

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ Н.Г.ЧЕРНЫШЕВСКОГО»

Педагогический институт
Факультет психолого-педагогического образования
Кафедра логопедии и психолингвистики

**ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ ПОХОД К ДИАГНОСТИКЕ
И КОРРЕКЦИИ АФАЗИИ**

АВТОРЕФЕРАТ
ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ
МАГИСТЕРСКОЙ РАБОТЫ

студентки 3 курса 356 группы
направления 44.03.03 «Специальное (дефектологическое) образование,
профиль «Логопедия»,
факультета психолого-педагогического образования
педагогического института

Клоктуновой Натальи Анатольевны

Научный руководитель

канд. социол. наук, доцент

подпись дата

И.В. Темаева

Зав. кафедрой

доктор фил. наук, профессор

подпись дата

В.П. Крючков

Саратов, 2025

ВВЕДЕНИЕ. Увеличение продолжительности и качества жизни – одно из основных направлений развития нашего социума. Педагогика, медицина, экономика – все отрасли жизнедеятельности человека предполагают поиск путей совершенствования, решения возникающих проблем. К подобным проблемам мы можем отнести «когнитивные нарушения» человека – состояния разной этиологии, приводящие к нарушениям восприятия, переработки и хранения информации в сочетании с нарушениями построения и осуществления программы действий. Их изучение актуально, поскольку, чем более выражена патология познавательных процессов, тем ниже качество жизни субъекта и меньше степень его социальной адаптации.

Болезни, которые могут вызывать подобные состояния, а именно связанные с нарушениями мозгового кровообращения, становятся все более распространенными. Например, по статистике ВОЗ, ежегодно 15 миллионов человек во всем мире страдают от инсульта, причем многие из них являются гражданами трудоспособного возраста. Из них 5 миллионов умирают, а еще 5 миллионов остаются инвалидами, становятся бременем для семьи и общества. Инсульт редко возникает у людей моложе 40 лет, однако существуют тенденции по омоложению данного заболевания. Среди заболеваний нервной системы он на третьем месте. К его следствиям относятся такие речевые нарушения: афазию, дизартрию, апраксию, нарушения голоса.

Афазия является предметом изучения многих ученых. Изучением афазии, а также особенностями ее коррекционно-педагогической диагностики и реабилитации занимались такие зарубежные авторы, как К. Вернике, А. Грönберг, Н. Ле, Г. Ёурганов, Г. Хискок, К. Нилари, и такие отечественные авторы, как А.Р. Лурия, Т.Г. Визель, Л.С. Цветкова, Л.И. Васеерман, Т.В. Ахутина, Л.Б. Клепацкая, В.М. Шкловский, О.П. Пурцхванидзе, М.Г. Мишиева, А.А. Козак, А.С. Кубышенко, М.М. Щербакова, Е.С. Бердникович, О.Д. Шахматов, А.В. Кожевникова.

Под афазией мы будем понимать полную или частичную утрату речи, обусловленную локальным поражением головного мозга. Это нарушение речи

центрального органического характера, возникающее при поражении корковых зон доминантного речевого полушария. Это заболевание ежегодно встречается почти у 150 тысяч человек. Помимо медикаментозного лечения таким людям для восстановления качества жизни требуется адекватная психолого-педагогическая помощь, коррекционно-логопедическая диагностика.

Проблема исследования – какова должна быть коррекционно-логопедическая диагностика у пациентов с моторной афазией.

Цель работы – изучить особенности коррекционно-логопедической диагностики у пациентов с моторной афазией.

Задачи работы:

- 1) изучить понятие «афазия», дать его классификацию;
- 2) описать особенности коррекционно-логопедической диагностики у пациентов с афазией;
- 3) разработать и апробировать методику коррекционно-логопедической диагностики у пациентов с моторной афазией.

Работа состоит из введения, двух разделов, заключения, списка использованных источников и одного приложения, содержит 14 рисунков, 4 таблицы.

Во введении обоснована актуальность исследования, сформулирована цель и задачи, определена методологическая основа выпускной квалификационной работы. В первом разделе «Научно-теоретические основы коррекционно-логопедического сопровождения пациентов с афазией» дано определение и классификации афазии, описаны основные причины ее возникновения, описан логопедический подход к диагностике афазии, а также рассмотрено, как строится восстановительное обучение для таких пациентов. Во втором разделе «Экспериментальное изучение пациентов с афазией: логопедический ракурс» описана выборка исследования, подобраны коррекционно-восстановительные задания для пациентов с афазией для диагностики их состояния, далее выбраны и использованы задания для восстановительного обучения. В заключении сформулированы общие выводы

по работе и подведены итоги. В список использованных источников вошло 49 наименований, также имеется приложение.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ. Афазия является приобретенным нарушением речи, возникающем при поражении головного мозга, вследствие травмы или дегенерации головного мозга, с преимущественной локализацией очага в левом полушарии мозга, характеризующемся трудностями в устном и/или письменном выражении мыслей и их понимании. Вследствие этого человеку сложно корректно осознавать обращенную к нему информацию и формировать свою собственную речь. Главной причиной возникновения афазии называют заболевания головного мозга, а именно нарушения кровообращения.

Диагностика афазии продолжает базироваться на модели Вернике-Лихтгейм XIX века, которая в первую очередь фокусируется на трех функциональных аспектах языка: беглое речевое производство, слуховое понимание и повторение речи. Диагноз подтипа афазии у пациента может повлиять как на лечение (влияя на выбор стратегии лечения), так и на исследования, поскольку многие исследования набирают и группируют участников на основе их диагноза.

Восстановительное обучение пациентов с афазией является важнейшим разделом современной афазиологии. К настоящему времени определены его методология, принципы, создан достаточно большой арсенал научно обоснованных методов работы по восстановлению у пациентов с афазией высших психических функций (ВПФ), и прежде всего речевой. Работа логопеда может быть начата только после того, как исчезнут острые симптомы заболевания, вызвавшего афазию. Эффект реабилитации рекомендуется оценивать с точки зрения сохранения функций и способностей пациента. Методы лечения и навыки обучения для реабилитации афазии должны определяться в соответствии с руководством по результатам исследований (то есть доказательной медициной) как на национальном, так и на международном уровне, особое внимание при этом должно уделяться функциональным нарушениям, инвалидности и социальным недостаткам.

Ряд показателей, связанных с пациентом (его пол, ведущая рука, возраст, образование, социально-экономический статус и интеллект) и связанных с инсультом показателей (начальная тяжесть, место поражения и размер поражения), определены как потенциально влияющие факторы на восстановление после афазии после инсульта. Начальная тяжесть афазии оказалась значимым предиктором успешности долгосрочного восстановления после афазии. Другие влияющие факторы восстановления речи после инсульта следующие: место поражения и размер, которые, по-видимому, наиболее важны для восстановления после афазии после инсульта. Сложность протекания афазии, ограничение общения и активности, эмоциональный стресс, другие медицинские проблемы и социальные факторы влияют на качество жизни, связанное со здоровьем, у пациентов с афазией. Среди сложного взаимодействия множества переменных врачи и логопеды сталкиваются с трудной задачей прогнозирования моделей восстановления после афазии и, следовательно, долгосрочных результатов у этих людей.

Логопедическое коррекционно-восстановительное обучение базируется на принципах: системы логопедической помощи и дидактические принципы. Можно выделить в качестве основополагающих следующие дидактические принципы: сознательность и активность; наглядность; системность и последовательность; прочность; научность; доступность; связь теории с практикой. В своей совокупности принципы современной педагогики образуют единую системную целостность. Долгосрочная когнитивная терапия, по мнению зарубежных авторов, является эффективной стратегией, которая, очевидно, превосходит другие конкретные методы лечения.

Для исследования были привлечены 12 пациентов с моторной афазией неврологического отделения Клинической больницы имени С. Р. Миротворцева города Саратова. Диагностика и последующая логопедическая работа выполнялись в 2023-2024 гг. Среди них 9 пациентов – мужчины, 3 – женщины. Мы изучали, насколько у них сформированы первичные навыки фразовой речи.

Для этого использовались такие методы исследования, как изучение медицинской документации, наблюдение и беседа, эксперимент.

Изучение медицинской документации позволило определить, что у двоих пациентов была черепно-мозговая травма, у восьми – ишемический инсульт, еще у двоих — геморрагический инсульт. Левшества и амбидекстрии среди испытуемых не было.

При первичной беседе у пациентов было зафиксировано рассеянность внимания. Для диагностики использовалась модифицированная методика Визель Т.Г, содержащая пять основных блоков: проверка понимания пациентами фразовой речи, их способности повторять простые распространенные предложения, способности пациента к построению простых предложений (распространенных) с использованием иллюстративного материала и без, а также оценки их готовности к письму.

Все пациенты, участвовавшие в исследовании, продемонстрировали высокие показатели при выполнении первых заданий, направленных на оценку понимания фразовой речи, никто не получил критически низкого значения. С повторением предложения отлично справились 7 человек, у остальных возникли трудности: грамматические конструкции были несвязны, присутствовали аграмматизмы. Результаты выполнения заданий третьего блока были хуже, чем в предыдущих двух: по пять человек продемонстрировали высокие и низкие показатели, двое справились на среднем уровне.

Двое пациентов продемонстрировали способность составлять предложения с картинками и без, однако в их речи возникали заминки, им было трудно корректно подобрать слово, возвратиться к мысли, которая была уже высказана ранее. 3 человека вообще никак не смогли выполнить задание. Остальные показали результаты на среднем или низком уровне. Два пациента продемонстрировали неплохие результаты по пятому блоку заданий, в записанных ими предложениях присутствовали аграмматизмы. Семеро выполнили задания частично. Трое же вообще не справились с заданием.

По результатам диагностики выяснено, что пациенты хуже всего справлялись с написанием текста, лучше всего – с пониманием фразовой речи. По итогам определено, что у пяти человек – допустимый уровень сформированности фразовой речи, у еще пяти – оптимальный, у двух – критический.

Следующим этапом нашей работы стала непосредственная коррекционно-логопедическая работа по восстановлению и развитию фразовой речи у пациентов. Все те же двенадцать человек участвовали в исследовании.

Работа велась в пяти векторах, по которым проводилась и диагностика, а именно: восстановление способности у пациентов в понимании и повторении речи, их способности составлять предложения с опорой на стимул и без, а также записывать их. В разработанные для работы задания были включены три основных блока. В первый блок вошли задания на восстановление понимания и повторения фраз, с опорой на визуальный материал и без него. Второй блок включал ряд заданий на восстановление способности говорить фразовую речь при использовании иллюстраций и без них. Третий блок был направлен на восстановление письменной речи.

Работа выполнялась индивидуально. Занятия длились академический час, проводились еженедельно. Иногда время могло быть скорректировано, если пациент не был готов продолжать занятия.

Приведем примеры некоторых из заданий, которые использовались в этой части работы.

Первый блок. Восстановление понимания и повторения фраз.

Задание 1 (понимание). Пациенту демонстрировались разные картинки. Он должен был ответить, что из них: легкое, твердое, металлическое, белое.

На картинках были изображены: перо, шкаф, компьютер, платье, сережка, гиря, глобус, полотенце, дерево, шурупы, здание, стакан молока.

Второй блок нацелен на восстановление способности говорить фразовую речь при использовании иллюстраций и без них. Приведем некоторые из использованных нами заданий.

Задание 1 (развитие с опорой на наглядность). Используя картинки, пациент должен был составить фразы, начало конструкции было зафиксировано: «Дай мне...»:

- 1) Картину.
- 2) Телефон.
- 3) Часы.
- 4) Аквариум.

Задание 2 (развитие с опорой на наглядность). Используя картинки, пациент должен был составить фразы, начало конструкции было зафиксировано: «Я пью/ не пью...»:

- 1) Воду.
- 2) Чай.
- 3) Кофе.
- 4) Лимонад.
- 5) Сок.
- 6) Молоко.

Третий блок заданий позволил восстановить письменную речь.

Задание 1 (с опорой на наглядность). Пациент должен был, смотря на рисунок, составить короткую фразу и записать ее.

- 1) Кошка спит на кресле.
- 2) На дереве растет яблоко.
- 3) Журавль летит в небе.
- 4) Учитель пишет на доске.
- 5) Девочка надевает кофту.
- 6) Волны разбиваются о скалы.
- 7) Змея ползет по земле.
- 8) Ребята играют в теннис.

Работа с использованием перечисленных упражнений позволила восстановить и развить фразовую речь у пациентов. По окончании коррекционного периода пациенты повторно были диагностированы по ранее

использованной нами методике, картинки и задания в которой были модифицированы. Для диагностики использовались те же показатели.

В итоге трехмесячной работы с каждым пациентом их показатели значительно улучшились. У восьми человек стал оптимальный уровень сформированности фразовой речи, у четырех – допустимый. То есть в итоге работы были улучшены показатели сформированности фразовой речи на 12%. Нами рекомендуется дальнейшая работа до полного восстановления.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В данной работе рассмотрено понятие «афазия». Под афазией можно понимать приобретенное нарушение речи, которое возникает при поражении головного мозга, вследствие травмы или дегенерации головного мозга. Также в работе дана классификация афазий, описано, какие повреждения в различных областях мозга (например, в области Вернике. и зоне Брока) влияют на формирование конкретного вида афазии.

Афазия является сложным заболеванием и затрагивает не только речевую сферу, но и другие высшие психические функции, поэтому восстановление нарушенных функций должно нести комплексный характер. Необходимо уделить внимание восстановительному обучению как комплексному, целенаправленному мероприятию, которое необходимо при лечении пациентов с афатическими расстройствами. Восстановительное обучение занимает особое место в реабилитации пациентов с афазией: именно оно помогает пациентам справляться с речевыми нарушениями, а также восстанавливает коммуникативные навыки, что очень важно для жизнедеятельности пациентов и их родственников.

В магистерской диссертации также описаны особенности коррекционно-логопедической диагностики у пациентов с афазией, наиболее часто применяемые методики для диагностики и восстановления. (развитие понимания речи, автоматической речи, повторной речи, называния, фразовой речи, фонематического слуха, слухоречевой памяти, чтения и письма, орального и пространственного праксиса). Отмечена значимость долгосрочной когнитивной терапии.

Далее у 12 пациентов с моторной афазией диагностирован уровень сформированности фразовой речи с использованием методики, состоящей из пяти блоков: проверка понимания пациентами фразовой речи, их способности повторять простые распространенные предложения, способности пациента к построению простых предложений (распространенных) с использованием иллюстративного материала и без, а также оценки их готовности к письму.

У двух людей был диагностирован критический уровень сформированности фразовой речи, по пять человек продемонстрировали оптимальный и допустимый уровень соответственно.

Далее были разработаны и применены коррекционно-логопедические задания (три тематических блока) для пациентов, работа с ними велась индивидуально, в течение 2023-2024 гг. Первый блок был нацелен на восстановление понимания и повторения фраз. Второй блок был направлен на восстановление способности говорить фразовую речь при использовании иллюстраций и без них. Третий блок заданий позволил восстановить письменную речь.

Критические состояния у пациентов были успешно преодолены, у большинства (8 человек) достигнут оптимальный уровень сформированности фразовой речи, у четырех – допустимый уровень.