, выявляется та или иная форма афазии средней
- или легкой степени выраженности, требующая уже применения специ-
- альных приемов коррекционно-педагогической работы по преодолению
- эфферентной, афферентной, акустико-гностической, акустико-
- мнестической или семантической, афазии. Наиболее тяжелой у левшей
- и амбидекстров оказывается афферентная моторная афазия первого и
- второго варианта при поражении теменной доли, комплексная акустико-
- гностическая и акустико-мнестическая афазия при поражении правого
- полушария или обоих полушарий.

Преодоление афазии у детей и подростков

План

- 1. Особенности коррекционно-педагогической работы по преодолению афазии в детском возрасте.
- 2. Особенности коррекционно-педагогической работы по преодолению афазии в подростковом и юношеском возрасте.

- Афазии у детей, подростков и молодых людей, возникшие в результате
- разрыва аневризмы сосудов головного мозга, могут проходить спонтанно.
- В остальных случаях преодоление афазий осуществляется у подростков
- старше 15 лет за 3-5 лет систематических логопедических занятий, но при
- условии максимально серьезного отношения к речевому дефекту как са-
- мого подростка или юноши, так и его родителей. Нередко несерьезное
- отношение к своему речевому дефекту, отсутствие навыка преодолевать
- трудности, надежда на спонтанное восстановление приводят к тому, что
- эти пациенты не возвращаются к учебе, к труду. Упорный, целенаправ-
- ленный труд в преодолении речевого дефекта позволяет подросткам
- окончить школу, техникум и т.п., а студентам – институты и приступить к
- работе по специальности в несколько облегченных условиях.

- Для преодоления моторной афазии у детей и подростков используют
- ся те же приемы коррекционно-педагогической работы, которые применяются в работе со взрослыми на раннем этапе восстановления. В связи
- с несформированностью у детей различных навыков значительное внимание надо уделять психической деятельности, обучать ребенка планировать свои действия, отрабатывать некоторые движения. Занятия с
- детьми должны быть интересными, разнообразными. Лексика и семантика дидактического материала должны соответствовать возрасту ребенка. Особое место в преодолении речевых расстройств у детей занимают различные речевые игры, рисование, лепка, конструирование из элементов различных детских поделок.

- Пяти-шестилетних дошкольников целесообразно с первых дней занятий обучать чтению и письму,
- используя букварь, разрезную азбуку, развивая у них звукобуквенный
- анализ состава слова, подготавливая их тем самым к учебе в специальной
- речевой или общеобразовательной школе. Школьники и подростки,
- перенесшие травму или нарушение мозгового кровообращения в теменно-
- затылочных отделах головного мозга, могут утратить некоторые
- приобретенные до заболевания навыки: ориентацию в географической
- карте, представление о времени, представление о дробях, извлечении
- квадратного корня, испытывать значительные трудности в решении задач.

- В связи с этим логопед ставит своей задачей не только восстановление
- ление у ребенка навыков чтения, письма и элементарного счета, но и
- других навыков, необходимых ему для возвращения в школу. Восстановление этих элементарных математических навыков предупреждает
- дальнейшие трудности овладения более сложными математическими
- знаниями. В тех случаях, когда больной возвращается к учебе, осуществление преодоления нарушений понимания деепричастных и причастных оборотов проводится с опорой на экспрессивную устную и письменную речь.

- После освоения этих оборотов в экспрессивной речи больные свободно понимают последовательность действий, выраженных деепричастным оборотом, при восприятии речи на слух.

- По мере восстановления речевых навыков подросток или студент переходит к обновлению знаний иностранного языка. Особенно значимо
- это для студентов высших учебных заведений.
- Несомненно, что при более массивных травмах головного мозга или
- тяжелых менингоэнцефалитах, восстановление речевых функций у детей протекает медленнее и требует многолетней работы по развитию речи в специальных школах.

Организация коррекционной работы при афазии

План

- 1. Планирование коррекционно-педагогической работы по преодолению афазии.
- 2. Организация и содержание логопедических занятий.
- 3. Оценка результатов коррекционно-педагогической работы.

- Выработка плана коррекционно-педагогической работы при афазии
- всегда требует индивидуального подхода.
- На раннем этапе после инсульта больные, как правило, находятся в стационаре. Занятия с ними начинаются в течение первых 2-3 недель после инсульта, так как это самый благоприятный момент для растормаживания и стимулирования нарушенных функций. В первые дни после инсульта занятия проводятся по 7-15 минут, желательно 2-3 раза в день, затем от 15 до 30 минут. Для этого привлекаются родственники, которые могут выполнять с ними задания логопеда в послеобеденное время. Уже через месяц после нарушения мозгового кровообращения занятие может длиться от 30 до 40 минут, с небольшими перерывами и разными видами работы.

- На резидуальном этапе после инсульта с больными проводятся как
- индивидуальные, так и коллективные занятия по 40-60 минут. В течение
- первых двух лет после инсульта желательно, чтобы больной регулярно
- занимался как в стационаре (полтора-два месяца), так и в поликлинике.
- В стационаре логопед работает с больным по 4-5 раз в неделю, в поли-
- клинике – 2-3 раза в неделю, в зависимости от тяжести речевого рас-
- стройства, соматического состояния и т. п.

- После каждых 2-3 месяцев занятий делается небольшой перерыв (1-2
- месяца), после которого логопед заново составляет на больного карту с
- задачами и приемами коррекционно-педагогической работы. Речь неко-
- торых больных после перерыва ухудшается, но это ухудшение, как пра-
- вило, бывает временным, и через 3-4 занятия у больного восстанавлива-
- ется речь до прежнего его уровня. Общая продолжительность логопеди-
- ческих занятий различна, иногда по 2-3 года. С больными в возрасте до
- 40-50 лет, которые могут вернуться к учебе в школе или вузе, или к ра-
- боте по специальности, занятия могут длиться до 4-5 лет.

- В планирование коррекционно-педагогической работы входит со-
- ставление перспективного плана индивидуальных и групповых занятий,
- составление индивидуальных задач, программ и выбор приемов преодо-
- ления речевых расстройств каждого больного, которые фиксируются в
- индивидуальной карте.

- В индивидуальной карте логопед записывает фамилию, имя и отчество
- во больного, наличие левшества, его возраст, национальность, наличие
- полиглотства, образование и специальность, даты инсульта или травмы,
- начала и окончания логопедических занятий, клинический диагноз за-
- болевания, заключение о речевом статусе на различных этапах, задачи,
- приемы и результаты коррекционно-педагогической работы.

- Тщательно проведенное обследование нарушенных речевых функций
- позволяет наметить конкретный план коррекционно-педагогической ра-
- боты на индивидуальных занятиях. При составлении плана коррекцион-
- но-педагогической работы учитывается этап заболевания, выбор соответ-
- ствующих этапу заболевания приемов коррекционно-педагогической ра-
- боты, место проведения индивидуальных занятий (в палате больного, в
- кабинете логопеда) или участие в групповых занятиях.

Индивидуальные занятия

- с большими подобны
многоплановому уроку.

Пример плана урока с больным с эфферентной афазией:

-) проверка домашнего задания
- письменного задания больного (отмечаются не все ошибки)
- больного, а лишь 3-4, чтобы не травмировать его); 2) проверка домашнего задания больного (составление больным фраз по картинкам, пересказ прочитанного); 3) восстановление навыков письма (работа с резной азбукой, заполнение пропущенных букв в слове, слуховые диктанты); 4) вызов слов через контекст, опирающийся на предмет, картинку и выразительный жест; 5) составление фраз по сюжетным картинкам, обсуждение их, запись в тетради самостоятельно или с помощью логопеда; 6) чтение текста и пересказ его по плану (по вопросам, по опорным словам); 7) задание на дом: чтение и пересказ небольшого текста, заполнение пропущенных букв или слов, рассказ по картинке и т. п.

Задачи

- коррекционно-педагогической работы на *групповых занятиях*
- при афазии заключаются: 1) в восстановлении коммуникативной функции в речевой среде, 2) в преодолении речебоязни и т.п., 3) в умении
- преодолеть специфические для больных с афазией речевые трудности в
- условиях, приближенных к различным ситуациям, встречающимся в
- повседневной жизни.

- На групповых занятиях объединяется не более 3-4 больных с одной
- формой афазии или с одинаковой речевой активностью, так как гиперактивные больные с сенсорной афазией с логореей могут подавлять и
- без того низкую активность больных с моторной афазией, а нечеткое
- произношение больных с моторной афазией затруднит понимание речи
- больным с другой формой афазии.

- На групповых занятиях используются беседы на темы дня, различные
- инсценировки, обсуждение телепередач (спортивных, международных,
- о воспитании детей). Для самых тяжелых, безречевых больных исполь-
- зуются приемы невербальной коммуникации при помощи рисунка, пик-
- тограмм, полезны «путешествия» по географической карте с выяснени-
- ем, где и когда больные жили или отдыхали, чем занимались. Больные
- используют в ответах на вопросы логопеда рисунок и жесты.

- Во многом результаты коррекционно-педагогической работы зависят
- от настойчивости логопеда и больного, являющихся, по существу, со-
- трудниками в достижении одной цели: максимального восстановления
- речи, нарушенной в результате инсульта или травмы головного мозга.

Оценка результатов коррекционно-педагогической работы.

- При вы-
- писке больного из стационара или завершении этапов амбулаторных
- занятия логопед оценивает результаты восстановительного обучения,
- отмечает степень тяжести речевого расстройства, активность больного,
- степень восстановления различных сторон речи, наличие разного темпа
- восстановления экспрессивной и импрессивной речи, чтения и письма.
- Используются 4 оценки результатов восстановительного обучения:
- значительное восстановление, общее улучшение, частичное улучшение,
- без изменения.

- Под значительным восстановлением подразумевается доступность своего
- свободного устного и письменного высказывания с элементами аграмматизма и
- редкими ошибками в письме. Значительное восстановление наблюдается при
- легких степенях выраженности речевого расстройства на раннем этапе после
- инсульта или в результате длительных систематических занятий.

- Под общим улучшением подразумевается возможность общения с
- помощью фраз больных с моторной афазией, при сенсорной афазии –
- восстановление фонематического слуха, возможность составления не-
- сложных текстов по сериям сюжетных картинок, относительное восста-
- новление чтения и письма.

- Частичное улучшение подразумевает появившуюся возможность общения с помощью отдельных слов или коротких предложений, улучшение понимания речи, улучшение в той или иной степени письменной речи.
- Оценка восстановительного обучения без изменения констатирует отсутствие динамики улучшения речевых функций. Такое отсутствие динамики может наблюдаться при тотальной и любой другой афазии на раннем этапе восстановления, при плохом соматическом состоянии больного и в конце длительных коррекционно-педагогических мероприятий.

Рекомендуемая литература

- 1. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. – М., 1975
- 2. Ахутина Т.В. Порождение речи. Нейролингвистический анализ синтаксиса. – М., 1989
- 3. Бадалян К.Д. Невропатология. – М., 1999.
- 4. Бейн Э.С. Восстановление речи у больных с афазией. – М., 1982
- 5. Бейн Э.С., Овчарова П. А. Клиника и лечение афазий. – София, 1970
- 6. Бурлакова М.К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии. – М., 1991
- 7. Бурлакова М.К. Речь и афазия. – М., 1997
- 8. Визель Т.Г. Как вернуть речь. – М., 2001.
- 9. Винарская Е.Н. Клинические проблемы афазии. – М., 1971
- 10. Власенко И.Т. Особенности словесного мышления взрослых и детей с нарушениями речи. – М., 1990.
- 11. Дефектология. Словарь-справочник/ Авт.-сост. С.С. Степанов /Под ред. Б.П. Пузанова. – М., 2007.
- 12. Критчли М. Афазиялогия. – М., 1974
- 13. Логопедия / Под ред. Волковой Л.С., Шаховской С.Н. – М., 2002
- 14. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М., 2000.
- 15. Лурия А.Р. Основные проблемы нейролингвистики. – М., 1975

- 16. Лурия А.Р. Язык и сознание. – Ростов-н /Дону, 1998.
- 17. Проблемы афазии и восстановительного обучения. Тексты. / Под. ред. Л.С. Цветковой, Ж.М. Глозман. – М., 1983
- 18. Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л.С.Волковой, В.И. Селиверстова. – Т 2. – М., 1997.
- 130
- 19. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики. – М., 2000.
- 20. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. – М, 1988
- 21. Цветкова Л.С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. – М., 1972
- 22. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. – М., 1985
- 23. Цветкова Л.С. Афазиология – современные проблемы и пути решения. – М.- Воронеж, 2002.
- 24. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. – М., 2000.
- 25. Шохор-Троцкая (Бурлакова) М.К. Стратегия и тактика восстановления речи. – М., 2001.
- 26. Шохор-Троцкая М.К. Коррекция сложных речевых расстройств. – М., 2001.