

Учреждение образования
«Белорусский государственный педагогический университет
имени Максима Танка»

Институт инклюзивного образования
Кафедра логопедии

(пер. № УИ 28-3-294)

СОГЛАСОВАНО
Заведующий кафедрой
И.Н. Логинова
17 06 2017 г.

СОГЛАСОВАНО
Директор института
В.В. Хитрюк
17 06 2017 г.

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ
«ЛОГОПЕДИЯ: НАРУШЕНИЯ РЕЧИ СИСТЕМНОГО ХАРАКТЕРА
(АЛАЛИЯ, ОБЩЕЕ НЕДОРАЗВИТИЕ РЕЧИ, АФАЗИЯ)»**

Для специальности: 1-03 03 01 Логопедия

Составители: Дроздова Н.В., доцент кафедры логопедии; Лагун Т.Т.,
преподаватель кафедры логопедии

Рассмотрено и утверждено
на заседании Совета БГПУ 26.06 20 17 г. протокол № 10

Структура УМК по учебной дисциплине «Логопедия: Нарушения речи системного характера (афазия)»

1. Титульный лист.

2. Теоретический раздел:

2.1. Тематический план:

2.1.1. Дневной формы получения образования.

2.1.2. Заочной формы получения образования (5-летний срок обучения).

2.1.3. Заочной формы получения образования (сокращенный срок обучения).

2.2. Планы лекций.

3. Практический раздел:

3.1. Программа практических занятий для студентов:

3.1.1. Дневной формы получения образования.

3.1.2. Заочной формы получения образования (5-летний срок обучения).

3.1.3. Заочной формы получения образования (сокращенный срок обучения).

3.2. *Программа самостоятельной работы для студентов заочной формы получения образования (5-летний срок обучения).*

3.3. *Программа самостоятельной работы для студентов заочной формы получения образования (сокращенный срок обучения).*

4. Раздел контроля знаний:

4.1. *Задания к экзамену.*

4.2. *Задания для самоконтроля.*

5. Вспомогательный раздел:

6.1. *Список литературы.*

6.2. *Материалы к практическим занятиям.*

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ
2.1.ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН
для студентов специальности 1-03 03 01 Логопедия
дневной формы получения образования

3 курс, 6 семестр

№ п/п	НАИМЕНОВАНИЕ РАЗДЕЛА И ТЕМ	КОЛИЧЕСТВО АУДИТОРНЫХ ЧАСОВ			
		всего	лекци- онные занятия	практ ическ ие занятия	лабо рато рные зая тия
6	РАЗДЕЛ 6. НАРУШЕНИЯ РЕЧИ СИСТЕМНОГО ХАРАКТЕРА (АФАЗИЯ)	16	16	-	-
6.9.	Характеристика афазии	12	12	-	-
6.10.	Специфика обследования больных с афазией	4	4	-	-

4 курс, 7 семестр

№ п/п	НАИМЕНОВАНИЕ РАЗДЕЛА И ТЕМ	КОЛИЧЕСТВО АУДИТОРНЫХ ЧАСОВ			
		всего	лекци- онные занятия	практ ическ ие занятия	лабо рато рные зая тия
6	РАЗДЕЛ 6. НАРУШЕНИЯ РЕЧИ СИСТЕМНОГО ХАРАКТЕРА (АФАЗИЯ)	30	14	16	-
6.12.	Характеристика афазии	4	-	4	-
6.13.	Специфика обследования больных с афазией	6	-	6	-
6.14.	Восстановительное обучение при афазии	20	14	6	-

ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН
 для студентов специальности 1-03 03 01 Логопедия
 заочной формы получения образования (5-летний срок обучения)

4 курс, 8 семестр

№ п/п	Наименование раздела, тем	Количество часов				
		всего	лекц.	практ.	лаб.	сам. раб.
6	РАЗДЕЛ 6. НАРУШЕНИЯ РЕЧИ СИСТЕМНОГО ХАРАКТЕРА (АФАЗИЯ)	26	4	2	-	20
6.9.	Характеристика афазии	16	2	-	-	14
6.10.	Специфика обследования больных с афазией	10	2	2	-	6

5 курс, 9 семестр

№ п/п	Наименование раздела, тем	Количество часов			
		всего	лекц.	практ.	сам. раб.
6	РАЗДЕЛ 6. НАРУШЕНИЯ РЕЧИ СИСТЕМНОГО ХАРАКТЕРА (АФАЗИЯ)	20	2	2	16
6.11.	Восстановительное обучение при афазии	20	2	2	16

ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН
 для студентов специальности 1-03 03 01 Логопедия
 заочной формы получения образования (сокращенный срок обучения)

3 курс, 6 семестр

№ п/п	Наименование раздела, тем	Количество часов			
		всего	лекц.	практ.	сам. раб.
6	РАЗДЕЛ 6. НАРУШЕНИЯ РЕЧИ СИСТЕМНОГО ХАРАКТЕРА (АФАЗИЯ)	46	8	2	36
6.6.	Характеристика афазии	12	4	-	8
6.7.	Специфика обследования лиц с афазией	8	-	2	6
6.8.	Восстановительное обучение при афазии	26	4	-	22

2.2. ПЛАНЫ ЛЕКЦИЙ

ТЕМА: ХАРАКТЕРИСТИКА АФАЗИИ (12 часов).

1. Определение афазии, краткие сведения из истории афазиологии.
2. Терминология, используемая в МКБ -10.
3. Статистические данные о распространенности.
4. Причины и механизм афазии.
5. Классификация афазии.
6. Характеристика форм афазии.
7. Факторы, определяющие состояние речи, и прогноз при афазии разных форм.

Литература: основная 1, 2, 3, 4; дополнительная 2, 6, 7, 8, 10.

ТЕМА: СПЕЦИФИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С АФАЗИЕЙ (4 часа).

1. Принципы, организация, содержание, методы и приемы обследования при афазии.
2. Схема обследования при афазии.
3. Обследование речевых функций. Заключение о речевом статусе больного.
4. Обследование неречевых функций.

Литература: основная 1,4; дополнительная 7, 8, 10.

ТЕМА: ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ ПРИ АФАЗИИ (14 часов)

1. Принципы восстановительного обучения при афазии.
2. Методы и приемы восстановительного обучения при афазии.
3. Основные задачи и содержание восстановительного обучения в острый и резидуальный периоды.
4. Методики раннего этапа восстановительного обучения.
5. Виды организации реабилитации больных с афазией на резидуальном этапе восстановительного обучения.
6. Критерии оценки результатов восстановительного обучения.
7. Специфика коррекционно-восстановительной работы при разных формах афазии.

Литература: основная 1, 2, 3, 4; дополнительная 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11.

3. ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

3.1. ПРОГРАММА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

ДЛЯ СТУДЕНТОВ

ПРАКТИКУМ

по учебной дисциплине «Логопедия: Нарушения речи системного характера (афазия)»

**для студентов специальности «Логопедия»
(дневная форма получения образования)**

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 1 (2 часа)

Тема: Характеристика афазии.

Цель: актуализировать и расширять знания студентов о сущности афазии, основных подходах к ее классификации; формировать у студентов умения анализа проявлений афазии у детей; совершенствовать умения пользоваться понятийно-терминологическим аппаратом афазиологии.

Вопросы для обсуждения:

1. Определение, общая характеристика афазии.
2. Нейропсихологический и нейролингвистический подходы к пониманию афазии.
3. Классификации афазии.
4. Афазия у детей, ее сходство и отличие от афазии у взрослых и алалии у детей.

Задания для самостоятельной работы:

1. На основе изучения материалов лекции и литературы составить словарь терминов по теме занятия.
2. Составить схему «Сравнительная характеристика классификаций афазий Г.Хэда, В.К. Орфинской, А.Р. Лурия».
3. На основе анализа материалов лекций и данных диссертационного исследования А.Ю. Обуховской выделить общие и отличительные признаки афазии у детей и взрослых (вспомогательный блок).
4. Составить таблицу «Сравнительная характеристика афазии у взрослых и у детей».

Форма отчетности: словарь терминов; схема «Сравнительная характеристика классификаций афазий Г. Хэда, В.К. Орфинской, А.Р. Лурия», таблица «Сравнительная характеристика афазии у взрослых и у детей».

Литература:

- Основная: 1, 2, 3, 4.
Дополнительная: 2, 6, 7, 8, 10.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 2 (2 часа)

Тема: Характеристика афазии.

Цель: актуализировать и расширять теоретические знания студентов о характеристике речевых и неречевых проявлений в структуре нарушения при

афазии, форм афазии; формировать умения студентов анализировать и различать речевую и неречевую симптоматику афазии, анализировать образцы речи лиц с афазией, определять форму афазии.

Вопросы для обсуждения:

1. Характеристика речевых и неречевых проявлений в структуре нарушения при афазии.
2. Характеристика сенсорных форм афазии (акустико-гностической (сенсорной), акустико-мнестической, семантической).
3. Характеристика моторных форм афазии (афферентной моторной, эфферентной моторной, динамической).
4. Степени выраженности афазических нарушений.

Задания для самостоятельной работы:

1. Проанализировать материалы обследования лица с афазией, выделив речевые и неречевые проявления в структуре нарушения, определить форму афазии:

Больной К., 59 лет, по профессии инженер-экономист, год назад перенес инсульт.

Во время обследования контактен, адекватен, ориентирован в окружающем. Тяжело переживает свое речевое расстройство, охотно занимается с логопедом.

Понимание речи на слух недоступно. При слуховом восприятии отмечается растерянность, даже если удастся правильно повторить слова. Восприятие на слух как близких, так и далеких по звучанию звуков и слов грубо расстроено. Изредка больной схватывает и повторяет отдельные гласные звуки.

Собственная речь грубо парафазитична и аграмматична. Наблюдаются все виды парафазии. Лишь изредка в спонтанной речи, сопровождающей действия, больной произносит правильные, без парафазии, слова и фразы. При назывании парафазии встречаются чаще. Резко затруднена повторная речь, например: СТОЛ — «чбуто», НОЖ — «лето», ДВЕРЬ — «даревь».

Письмо под диктовку невозможно, однако иногда может написать название показываемого ему предмета. Письменное название более доступно, чем устное.

Чтение сохранно. При чтении слов больной моментально схватывает смысл, однако удерживает его недолго. При чтении фраз и текста не всегда понимает их смысл. Пониманию содействуют жесты. При чтении наблюдаются неправильные ударения. Правильно произнесенные во время чтения слова через несколько секунд больной теряет. Например, читает слово ОКНО и тут же: «окто... огло... овдо... огмо... гмон».

Больной правильно повторяет позы руки, правильно срисовывает геометрические фигуры. Имеются элементы конструктивной апраксии. Письменный счет без нарушений. Оптическая агнозия отсутствует.

2. На основе изучения материалов лекций, литературы, заполнить таблицу «Сравнительная характеристика форм афазии» (вспомогательный блок).

3. Проанализировать образцы речи лиц с афазией, выделив признаки афазии, определить форму афазии.

Пример 1: Больной составляет рассказ по сюжетной картинке:

- Машик... нет маличик...идот вы лес. Мальшик мого гибов наблал да-да и забутита ...ау... ау...мальшик сядет на сосу...сосну и мальтик взалес на...елгу... и вижу...нет.

Пример 2: Из беседы логопеда с больным:

Логопед: - Как вы себя чувствуете?

Больной: - Это вот хорошо, хорошие деньги, да-да! Деньги режут вот хорошиись... сама молочко, и это вот всем нельзя.

Пример 3: Больной составляет рассказ по сюжетной картинке:

-Цветы...Мальчик...Грибы...Тут карашо... Девочка... Землянику...черт возьми...глаголов нет...

Пример 4: Больной составляет рассказ по серии сюжетных картинок «Случай на реке»:

- Этот мальчик...мальчик, и вот речка, и плот, и мальчик, как это ... падать в воду, и плот, туда позвать далеко... И мальчик ботинки снимать надо...зовет как это...помогите...ну вот, ботинки тут, и вода холодная, и вот мальчик... и мальчик берег ... дышать надо хорошо... мальчик... и мальчик идет дома.

Пример 5: Больной пересказывает текст «Курица и золотые яйца» после первого чтения:

- ... Сейчас я вам скажу ... Я плохо рассказываю ... Вот ... были найдены яйца ... куриные яйца ... Думали, что это были обычные яйца ... а это оказывается на самом деле то же самое яйцо. Нет, ... не то»; после повторного чтения: «- Ну вот ... в одном хозяине было несколько яиц ... Не так, дай ... Вот они решили и свои яйца найти у себя в яйце ... ловили яйца ... Нет, не так, не получается».

Пример 6: Больной составляет рассказ по сюжетной картине «Письмо с фронта»:

-Мальчик читает письмо....

Больному предлагается составить более полный рассказ:

- Солдат его слушает... девочка слушает... тетенька слушают... девочка слушает.... Интересное письмо....

Логопед: - Теперь расскажи все подробно.

Больной: - Мальчик читает письмо, солдат его слушает, девочка его слушает, тетенька его слушает... девушка его слушает... радость на лицах».

Дальнейшие попытки получить развернутые высказывания так и остаются в пределах стереотипных фраз:

- Мальчик читает письмо, все слушают, солдат слушает, радость на лицах.

Форма отчетности: таблица «Сравнительная характеристика форм афазии».

Литература:

Основная: 1,2,3, 4.

Дополнительная: 2, 6, 7, 8, 10.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 3 (2 часа)

Тема: Специфика обследования больных с афазией.

Цель: актуализировать и расширить теоретические знания студентов о специфике обследования лиц с афазией, о приемах обследования их речевой функции; формировать умения студентов осуществлять подбор адекватных приемов обследования импрессивной и экспрессивной речи у лиц с афазией, анализировать приемы логопедического обследования лиц с афазией, определять их целевое назначение.

Вопросы для обсуждения:

1. Специфика обследования больных с афазией: содержание, методы и приемы обследования.

2. Содержание логопедического блока нейропсихологического обследования.

3. Критерии оценки речи при афазии.

Задания для самостоятельной работы:

1. Определить целевое назначение перечисленных приемов обследования речи у лиц с афазией:

- повторение за логопедом близких (оппозиционных) фонем;
- повторение за логопедом фраз различной длины;
- повторение за логопедом серий слов (по два, по три и более);
- вместе с логопедом пропеть мелодию знакомой песни (со словами и без слов);
- при показе соответствующих картинок логопед просит больного показать МАМИНУ ДОЧКУ, ДОЧКИНУ МАМУ, МАМУ ДОЧКИ, ДОЧКУ МАМЫ;
- называние предметов, частей тела, действий;
- нахождение по заданию 2—3—4 картинок из 15—20 разложенных перед больным или сложенных в стопку;
- пересказ несложного текста, прочитанного логопедом;
- написание под диктовку отдельных звуков, коротких слов;
- закончить пословицу или фразу с «жестким» контекстом;
- воспроизвести порядковый счет;
- раскладывание подписей к предметам, к сюжетным картинкам и сериям картинок;
- послоговое произнесение слов и фраз;
- решение примеров в пределах 10, 100, 1000.

2. На основе изучения материалов лекции и литературы составить каталог приемов обследования импрессивной речи у лиц с афазией.

3. На основе изучения материалов лекции и литературы составить каталог приемов обследования экспрессивной речи у лиц с афазией.

Форма отчетности: каталог приемов обследования импрессивной и экспрессивной речи у лиц с афазией.

Литература:

Основная: 1,4.

Дополнительная: 7, 8, 10.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 4 (2 часа)

Тема: Специфика обследования больных с афазией.

Цель: углублять и обобщать теоретические знания студентов о специфике обследования лиц с афазией, о приемах обследования их неречевых функций; формировать умения студентов осуществлять подбор адекватных приемов обследования практических и гностических функций у лиц с афазией, умение их демонстрировать.

Вопросы для обсуждения:

1. Методы нейропсихологического обследования.
2. Содержание обследования неречевых функций у лиц с афазией.
3. Критерии оценки неречевых функций при афазии.

Задания для самостоятельной работы:

1. На основе изучения материалов лекции и литературы составить каталог приемов обследования практических функций у лиц с афазией (программирование и контроль произвольной деятельности, оральные кинестетический праксис, выполнение символических и смысловых движений и действий, мануальный кинестетический праксис, динамический мануальный праксис, динамический оральные праксис, динамический графический праксис, пространственный праксис, конструктивно-пространственная деятельность). Уметь их демонстрировать.

2. На основе изучения материалов лекции и литературы составить каталог приемов обследования гностических функций у лиц с афазией (предметный гнозис, восприятие сюжетных изображений, оптико-пространственный гнозис, буквенный гнозис, цифровой гнозис, цветовой гнозис, лицевой гнозис, пальцевой гнозис, стереогноз, узнавание частей тела). Уметь их демонстрировать.

Форма отчетности: каталог приемов обследования практических и гностических функций у лиц с афазией.

Литература:

Основная: 1, 4.

Дополнительная: 7, 8, 10.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 5 (2 часа)

Тема: Специфика обследования больных с афазией.

Цель: углублять и обобщать знания студентов о симптоматике форм афазии, факторах, определяющих прогноз при афазии; формировать умения студентов анализировать и различать симптоматику различных форм афазии, отличать афазии от других форм нарушений речи, составлять и обосновывать заключение о речевом статусе лица с афазией.

Вопросы для обсуждения:

1. Факторы, определяющие состояние речи, и прогноз при афазии разных форм.
2. Дифференциальная диагностика: отличие афазии от других форм нарушений речи; отличие разных форм афазии друг от друга.

Задания для самостоятельной работы:

1. По ведущей симптоматике определить форму афазии:
 - 1) Феномен «отчуждения смысла слов».
 - 2) Нарушение спонтанной речи при сохранности повторной и номинативной речи, чтения и письма.
 - 3) Апраксия артикуляционного аппарата, проявляющаяся в трудностях нахождения пространственных поз языка и других органов артикуляции, которые сопровождаются грубыми нарушениями чтения и письма.
 - 4) Нарушение кинетической синтагматической организации речи: нарушение последовательности звуков в слове, слов в предложении, согласования слов в предложении.
 - 5) Отсутствие внешних грубых признаков нарушения речи: больные понимают бытовую речь, адекватно отвечают на вопросы, затруднения в устной речи не выходят за пределы легкого забывания слов.
 - 6) Нарушение понимания сложных речевых оборотов, понимания пословиц, поговорок, метафор, предлогов и наречий.
 - 7) При тестировании восприятия 3 слов больные удерживают 1-е и 3-е слово, 2-е пропускают.
2. Изучить материалы обследования лиц с афазией, выделить признаки афазии. Сформулировать логопедические заключения. Перечислить признаки отличия описанных в примерах форм афазии:

Пример 1. Больная Г., 60 лет, инженер, 2 года назад перенесла инсульт. Во время обследования контактна, адекватна, подвижна, несколько затруднена ориентировка во времени и месте.

Фонематический слух и слухоречевая память без изменений. Имеются трудности понимания пословиц, метафор, например: ЖЕЛЕЗНАЯ РУКА («Так не бывает|... Ну, если только из железа памятник сделать, то тогда у него будет железная рука»), СВЕТЛАЯ ГОЛОВА («Блондин, наверное, или седой»). Выявляется выраженный импрессивный, предложно-падежный аграмматизм. Устная речь свободная, без literalных и вербальных парафазий, но несколько бедная, упрощенная. Довольно часто возникают трудности в нахождении нужных слов, в связи с чем, больная переходит к описанию функций предмета. Много вводных слов. Структура фразы очень проста, имеются амнестические трудности. Чтение и письмо сохранны.

Кроме речевых нарушений у больной отмечается конструктивно-пространственная апраксия и негрубая акалькулия, выражающаяся в смешении арифметических действий.

Пример 2. Больная С., 21 год, студентка, 4 месяца назад перенесла черепно-мозговую травму (была сбита автомашиной).

До болезни она хорошо училась в школе, была любознательна, самостоятельно изучала иностранные языки. Перед заболеванием успешно училась в университете на двух факультетах; филологическом и журналистики. Была начитана, музыкальна.

При обследовании угнетена, вялая, безынициативная, негативистична, резка. Понимание чужой речи частично доступно: выполняет простые инструкции, многозвеньевые инструкции - лишь после второго-третьего повторения. При общении с окружающими широко пользуется жестами. Отмечается полное отсутствие спонтанной речи, повторения и названия. Отмечается апраксия артикуляционного аппарата, и также грубая аграфия, алексия, акалькулия. Речевого эмбола нет, но есть призыв «ааа», которым больная пользуется для отрицательных ответов. При попытках повторить какой-либо звук возникают хаотичные артикуляционные движения. Голос при произнесении «ааа» очень тихий, немодулированный. Под диктовку доступно письмо нескольких букв, фамилий, имен. Частично сохранено глобальное чтение про себя, Возможны лишь арифметические действия в пределах 20.

3. Провести сравнительный анализ материалов обследования лиц с нарушениями речи, выделив лицо с афазией и указав признаки дифференциальной диагностики описанных в примерах форм нарушений речи:

Пример 1. Федя Л., 5,5 лет.

Ребенок родился от первой беременности, протекавшей с осложнениями: угроза выкидыша на протяжении всей беременности. Роды в срок со стимуляцией. Родился в асфиксии небольшой степени. До одного года рос беспокойным. Раннее физическое развитие в пределах возрастной нормы: голову держит с 2-х месяцев, сидит с 6-ти месяцев. Ходить стал после года.

Отдельные слова появились вскоре после года, короткие фразы — после 2,5 лет, развернутая фраза лишь к четырем годам. Речь всегда была невнятной. Словарный запас пополнялся медленно, резко ограничен, в активной речи употребляет в основном простые неразвернутые, аграмматичные фразы. Звукопроизношение резко нарушено: ш-с, р-в, ч-ть, ц-т, л- нет. Связная речь отсутствует.

Пример 2. Больной Н., 54 года, пенсионер, 8 месяцев после инсульта. *Речевой статус больного:* контактен, в месте и времени ориентирован. Имеются трудности в построении развернутой фразы, и особенно трудности в поиске глаголов и существительных. Понимание обращенной речи и грамматических конструкций не нарушено. Больной затрудняется в пересказе несколько раз прочитанного текста. Письмо и чтение не нарушены.

Форма отчетности: анализ материалов обследования лиц с афазией, лиц с нарушениями речи.

Литература:

Основная: 1,4.

Дополнительная: 7, 8, 10.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 6 (2 часа)

Тема: Восстановительное обучение при афазии.

Цель: актуализировать и расширять теоретические знания студентов о стратегии восстановительного обучения при афазии, принципах, задачах и методах восстановления речи; формировать умения студентов подбирать приемы восстановительной работы при разных формах афазии.

Вопросы для обсуждения:

1. Принципы, задачи и методы восстановительной работы при афазии.
2. Содержание восстановительного обучения при афазии.
3. Специфика восстановительной работы при разных формах афазии.

Задания для самостоятельной работы:

1. Ответить на тестовое задание:

Установите соответствие между центральной задачей восстановительного обучения и формой афазии.

Ответ запишите в виде сочетания цифр (в порядке возрастания) и букв.
Например: 1б 2в 3г...

-
1. преодоление нарушений пространственного гнозиса;
 2. преодоление патологической инертности и восстановление динамической схемы произносимого слова;
 3. преодоление нарушений слухоречевой памяти;
 4. восстановление артикуляционной деятельности;
 5. восстановление нарушений дифференцированного восприятия звуков;
 6. восстановление способности программирования и планирования высказывания

-
- a. акустико-гностическая (сенсорная);
 - b. акустико-мнестическая;
 - c. афферентная моторная;
 - d. эфферентная моторная;
 - e. динамическая;
 - f. семантическая.

2. На основе изучения материалов литературы, подобрать по 2-3 приёма восстановительной работы при разных формах афазии.

Форма отчетности: решение тестового задания; перечень приёмов восстановительной работы (с целеполаганием) при разных формах афазии.

Литература:

Основная: 1, 2, 3, 4.

Дополнительная: 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 7 (2 часа)

Тема: Восстановительное обучение при афазии.

Цель: актуализировать и расширить теоретические знания студентов об особенностях восстановительного обучения при афазии на различных этапах работы; формировать умение составлять рекомендации по восстановительной работе при афазии, текст беседы психотерапевтической направленности; совершенствовать умения студентов анализировать материалы периодических изданий.

Вопросы для обсуждения:

1. Основные задачи и содержание восстановительного обучения при афазии в острый период.
2. Основные задачи и содержание восстановительного обучения при афазии в резидуальный период.
3. Организация занятий в домашних условиях. Профилактика афазии.

Задания для самостоятельной работы:

1. На основе ознакомления со статьей Е.П. Марковской «Современные аспекты речевой реабилитации при афазии» выделить основные положения, отражающие содержание восстановительного обучения при афазии в острый и резидуальный периоды (вспомогательный блок).
2. Разработать текст беседы психотерапевтической направленности с лицом с афазией.
3. Разработать текст консультации для родственников лица с сенсорной афазией.

Форма отчетности: основные положения восстановительного обучения при афазии в острый и резидуальный периоды, выделенные на основе анализа статьи Е.П.Марковской «Современные аспекты речевой реабилитации при афазии»; текст беседы психотерапевтической направленности с лицом с афазией; текст консультации для родственников лица с сенсорной афазией.

Литература:

Основная: 1, 2, 3, 4.

Дополнительная: 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 8 (2 часа)

Тема: Восстановительное обучение при афазии.

Цель: углублять и обобщать теоретические знания студентов об особенностях восстановительного обучения при афазии; формировать умения студентов подбирать дифференцированные приемы и средства восстановительной работы при афазии, составлять конспект логопедического занятия по восстановлению речи при афазии.

Вопросы для обсуждения:

1. Приемы восстановительной работы при афазии.
2. Планирование восстановительного обучения при афазии.

Задания для самостоятельной работы:

1. Подобрать по 2-3 приема восстановительной работы при афазии, направленных на:

- стимулирование понимания речи на слух;
- растормаживание экспрессивной стороны речи;
- стимулирование устной речи;
- предупреждение парафазий;
- предупреждение аграмматизма («телеграфного стиля»).

2. Разработать конспект индивидуального логопедического занятия по восстановлению речи при афферентной моторной или эфферентной моторной афазии в резидуальной период работы.

Форма отчетности: перечень приемов восстановительной работы (с целеполаганием) для лиц с афазией; конспект индивидуального логопедического занятия по восстановлению речи при афферентной моторной или эфферентной моторной афазии в резидуальной период работы.

Литература:

Основная: 1, 2, 3, 4.

Дополнительная: 1, 3, 5, 8, 9, 10, 11.

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ

ПРАКТИКУМ
по учебной дисциплине «Логопедия: Нарушения речи системного характера (афазия)»
для студентов специальности «Логопедия»
(заочная форма получения образования, 5-летний срок обучения)

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 1 (2 часа)

Тема: Специфика обследования больных с афазией.

Цель: актуализировать и расширять теоретические знания студентов о специфике обследования лиц с афазией; формировать умения студентов осуществлять подбор адекватных приемов обследования импрессивной и экспрессивной речи у лиц с афазией, анализировать и различать симптоматику различных форм афазии, составлять и обосновывать заключение о речевом статусе лица с афазией.

Вопросы для обсуждения:

1. Специфика обследования больных с афазией: содержание, методы и приемы обследования.
2. Содержание логопедического блока нейропсихологического обследования.
3. Критерии оценки речи при афазии.

Задания для самостоятельной работы:

1. На основе изучения материалов лекции и литературы составить каталог приемов обследования импрессивной речи у лиц с афазией.
2. На основе изучения материалов лекции и литературы составить каталог приемов обследования экспрессивной речи у лиц с афазией.
3. Изучить материалы обследования лиц с афазией, выделить признаки афазии. Сформулировать логопедические заключения. Перечислить признаки отличия описанных в примерах форм афазии:

Пример 1. Больная Г., 60 лет, инженер, 2 года назад перенесла инсульт. Во время обследования контактна, адекватна, подвижна, несколько затруднена ориентировка во времени и месте.

Фонематический слух и слухоречевая память без изменений. Имеются трудности понимания пословиц, метафор, например: ЖЕЛЕЗНАЯ РУКА («Так не бывает|... Ну, если только из железа памятник сделать, то тогда у него будет железная рука»), СВЕТЛАЯ ГОЛОВА («Блондин, наверное, или седой»). Выявляется выраженный импрессивный, предположно-падежный аграмматизм. Устная речь свободная, без литеральных и вербальных парафазий, но несколько бедная, упрощенная. Довольно часто возникают трудности в нахождении нужных слов, в связи с чем, больная переходит к описанию функций предмета. Много вводных слов. Структура фразы очень проста, имеются амнестические трудности. Чтение и письмо сохранены.

Кроме речевых нарушений у больной отмечается конструктивно-пространственная апраксия и негрубая акалькулия, выражающаяся в смешении арифметических действий.

Пример 2. Больная С., 21 год, студентка, 4 месяца назад перенесла черепно-мозговую травму (была сбита автомашиной).

До болезни она хорошо училась в школе, была любознательна, самостоятельно изучала иностранные языки. Перед заболеванием успешно училась в университете на двух факультетах; филологическом и журналистики. Была начитана, музыкальна.

При обследовании угнетена, вялая, безынициативная, негативистична, резка. Понимание чужой речи частично доступно: выполняет простые инструкции, многозвеньевые инструкции - лишь после второго-третьего повторения. При общении с окружающими широко пользуется жестами. Отмечается полное отсутствие спонтанной речи, повторения и названия. Отмечается апраксия артикуляционного аппарата, и также грубая аграфия, алексия, акалькулия. Речевого эмбола нет, но есть призыв «ааа», которым больная пользуется для отрицательных ответов. При попытках повторить какой-либо звук возникают хаотичные артикуляционные движения. Голос при произнесении «ааа» очень тихий, немодулированный. Под диктовку доступно письмо нескольких букв, фамилий, имен. Частично сохранено глобальное чтение про себя, Возможны лишь арифметические действия в пределах 20.

Форма отчетности: каталог приемов обследования импрессивной и экспрессивной речи у лиц с афазией.

Литература:

Основная: 1, 4.

Дополнительная: 7, 8, 10.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 2 (2 часа)

Тема: Восстановительное обучение при афазии.

Цель: актуализировать и расширять теоретические знания студентов об особенностях восстановительного обучения при афазии на различных этапах работы; формировать умения студентов подбирать дифференцированные приемы и средства восстановительной работы при афазии; совершенствовать умения студентов анализировать материалы периодических изданий.

Вопросы для обсуждения:

1. Основные задачи и содержание восстановительного обучения при афазии в острый период.
2. Основные задачи и содержание восстановительного обучения при афазии в резидуальный период.
3. Приемы восстановительной работы при афазии.

Задания для самостоятельной работы:

1. На основе ознакомления со статьей Е.П. Марковской «Современные аспекты речевой реабилитации при афазии» (вспомогательный блок) выделить основные положения, отражающие содержание восстановительного обучения при афазии в острый и резидуальный периоды.

2. Подобрать по 1-2 приема восстановительной работы при афазии, направленных на:

- стимулирование понимания речи на слух;
- растормаживание экспрессивной стороны речи;
- стимулирование устной речи;
- предупреждение парафазий;
- предупреждение аграмматизма («телеграфного стиля»).

Форма отчетности: основные положения восстановительного обучения при афазии в острый и резидуальный периоды, выделенные на основе анализа статьи Е.П.Марковской «Современные аспекты речевой реабилитации при афазии»; перечень приемов восстановительной работы (с целеполаганием) для лиц с афазией.

Литература:

Основная: 1, 2, 3, 4.

Дополнительная: 1, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11.

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ

ПРАКТИКУМ
по учебной дисциплине «Логопедия: Нарушения речи системного характера (афазия)»
для студентов специальности «Логопедия»
(заочная форма получения образования, сокращенный срок обучения)

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №1 (2 часа)

Тема: Специфика обследования больных с афазией.

Цель: актуализировать и расширять теоретические знания студентов о специфике обследования лиц с афазией; формировать умения студентов осуществлять подбор адекватных приемов обследования импрессивной и экспрессивной речи у лиц с афазией, анализировать и различать симптоматику различных форм афазии, составлять и обосновывать заключение о речевом статусе лица с афазией.

Вопросы для обсуждения:

1. Специфика обследования больных с афазией: содержание, методы и приемы обследования.
2. Содержание логопедического блока нейропсихологического обследования.
3. Критерии оценки речи при афазии.

Задания для самостоятельной работы:

3. На основе изучения материалов лекции и литературы составить каталог приемов обследования импрессивной речи у лиц с афазией.
4. На основе изучения материалов лекции и литературы составить каталог приемов обследования экспрессивной речи у лиц с афазией.
4. Изучить материалы обследования лиц с афазией, выделить признаки афазии. Сформулировать логопедические заключения. Перечислить признаки отличия описанных в примерах форм афазии:

Пример 1. Больная Г., 60 лет, инженер, 2 года назад перенесла инсульт. Во время обследования контактна, адекватна, подвижна, несколько затруднена ориентировка во времени и месте.

Фонематический слух и слухоречевая память без изменений. Имеются трудности понимания пословиц, метафор, например: ЖЕЛЕЗНАЯ РУКА («Так не бывает|... Ну, если только из железа памятник сделать, то тогда у него будет железная рука»), СВЕТЛАЯ ГОЛОВА («Блондин, наверное, или седой»). Выявляется выраженный импрессивный, предположно-падежный аграмматизм. Устная речь свободная, без литеральных и вербальных парафазий, но несколько бедная, упрощенная. Довольно часто возникают трудности в нахождении нужных слов, в связи с чем, больная переходит к описанию функций предмета. Много вводных слов. Структура фразы очень проста, имеются амнестические трудности. Чтение и письмо сохранены.

Кроме речевых нарушений у больной отмечается конструктивно-пространственная апраксия и негрубая акалькулия, выражающаяся в смешении арифметических действий.

Пример 2. Больная С., 21 год, студентка, 4 месяца назад перенесла черепно-мозговую травму (была сбита автомашиной).

До болезни она хорошо училась в школе, была любознательна, самостоятельно изучала иностранные языки. Перед заболеванием успешно училась в университете на двух факультетах; филологическом и журналистики. Была начитана, музыкальна.

При обследовании угнетена, вялая, безынициативная, негативистична, резка. Понимание чужой речи частично доступно: выполняет простые инструкции, многозвеньевые инструкции - лишь после второго-третьего повторения. При общении с окружающими широко пользуется жестами. Отмечается полное отсутствие спонтанной речи, повторения и названия. Отмечается апраксия артикуляционного аппарата, и также грубая аграфия, алексия, акалькулия. Речевого эмбола нет, но есть призыв «ааа», которым больная пользуется для отрицательных ответов. При попытках повторить какой-либо звук возникают хаотичные артикуляционные движения. Голос при произнесении «ааа» очень тихий, немодулированный. Под диктовку доступно письмо нескольких букв, фамилий, имен. Частично сохранено глобальное чтение про себя, Возможны лишь арифметические действия в пределах 20.

Форма отчетности: каталог приемов обследования импрессивной и экспрессивной речи у лиц с афазией.

Литература:

Основная: 1, 4.

Дополнительная: 7, 8, 10.

3.2. ПРОГРАММА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ
по учебной дисциплине «Логопедия: Нарушения речи системного
характера (алалия, общее недоразвитие речи, афазия)»
для студентов специальности «Логопедия»
(заочная форма получения образования, 5-летний срок обучения)

Тема 1: Характеристика афазии.

Задания для самостоятельной работы:

1. На основе изучения материалов лекции и литературы составить словарь терминов по теме занятия.
2. На основе изучения материалов лекции и литературы составить кроссворд с ключевым словом «Афазия».
3. Составить схему «Сравнительная характеристика классификаций афазий Г. Хэда, В.К. Орфинской, А.Р. Лурия».
4. Составить таблицу «Сравнительная характеристика афазии у взрослых и у детей».
5. На основе изучения материалов лекций, видеолекций (6.3., вспомогательный блок) и литературы составить таблицу «Сравнительная характеристика форм афазии» (критерии для сравнения выделить самостоятельно).
6. Проанализировать образцы речи лица с афазией, выделив признаки афазии, определить форму афазии:

Пример 1: Больной составляет рассказ по сюжетной картинке:

- Машик... нет маличик...идот вы лес. Мальшик мого гибов наблал да-да и забутита ...ау... ау...мальшик сядет на сосу...сосну и мальтик взалес на...елгу... и вижу...нет.

Пример 2: Из беседы логопеда с больным:

Логопед: - Как вы себя чувствуете?

Больной: - Это вот хорошо, хорошие деньги, да-да! Деньги режут вот хорошиись... сама молочко, и это вот всем нельзя.

Пример 3: Больной составляет рассказ по сюжетной картинке:

-Цветы...Мальчик...Грибы...Тут карашо... Девочка... Землянику...черт возьми...глаголов нет...

Пример 4: Больной составляет рассказ по серии сюжетных картинок «Случай на реке»:

- Этот мальчик...мальчик, и вот речка, и плот, и мальчик, как это ... падать в воду, и плот, туда позвать далеко... И мальчик ботинки снимать надо ...зовет как это...помогите...ну вот, ботинки тут, и вода холодная, и вот мальчик... и мальчик берег ... дышать надо хорошо... мальчик... и мальчик идет дома.

Пример 5: Больной пересказывает текст «Курица и золотые яйца» после первого чтения:

- ... Сейчас я вам скажу ... Я плохо рассказываю ... Вот ... были найдены яйца ... куриные яйца ... Думали, что это были обычные яйца ... а это оказывается на самом деле то же самое яйцо. Нет, ... не то»; после повторного чтения: «- Ну вот ... в одном хозяине было несколько яиц ... Не

так, дай ... Вот они решили и свои яйца найти у себя в яйце ... ловили яйца ... Нет, не так, не получается».

Пример 6: Больной составляет рассказ по сюжетной картине «Письмо с фронта»:

-Мальчик читает письмо....

Больному предлагается составить более полный рассказ:

- Солдат его слушает... девочка слушает... тетенька слушают... девочка слушает.... Интересное письмо....

Логопед: - Теперь расскажи все подробно.

Больной: - Мальчик читает письмо, солдат его слушает, девочка его слушает, тетенька его слушает... девушка его слушает... радость на лицах».

Дальнейшие попытки получить развернутые высказывания так и остаются в пределах стереотипных фраз:

- Мальчик читает письмо, все слушают, солдат слушает, радость на лицах.

Литература: Основная: 1, 2, 3, 4. Дополнительная: 2, 4, 6, 7, 8, 10.

Тема 2: Специфика обследования больных с афазией.

Задания для самостоятельной работы:

1. Изучить материалы анамнеза и обследования лица с афазией, выделить признаки афазии, её вероятные причины. Перечислить возможные причины афазии у взрослых. Сформулировать логопедическое заключение.

Больная С., 21 год, студентка, 4 месяца назад была сбита автомашиной.

До болезни она хорошо училась в школе, была любознательна, самостоятельно изучала иностранные языки. Перед заболеванием успешно училась в университете на двух факультетах; филологическом и журналистики. Была начитана, музыкальна.

При обследовании угнетена, вялая, безынициативная, негативистична, резка. Понимание чужой речи частично доступно: выполняет простые инструкции, многозвеньевые инструкции - лишь после второго-третьего повторения. При общении с окружающими широко пользуется жестами. Отмечается полное отсутствие спонтанной речи, повторения и названия. Отмечается апраксия артикуляционного аппарата, и также грубая аграфия, алексия, акалькулия. Речевого эмбола нет, но есть призыв «ааа», которым больная пользуется для отрицательных ответов. При попытках повторить какой-либо звук возникают хаотичные артикуляционные движения. Голос при произнесении «ааа» очень тихий, немодулированный. Под диктовку доступно письмо нескольких букв, фамилий, имен. Частично сохранено глобальное чтение про себя, Возможны лишь арифметические действия в пределах 20.

2. На основе изучения материалов лекции и литературы составить каталог приемов обследования импрессивной речи у лиц с афазией.

3. На основе изучения материалов лекции и литературы составить каталог приемов обследования экспрессивной речи у лиц с афазией.

4. На основе изучения материалов литературы составить каталог приемов обследования практических функций у лиц с афазией (программирование и контроль произвольной деятельности, оральный кинестетический праксис, выполнение символических и смысловых движений и действий, мануальный кинестетический праксис, динамический мануальный праксис, динамический оральный праксис, динамический графический праксис, пространственный праксис, конструктивно-пространственная деятельность).

5. На основе изучения материалов литературы составить каталог приемов обследования гностических функций у лиц с афазией (предметный гнозис, восприятие сюжетных изображений, оптико-пространственный гнозис, буквенный гнозис, цифровой гнозис, цветовой гнозис, лицевой гнозис, пальцевой гнозис, стереогноз, узнавание частей тела).

6. На основе изучения материалов литературы составить каталог приемов обследования счетных функций у лиц с афазией.

Литература: Основная: 1, 4. Дополнительная: 7, 8, 10.

Тема 3: Восстановительное обучение при афазии.

Задания для самостоятельной работы:

1. На основе изучения материалов лекции и литературы составить каталог приёмов восстановительной логопедической работы при афазии в острый период.

2. На основе изучения материалов лекции и литературы составить каталог приёмов восстановительной логопедической работы при афазии в резидуальный период.

3. Разработать текст беседы психотерапевтической направленности с лицом с афазией.

4. Разработать текст консультации для родственников лица с сенсорной афазией.

5. Разработать конспект индивидуального логопедического занятия по восстановлению речи при афферентной моторной или эфферентной моторной афазии в резидуальный период работы.

Литература: Основная: 1, 2, 3, 4. Дополнительная: 1, 3, 5, 8, 9, 10, 11.

3.3. ПРОГРАММА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ
по учебной дисциплине «Логопедия: Нарушения речи системного
характера (афазия)»
для студентов специальности «Логопедия»
(заочная форма получения образования, сокращенный срок обучения)

Тема 1: Характеристика афазии.

Задания для самостоятельной работы:

7. На основе изучения материалов лекции и литературы составить словарь терминов по теме занятия.

8. На основе изучения материалов лекции и литературы составить кроссворд с ключевым словом «Афазия».

9. Составить схему «Сравнительная характеристика классификаций афазий Г. Хэда, В.К. Орфинской, А.Р. Лурия».

10. Составить таблицу «Сравнительная характеристика афазии у взрослых и у детей».

11. На основе изучения материалов лекций, видеолекций (6.3., вспомогательный блок) и литературы составить таблицу «Сравнительная характеристика форм афазии» (критерии для сравнения выделить самостоятельно).

12. Проанализировать образцы речи лица с афазией, выделив признаки афазии, определить форму афазии:

Пример 1: Больной составляет рассказ по сюжетной картинке:

- Машик... нет маличик...идот вы лес. Мальшик мого гибов наблал да-да и забутита ...ау... ау...мальшик сядет на сосу...сосну и мальтик взалес на...елгу... и вижу...нет.

Пример 2: Из беседы логопеда с больным:

Логопед: - Как вы себя чувствуете?

Больной: - Это вот хорошо, хорошие деньги, да-да! Деньги режут вот хорошиись... сама молочко, и это вот всем нельзя.

Пример 3: Больной составляет рассказ по сюжетной картинке:

-Цветы...Мальчик...Грибы...Тут карашо... Девочка... Землянику...черт возьми...глаголов нет...

Пример 4: Больной составляет рассказ по серии сюжетных картинок «Случай на реке»:

- Этот мальчик...мальчик, и вот речка, и плот, и мальчик, как это ... падать в воду, и плот, туда позвать далеко... И мальчик ботинки снимать надо ...зовет как это...помогите...ну вот, ботинки тут, и вода холодная, и вот мальчик... и мальчик берег ... дышать надо хорошо... мальчик... и мальчик идет дома.

Пример 5: Больной пересказывает текст «Курица и золотые яйца» после первого чтения:

- ... Сейчас я вам скажу ... Я плохо рассказываю ... Вот ... были найдены яйца ... куриные яйца ... Думали, что это были обычные яйца ... а это оказывается на самом деле то же самое яйцо. Нет, ... не то»; после повторного чтения: «- Ну вот ... в одном хозяине было несколько яиц ... Не

так, дай ... Вот они решили и свои яйца найти у себя в яйце ... ловили яйца ... Нет, не так, не получается».

Пример 6: Больной составляет рассказ по сюжетной картине «Письмо с фронта»:

-Мальчик читает письмо....

Больному предлагается составить более полный рассказ:

- Солдат его слушает... девочка слушает... тетенька слушают... девочка слушает.... Интересное письмо....

Логопед: - Теперь расскажи все подробно.

Больной: - Мальчик читает письмо, солдат его слушает, девочка его слушает, тетенька его слушает... девушка его слушает... радость на лицах».

Дальнейшие попытки получить развернутые высказывания так и остаются в пределах стереотипных фраз:

- Мальчик читает письмо, все слушают, солдат слушает, радость на лицах.

Литература: Основная: 1, 2, 3, 4. Дополнительная: 2, 4, 6, 7, 8, 10.

Тема 2: Специфика обследования больных с афазией.

Задания для самостоятельной работы:

2. Изучить материалы анамнеза и обследования лица с афазией, выделить признаки афазии, её вероятные причины. Перечислить возможные причины афазии у взрослых. Сформулировать логопедическое заключение.

Больная С., 21 год, студентка, 4 месяца назад была сбита автомашиной.

До болезни она хорошо училась в школе, была любознательна, самостоятельно изучала иностранные языки. Перед заболеванием успешно училась в университете на двух факультетах; филологическом и журналистики. Была начитана, музыкальна.

При обследовании угнетена, вялая, безынициативная, негативистична, резка. Понимание чужой речи частично доступно: выполняет простые инструкции, многозвеньевые инструкции - лишь после второго-третьего повторения. При общении с окружающими широко пользуется жестами. Отмечается полное отсутствие спонтанной речи, повторения и называния. Отмечается апраксия артикуляционного аппарата, и также грубая аграфия, алексия, акалькулия. Речевого эмбола нет, но есть призыв «ааа», которым больная пользуется для отрицательных ответов. При попытках повторить какой-либо звук возникают хаотичные артикуляционные движения. Голос при произнесении «ааа» очень тихий, немодулированный. Под диктовку доступно письмо нескольких букв, фамилий, имен. Частично сохранено глобальное чтение про себя, Возможны лишь арифметические действия в пределах 20.

7. На основе изучения материалов лекции и литературы составить каталог приемов обследования импрессивной речи у лиц с афазией.

8. На основе изучения материалов лекции и литературы составить каталог приемов обследования экспрессивной речи у лиц с афазией.

9. На основе изучения материалов литературы составить каталог приемов обследования практических функций у лиц с афазией (программирование и контроль произвольной деятельности, оральные кинестетический праксис, выполнение символических и смысловых движений и действий, мануальный кинестетический праксис, динамический мануальный праксис, динамический оральные праксис, динамический графический праксис, пространственный праксис, конструктивно-пространственная деятельность).

10. На основе изучения материалов литературы составить каталог приемов обследования гностических функций у лиц с афазией (предметный гнозис, восприятие сюжетных изображений, оптико-пространственный гнозис, буквенный гнозис, цифровой гнозис, цветовой гнозис, лицевой гнозис, пальцевой гнозис, стереогноз, узнавание частей тела).

11. На основе изучения материалов литературы составить каталог приемов обследования счетных функций у лиц с афазией.

Литература: Основная: 1, 4. Дополнительная: 7, 8, 10.

Тема 3: Восстановительное обучение при афазии.

Задания для самостоятельной работы:

6. На основе изучения материалов лекции и литературы составить каталог приёмов восстановительной логопедической работы при афазии в острый период.

7. На основе изучения материалов лекции и литературы составить каталог приёмов восстановительной логопедической работы при афазии в резидуальный период.

8. Разработать текст беседы психотерапевтической направленности с лицом с афазией.

9. Разработать текст консультации для родственников лица с сенсорной афазией.

10. Разработать конспект индивидуального логопедического занятия по восстановлению речи при афферентной моторной или эфферентной моторной афазии в резидуальный период работы.

Литература: Основная: 1, 2, 3, 4. Дополнительная: 1, 3, 5, 8, 9, 10, 11.

4. РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

4.1. КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ К ЭКЗАМЕНУ **ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ «ЛОГОПЕДИЯ. НАРУШЕНИЯ** **РЕЧИ СИСТЕМНОГО ХАРАКТЕРА (АФАЗИЯ)»**

Форма итогового контроля: экзамен (устный)

Квалификационные задания по учебной дисциплине «Логопедия. Нарушения речи системного характера (афазия)»

Продемонстрировать и объяснить:

1. Приемы восстановительной работы при афазии, направленные на предупреждение парафазий.
2. Приемы восстановительной работы при афазии, направленные на предупреждение аграмматизма.
3. Приемы восстановительной работы при афазии, направленные на растормаживание экспрессивной стороны речи.
4. Приемы восстановительной работы при афазии, направленные на стимулирование понимания речи на слух.
5. Приемы восстановления понимания логико-грамматических конструкций при семантической афазии.
6. Приемы восстановления произносительной стороны речи при афферентной моторной афазии.
7. Приемы восстановления произносительной стороны речи при эфферентной моторной афазии.
8. Приемы восстановления фонематических процессов у лиц с афазией.
9. Приемы обследования гностических функций у лиц с афазией.
10. Приемы обследования импрессивной речи у лиц с афазией.
11. Приемы обследования праксических функций у лиц с афазией.
12. Приемы обследования экспрессивной речи у лиц с афазией.
13. Приемы стимулирования понимания речи на раннем этапе восстановительного обучения.

Проанализировать:

1. Материалы логопедического обследования (афазия).
2. Конспект занятия по восстановлению речи.
3. Текст консультации по профилактике афазии.
4. Материалы анамнеза с позиций определения этиологии афазии и выдвижения диагностической гипотезы о ее форме.
5. Перспективный план работы по восстановлению речи при афазии.
7. Речевой материал на соответствие предложенным задачам работы по коррекции указанной формы афазии.
8. Приемы логопедической работы по восстановлению речи при афазии.

9. Дидактический материал для обследования лиц с афазией.

Составить:

1. Логопедическое заключение по данным обследования лиц с афазией.
2. Перечень вопросов для сбора анамнеза при обследовании лиц с афазией.
3. Рекомендации по профилактике афазии.
4. План-конспект коррекционной работы по восстановлению речи при афазии.
5. Перспективный план работы по восстановлению речи при афазии.
6. Текст консультации по запросу семьи, педагогов по вопросам предупреждения и восстановления речи при афазии.

Определить:

1. Возможности использования дидактического пособия для решения задач по восстановлению речи при афазии.
2. Тему, цель, задачи по конспекту занятия по восстановлению речи при афазии.
3. Форму афазии на основе анализа приемов логопедической работы по восстановлению речи при афазии.
4. Форму афазии по конспекту занятия.

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ

**4.2. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ «ЛОГОПЕДИЯ. НАРУШЕНИЯ
РЕЧИ СИСТЕМНОГО ХАРАКТЕРА (АФАЗИЯ)»**

Часть 1.

1. Каково современное представление о локализации высших психических функций (ВПФ)?

а. Узкий локализационизм – в мозге выделяют зоны (центры), отвечающие за те или иные функции.

б. Ноэтическое направление – все структуры мозга имеют одинаковые функциональные возможности.

в. Динамическая организация ВПФ – мозг имеет системное строение и в то же время работает дифференцированно.

2. Персеверации, часто встречающиеся при афазии, – это:

а. Употребление одних звуков и слов вместо других.

б. Объединение двух слово в одно.

в. «Застревания» на речевом материале.

г. Фрагменты речи, которые употребляет больной в ходе высказывания.

3. Какая форма афазии у больного, если у него локальное поражение лобных отделов коры головного мозга; он не может повторить длинные речевые ряды; речь фрагментарна, «выпадают» глаголы; не ориентируется в условиях задачи.

а. Моторная афферентная.

б. Моторная эфферентная.

в. Динамическая.

г. Акустико-мнестическая.

4. Какая форма афазии у больного, если у него локальное поражение височно-теменно-затылочных областей коры головного мозга; наблюдается распад симультанного синтеза, отмечаются сложности понимания и употребления словесно-логических конструкций?

а. Моторная эфферентная.

б. Семантическая.

в. Сенсорная.

г. Динамическая.

5. Какие факторы обуславливают детскую афазию?

а. Травмы, воспалительные процессы и опухоли головного мозга после начала формирования речи.

б. Атеросклероз, нарушения мозгового кровообращения.

в. Закупорка мозговых сосудов.

г. Все вышеперечисленное.

6. В чем своеобразие афазии у детей?

а. Детская афазия отличается быстрой результативностью восстановительной работы.

б. Для детей не характерны опухоли головного мозга как этиологический фактор.

в. Ведущей причиной возникновения детской афазии является родовая асфиксия.

г. Все вышеперечисленное.

7. При какой форме афазии при коррекции характерны упражнения с использованием профилей артикуляции, зеркала?

а. Моторная афферентная.

б. Семантическая.

в. Динамическая.

г. Акустико-мнестическая.

8. При какой форме афазии при коррекции характерны упражнения с пропущенными словами, в которых названия слов заменены картинками, что позволяет больному опираться на контекст; чтение текста и соотнесение его с картинкой?

- а. Моторная афферентная.
- б. Моторная эфферентная.
- в. Динамическая.
- г. Акустико-мнестическая.

Часть 2.

Заполните пропуски в следующих предложениях:

1. Выделяют 4 уровня процесса восприятия речи: сенсорный, перцептивный, ... и смысловой.
2. Выделяют 4 уровня процесса порождения речи: мотивационный, смысловой, ..., моторная реализация речи.
3. Афазия – это системное нарушение речи, состоящее в полной или частичной потере речи и обусловленное ... поражением речевых зон головного мозга.
4. А.Р. Лурия выделяет следующие формы афазии: моторную афферентную, моторную эфферентную, динамическую, акустико-гностическую, акустико-мнестическую и...
5. В афазиологии наличие процесса торможения в коре головного мозга вследствие разлитого поражения вокруг пораженного участка именуется поэтическим словосочетанием «... на всех полушариях».
6. В афазиологии первый этап (стадия) в восстановительной логопедической работе при всех формах афазии называется ...
7. Для исследования кинестетической основы движений палец или рука больного отводится в сторону под определенным углом, а затем... Упражнение проводится с закрытыми глазами.
8. Для исследования зрительно-пространственной организации движений при диагностике афазии используются пробы Хэда, которые проводятся следующим образом:....

5. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

5.1. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

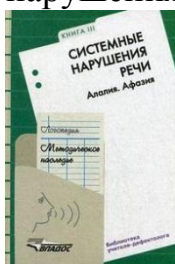
ТЕМА «АФАЗИЯ»

Основная

1. Логопедия: учебник для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / Под ред. Л.С. Волковой. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2004. – 704 с.



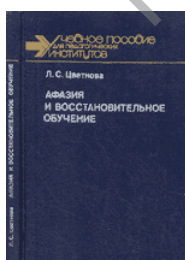
2. Логопедия: Методическое наследие: пособие для логопедов и студ. дефектолог. факультетов пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. III: Системные нарушения речи: Алалия. Афазия. – 312 с.



3. Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова: В 2 т. – М.: ВЛАДОС, 1997. –Т. 2. – 656 с.



4. Цветкова, Л.С. Афазия и восстановительное обучение: учеб. пособие для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов. – М.: Просвещение, 1988. – 207 с.



Дополнительная

1. Амосова, Н.Н. Практические упражнения для восстановления речи у больных после инсульта / Н.Н. Амосова, Н.И. Каплина. – М.: АСТ, Астрель, 2007. – 134 с.



2. Визель, Т.Г. Как вернуть речь: учеб. пособие / Т.Г. Визель. – М.: В. Секачев, 1998. – 215 с.



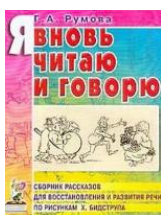
3. Кошелева, Н.В. Тематические лексико-грамматические упражнения для восстановления речи у больных с афазией / Н.В. Кошелева. – М.: АСТ, 2006. – 207 С.



4. Оппель, В.В. Восстановление речи при афазии. Методические указания/ В.В. Оппель. – Л.: Медгиз, 1963. – 108 с.



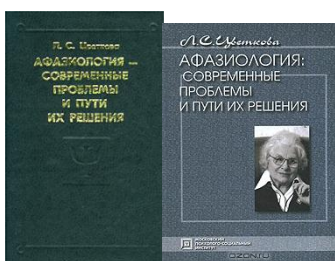
5. Румова, Г.А. Я вновь читаю и говорю. Сборник рассказов для восстановления и развития речи по рисункам Х. Бидструпа / Г.А. Румова. – М., Изд-во: ГНОМид, 2003. – 100 с.



6. Столярова, Л.Г. Афазия при мозговом инсульте / Л.Г. Столярова; под ред. Винарской Е.Н. – М.: Медицина, 1973. – 218 с.



7. Цветкова, Л.С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения / Л. С. Цветкова. – М.: Издательство «МПСИ»; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2002. – 640 с.



8. Шохор-Троцкая, М.К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии: метод. рекомендации / М.К. Шохор-Троцкая. – М.: Ин-т общегуманитар. исслед.: Секачев, 2002. – 188 с.



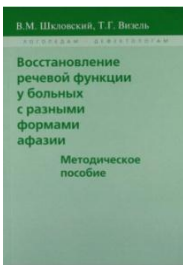
9. Шохор-Троцкая М.К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления / М.К. Шохор-Троцкая. – М.: Книга по Требованию, 2012. – 141 с.



10. Шохор-Троцкая (Бурлакова), М. К. Стратегия и тактика восстановления речи: нейропсихологическое введение в логопедию / М.К. Шохор-Троцкая(Бурлакова). – М.: ЭКСМО, 2001. – 432 с.



11. Шкловский, В.М. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии: метод. пособие / В.М. Шкловский, Т.Г. Визель. – М.: «Ассоциация дефектологов», В. Секачев, 2000. – 96 с.



РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ

5.2. МАТЕРИАЛЫ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

5.2.1. Марковская Е.П. Современные аспекты речевой реабилитации при афазии / Медицинские новости. – 2008. – №12. – С. 82-83.

Речевые нарушения (афазии) особенно часто возникают у больных после мозгового инсульта, черепно-мозговой травмы. В настоящее время достаточно хорошо разработаны принципы диагностики и лечения афазий. Вместе с тем в современных лечебно-реабилитационных технологиях актуальным представляется наиболее полная социальная интеграция больных, формирование таких коммуникативных навыков, при которых человек с последствиями болезни мог бы не только полноценно трудиться, но и

не испытывал бы психологический дискомфорт, обусловленный изменившимся речевым стереотипом.

В основу настоящего сообщения положен наш десятилетний опыт по речевой реабилитации больных с афазиями, а также результаты лечения, реабилитации, наблюдения более 200 пациентов после инсульта, черепно-мозговой травмы.

В современной терминологии афазия – это системное нарушение речи, обусловленное локальными поражениями головного мозга [4].

В настоящее время в отечественной афазиологии придерживаются классификации А.Ф. Лурия [5, 6], согласно которой в зависимости от очага поражения различают шесть форм афазии: эфферентная моторная – афазия Брока (нарушение фразовой речи); афферентная моторная (артикуляторная афазия); динамическая (отсутствие речевой активности); сенсорная акустико-гностическая – афазия Вернике (нарушение понимания речи); акустико-мнестическая (нарушение слухоречевой памяти); семантическая (нарушение понимания сложных логико-грамматических конструкций, предлогов и т.п.).

Как показали наши исследования, форма, тяжесть и характер афазии зависят от следующих факторов: обширности очага поражения и его локализации; характера нарушения мозгового кровообращения; состояния не пострадавших отделов мозга, которые выполняют компенсаторные функции.

Опыт реабилитации больных показывает, что центральным дефектом при всех формах афазии является нарушение коммуникативной функции речи, в сложных случаях приводящее к полной неспособности больных к вербальной форме общения. Это нарушение проявляется в дефектах не только внешних форм коммуникации, но и внутренних – нарушается общение человека с самим собой. При афазии у больного нарушаются понимание речи, повторение, называние, самостоятельные речевые высказывания, произношение, чтение, письмо и счетные операции. Афазия сочетается с агнозиями, апраксиями и другими нарушениями высших корковых функций. Наши исследования показали, что при афазии меняется социальный и семейный статус больного, его отношение к своей личности и к окружающей действительности.

Восстановление речи в большинстве случаев не происходит спонтанно. Лечение больных с афазией не ограничивается обычной восстановительной терапией (лекарственные препараты, массаж, лечебная физкультура и пр.), они, как правило, нуждаются в длительной комплексной реабилитации.

Основной задачей речевой реабилитации является не только восстановление речи, но и социальная реадaptация. Раннее начало реабилитации способствует более полному восстановлению речевой функции и влияет на его темп.

По результатам собственных исследований и данным зарубежных специалистов можно утверждать, что максимальная эффективность достигается при начале речевой реабилитации в первые 3 месяца, при проведении реабилитационных мероприятий не менее 3 часов каждую неделю в течение 5 месяцев и более. В ряде случаев постепенное улучшение речи продолжается и в сроки более 6 месяцев (вплоть до 2 лет).

Выбор конкретной технологии речевой реабилитации зависит от периода и этапа восстановления речевой функции. Задачи этапа реабилитации, определяемые индивидуальным планом (программой реабилитации), соответствуют характеру и степени нарушения речи.

В остром и раннем периоде восстановительная работа ведется при относительно пассивном участии больного в процессе восстановления речи. На более поздних этапах восстановления от пациента требуется активное участие в реабилитации.

В остром периоде занятия логопеда заключаются в установлении контакта с больным, в нейропсихологическом обследовании, направленном на выявление его речевых, интеллектуальных возможностей, остаточных возможностей высших психических функций, изучении эмоционально-волевой сферы. В этот период занятия

логопеда должны носить преимущественно психотерапевтический характер. Первое время занятия рекомендуется проводить шепотом.

К концу 3-й недели после инсульта в большинстве случаев вырисовывается основная форма афазии и начинается ранний восстановительный период (до 6 мес.), когда ведется работа с конкретной формой афазии.

К методикам раннего этапа восстановления относятся:

- стимулирование понимания речи на слух (при разных формах афазии);
- растормаживание экспрессивной стороны речи при моторной афферентной и эфферентной афазии (автоматизированные речевые ряды, пословицы, песни, фразы с жестким контекстом, речевые задания побудительного характера, образцы речевых оборотов, необходимых для элементарного общения, чтение коротких фраз и стихов);
- методики предупреждения аграмматизма (телеграфный стиль) – стимулирование употребления в ответах глагольной лексики;
- методики стимулирования глобального чтения и письма [1, 2, 7].

На поздних, резидуальных этапах логотерапии более активно используется механизм компенсации; речевая функция не восстанавливается в прежнем виде, а меняет свое строение.

Практика показывает, что одна и та же форма афазии проявляется у разных людей по-разному в зависимости от их преморбидного образовательного и культурного уровня, знания языков, особенностей личности. Нередко у разных больных отмечаются на первый взгляд совершенно одинаковые речевые симптомы. Но, как показывает наш опыт, механизмы этих симптомов отличаются друг от друга. В подобных случаях, несмотря на схожесть речевых расстройств, должны применяться различные методы логотерапии. Частные и индивидуальные задачи позднего и резидуального периода составляются для каждого больного исходя из степени тяжести и формы их речевого расстройства.

При сенсорной акустико-гностической афазии проводится работа по восстановлению фонематического слуха (дифференциация слов, контрастных по продолжительности слоговой структуры, ритму и звуковому рисунку, дифференциация на слух оппозиционных и близких по звучанию фонем), восстановлению лексического состава речи и преодолению экспрессивного аграмматизма, восстановлению чтения, письма.

При акустико-мнестической афазии работа логопеда направлена на восстановление слухоречевой памяти, письменного высказывания.

При семантической афазии ведется работа по преодолению импрессивного аграмматизма.

При моторной афферентной афазии усилия направлены на преодоление нарушений кинестетического гнозиса и праксиса, восстановление артикуляционной кинестетической основы речепроизводства, преодоление аграфий, восстановление высказывания.

При моторной эфферентной афазии коррекционная работа строится на привнесении извне программы и схемы речевого высказывания, начиная от программирования и планирования слоговой структуры слова и заканчивая восстановлением планирования фразы и текста.

При динамической афазии основной задачей коррекционной работы является преодоление инертности в речевом высказывании (преодоление дефектов внутреннего речевого программирования, восстановление грамматического структурирования: задания на восстановление порядка слов в деформированных предложениях, создание внешних программ высказывания, серии последовательных картинок, ведение диалогов по ключевым словам, пересказ текстов по вопросам и ключевым словам).

На всех этапах речевой реабилитации важнейшее значение имеет эмоциональный фактор. Больные постоянно нуждаются в ободряющих беседах, в формировании положительной мотивации к занятиям, в правильном отношении к себе. Восстановление речи требует времени больше, чем улучшение общего состояния пациента. В течение

первых двух лет после инсульта или черепно-мозговой травмы желательно, чтобы больной регулярно занимался как в стационаре (1–2 мес), так и в поликлинике. Через каждые 2–3 месяца занятий делается небольшой перерыв (1–2 мес). Общая продолжительность логопедических занятий составляет 2–3 года.

Логопедическая работа при афазии – длительный и трудоемкий процесс, требующий сотрудничества врача, логопеда, пациента и его ближайшего окружения, причем восстановление речи должно проходить не эмпирически, а квалифицированно, на серьезном профессиональном уровне. Поэтому важен отбор больных для проведения интенсивного восстановительного лечения и обучения. Следует принимать во внимание прогностическое значение отдельных факторов, влияющих на эффективность восстановления (возраст, преморбидный уровень, мотивация, наличие признаков левшества, соматические заболевания и их динамика).

5.2.2. Обуховская, А.Ю. Особенности коррекционно-восстановительной работы при афазии у детей и подростков / А.Ю. Обуховская: автореф. ... дис. канд. пед. наук: 13.00.03. - СПб., 2009.

Исследование выполнено на материале больных, находящихся на коррекционно-восстановительном обучении в стационарном отделении Центра патологии речи и нейрореабилитации (ЦПРиН) и неврологическом отделении МУЗ Видновской районной больницы Московской области. В экспериментальном изучении участвовало 16 испытуемых: два подростка в возрасте 15 лет, четыре подростка в возрасте 14 лет, три ребенка в возрасте 11 лет, три девятилетних и четыре восьмилетних ребенка. Из 16 испытуемых – одиннадцать мальчиков и пять девочек.

У двенадцати испытуемых афазия наступила в результате черепно-мозговой травмы, у одного ребенка – вследствие острого нарушения мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии, у трех детей выявлялись опухолевые поражения головного мозга.

У трех испытуемых черепно-мозговая травма, инсульт или опухоль мозга и, соответственно, речевые нарушения возникли в возрасте 12 лет, у четырех – в возрасте 10 лет, у пяти детей в возрасте 8 лет и в возрасте 6 лет - у четырех детей.

Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе анализировалась медицинская и психолого-педагогическая документация на каждого больного. На втором этапе проводилось первичное обследование детей. На третьем этапе осуществлялось экспериментальное обучение и углубленное изучение динамики речевого статуса больного в результате коррекционно-восстановительного обучения.

Все испытуемые проходили полное клинико-диагностическое обследование. По клиническим данным объем, локализация и характер очагового поражения головного мозга во всех случаях был верифицирован методами рентгенографических исследований и данными компьютерной томографии.

Распределение больных по особенностям внутриволушарного расположения патологического очага представлено в таблице 1. Данные представлены на каждого испытуемого с учетом сочетанных поражений головного мозга, например, наличие очага поражения одновременно в теменной, височной и затылочной областях головного мозга.

Таблица 1.

Распределение больных по особенностям внутриволушарного расположения патологического очага

Локализация поражения	Возраст больных (годы)					Всего
	8	9	11	14	15	
Лобная доля	2	2	2	4	1	11
Височная доля	3	2	1	1	2	9
Теменная доля	1	1	1	2	1	6

Затылочная доля	-	-	1	1	-	2
-----------------	---	---	---	---	---	---

В экспериментальном исследовании использовалась методика, разработанная А.Р. Лурией для исследования высших психических функций больных с афазией, которая была модифицирована с учетом возраста, нервно-психического и общесоматического состояния испытуемых. Методика обследования была построена как совокупность взаимосвязанных специально подобранных заданий, использование которых позволило выявить состояние речевых и неречевых высших психических функций детей и подростков. Предметом нашего детального изучения было состояние нарушенной речевой функции. Для получения более полной картины проводились единичные пробы для выявления степени и характера нарушения не только речи, но и других высших психических функций. Для экспериментального изучения нами подбирался адекватный возрасту языковой, речевой и наглядный материал, соответствующий разным уровням организации речи испытуемых.

Методика исследования речевой функции включала пробы (тесты), учитывающие форму афазии, центральные механизмы нарушения речи при каждой форме афазии по классификации А. Р. Лурии, центральные симптомы нарушения речевой функции и степень выраженности речевых дефектов. С помощью ряда экспериментальных заданий выявлялись разные уровни нарушения речи, сенсомоторный и семантический, оценивалось состояние речи (и динамика ее обратного развития) на уровне слова, фразы, высказывания.

Исследование речевых процессов проводилось в двух аспектах – изучение рецептивной (импрессивной) и моторной (экспрессивной) стороны речевой деятельности. В процессе исследования импрессивной речи мы анализировали восприятие звуков речи и звукосочетаний, понимание значения слова, фразы, логико-грамматических конструкций и смысла развернутой речи. При исследовании экспрессивной речи оценивался оральный праксис, артикуляция изолированных речевых звуков и их сочетаний, произнесение слов, фраз, самостоятельная развернутая речь испытуемых (отраженная и спонтанная), а также чтение и письмо.

В процессе исследования проводилось и изучение состояния неречевых высших психических функций: гнозиса, праксиса, внимания и счета.

В процессе экспериментального изучения больным предлагалось 15 тестов по 2-5 заданий в каждом (всего 53 пробы).

Результаты выполнения всех проб анализировались методами качественного и количественного анализа. Качественный анализ был направлен на выявление первичного дефекта, лежащего в основе нарушенной функции. Такой анализ позволил оценивать каждый тип расстройства с учетом различных компонентов, составляющих его структуру. Количественный анализ включал оценку частоты и выраженности каждого из этих параметров по строго фиксированной системе от 1 до 3 баллов, итоговая оценка подсчитывалась способом вычисления среднего арифметического. Достоверность и значимость различий при выполнении заданий детьми и подростками подтверждалась с помощью методов математической статистики (коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

Анализ результатов первичного обследования позволил уточнить форму речевого нарушения больного, характер и степень поражения, а также выявить сопутствующие нарушения неречевых функций.

Наиболее пострадали функции понимания логико-грамматических конструкций, чтение, использование слов малочастотной лексики, самостоятельное письмо, а также сомато-пространственный гнозис и функция произвольного внимания.

Наиболее сохранным было понимание ситуативно-бытовой речи, выполнение простых одноуровневых инструкций, автоматизированная речь, ведение простого ситуативного диалога, а также кинестетический праксис и чтение простых чисел.

Полученные данные логопедического и нейропсихологического обследования детей и подростков указывают на сочетанные нарушения всех компонентов речевой функциональной системы, обусловленные поражением различных участков головного мозга. По общим итогам экспериментального изучения в зависимости от характера нарушения, были выделены следующие группы детей и подростков с афазией:

1 группа – 3 испытуемых, у которых была выявлена сенсомоторная афазия грубой степени выраженности с элементами динамической афазии из-за поражения вторичных и третичных отделов коры головного мозга, субкортикальных неспецифических структур, а также патологической заинтересованности преимущественно премоторных, постцентральных и височных отделов левого (доминантного) полушария головного мозга.

Все испытуемые в месте, времени и пространстве не ориентированы. Критика к своему состоянию снижена. Эмоциональные реакции изменены по типу лабильности, наблюдалось снижение контроля за собственной произвольной деятельностью. Недостаточность функции произвольного внимания, повышенная утомляемость, трудности удержания воспринятой на слух информации, увеличение латентного периода при выполнении устных инструкций отмечались у 2 человек. Констатировались элементы полевого поведения, «соскальзывание» с инструкции на побочные виды деятельности, особенно при истощении. Самоконтроль и самокоррекция отсутствовали. Отмечалось грубое отчуждение смысла слов, недоступно было понимание даже простых ситуативно-бытовых вопросов. Полностью невозможным оказалось самостоятельное называние предметов и действий, а также с опорой на картинку. Спонтанная устная речь практически отсутствовала у 2 испытуемых. В обоих случаях вместо нее использовался речевой эмбол (например, у испытуемой Дарьи М.: «Даша – Даша», у испытуемого Максима Т.: «ду – ду – ду»), заменяющий детям вербальную речь при попытках общения с окружающими. Эмбол был экспрессивно насыщен, богато интонирован. У остальных испытуемых спонтанная речь ограничивалась коммуникативно значимыми словами «да» – «нет», собственным именем. Дети общались с помощью богатой мимики и жестов. Чтение и письмо распалось.

2 группа – 5 испытуемых, у которых диагностировалась эфферентная моторная афазия (4 ребенка средне-грубой и 1 ребенок средне-легкой степени выраженности) с элементами динамической афазии в результате поражения лобных отделов левого (доминантного) полушария, с распространением очага вглубь до подкорковых структур с нарушением нейродинамических процессов.

Дети этой группы в месте, времени и пространстве ориентированы. Мимика адекватная. Адекватная реакция на задания и на ситуацию обследования отмечалась у половины испытуемых. Недостаточность функции произвольного внимания, повышенная утомляемость, трудности удержания воспринятой на слух информации, увеличение латентного периода при выполнении устных инструкций отмечались у 4 человек; элементы полевого поведения констатировались у 2 детей, «соскальзывание» с инструкции на побочные виды деятельности, особенно при истощении, отмечалось у 4 испытуемых. Эти дети не принимали активного участия в обследовании, задания выполняли без энтузиазма, старались быстрее закончить, а иногда отказывались от выполнения. Самоконтроль и самокоррекция практически отсутствовали. У 3 испытуемых констатировались трудности включения в целенаправленную деятельность, а также невозможность переключиться с одного вида деятельности на другой. Первичных нарушений фонематического восприятия не выявлено. У 4 испытуемых отмечалось неполное понимание речи, главным образом, вследствие истощения внимания, perseverаций. У 4 испытуемых отмечалась способность повторить отдельные звуки как с опорой на артикуляционный образ, так и по акустическому образцу. Повторение слогов было практически невозможно из-за трудностей артикуляционных переключений. Воспроизведение слова не удавалось. При этом повторная речь воспроизводилась легче

спонтанной. Спонтанная речь состояла, в основном, из хорошо упроченных частотных слов, преимущественно номинаций. Отмечался значительный глагольный дефицит. Чтение и письмо было грубо нарушено.

3 группа – 3 больных (2 ребенка с грубой степенью выраженности дефекта, 1 ребенок со средней степенью), у которых выявлена афферентная моторная афазия с элементами сенсорной и семантической афазии как следствие поражения теменно-височно-затылочных отделов левого полушария. Все испытуемые в месте, времени и пространстве ориентированы в достаточной степени, критичны. У них отмечалась адекватная реакция на задания и на ситуацию. Самоконтроль и самокоррекция снижены. Нарушений фонематического восприятия не выявлено, но объем слухоречевой памяти у них часто оказывался недостаточным для удержания речевого ряда даже из 2-х элементов. Простые устные инструкции эти испытуемые выполняли, многочленные — нет. У 2 испытуемых этой группы отмечалась грубая оральная апраксия. Артикуляционная апраксия являлась первичным дефектом у данных испытуемых и составляла «ядро» всего синдрома. Невозможным оказалось называние реальных предметов, рисунков, частей тела, действий, качеств у 3 испытуемых. Попытки называния сопровождались многочисленными искажениями звуковой структуры слова, вербальными парафазиями на основе акустической и смысловой близости слов (например, испытуемый Владимир В. при предъявлении картинки «груша» предпринял следующие попытки назвать предмет: «... яблоко... нет... уська... гуся... гушука.. нет...»). Активный словарь состоял из высокочастотных слов, простых по звуковой структуре и относящихся, как правило, к бытовой тематике. Преобладали нарушения согласования, трудности употребления предлогов. Недоступным для 3 детей оказалось составление фраз по сюжетной картинке, а также пересказ. Чтение и письмо были грубо нарушены.

4 группа – 2 детей с сенсорной афазией грубой степени выраженности из-за поражения верхневисочных отделов левого (доминантного) полушария мозга.

У детей этой группы отмечалась недостаточность функции произвольного внимания, повышенная утомляемость. Самоконтроль и самокоррекция отсутствовали. Выявлялись выраженные нарушения фонематического восприятия, феномен «отчуждения смысла слова». В результате звуковой лабильности в экспрессивной речи испытуемых появлялись характерные дефекты: логорея (обилие речевой продукции), замены одних слов другими, одних звуков другими — вербальные и литеральные парафазии. Крайне ограничен объем понимания, даже ситуативно-бытовой речи. Исследование слухо-речевой памяти выявило резкое снижение её объема. Попытки составить фразу сводились к продуцированию отдельных слов или словосочетаний, не всегда связанных по смыслу и перемежаемых многочисленными междометиями (испытуемая Светлана Г.: «Ой... котенка маленький... нитку укатила»). У всех испытуемых возникали трудности речевого программирования на уровне глубинной структуры фразы (неспособность устанавливать субъектно-предикативные, субъектно-объектные отношения и т.п.), а также на уровне поверхностного синтаксирования фразы: ошибки во флексиях, предлогах и других грамматических элементах высказывания. Чтение и письмо отсутствовало.

5 группа – 2 испытуемых (1 ребенок с грубой степенью выраженности речевого дефекта, 1 ребенок со средней степенью), у которых выявлена динамическая афазия с элементами эфферентной моторной афазии в результате поражения лобных отделов головного мозга.

У больных этой группы отмечалась недостаточность произвольного внимания, повышенная утомляемость, трудности удержания воспринятой на слух информации, увеличение латентного периода при выполнении устных инструкций, элементы полевого поведения, «соскальзывание» с инструкции на побочные виды деятельности, особенно при истощении. Испытуемые понимали обращенную к ним ситуативно-бытовую речь.

Однако развернутую монологическую речь окружающих часто не понимали, так же как и сложные логико-грамматические обороты речи. Имелись затруднения в осмыслении слов с переносным значением, пословиц, текстов со сложным сюжетом (например, при объяснении фразеологизма «Яблоку негде упасть» испытуемая Марина Н. предположила, что «так говорят на даче про полное ведро яблок»). Повторная речь носила характер эхолалии. Отмечалисьperseverации в виде «добавочной» речевой продукции («машина» - «манашинана», «маниша»). Речевой дефект проявлялся в аспонтанности и инактивности. Грубо нарушенной оказалась функция речевого программирования, испытуемые пользовались, в основном, речевыми штампами, не требующими специальной «деятельности программирования». Речевая продукция отличалась бедностью, односложностью ответов в диалоге. Ярко выражен экспрессивный аграмматизм, который проявлялся в виде ошибок «согласования», а также явлений «телеграфного стиля» («Дима гулять вечером не пойду»). Чтение было сохранно, но отмечались «застревания» на отдельных фрагментах текста, пропуски слов и целых словосочетаний. Доступным было письмо отдельных букв и простых слов и списывание. Но при письме под диктовку допускались искажения в виде пропусков и perseverаторных «добавок» элементов текста.

6 группа – один ребенок с акустико-мнестической афазией средне-легкой степени выраженности вследствие поражения средневисочных отделов коры левого полушария мозга.

Первичных нарушений фонематического восприятия не выявлено. Объем слухоречевой памяти оказался недостаточен для удержания речевого ряда даже из 2-х элементов. Простые (одночленные) устные инструкции испытуемый выполнял, многочленные — нет. Отмечались трудности называния предметов. В основе этого лежала недостаточность в сфере зрительных представлений. Были выражены трудности актуализации имен собственных и названий цифр. Особенно затрудняло ребенка называние малочастотных предметов, не входящих в круг бытовой лексики. Спонтанная речь была представлена развернутой фразой. Объем словарного запаса ниже возрастной нормы. Отмечались вербальные парафазии по типу семантической близости, а также многочисленные аграмматизмы, обусловленные недостатками усвоения грамматических норм языка. Качество пересказа зависело от длины рассказа и сложности сюжета, т.е. основным препятствием являлась трудность удержания фрагментов текста. Чтение и письмо не пострадало.

Дисграфия и дислексия различных степеней выраженности (от грубой до легкой) выявились у 9 испытуемых, дискалькулия отмечалась у 2 детей.

У 5 испытуемых были выявлены также значительные отклонения в состоянии высших психических функций (когнитивной, интеллектуальной, речевой, эмоционально-волевой сферы).

У обследованных детей и подростков с афазией структура дефекта отличалась большей развернутостью в сравнении с той, которая наблюдается у взрослых больных. В частности, при симптомах моторной афазии, как правило, наряду с речевым дефектом выступали нарушения в практической сфере, в зрительном гнозисе, в области слуховых дифференциаций. При ведущих симптомах сенсорной афазии, в отличие от взрослых больных, у детей наблюдалась картина, сходная с моторной афазией. Это можно объяснить недостаточной прочностью артикуляционных стереотипов, их тесной зависимостью от слуховых эквивалентов.

Письменная речь распадалась в большей степени, при этом опора на графические образы слов была менее значима в компенсаторном отношении.

Такая симптоматика не укладывается однозначно в какой-либо один очаг поражения. Для трактовки этого факта значимо высказывание Х.Джесона о том, что локализовать симптом и локализовать очаг – далеко не одно и то же.

В ходе экспериментального изучения нами выявлены существенные различия в картине и в динамике афазии у детей и подростков. Эти различия определялись, прежде всего, возрастом ребенка, степенью сформированности речевой функции к моменту мозгового поражения, личностными особенностями каждого пациента. Отмечались вариативно выраженные проявления афазического дефекта, связанные, в первую очередь, с тем, что функциональные зоны в коре головного мозга у детей еще не имеют четкой локализации, границы их размыты, функции «не закреплены» за определенным участком. Различия в клинической картине афазии обуславливались и характером мозгового поражения: дети и подростки после черепно-мозговой травмы имели более грубые и, в большинстве случаев, сочетанные нарушения речевых и неречевых функций, чем дети после удаления опухолей мозга. Установлено, что если заболевание произошло в возрасте 6-7 лет, когда речевая функция хотя и сформирована, но еще недостаточно упрочена, речь утрачивается полностью. Если повреждение головного мозга случается в более позднем (школьном) возрасте, то клиническая картина имеет большое сходство с афазией у взрослых.

5.2.3. Таблица «Сравнительная характеристика форм афазии»

№ п/п	Форма афазии	Место локализации поражения	Центральный механизм	Центральное нарушение	Речевые симптомы	Образец речи больного
1.	акустико-гностическая (...)	...	нарушение акустического анализа и синтеза звуков речи	нарушение фонематического слуха	нарушение понимания речи ...	...
2.	акустико-мнестическая	...	1) нарушение слухоречевой памяти; 2) сужение объема акустического восприятия; 3) нарушение зрительных предметных образов-представлений	нарушение понимания речи, повторения	...	...
3.	...	...	нарушение симультанного пространственного восприятия	нарушение понимания логико-грамматических конструкций	...	...
4.	афферентная моторная	...	нарушение кинестетических ощущений (явление ... апраксии)	нарушение тонких артикуляторных движений, проявляющееся в невозможности найти нужное положение губ, языка при произнесении звуков и слов	...	...
5.	эфферентная моторная	...	патологическая инертность раз возникших стереотипов, появляющихся из-за нарушений смены иннерваций	нарушение своевременного переключения с одной серии артикуляционных движений на другую (явление ... апраксии)	...	...
6.	...	...	...	нарушение продуктивной, активной речи, невозможность активного высказывания	...	...