

Галкина Наталия Александровна

ассистент

Аликина Алина Александровна

студентка

ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный университет»

г. Хабаровск, Хабаровский край

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ПРИ ДИНАМИЧЕСКОЙ АФАЗИИ

Аннотация: в статье рассматривается понятие динамической афазии, освещаются эффективные методы восстановительного обучения при динамической афазии. Акцентируется внимание на том, что при динамической афазии основной задачей коррекционно-воспитательной работы является преодоление инертности речи. Авторы приходят к следующим выводам: комбинируя различные методы при динамической афазии, можно улучшить и восстановить у пациента навыки общения. Статья может быть интересна и полезна специалистам учителям-логопедам, дефектологам, а также студентам направления подготовки «Специальное (дефектологическое) образование».

Ключевые слова: динамическая афазия, восстановительное обучение, слово, восстановление речи, фраза.

Динамическая афазия – это расстройство речи на уровне предложений и чаще сукцессивного высказывания. Она вызвана нарушением передней части языковой области, расположенной перед областью Брока и задней частью правой лобной извилины, которая соответствует дополнительной моторной коре. Это одно из самых распространенных языковых расстройств, которое может возникнуть после инсульта или других повреждений головного мозга. Она характеризуется трудностями в понимании и выражении речи и потерей коммуникативных навыков. Восстановительное обучение играет важную роль в ока-

зании помощи людям с динамической афазией в коррекции и развитии их коммуникативных навыков [4, с. 18].

Каждый пятый человек, перенесший инсульт, может столкнуться с осложнениями, связанными с афазией – состоянием, которое лишает его способности свободно общаться и ощущать себя уверенным в повседневной жизни. Афазия может вызывать у человека чувство беспомощности, отчаяния и лишения перспектив на будущее.

Основной задачей работы при динамической афазии является преодоление дефектов внутреннего речевого программирования.

Наиболее отчетливо при динамической афазии нарушаются монологическая речь и развернутый диалог. Простой же диалог может быть доступен больным этой группы, поскольку диалогическая речь, представляя собой по механизму цепь готовых речевых реакций. Больным этой группы доступны лишь те речевые процессы (фразы), в которых уже заложены готовые программы высказывания. Эти больные хорошо повторяют звуки, их последовательности, слова и предложения и не испытывают трудностей с произношением названий предметов, формульных фраз и словосочетаний [6, с. 24].

В работе по коррекции и восстановлению речи при динамической афазии, Л.С. Цветкова выделяет три основные задачи:

- 1) восстановление способности к планированию и программированию высказывания;
- 2) восстановление предикативности речи, то есть восстановление способности использовать глаголы в речи;
- 3) восстановление активности речи, то есть восстановление активной фразы.

Таким образом, основной упор в восстановительном обучении при динамической афазии, согласно Цветковой, делается на эти три задачи.

Л.С. Цветкова выделила 5 стадий восстановительного обучения при динамической афазии [5, с. 8].

1. На первом этапе обучения основной задачей является актуализация глагольных форм речи с целью расторможения использования стереотипных фраз.

Основными методами на первом этапе являются: невербальные – настольные игры, ходьба под музыку, пантомима, рисование, шарады и др. Вербальные – невербальные – жестовое произношение, мелодекламация и др. Вербальные – словесные ассоциации, диалог, интонация (вопросы, восклицания, интонация рассказа) и т. д.

2. Основной задачей восстановительного обучения на втором этапе является восстановление предикативности речи и ее словарного запаса, а также функциональной связи слов во фразах со сложной структурой. Основными методами обучения на втором этапе являются метод реализации слова действия и метод полисемичных слов, восстанавливающий связь полисемичных предикатов.

Пример: Дождь (что делает?) → льет, идет, шумит, капает. Идет (кто? что?) → время, дождь, снег, человек.

3. Основная задача обучения на третьем этапе – восстановление более широких связей между словами путем введения их в другие смысловые значения. Основными методами работы на третьем этапе обучения являются: обогащение «семантической сетки» слов и обогащение предметных и функциональных связей ранее изученных слов (рисунок 1).

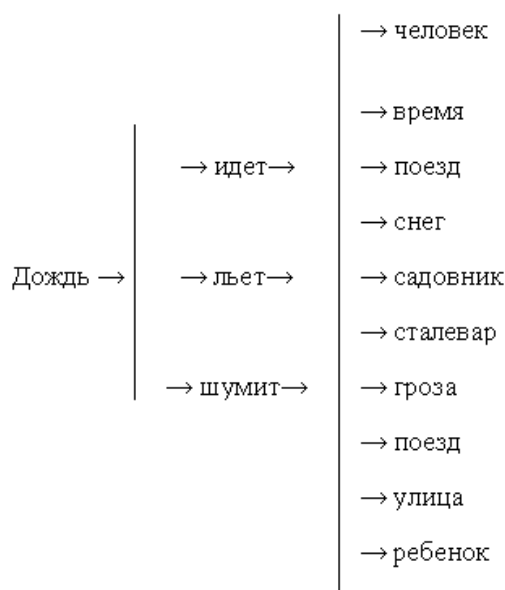


Рис. 1. Пример «сетки значений» предметно-функциональных связей, составляющих основу, скелет фраз и высказываний

4. Основная задача коррекционного обучения на четвертом этапе – вернуть связную речь и общий строй фраз.

Основными методами обучения на этапе 4 являются:

– завершение заданной фразы целиком (чтобы изначально не было выбора во фразе);

– использование внешних опор (фишки, картинки и т. д.);

– ритмичное отстукивание пальцами схем фразы.

5. Основная задача восстановительного обучения на пятом этапе – вернуть умение составлять целую сюжетную схему.

Основные приемы работы на пятом этапе:

– устное составление схемы предложения с опорой на сюжетную картинку;

– разбивка картинки на смысловые части;

– завершение начатого логопедом рассказа;

– составление собственной композиционной схемы на заданную тему и развитие на ее основе сюжета.

Методика восстановления речи при динамической афазии по М.К. Бурлаковой подразумевает следующее: при динамической афазии основной задачей коррекционно-воспитательной работы является преодоление инертности речи. При первом типе – это преодоление дефектов внутреннего программирования речи, при втором – восстановление грамматических структур [1, с. 65].

Для восстановления экспрессивных навыков используются разнообразные методы, включающие следующее: выполнение заданий по восстановлению порядка слов в предложениях с нарушенной структурой речи (например, «весело, ребята, по, шлепают, лужам»), проведение упражнений на классификацию предметов по различным признакам («животные», «одежда», «посуда»; «круглые», «треугольные»; «стеклянные», «металлические» и т. д.). Также используются методы, основанные на прямом и обратном счете, вычитании 7 или 4 из 100.

Преодоление дефицита внутреннего программирования осуществляется путем создания для пациента внешней речевой программы с помощью различных внешних вспомогательных средств (схем, предложений, фишек и т. д.), по-

степенного уменьшения их количества и последующего складывания этой схемы внутрь. Двигая указательным пальцем от фишки к фишке, развертывая высказывания, пациент постепенно составляет фразы по сюжетной картинке, затем переходит к визуальному отслеживанию плана фраз, составленных без сопряженного моторного подкрепления, и в итоге составляет эти фразы без внешней поддержки, опираясь только на внутренний план фраз.

Использование сюжетных картинок и слов, входящих в состав вопроса, соответствующего ситуации, обсуждаемой на занятии, позволяет восстановить линейное развитие речи во времени. Так, на вопрос «Куда ты сегодня идешь?» пациент отвечает: «Сегодня я иду в библиотеку», «Сегодня я иду на концерт» и т. д., другими словами, они добавляют всего одно слово. Еще один прием восстановления структуры речи – использование вспомогательных слов. Количество слов, необходимых для формирования предложения, постепенно сокращается, и пациент может свободно добавлять слова и находить грамматические формы.

При динамической афазии, когда основным нарушением является продуцирование предложений, а не фраз, для внешней поддержки используется серия последовательных картинок, которые связаны общей сюжетной линией.

Речевая активность пациента повышается на этапе инсценировки, когда логопед создает специальные речевые ситуации, то есть, когда пациент контролирует диалог. Чтобы облегчить диалог, логопед заранее обсуждает с пациентом тему, дает вопросы, «ключевые» слова для использования в разговоре и план. Пациент также может вести беседу о творчестве писателей, художников, или композиторов, о произведениях искусства или о телевизионных программах. Пациента можно научить устно передавать просьбы логопеда другим людям [3, с. 52].

В случае легкой афазии логопед дает пациенту задание пересказать текст, сначала с развернутыми вопросами, а затем с ключевыми вопросами к отдельным абзацам текста, подкрепляя их планом, составленным из одного слова. Параллельно логопед дает пациенту задание составить самостоятельный план текста, сначала развернутый, затем сокращенный и свернутый. Наконец, опираясь

на составленный план, пациент пересказывает текст, не глядя на план. Таким образом, происходит усвоение плана пересказа.

Восстановление понимания при грубой афазии подразумевает под собой разговор о различных событиях дня, восстанавливает понимание ситуативной речи. Например, логопед задает вопросы пациенту и говорит: «Вы любите кинофильмы? Вам нравятся кинофильмы? Затем переходит к новой теме и задает следующий вопрос: куда вы сегодня пойдете? В этом случае логопед подчеркивает, что пациент сосредоточен на части, интонируя предикат. После этого пациент начинает использовать интонацию для общения.

Когда внимание окружающих к речи улучшается, это способствует восстановлению понимания и уменьшает трудности с переключением акустического восприятия с одного предмета на другой.

Параллельно с восстановлением экспрессивной речи пациент может восполнять пропущенные предлоги, наречия, глаголы, слоги и буквы в предложениях, составлять фразы в предложениях, отвечать на вопросы по предложениям, писать сочинения по набору картинок, заявления, доверенности, письма и т. д.

Таким образом, вся система восстановительно-образовательных методик для больных с динамической афазией, предложенная М.К. Бурлаковой [1, с. 64], направлена на восстановление речевой активности, самостоятельных и расширенных повествовательных способностей. Реализация предложенной коррекционной программы не только восстанавливает схему предложения и активное высказывание в целом, но и способствует устранению персевераций.

В процессе коррекции необходимо учитывать особенности каждого конкретного случая, такие как индивидуальные особенности пациента, тяжесть физического состояния и условия жизни. При восстановлении речи у пациентов с динамической афазией необходима предварительная работа вне речи. Поскольку афазия является системным расстройством, лечение всех аспектов речи проводится с учетом особенностей каждой языковой дисфункции при афазии.

В исследованиях афазии одним из главных вопросов является изучение различных форм этого состояния. Специалисты, занимающиеся изучением афа-

зии, продолжают свои исследования с целью разработки и усовершенствования методов обучения и восстановления речи для людей с афазией.

Большой вклад по разработке принципов и приемов преодоления афазии внесли Э.С. Бейн, М.К. Бурлакова (Шохор-Троцкая), Т.Г. Визель, А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова [2, с. 4].

Новым направлением в коррекции и реабилитации афазии является внедрение групповых методов игровой и арт-терапии, которые обладают психотерапевтическим эффектом, снижают тревожность, улучшают эмоциональное состояние и формируют правильные психосоциальные установки.

Восстановление языковых навыков после травмы или болезни зависит от множества факторов, которые могут оказывать влияние. В течение многих лет исследователи изучали неврологические, поведенческие, познавательные, лингвистические, психологические и социальные аспекты, которые могут быть важными в этом процессе.

Традиционные методы реабилитации афазии не всегда достигают значительных результатов, поэтому исследователи, активно работают над поиском более эффективных подходов к восстановлению нарушенных функций. Одним из таких методов является метод терапии принуждения, который был предложен Pulvermuller [7, с. 1621] и его коллегами. Этот метод предполагает, что пациент активно участвует в интенсивной практике нарушенной функции речи, такой как произнесение слов вслух, при ограничении использования альтернативных методов, например, жестикуляции. Использование этой техники позволило получить хорошие результаты в развитии устной речи у пациентов.

В рамках этой статьи следует упомянуть еще один метод – метод стрессовой терапии. Этот подход отличается тем, что его целью является восстановление возможности человека активно участвовать в жизни общества, а не только восстановление речи как высшей психической функции.

В процессе реабилитации афазий был отмечен положительный терапевтический эффект от использования музыки. В особенности, в ранний постинсультный период музыкотерапия способствует улучшению когнитивных функ-

ций, необходимых для восстановительного обучения, а также создает повышенный фон настроения, который способствует формированию более сильной мотивации к обучению.

Постоянное нарушение речи приводит к инвалидизации, лишая человека возможности выполнять множество социальных функций. В таких случаях реабилитация становится необходимостью. Рассмотренные методы восстановления нацелены на различные аспекты этой проблемы, и их комплексное применение поможет человеку адаптироваться к жизни с этим приобретенным нарушением.

Список литературы

1. Бурлакова М.В. Методика восстановления речи при динамической афазии по М.К. Бурлаковой / М.В. Бурлакова, Л.А. Жданова // Дети и родители. – 2017. – №5. – С. 63–68.

2. Галеева И.С. Коррекция речевого развития детей дошкольного возраста с афазией: автореф. дис. ... канд. пед. наук / И.С. Галеева. – М.: МПГУ, 2017.

3. Клишевич Н.Б. Особенности восстановления речи у детей с общим недоразвитием речи / Н.Б. Клишевич // Вопросы логопедии. – 2012. – №2. – С. 51–56.

4. Лурия А.Р. Нейропсихологический анализ решения задач. Нарушение процесса решения задач при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова. – М.: МПСИ, 1966; Воронеж: Модэк, 2010. – EDN QYARZR

5. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение: учебное пособие для студентов дефектологических факультетов педагогических институтов / Л.С. Цветкова. – М.: Просвещение, 1988. – 207 с.

6. Цветкова Л.С. Нейропсихология и афазия: новый подход / Л.С. Цветкова – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Модэк, 2001. – 592 с.

7. Pulvermuller, F, Neininger, B., Elbert, T., Mohr, B., Rockstroh, B., Koebbel, P., and Taub, E. (2001). Constraint-induced therapy of chronic aphasia after stroke. *Stroke*, 32, pp.1621–1626.