

*Максимова Антонина Максимовна*

студентка

Научный руководитель

*Асмаловская Оксана Анатольевна*

старший преподаватель

ФГБОУ ВО «Тульский Государственный  
педагогический университет им Л.Н. Толстого»

г. Тула, Тульская область

## **ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЯ РЕЧИ ПРИ СЕНСОРНОЙ АФАЗИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

*Аннотация:* в статье рассматривается афазия, которая может иметь различное проявление у детей и взрослых. Освещается проблема понимания речи при сенсорной афазии, что находится в центре внимания различных специалистов: логопедов, психологов, педиатров и медиков.

*Ключевые слова:* афазия, сенсорная афазия, речь, головной мозг, понимание речи, нарушения речи.

Афазия – это частичный или полный распад речи, нарушение понимания речи, которое происходит вследствие повреждения определенных участков головного мозга. Это болезнь, которая не имеет определенного возраста, но чаще всего она встречается у пожилых людей. Чаще всего, афазия возникает вследствие инсульта, но также она может быть следствием черепно-мозговой травмы, инфекционных заболеваний, поражения определенных участков мозга или иметь иную этиологию.

Подробно рассмотрим классификацию, причины и последствия афазии в виде нарушения понимания речи.

Поскольку в лечении афазии принимают участие специалисты разного профиля, то существуют различные классификации видов афазии, например, лингвистическая, неврологическая и др. Мы же будем опираться на наиболее полную классификацию, разработанную Александром Романовичем Лурией.

А.Р. Лурия различает шесть форм афазий: акустико-гностическая и акустико-мнестическая афазии, возникающие при поражении височных отделов коры головного мозга, семантическая афазия и афферентная моторная афазия, возникающие при поражении нижних теменных отделов коры головного мозга, эфферентная моторная афазия и динамическая афазия, возникающие при поражении премоторных и заднелобных отделов коры головного мозга (слева у лиц с левым доминантным полушарием)

Дети с моторной афазией, как правило, не теряют способность различать цифры, буквы, могут добавлять разные слова, свое имя, фамилию из разрезного буквенного алфавита. Такие дети осознают свою проблему и обычно очень обеспокоены этим. Как правило, они очень самокритичны и осознают свою беспомощность. Необходимо предотвратить депрессию, которая может возникнуть, если ребенок не будет понятым.

Дети, страдающие сенсорной афазией, значительно отстают от сверстников с точки зрения вербального воспроизведения. В речи присутствуют сильные искажения, наблюдается парафазия (замена букв, слогов или слов).

Дети часто путают звуки «п» и «б», «д» и «т», «з» и «с» и т. д. (слово «почка» слышит как «бочка»). При этом их физический слух абсолютно сохранен. Большой говорит много, торопливо, допуская разнообразные ошибки, слышится так называемая «словесная крошка», парафазии. Кроме того, сенсорная афазия сопровождается расстройством письма и чтения. Ребенок перестает распознавать написанные им слова, может различать буквы, но не может понять значение всего слова, фразы, предложения. При сенсорной афазии ритмичность и мелодика речи обычно не нарушаются.

Группа симптомов, проявляющаяся в большей степени, зависит от того, какая область мозга поражена, и вследствие чего возникла сенсорная афазия. В любом случае это зона Вернике, в которой расположен речеслуховой анализатор мозга, но конкретные характеристики сенсорной афазии зависят от локализации поражения относительно левого или правого полушария, а также от того, какой процесс более нарушен: восприятие или воспроизведение речи.

Для ребенка с сенсорной афазией слова – это просто набор звуков. В некоторых случаях распознавание сохраняется частично: ребенок может идентифицировать объект, показанный ему как живой или неодушевленный, большой или маленький. Но он не может назвать сам объект. При этом выполнение простых действия по команде, например, вставать, поднимать руку, поворачиваться ребенок, как правило, оказывается сохранным.

Без лечения болезнь прогрессирует и приводит к полному непониманию сказанного. Собственные слова тоже не воспринимаются как речь. Из-за отсутствия слухового контроля слова становятся бессвязными, иногда неправильно произносимыми до неузнаваемости. Интонация таких детей тоже страдает. И если в процессе коррекции произношение можно восстановить, то построение фраз само по себе не появится. Дети с сенсорной афазией пытаются говорить и злятся, когда другие их не понимают: они уверены, что говорят правильно.

В процессе диагностики часто сенсорную афазию принимают за сенсорную алалию. В первом случае ребенок теряет речевые навыки, во втором они развиты не полностью. Более точная дифференциальная диагностика возможна благодаря технологиям МРТ или КТ, электроэнцефалографии и ангиографии.

У детей дошкольного возраста сенсорную афазию можно разделить на три степени тяжести, каждую из которых мы рассмотрим.

Легкая степень нарушений проявляется в небольших трудностях во всех видах прямой автоматизированной речи. Спонтанная речь характеризуется достаточной развёрнутостью, разнообразием лексического состава и наличием синтаксической структуры. Наблюдаются редкие литеральные и вербальные парафазии. Несколько увеличен удельный вес официальных частей речи, по сравнению с остальными. Из-за повторяемости фрагментов высказывания создается впечатление склонности к логорее. Темп речи быстрый. Есть отдельные ошибки в ударениях. Интонации разнообразны, выразительны. Нет никаких трудностей с произношением. Те отдельные вербальные парафазии, которые были высоко автоматизированные в речи до афазии, вплетены в речевые конструкции. Кроме

того, характерны метафорические выражения, которые придают произношению псевдопоэтический окрас.

Диалогическая речь практически не нарушена, однако отдельные трудности понимания сложных по смысловой структуре вопросов сохраняются.

Относительно свободное понимание речи сохраняется, но есть определенные трудности в понимании развернутых текстов, которые требуют выполнения ряда последовательных логических операций. Иногда в сложных условиях обнаруживаются элементы отчуждения значения слова. Наблюдается истощение слухового внимания. Устные инструкции доступны для понимания и выполнения.

Средняя степень нарушений характеризуется трудностями во всех видах прямой автоматизированной речи.

Спонтанная (устная) речь также характеризуется наличием вербальных парафазий и элементов логореи, присутствуют аграмматизмы. Темп речи немного быстрый, но есть паузы внутри слов и между словами, обусловленные попытками самоконтроля и самокоррекции. Лексический состав высказывания представлен различными частями речи, среди которых, тем не менее, преобладают глаголы, междометия, местоимения, разные модально-оценочные слова. Есть слова с конкретным и абстрактным значением. В речь вплетаются собственные парафазии, построенные на индивидуально усиленных речевых клише. В результате возникает невозможность изменить высказывание в соответствии с ситуацией речевого общения, а отдельные фрагменты приобретают изначально странное-витиеватое звучание. Несмотря на ограниченность высокоинформативных слов, общее значение высказывания остается сохранным. Интонация яркая. Выражения лица и жесты подчеркнуты. Трудности с произношением не раскрываются.

Диалогическая речь возможна, но ответы не всегда достаточно информативны. Часто нет понимания лаконичных вопросов, поэтому необходимо вводить дополнительные слова, объясняющие их.

Понять ситуативную речь и более сложные виды речи сложно. Есть парагнозии (ошибки в осмыслении), отчуждение значения слов, относящихся к

названиям отдельных предметов и частей тела. Устные инструкции выполняются с частыми ошибками.

При тяжелой степени нарушений спонтанная речь изменяется по типу «словесной крошки»: обилие литеральных и словесных парафазий, логорея, явления звукового и осмысленного «проскальзывания». Раскрываются многочисленные аграмматизмы.

Несмотря на грубые искажения фонематической и лексико-грамматической сторон речи она, как правило, осмыслена при почти полном отсутствии самоконтроля.

Диалогическая речь крайне ограничена из-за сложности понимания вопроса. В случаях, когда чисто ситуационный вопрос понятен, ответ формулируется с различными ошибками. Конкретные детали в ответе практически отсутствуют. Не всегда можно уловить общий смысл.

Объем понимания речи крайне ограничен и относится к обиходной ситуативной речи. Грубое отчуждение значения слов обнаруживается при изображении частей тела и предметов. Устные инструкции не выполняются или выполняются с грубыми ошибками. При восприятии речи ребенок опирается на мимику, жесты, интонацию собеседника.

Коррекция сенсорной афазии в первую очередь предполагает медикаментозную поддержку и лечение заболевания, которое привело к нарушению речи. Главный врач у таких пациентов-невролог. Его задача – не только следить за продолжением лечения, но и следить за развитием других неврологических расстройств, которые могут быть вызваны предыдущим заболеванием или травмой или возникать по другим причинам.

Важным компонентом выхода из сенсорной афазии является работа с логопедом. Таким образом, восстановительное обучение сенсорной афазии является неотъемлемой и обязательной частью терапии. Так же необходимо участие родителей для выполнения рекомендаций врачей и логопеда. Это повысит успешность коррекционной работы и реабилитации.

### ***Список литературы***

1. Бурлакова М.К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии / М.К. Бурлакова. – М., 1989.
2. Глезерман Т.Б. Психофизиологические основы нарушения мышления при афазии / Т.Б. Глезерман. – М., 1986.
3. Лурия А.Р. Проблема локализации функций в коре головного мозга / А.Р. Лурия. – 1962.
4. Цветкова Л.С. Принципы и методы восстановительного обучения при афазии / Л.С. Цветкова. – 1988.
5. Шкловский В.М. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии / В.М. Шкловский, Т.Г. Визель. – 2000.
6. Шохор-Троцкая М.К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии / М.К. Шохор-Троцкая. – 2002.