

**А.И. Сергеева**



**ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ  
ОБУЧЕНИЕ  
ПРИ АФАЗИИ**

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Томский государственный педагогический университет»  
(ТГПУ)

**А.И. Сергеева**

**ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ  
ПРИ АФАЗИИ**

*Учебно-методическое пособие*

Электронное издание  
локального распространения

Томск 2023

© Томский государственный педагогический университет, 2023  
ISBN 978-5-89428-995-3

УДК 376.013.8:612:825.249-044.382  
ББК 74.57я73  
С32

Рекомендовано к изданию  
редакционно-издательским советом  
Томского государственного  
педагогического университета

**Рецензент:**

кандидат психологических наук, доцент кафедры теории и методики  
дошкольного образования Института детства  
Новосибирского государственного педагогического университета  
*Е.Д. Файзуллаева*

**Сергеева А.И.**

С32 Восстановительное обучение при афазии : учебно-методическое  
пособие / А.И. Сергеева. – Томск : Издательство Томского государ-  
ственного педагогического университета, 2023. – 82 с. – 1 электрон.  
опт. диск (CD-ROM). – Загл. с титул. экрана.

ISBN 978-5-89428-995-3

Учебно-методическое пособие содержит теоретико-методологические основы  
и методические рекомендации для организации восстановительного обучения лиц  
с афазией.

Предназначено для обучающихся магистратуры по направлению подготовки  
44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование, направленности (профили)  
Логопедическая коррекция речевых нарушений у детей и взрослых и Педагогика  
и психология инклюзивного образования.

УДК 376.013.8:612:825.249-044.382  
ББК 74.57я73

**Системные требования:**

ПК не ниже класса Pentium II; RAM 512 Mb; Windows XP/7–10 (32-разрядная  
или 64-разрядная версии); разрешение экрана 1 024 × 768 (768 × 1 024); CD-ROM-дисковод,  
мышь; Adobe Acrobat Reader DC (либо другое, открывающее PDF-файлы).

ISBN 978-5-89428-995-3

© Сергеева А.И., 2023  
© Томский государственный  
педагогический университет, 2023

## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....	4
1. Восстановительное обучение: основные принципы, методы и направления работы при афазии .....	5
2. Организация ухода за больными с афазией как значимое условие восстановительного обучения при афазии .....	22
3. Нарушения мышления при афазии и методы их преодоления.....	33
4. Нейропсихологическая реабилитация «лобных» расстройств.....	38
5. Нарушение и восстановление неречевых высших психических функций у больных с афазией .....	44
6. Нарушения памяти и методы ее восстановления при афазиях.....	54
7. Темы рефератов и научных сообщений .....	61
8. Итоговый тест .....	63
Рекомендуемая литература .....	71
Глоссарий .....	73

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Учебно-методическое пособие содержит концептуальные позиции для эффективного восстановительного обучения лиц с афазией: ключевые принципы стратегии восстановления высших психических функций и речи, характеристику ресурсов комплексной коррекции для восстановления речевой, двигательной и когнитивной сферы при афазии. Представлены научно-теоретические основы организации восстановительного обучения при афазии. Указаны оптимальные методики обследования и приемы восстановления речи и неречевых процессов на основе интеграции лечебно-педагогического воздействия с учетом антропологического и комплексного подхода.

Материалы пособия содержат глоссарий, список рекомендуемой литературы, темы рефератов и научных сообщений, итоговый тест для самостоятельного изучения значимых компонентов восстановительного обучения при афазии на практике.

Пособие может быть использовано как преподавателями на занятиях, так и обучающимися для самостоятельной подготовки и самоконтроля при освоении дисциплины «Восстановительное обучение при афазии».

Автор с благодарностью рассмотрит любые замечания и предложения в свой адрес.

# **1. ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ: ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ, МЕТОДЫ И НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ПРИ АФАЗИИ**

Статистические данные свидетельствуют о том, что более чем в 30% случаев при инсульте наблюдаются нарушения речи, такие как афазия и дизартрия. Речевые расстройства занимают второе место после двигательных нарушений [1]. В научной литературе доказана необходимость специально организованного обучения при афазии с нарушением высших психических функций (ВПФ) лиц чаще всего зрелого возраста. По мнению ведущих нейропсихологов А.Р. Лурия, Э.С. Бейн, М.К. Шохор-Троцкой (Бурлаковой), Л.С. Цветковой, Т.Г. Визель и В.М. Шкловского, проблема восстановительного обучения при афазии актуальна и изучается в области нейрофизиологии, нейропсихологии, нейролингвистики и дефектологии. Действительно, сегодня обозначены методология, принципы восстановления речи и неречевых функций при разных формах афазии, а также достаточно разработан и внедрен в дефектологическую работу широкий спектр научно обоснованных методов комплексной помощи для устранения последствий локальных поражений головного мозга.

Всемирно известный ученый А.Р. Лурия, доктор педагогических и медицинских наук, ученик Л.С. Выготского, считается создателем отечественной нейропсихологии как науки. Он разработал базовую в нейропсихологии теорию высших психических функций, представил характеристику их мозговой организации, описал причины, клинику, патогенез и диагностику нарушений ВПФ. Последователи А.Р. Лурии взяли его теории как фундамент для осуществления разноплановых исследований в области нейропсихологии. В.М. Коган, В.В. Оппель, Э.С. Бейн, Л.С. Цветкова, М.К. Бурлакова, В.М. Шкловский, Т.Г. Визель и другие авторы обобщили уникальный научно-исследовательский и практический опыт работы «Бетховена психологии» А.Р. Лурии при устранении афазии и продолжили его в своих работах о восстановительном обучении лиц после инсультов, черепно-мозговых травм, опухолей мозга и их последствий [3, 9, 13, 14, 16].

Компенсаторные способности головного мозга легли в основу положения о возможности восстановления утерянной функции у лиц с афазией. Существуют два типа воздействия на больных при афазии в процессе восстановления нарушенных функций – прямые и обходные компенсаторные механизмы.

**Первый** тип воздействия основан на использовании прямых релаксационных методов для восстановления речевых и неречевых функций у афазиков. Чаще всего они используются в начальной или инициальной стадии афазии и рассчитаны на использование резервных внутрифункциональных возможностей, на окончание временного угнетения нервных клеток, которое обусловлено нарушениями нейродинамических процессов у больных, а именно: скорости протекания, активности и координированности протекания нервных процессов.

**Второй** тип воздействия для устранения нарушений ВПФ предполагает компенсацию на основе перестройки способа реализации нарушенной функции. Суть этого процесса в том, что межфункциональные связи, которые не были ведущими до афазии, специально становятся ведущими. Поэтому они обозначаются как обходные пути воздействия, которые актуализируют запасные резервы афферентаций, следовательно, происходит «обход» стандартного способа выполнения ВПФ.

Т.Г. Визель приводит пример применения оптико-тактильного метода для восстановления артикулемы речевого звука при афазии, при котором центральной опорой является зрительный образ звука и тактильное чувство артикуляционной позы, а не звучание звука, утраченного при распаде речи. Так, происходит подключение дополнительных внешних опор, которые при овладении правильным произношением в онтогенезе речи не рассматриваются как ведущие. В результате применения оптико-тактильного метода способ произнесения звука речи изменяется. «Только после того, как оптически воспринятая и тактильно проанализированная артикуляционная поза у больного закрепится, можно фиксировать его внимание на акустическом образе и пытаться вернуть ему роль ведущей опоры» [3, с. 274].

Следует особо отметить, что **прямые методы обучения** рассчитаны на произвольное всплывание в памяти уже упроченных навыков (преморбидно) у лиц с афазией.

*Обходные методы* реализуются через произвольное освоение способов восприятия речи и говорения. Обходные методы предполагают новый способ реализации распавшейся функции, который не применялся ранее в речи больного до афазии. В клинике афазии неречевые нарушения очень существенны, они выявляются у большинства больных, поэтому восстановление неречевых функций планируется логопедом как обязательное направление работы. Кроме того, при восстановлении речи афазиков необходимым условием считается подключение неречевых процессов. Специалисты определяют алгоритм работы над речевыми и неречевыми функциями, учитывая сочетание вербальных и невербальных нарушений при афазии в каждом конкретном случае. Работа по восстановлению сложных видов речевой деятельности (фразовой, письменной речи, восприятия на слух развернутых текстов, понимание логико-грамматических конструкций и т.п.) носит преимущественно произвольный характер, т.е. под контролем сознания. В отличие от обходных, прямые методы воздействия нацелены на произвольную и прямую стимуляцию утраченной речи.

С точки зрения Т.Г. Визель, значимую роль в изучении синдромов при афазии сыграли исследования невролога К. Монакова. Он доказал, что после поражения головного мозга в период от нескольких дней до нескольких недель у больных наблюдаются симптомы, обусловленные диэнцефом или появлением отеков, воспалительных процессов и набухания ткани мозга. Поэтому медики и педагоги должны учитывать этот факт при организации лечения и при выборе методов восстановительного обучения на инициальном этапе работы при афазии.

В XIX веке неврологи рекомендовали восстановительное обучение при афазии не ранее, чем через полгода после начала заболевания. В настоящее время взгляд на эту проблему кардинально изменился на основании практического опыта в области афазиологии, была доказана результативность раннего психолого-педагогического вмешательства для восстановления утраченных неречевых и речевых функций лиц с афазией, которое по согласованию с врачом начинается в первые недели.

А.Р. Лурия, Т.Г. Визель, Л.С. Цветкова утверждают целесообразность глубокого изучения нейропсихологии учителями-логопедами



и медицинскими логопедами для осознания специфики структуры дефекта при афазии и разработки индивидуальных программ восстановительного обучения. «Восстановительное обучение проводится по специальной заранее разработанной программе, которая должна включать определенные задачи и соответствующие им методы работы, дифференцированные в зависимости от формы афазии (апраксии агнозии), степени выраженности дефекта, этапа заболевания» [2, 3, 10].

Логопед при составлении программы восстановительного обучения должен опираться на принцип системности, т.е. планировать направления работы не только над первичными, но и над вторичными дефектами, а также всеми компонентами нарушенных ВПФ (высшие психические функции). Для успешного восстановительного обучения специалисты выявляют индивидуальные нейропсихологические особенности каждого больного, учитывая рекомендации невролога и психолога, определяющих соматическое состояние при афазии, условия жизни больного, его индивидуальные психофизические и характерологические особенности.

По мнению афазиологов, результат лечения и восстановительной работы зависит еще и от того, является ли больной правой, левой или амбидекстром. Состояние функциональной межполушарной асимметрии при афазии есть важный фактор для успешной перспективы восстановительного обучения. Современные нейропсихологические исследования выявили, что при левшестве и амбидекстрии существует специфическая организация мозговых механизмов. ВПФ у левой и амбидекстров распределены иначе, чем у больных-правшей. Поэтому при леворукости и амбидекстрии у афазиков ряд речевых и некоторых доминантных (левополушарных) функций может реализовываться правым полушарием. Так, одинаковый по размерам и локализации очаг поражения левого полушария у левой или амбидекстров чаще всего ведет к более легким последствиям, чем у правой при афазии, и прогноз по восстановлению речи при идентичных поражениях у левой благоприятнее [3, с. 276]. В настоящее время проблема создания специальных условий обучения при левшестве у детей активно обсуждается в нейропсихологической литературе. Исследователи утверждают, что ребенок с левшеством требует особого внимания и подхода к обучению

с раннего возраста. Следовательно, родители должны быть осведомлены о важности профилактики речевых нарушений устной и письменной речи у леворуких детей. Логопеды, дефектологи, нейропсихологи и другие специалисты могут рекомендовать родителям проводить с детьми 6–18 месяцев (особенно в период появления у ребенка указательного жеста) занятия в виде восприятия на слух утрировано произнесенных изолированных гласных и согласных, звуков, входящих в ударный слог слова.

Следует обращать внимание на бережное отношение к психике ребенка при обучении его владению правой рукой (все технические промышленные средства приспособлены для правой руки), категорически запрещается жесткое переучивание ребенка с левой на правую руку, которое может привести к декстрастрессу, а затем способствовать появлению логоневроза с его различными неблагоприятными для речевого и психического развития ребенка проявлениям (энурез, тики и т.д.).

В научной литературе под декстрастрессом понимается состояние при насильственном переучивании леворукого ребенка через пространственные ограничения движений, которое влечет появление невротических и неврозоподобных симптомов. При обучении ребенка рисованию (как левой, так и правой рукой), дограмматическому письму и чтению следует фиксировать цветными карандашами зрительное внимание на левой стороне листа.

В целях создания условий для постепенного формирования речевого дыхания и ритмико-мелодической основы речи следует ограничивать стимулирование устной речи начавшего говорить ребенка, желательно в этот момент сопряженное с родителями пение детских песен, потешек и простейших сказок. Ребенок должен слышать плавную речь.

Парциальное (мозаичное) или частичное левшество, которое выявляется почти у половины правшей, может вносить дисбаланс в согласованную нейродинамическую деятельность различных долей коры головного мозга, о чем свидетельствует специфическое отличие афазий, возникающих при поражении вторичных полей коры головного мозга у левшей, от аналогичных афазий у правшей.

М.К. Шохор-Троцкая (Бурлакова) высказывает предположение, что при артикуляционных нарушениях у леворуких детей происходит

задержка формирования не только вторичных, но в некоторых случаях и первичных полей премоторных отделов левого и правого полушарий головного мозга, поэтому развитие речи имеет у левшей свои особенности [14]. О природе леворукости, проблемах развития и обучения левшей более подробно пишут в своих исследованиях М.М. Безруких, А.В. Семенович, Е.И. Николаева, Т.П. Хризман, Н.Н. Брагина и другие ученые.

Кратко рассмотрим проблему принципов и методов восстановительного обучения в историческом ракурсе. Под методами обучения будем понимать способы упорядоченной взаимосвязанной деятельности обучающего и обучаемого. Принципы – основные исходные положения какой-либо теории, науки в целом, это основные требования, предъявляемые к чему-либо. Педагогические принципы – это основные идеи, следование которым помогает наилучшим образом достигать поставленных педагогических целей.

Одним из первых отечественных исследователей, подробно освещающих данный вопрос, стала В.В. Оппель. Она выделила основные направления восстановления речи при афазии, самые популярные в период с 1940–1960-х годов прошлого века.

Изначально в отечественной логопедии для преодоления афазии применялись методики обучения речи для глухонемых детей. В.В. Оппель считает использование таких методик нерезультативным, так как в них восстановление речи основано на звуках и построении из них слогов, слов и предложений, а не на смысловой стороне речи. «...в результате такого подхода у больных некоторое время наличествуют две речевые системы: одна – формируемая заново, искусственная система активно осознаваемой артикуляции и вторая, старая, больше или меньше пострадавшая в результате органического поражения головного мозга» [11, с. 8].

Обходной путь, или второе направление восстановления речи с опорой на письмо и зрительное восприятие через метод механического списывания букв и слов, рассматривался неоднозначно, так как в его основе лежит не восстановление, а формирование заново слухозрительной системы устной речи (произносимый звук закрепляется образом буквы). Такой метод подходит лишь в том случае, если больной

постоянно читал в преморбидный период. Недостатком такого подхода является то, что больной не способен дифференцировать звуки без букв.

Метод использования остаточных речевых возможностей через активное создание ситуаций для мотивации больного к коммуникации стал третьим направлением (согласно концепции) Б.Г. Ананьева.

В.В. Оппель рассматривает третий вариант как самый успешный в восстановлении речи, так как актуализируется весь речевой потенциал больного и при его личной активности с помощью семьи, невролога и логопеда, что положительно влияет на динамику восстановления речи.

В. В. Оппель перечисляет условия для реализации третьего метода:

1. Ключевое условие – отношение к больному как к потенциально говорящему человеку, чтобы было понимание, что его слушают и могут понять, поэтому важно выбирать близкие и интересные темы для афазика в обучении.

2. Использование реальных речевых возможностей больного. Учет того, что страдает определенное речевое звено, а остальные звенья заторможены, следовательно, необходимо именно ранее растормаживание сохранных элементов, чтобы добиться восстановления речевого звена в полном объеме.

В.В. Оппель утверждает, что при тотальных и моторных афазиях речевые ресурсы больного часто значительно больше, чем проявляется в начале занятий. Растормаживание речи рекомендуется через диалог шепотной речью, предлагаются бытовые вопросы. Если больной жестом показывает понимание обращенной речи, специалист шепотом просит повторить имя кого-то из его родных или одно из слов, характеризующих его действия (например, гуляю, спать, лежу, так, Маша, Аня, Саша).

«Анализ слов, произносимых за педагогом, позволяет выявить звуки, доступные для произнесения больным в начале занятий, а затем составить список слов в тех фразах, с которых начнется работа по растормаживанию устной речи больного. Нечасто при выраженной апраксии органов речи и при большой давности афазии этот прием не дает успеха, чаще всего сразу же удается получить повторение нескольких,

близких по содержанию больному, слов. Это – залог успеха, так как больной сразу же убеждается в том, что может что-то сказать» [11, с. 11].

1. Для профилактики формирования мнения о невозможности восстановления речи при афазии следует начать восстановление речи как можно раньше.

2. Систематические ежедневные занятия. Если занятия проводятся без системы, то у больного может сформироваться негативная установка в семье на невозможность восстановления речи, особенно если афазик был недостаточно неуверен в себе в преморбидный период.

3. Включение близких больного в восстановительное обучение и обогащение его коммуникации расширением круга общения больного.

4. Определение оптимального для конкретного больного индивидуального временного интервала между выполнением речевых заданий. Варианты колеблются от 5 до 35 секунд в зависимости от разных факторов. Если продуктивные интервалы между речевыми тренировками с больным не будут учтены и соблюдены в семье или специалистами может возникнуть неблагоприятный процесс затормаживания речи. Постепенно интервал между выполнением заданий следует сокращать.

5. Подбор слов для занятий, исходя из эмоциональной и семантической значимости их для больного, а не из того, какие из слов доступны для произнесения. Часто при афазии отсутствует способность произвольного произнесения слов, но сохранены эмболы, которые могут быть сложными по фонематическому составу. Это свидетельствует о том, что при отсутствии тяжелой формы апраксии сохраняется возможность больным произносить сложные фонематические сочетания.

В случае тяжелой апраксии больной не способен даже к продуцированию речевых эмболов, состоящих из единичных слогов. Исходя из этого В.В. Оппель утверждает, что растормаживание речи должно осуществляться не через эмбол, а другими приемами, иначе эмбол станет пусковым механизмом любой речевой конструкции. «Для многих больных на первых этапах восстановительной работы произнесение переднеязычных легче, чем губных. Тем не менее это не значит, что одним больным следует предлагать слова, включающие только

одни переднеязычные звуки, а другим – с губным составом согласных. Приходится нередко видеть больных, которые не в состоянии произнести ту или иную фонему в слове, не имеющем для них семантически-эмоциональной значимости, без труда произносят его в значимом для них слове. Так, например, больная Г., 47 лет, которая долго не могла произнести (найти артикуляцию) звука “ф”, сразу нашла его произношение в словах “фермато” или “форте” (больная по профессии пианистка)» [11, с. 13].

6. Для предотвращения появления аграмматизмов следует на начальном этапе восстановительного обучения исключить прием многократного повторения речевых высказываний. Рекомендуется предлагать слово больному в разных формах и контекстах, чтобы аграмматизмы не фиксировались и речь восстанавливалась в естественной речевой практике. Так, повторение имен существительных в именительном падеже и глаголов в инфинитиве негативно влияет на результаты работы и только способствует появлению и закреплению аграмматизмов.

7. Процесс восстановления письма и чтения желательно начать, только когда больной уже способен к фонематическому анализу слова. При моторной и тотальной форме афазии на начальных этапах восстановительного обучения не следует работать по восстановлению письма и чтения, чтобы не травмировать психику человека, утратившего речь. Иногда при этих формах афазии фрагментарно остается навык глобального чтения и способность понимания коротких простых текстов. Нарушение послогового чтения и письма довольно просто диагностируется, для этого следует попросить больного написать простые слова. Некоторые афазики считают, что из-за пареза рук у них появилось расстройство письма, не стоит их разубеждать в этом, чтобы не было психической травмы. При сенсорной форме афазии работа над письмом и чтением реализуется на ранних этапах работы над речью. Так как процесс чтения нарушен в меньшей степени, чем письмо, продуктивнее начинать восстановительное обучение с чтения и рано включать письмо и чтение в форме письменного диалога, развертывающегося вокруг сохранившихся у больного «островков осознания», и анализа понятных для больного, но утративших констант-

ность звучаний слов. Во избежание возникновения речевого торможения работа над чтением и письмо не организуется одновременно.

8. Целью логопедических занятий должно быть полное, в меру возможностей больного, восстановление речевой функции [11].

Согласно принципам В.В. Оппеля, восстановление речи логопед организует на основе растормаживания сохранных звеньев у больного, т.е. следует онтогенетическому принципу [11].

М.К. Шохор-Троцкая (Бурлакова) дополняет вышеперечисленные принципы, она вносит новые важные акценты, которые перекликаются с мнением Т.Г. Визель, В.М. Шкловского, Л.С. Цветковой и других ученых.

### ***Основные принципы стратегии коррекционно-педагогической работы по М.К. Шохор-Троцкой (Бурлаковой)***

Перечислим кратко основные принципы логопедической работы при афазии по мнению М.К. Шохор-Троцкой:

1. Учет того, что на всех этапах восстановления больные, перенесшие инсульт (инфаркт мозга) или черепно-мозговую травму, испытывают самое тяжелое чувство – чувство бессилия в преодолении нарушений речи и резкого изменения социального статуса. Преодоление состояния депрессии больного, воспитания в нем установки на восстановление нарушенных функций – первоочередная забота логопеда и невролога.

2. Тщательное исследование состояния ВПФ больного по схеме А.Р. Лурия.

3. Необходимость работы над всеми сторонами речи при всех формах афазии. Стратегия восстановительного обучения или перестройка ВПФ опирается на учение А.Р. Лурия о динамической организации психических функций, т.е. на то, что все вторичные и третичные поля левого, доминантного по речи полушария у правшей принимают активное участие в понимании речи, в устной речи, чтении, письме и счете. Именно сохранные доли головного мозга обеспечивают перестройку нарушений речи при той или иной афазии.

4. Выяснение (у врача) характера нарушения мозгового кровообращения или особенностей черепно-мозговой травмы, обязательное исследование у больного наличия парциального или скрытого левшества.

5. Сохранность субдоминантного по речи полушария затылочной доли и других долей мозга является одной из основных предпосылок восстановления речи.

6. Обследование нарушенных у больного ВПФ протоколируется незаметно для больного, чтобы не усугубить у него уже имеющиеся «комплекс неполноценности» и депрессию.

7. Занятия с больным желательно начинать в первые недели после инсульта или черепно-мозговой травмы.

На поздних этапах (после трех, шести, восьми, двенадцати и более месяцев после инсульта) больному необходимо в доступной форме объяснить характер нарушения у него речи, необходимость научиться писать левой рукой при наличии гемипареза правой руки. Логопед должен объяснить больному, почему он использует те или иные приемы занятий и дидактический материал. Занятия с больным проводятся за большим письменным столом на прочном стуле, так как больному с гемипарезом не только нужно расположить руки на столе, но и удобно сесть на стул: больным нередко трудно не только ходить, но и садиться.

8. Запрет на снисходительный тон (интонацию) логопеда и формальный «холодный» ход занятий. Занятия должны быть интересными, с обязательным акцентированием даже минимального положительного результата, с учетом преморбидного, интеллектуального, общекультурного уровня больного, при максимально уважительном отношении к его профессии, его интересам. Недопустимо предлагать больному непосильные, сложные задания, больной всегда должен покидать кабинет логопеда с чувством улучшения своих речевых возможностей.

9. В процессе восстановительного обучения поэтапно усложняются дидактические задачи с учетом успехов и речевого потенциала больного.

10. «Восстановление вторично-нарушенных функций (понимания значения и смысла слова и словосочетания), письма, чтения и счета,



пользования календарем, датирование занятий являются основой закрепления успехов, основой перестройки и восстановления первоначально нарушенной предпосылки речевого синдрома (апраксия, фонематический слухи т.д.). Привлечение смысловых, семантических функций высших, третичных зон коры способствует восстановлению функций подчиненных им вторичных зон» [17, с. 200].

11. При поражении парадигматических задних отделов второго функционального блока необходимо опираться на сохранные многозвеньевые ритмико-мелодические автоматизмы передних отделов и функций правого полушария. В случае поражения передних, синтагматических отделов логопед может опираться как на внесение извне плана действия, так и на сохранные фразеологические автоматизмы парадигматических систем, хранящих информацию о звуке, слоге, слове и, главное, о словосочетании.

12. Важную роль в преодолении нарушений речи при моторных формах афазии играют височные речевые зоны, особенно их третичное поле, берущее начало на стыке с лобной долей и завершающееся контактом с полем, хранящим информацию от звука до словосочетания.

13. А.Р. Лурия, Э.С. Бейн, Л.С. Цветкова отмечают, что идея перестройки функциональных систем основана на теории П.К. Анохина о ведущих и запасных афферентациях. Необходимо опираться независимо от формы афазии на смысловую сторону речи для восстановления понятий, грамматических категорий и многозначности слова.

14. Ключевым условием восстановления речи и способности к труду при афазии является личностная установка больного и его близких на обучение, ответственное и осознанное отношение к выполнению заданий и активная помощь семьи больному.

Итак, потенциально интенция на коммуникацию у больного с афазией в большинстве случаев сохранна, но блокирована нарушением речи и вторично угнетена в связи с тем, что больной тяжело переживает свой дефект, оторванность от коллектива, нередко сложную ситуацию в семье.

Логопеду приходится не только активизировать, но и перестраивать личностные установки больного, воспитывать установку на восстановление, совместно с психологом налаживать взаимоотношения в семье. Логопед не сможет формировать и управлять значимостью установки на восстановление речи без помощи родственников, которые должны содействовать активизации личности больного, созданию для него первичной коммуникативной среды. *Формальное применение арсенала логопедических методик и приемов не дает ожидаемого результата, если не соблюдено главное условие педагогической и лечебной работы – формирование и активизация значимой для больного установки на восстановление речи.*

15. При травмах головного мозга очаги поражения иногда бывают настолько локализованными, что конкретную форму афазии можно наблюдать в «чистом» виде. В клинике сосудистых поражений головного мозга также встречаются локальные тромбозы отдельных ветвей и веточек левой средней мозговой артерии, что позволяет наблюдать изолированный комплекс симптомов любой из шести форм афазий. Однако чаще при травмах головного мозга и при сосудистых поражениях выявляются большие очаги повреждения, охватывающие две, три, а иногда и все речевые зоны и выявляется смешанная форма афазии.

16. «Компенсация нарушенных речевых функций может идти двумя путями: 1) успешным, синтагматическим, т.е. через чтение и письмо текстов (предложения, сочинения и т.п.), привлечение автоматизированных речевых рядов (порядковый счет, дни недели, пение со словами и т.п.), восстановление фонематического слуха через контекст; 2) симультанном, заключающемся в работе над многозначностью слова, вызове звуков путем слуховой и зрительной имитации при афферентной моторной афазии, использовании “надстрочных знаков”, восстановлении фонематического слуха путем зрительного восприятия отдельных звуков с опорой на их кинестетический анализ, то есть на отдельные парадигмы» [17, с. 204].

Модели в планах и схемах, на которые больные опираются при эфферентной моторной и височных афазиях, приводят к восстановле-

нию построения предложения по схеме: подлежащее + сказуемое + дополнение и т.д.

17. В основе восстановления речевых функций при всех формах афазий лежит чтение как один из типов синтагматической организации речи.

Так, например, при сенсорной афазии повторение, называние и звучание слова в экспрессивной речи представляют собой высший уровень осознания звукового состава слова и дифференциации акустических признаков фонем. При этом кинестетическая артикуляционная языковая база, сформированная в раннем детстве по типу самонастраивающейся системы через акустический языковой канал, становится ведущей.

При чтении подписей к картинкам и списывании их от постцентральных артикуляторных зон идут импульсы в ту височную часть, которая берет на себя функцию акустического распознавания звуков. Кинестетические артикуляционные импульсы как бы заново наносят узор на пострадавшую сторону фонематической «модели», воссоздавая звук из движения. В этой ювелирной «деятельности» головного мозга принимают участие и премоторные отделы, без которых невозможна организация серийных артикуляционных блоков.

Все сохранные у больного с сенсорной афазией функции третичных полей височной доли, теменно-затылочных отделов, участвующих в опознании рисунка и чтении подписи к нему, кинестетический контроль при списывании подписей к рисункам с различным слоговым и звуковым составом осуществляются и регулируются сохранными при сенсорной афазии лобными долями мозга. Именно поэтому восстановление фонематического слуха происходит уже на уровне не только полупроизвольного восприятия слова, которое характерно для нормы, но и знания дифференциальных признаков фонем делает фонематический слух в этих случаях высококачественным, прочным.

18. Очень важны чрезвычайные компенсаторные возможности височных отделов, обеспечивающих у большинства левшей восстановление фонематического слуха при поражении обоих полушарий головного мозга.

Сходные процессы происходят при преодолении апраксии артикуляционного аппарата и воссоздании артикуляционных укладов с опорой на чтение. В таких случаях коррекционной системой оказываются оптический контроль за пространственными позами (способами артикуляции), выбор органов артикуляции и акустическая, как бы локационная система, контролирующая и фиксирующая правильный или не совсем удачно найденный вариант одномоментных движений всех артикуляционных органов. При этом могут возникать литеральные парафазии (замены звуков слове) и не одномоментное включение всех органов, что создает эффект псевдодизартрии или адекватное, соответствующее акустическому эталону, звучание фонемы и «подачу» их в премоторную зону для включения в слоговую систему. Ведущим «контролером» опять-таки является значение слова. Все эти процессы протекают под корригирующим «оком» лобных отделов мозга.

19. Для воссоздания артикуляционных укладов существует путь использования речевых автоматизмов, воспитанных и хранимых в слухоречевой памяти с предшкольного и раннего школьного возраста. Порядковый счет, названия дней недели, месяцев года, звуковой ряд алфавита, пение песни, как ни удивительно, сопряжены с глобальным не только повторением, но и чтением этих автоматизированных речевых рядов. Более того, они могут служить базой для восстановления аналитического письма при афферентной моторной афазии. При афферентной моторной афазии они «извлекаются» легче и не столько способствуют, сколько препятствуют восстановлению речи. Больной становится их «пленником», попавшим в жесткий, непреодолимый стереотип движений.

Однако автоматизированные речевые ряды своей синтагматической организованностью и делимостью на составные элементы резко отличаются от бранной лексики, произносимой с различной интонационной окрашенностью. Они редко встречаются в виде «речевых эмболов» и тем более несопоставимы с активной (клишеобразной) речью больных с «проводниковой» афазией, являющейся средством их адекватного общения и «продукцией» правого полушария у переученных левшей.

20. Значительно сложнее протекает процесс перестройки нарушенных функций при поражении более высоких уровней речи, реализуемых третичными полями второго функционального блока, вторичными и третичными полями самого сложного, третьего функционального блока. Если нарушения локализуются в третичных полях второго функционального блока при акустико-мнестической и семантической формах афазии, то перестройка распавшихся процессов результативна при организации деятельности первого блока головного мозга по А.Р. Лурии, а именно «планирующей, регулирующей и коррекционной деятельности премоторных и лобных отделов коры головного мозга, а также сохранности вторичных ядерных полей второго функционального блока, то есть сохранности фонематического слуха и артикуляционной базы речи, путем использования чтения схем, организующих слухоречевую память, использования развернутого письменного сообщения на различные темы» [17, с. 207].

Не менее сложна перестройка сохраненных речевых функций, способствующих восстановлению премоторных и заднелобных отделов коры головного мозга. Коррекционная перестройка различных звеньев речемыслительной деятельности требует длительного использования чтения и пересказа по плану, а также схем, поскольку разрушен сам аппарат регуляции, контроля и фиксации результата действия, которые осуществляются лобными долями мозга. Это положение прежде всего касается трудностей преодоления динамической афазии (А.Р. Лурия, Э.С. Бейн, Л.С. Цветкова, Т.В. Ахутина и др.) [14, с. 78–80].

Известный нейропсихолог Л.С. Цветкова представляет главные принципы восстановительного обучения, которые созвучны с пониманием вышеперечисленных авторов:

- «1. Принцип учета личности больного.
2. Принцип опоры на сохраненные формы вербальной и невербальной деятельности больного.
3. Принцип опоры на предметную деятельность.
4. Принцип организации деятельности и управления ей.
5. Принцип программирования обучения, который предусматривает разработку программ, состоящих из ряда последовательных операций» [14].

### ***Вопросы для самоконтроля***

1. Что такое прямые компенсаторные механизмы в восстановительном обучении при афазии?
2. Охарактеризуйте обходные компенсаторные механизмы в восстановительном обучении при афазии?
3. Какие принципы восстановительного обучения совпадают у разных авторов? Дайте обоснование этому явлению.
4. Перечислите мозговые механизмы, на которые направлено при афазии восстановительное обучение.
5. Опишите приемы для восстановления планирования речи.
6. Приведите примеры заданий для восстановления фонематических процессов.

### ***Задания для самостоятельной работы***

1. Составьте сравнительную таблицу по принципам восстановительного обучения при афазии на основании анализа их содержания у отечественных авторов.
2. Подготовьте презентацию по теме «Принципы восстановления речи и неречевых функций по Л.С. Цветковой».
3. Сформулируйте суть разных подходов к восстановлению чтения при афазии.
4. Составьте рекомендации для профилактики дэкстрастресса у левшей.
5. Охарактеризуйте взгляды афазиологов на восстановления письма и чтения при афазии.

## **2. ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ С АФАЗИЕЙ КАК ЗНАЧИМОЕ УСЛОВИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ПРИ АФАЗИИ**

Т.Г. Визель в монографии «Как вернуть речь. Инсульт и нарушения речи. Афазия и ее формы. Дизартрия и ее формы. Восстановление речевой функции. Уход за больными» доступно изложила ключевые позиции в организации правильного ухода за больными с афазией. Она отмечает, что в исследованиях афазиологов акцентируется внимание на важности поддержки родных для продуктивности восстановления неречевых и речевых процессов при афазии [2]. Сейчас на территории России регистрируются около 300 тыс. инсультов в год.

Рекомендуется при появлении первых симптомов нарушения мозгового кровообращения, таких как головокружение, шаткость походки, тошнота и другие, действовать быстро и спокойно, обязательно вызвать врача, уложить и успокоить больного, проветрить помещение.

Обычно после постановки диагноза «инсульт» больных направляют в неврологические или нейрохирургические отделения. Если есть противопоказания, например невозможна транспортировка, больным предлагается лечение в условиях стационара на дому. В начале болезни (первые три недели) проводятся мероприятия для поддержки жизненно важных функций организма и преемственности осложнений. Этот период достаточно сложен для родственников, так как необходимо организовать правильный домашний уход за практически обездвиженным человеком. Неврологи отмечают первостепенное значение ухода за больным после инсульта в домашних условиях. Родные должны полностью соблюдать указания врача, обладать терпением, оказывать внимание и не демонстрировать при больном тревогу, раздражение и отчаяние в непростой для всех ситуации, чтобы не травмировать больного отрицательными стимулами извне.

Т.Г. Визель рекомендует родственникам больного использовать ряд приемов. «Обеспечив правильную вентиляцию помещения, в котором находится больной, необходимо проследить, чтобы дыхательные пути были свободно проходимы. В некоторых случаях у больных

западает корень языка, перекрывая вход в трахею (дыхательное горло), затрудняет дыхание скопившаяся слюна, неправильно подаваемая пища (питье), вызывая поперхивание или вдыхание комочков пищи, слюны в дыхательные пути. Это приводит к возникновению очень тяжело протекающих пневмоний, что нередко является причиной смертельного исхода, так как антибиотики в этих случаях малоэффективны.

Возникают и так называемые застойные пневмонии, так как дыхательные движения у лежачих больных ограничены, воздух в отдаленных участках легких вентилируется плохо, кровообмен снижен. Следовательно, необходимо следить за чистотой полости рта, положением языка. При подаче пищи и питья следует приподнимать голову больного, не допускать поперхивания (подавать маленькими порциями), 3–4 раза в день полость рта следует протирать ватным тампоном, смоченным в растворе борной кислоты: 1/2 чайной ложки на стакан воды. В тяжелых случаях больному вводят воздуховод.

Больного следует каждые полтора-два часа поворачивать с положения на спине по очереди на один или другой бок. Полезно 2–3 раза в день проводить серию из 10–20 пассивных дыхательных упражнений: ухаживающий разводит руки больного чуть вверх – вдох, а потом приводит локти к ребрам по наружному краю реберной дуги – выдох. Затем можно сделать несколько движений ногами: бедра приведены к животу – вдох, бедра выпрямлены – выдох. Движения должны быть мягкими, соответствовать дыханию больного» [2, с. 17].

Пролежни становятся самым распространенным осложнением при инсультах. Участки мягких тканей сдавливаются и из-за нарушения кровоснабжения отмирают, снижается сопротивляемость микробам, существующих постоянно на кожных покровах у человека. На первом этапе появляется обычная ссадина, покраснение кожи, а затем она затягивается гноем и переходит в большую гниющую рану.

Следовательно, чтобы не произошло придавливания тканей лежащего больного, его следует постоянно переворачивать, а также разглаживать кожные морщины. Рекомендуется правильно устроить постель больного, она должна быть мягкой, чтобы тело не проваливалось, и с натянутой простыней без заломов. Лежачего больного, по мнению медиков, для предотвращения складок и пролежней следует класть



в постель без одежды. Смена простыней, особенно у больного с большим весом, требует определенных навыков. Прием, облегчающий подкладывание простыни, состоит в следующем. Ближний край простыни свернут валиком и придвинут к спине больного, после чего больного осторожно переворачивают через валик на противоположный бок, высвобожденный из-под больного валик расправляют по постели.

Особого ухода требует кожа больного. Советует 2–3 раза в день протирать спину, подмышки и в паху борным или камфорным спиртом. Ежедневно туловище и конечности моют мягкой губкой, смоченной в теплом мыльном растворе или специальными средствами. Затем необходимо насухо протереть мягким полотенцем. На время умывания под больного подкладывают клеенку. Сразу после образования ссадины нужно немедленно прижечь ее темным раствором марганцовки или другими специальными средствами по указанию врача.

Если больной не контролирует мочеиспускание, применяют различные мочеприемники: «утки», подкладные судна или гигроскопические пеленки, памперсы. Опасность появлений пролежней возрастает, если больной лежит на влажной простыне.

Родным следует придерживаться определенной диеты для больного. Первые двое суток питание больного состоит из минеральной негазированной воды, слегка подслащенного клюквенного или яблочного сока. Затем диету расширяют за счет овощного и фруктового пюре, творога, молочнокислых продуктов. Полезно включать в рацион чернослив, урюк, свеклу, как средства, улучшающие работу кишечника. Через несколько дней больному дают суфле из нежирных сортов мяса и рыбы. Картофель целесообразно готовить на пару, чтобы сохранить очень нужные соли калия.

Рекомендуется изначально принять профилактические меры против контрактур, которые вызывают атрофию мышц и ограничивают движения в суставах. Если больной лежит в постели, необходимо следить за положением пораженных конечностей. Руку, если больной находится на спине, отводят до горизонтального уровня ладонью вверх, а пальцы должны быть разведены и выпрямлены. Для фиксации применяют мешочки с песком или солью, а под колено подкладывают валик или свернутое одеяло. Стопу удерживают под углом 90° к голе-

ни. На второй и третьей неделе при отсутствии двигательной активности мышцы могут атрофироваться, следовательно, обязательны гимнастические занятия, даже если они кажутся родственникам малоэффективными.

Так как в большинстве случаев больной не в состоянии информировать врача о своих проблемах, важно родственникам следить за опорожнением кишечника и мочевого пузыря, за возможным появлением кашля, мокроты (запомнить ее вязкость, цвет) и измерять температуру тела.

Медики предупреждают, что в ряде случаев после инсульта возникают судорожные припадки. Поэтому нужно уберечь больного от ушибов во время припадка, подложив подушку или что-нибудь мягкое. Насильно сдерживать судорожные движения нельзя. Важно проследить, с каких конечностей начинается судорога. Родственникам стоит информировать врача о своих наблюдениях за состоянием больного.

Постепенно клетки после инсульта восстанавливают свои функции. Только в зоне омертвения восстановление невозможно, в ней образуется киста – полость, заполненная жидкостью. Максимального восстановления следует ожидать через 6–10 месяцев после инсульта, когда заканчивается рубцевание погибших нервных тканей и восстановление пострадавших, но сохранивших жизнеспособность.

Эффективность восстановления функций зависит от целенаправленности проводимых лечебных мероприятий и восстановительных занятий.

Задачи лечения и восстановления ВПФ:

- локализация очага омертвения до минимального размера;
- ускорение восстановления пострадавших клеток;
- профилактика осложнений.

Кроме того, в острый период заболевания (до 3 месяцев) возможно спонтанное восстановление пострадавших функций.

**Адаптация к жизни.** Т.Г. Визель считает, что даже адаптированные к дефекту больные имеют проблемы, связанные с остающимися на долгое время последствиями мозговой катастрофы. Поэтому адаптация к новым условиям жизни актуальна для каждого больного. Поддержка и помощь близких и семьи не менее важны, как и лечебные

мероприятия. Родственников нужно предупредить, что лечение и восстановительное обучение происходят долговременно. Больной обычно получает препараты для нормализации обмена веществ в нервных клетках, повышения активности сосудов, снижения вязкости крови и тенденции к склеиванию кровяных шариков.

Афазиологи отмечают, что постепенно объем занятий по восстановлению речи и когнитивных процессов возрастает, так как изначально важно лечение, т.е. контроль и поддержание на нормальном уровне кровяного давления и других физиологических параметров. Восстановительное обучение носит комплексный характер. Логопеды обучают приемам восстановления речи, инструкторы лечебной физкультуры – умению пользоваться остаточными двигательными возможностями, совершенствовать их. Чтобы преодолеть пассивность больного в лечении и восстановительном обучении, важна заинтересованность к их результату близких и родственников. Задача родственников – поддерживать у больного интерес к занятиям и тренировкам, понимание факта, что их результат проявится не сразу.

Последствия инсульта в виде параличей, парезов, афазии и другой симптоматики у каждого пациента индивидуальны. Поэтому нет возможности предложить универсальные приемы для всех. Однако существует ряд принципов ухода при афазии, соблюдение которых способствует благоприятному прогнозу лечения и обучения.

Во-первых, значимо соблюдение рационального режима в семье. Первое время больной много лежит, что пагубно влияет на его кровообращение. Известно, что после длительного лежания абсолютно здоровые люди часто чувствуют головокружение, вялость и разбитость. Поэтому ранняя активизация с постепенным наращиванием физической нагрузки должна быть обязательным компонентом при организации дня больного. Рекомендуется отмечать даже самые незначительные успехи в движениях у больного для позитивного настроения и мотивации.

Во-вторых, уже на третьей и четвертой неделе больному разрешают сидеть, затем – ходить у постели. Важна психическая и физическая подготовка больного посредством имитации ходьбы здоровой и парализованной ногой в положении на спине. Параллельно специалисты

и родственники работают над восстановлением бытовых навыков с включением движений паретичной руки. Больной тренирует приемы мытья, бритья, еды, учится пользоваться, сначала в малом объеме, пострадавшей рукой при одевании, уборке постели и т.п.

В-третьих, как правило, через месяц-полтора со дня заболевания больного выписывают из стационара. К этому времени он уже обслуживает себя в пределах основных бытовых потребностей. Родственники, получив у врача, логопеда, инструктора лечебной гимнастики рекомендации по дальнейшему восстановительному режиму, должны следить за тем, чтобы больной выполнял их регулярно без утомления и заинтересованно. При физических упражнениях нельзя допускать одышки, учащения пульса более чем на 10–15 ударов в минуту, натуживаний (в том числе и при дефекации).

Одежда не должна стеснять движений, быть удобной для больного, чтобы он без усилий мог одеться и раздеться. Особенно важно посоветоваться с врачом при подборе обуви. Жесткость ее элементов должна способствовать удержанию паретичной стопы под углом 90° к голени и препятствовать подворачиванию.

В-четвертых, особо отмечают требования к пищевому режиму, соблюдение сбалансированности по калорийности и компонентам (жирам, белкам и углеводам), достаточной витаминной ценности, регулярности. Калорийность пищи больного должна быть ниже общепринятой (2500–3000 ккал), поскольку его двигательная активность уменьшается из-за паралича. Следует уменьшить привычное количество животных жиров и белков в пользу растительных. Нужно найти ту золотую середину, которая бы, обеспечив потребности организма, исключила переедание.

В-пятых, обязателен трудовой режим. В благоприятных условиях через 3–6 месяцев после инсульта больные могут вернуться к некоторым видам производственной деятельности. Но большинство больных из-за параличей конечностей и невозможности нормального речевого общения признаются инвалидами первой или второй группы, что является для них психотравмирующим обстоятельством. Поэтому необходима так называемая терапия занятостью. Больной не должен чувствовать себя обузой, более того, ему необходимо ощущать свою

полезность окружающим. Полезно участие выздоравливающих в посильных домашних делах, распределение времени для логопедических занятий и упражнений по лечебной гимнастике. Часть больных может приспособиться к определенным надомным работам – сборка мелких изделий, картонажные поделки, вязание на машинах, ткачество и т.п. Существуют наблюдения, что привлечение парализованной правой кисти к труду, возрождение в ней целенаправленных движений способствуют нормализации речи. Т.Г. Визель указывает на вековые традиции в детских играх: «...не потому ли еще наши бабушки, обучая нас первым словам, играли с нами в “Ладушки” и “Сороку-воровку”» [2].

Организация труда больного регламентируется следующими принципами:

1. Работу за столом следует чередовать с двигательной разминкой.
2. Длительность рабочего времени определяется самочувствием пациента.
3. Характер труда должен исключать возможность травм и т.д.
4. Рабочее место должно быть удобным, хорошо освещенным.
5. Больной должен быть заинтересован в результатах своего труда.

Важно правильно организовать распорядок дня больного. Пожилые люди с трудом приспосабливаются к сменам ритма жизни. Отсюда вытекает целесообразность постоянного распорядка дня: начало и окончание активного дня, часы приема пищи, прогулок, работы, занятий. Подвижную деятельность полезно чередовать с сидячей работой, согласно известному положению И.П. Павлова о том, что отдых – это смена деятельности.

Следует учитывать родственникам больного, что с возрастом меняется потребность во сне. У многих появляется желание вздремнуть днем, у большинства укорачивается ночной сон. Иногда приходится слышать жалобы на «бессонницу». Проснувшись где-то в 3–4 часа, пациент мучительно пытается вновь заснуть, а спать вовсе не хочется, голова свежа, полна мыслей. Лишь к утру вновь одолевает дремота. Со временем появляется страх перед этими ночными бдениями. Возникает желание принять «снотворную» таблетку, что считается вредным, так как сон в пожилом возрасте может составлять 5–6 часов.

Нужно только не мешать организму регулировать соотношения между сном и бодрствованием (есть желание – спать, а нет – то и не нужно).

Напоминаем основные требования к организации полноценного ночного отдыха: сон в проветренном, нежарком помещении; ужин за полтора-два часа до сна (перед сном, при желании, можно выпить стакан кефира, простокваши, ряженки); непосредственно на ночь не следует допускать эмоциональных перегрузок (в том числе тревожных зрелищ, книг, споров). Очень полезны прогулки перед сном.

В исследованиях нейрофизиологов сон понимается как специфическая деятельность нервной системы. Во сне головной мозг не только продолжает руководить жизнедеятельностью организма, обеспечивая взаимодействие внутренней и внешней среды, но и обрабатывает огромный объем информации, полученный во время бодрствования. Отдаленно это похоже на работу склада, во двор которого днем поступают разнообразные грузы, а ночью эти грузы распределяются по соответствующим стеллажам, отсекам, четко кодируются и регистрируются. Перед сном полезны спокойные, приятные, ритмичные занятия (вязание, систематизирование коллекций, ретушь фотографий, шахматные задачи и т.п.), мягкая музыка, легкое чтение. Убаюкивающе действуют тихие монотонные звуки (шум листвы, прибоя, капли дождя). Пациенту, проснувшемуся среди ночи, советуют не напрягаться в попытках тут же уснуть, а спокойно отдаться грезам. Сон, если в нем есть потребность, придет сам.

Итак, болезнь, ее последствия, а особенно двигательная и речевая неполноценность, резко нарушают жизнь больного. Он не в состоянии теперь делать по дому то, что делал раньше, не может больше общаться в том объеме, как прежде, с членами семьи и другими людьми. Такое положение дел приводит к разрушению сложившихся до болезни семейных отношений, к изменению положения больного в обществе. Те больные, которые занимали положение главы семьи (лидера) или были активными членами общества, после болезни вынуждены быть целиком зависимыми от других членов семьи и общества. Это, как правило, крайне тяжело переживается ими.

Родственники, столкнувшись с таким фактом, часто не знают, как вести себя. Некоторые из них находят выход в чрезмерной опеке

больного. Они стараются все делать за него, даже то, что в состоянии делать он сам, предупреждают каждый его шаг. Однако, поступая таким образом, они не понимают, что унижают больного, акцентируя внимание на его беспомощности, задерживая восстановление целого ряда умений, которые помогли бы ему приспособиться к изменившимся условиям жизни. Нередко специалистам приходится встречаться и с другим, обратным вариантом отношения родственников к больному, когда ему не уделяется достаточного внимания, не оказывается необходимая помощь в овладении теми или иными навыками.

Больной же нуждается в разумном к себе отношении. Конечно, ему во многом надо помогать, но именно в том, в чем он беспомощен. Вместе с тем необходимо побуждать больного к самостоятельным действиям, обязательно отмечать их важность для семьи.

В-шестых, ключевой задачей является привлечение больного к общению с членами семьи и другими людьми. Речевое общение при афазии нарушено, поэтому уместно наряду с накоплением речевых навыков для использования их в целях коммуникации предложить «неречевые» способы общения. К ним относятся жесты, рисунки, условные рисованные знаки. Эти «заменители» речи позволят хотя бы частично компенсировать утерянную способность общения. Поэтому для организации «неречевого» общения члены семьи могут общаться с больным жестами и рисунками, придав этому характер своеобразной игры. В процессе «игры» можно выяснить, насколько больной понимает неречевые средства общения. Если больной понимает их, ему предлагают самому попробовать объясниться. В случае успеха от «игры» переходят к использованию неречевых средств общения в жизни. По мнению специалистов, что каждое неречевое действие (жест или рисунок) должно сопровождаться словами говорящего члена семьи. Такое параллельное употребление неречевого и речевого средств общения способствует «оживлению слова», что и является основной целью работы по организации общения больного в быту. При появлении первых успехов следует предпринять попытки в расширении рамок общения. С этой целью можно пригласить в гости близких друзей и незаметно для больного организовать беседу на близкие для него темы, имеющие положительную эмоциональную окраску.

ку. Очень важно, чтобы друзья, находящиеся в гостях, «подыгрывали» больному, вселяли в него уверенность в том, что дела идут лучше.

Полезно совместить приход гостей с празднованием какой-либо даты. Позитивное растормаживающее действие оказывает рассмотрение семейных альбомов, просмотр слайдов, видеозаписей, на которых запечатлены семейные торжества и т.д.

Налаживание быта обязательно предусматривает обучение больного какому-либо труду, как для общей активизации больного к приобретению полезных навыков, так и для того, чтобы больной был занят.

Овладение доступным видом труда может приблизить больного хотя бы к частичному решению одной из самых важных для него проблем, а именно к проблеме участия в общественно полезной работе. Формы этого участия могут быть разными: надомный труд, труд в специальных мастерских, труд в облегченных, щадящих условиях с изменением его профиля и, наконец, возвращение к прежнему виду труда.

«Родственники должны исходить из реального положения дел, не переоценивать и не уменьшать трудовых возможностей больного. Не надо вселять в него необоснованных надежд, но и не надо убеждать, что отныне будет недоступен труд вообще. Всегда можно найти какое-нибудь дело, которое может стать основным занятием больного и позволит ему не чувствовать себя бесполезным» [2, с. 26].

### ***Вопросы для самоконтроля***

1. Назовите принципы комплекса мероприятий для реализации восстановительного обучения.

2. В чем состоит поддержка родных и близких в восстановительном периоде человеку с афазией?

3. Какие действие могут привести к отрицательной динамике в восстановлении моторных и психических процессов при афазии?

4. Какие требования предъявляются к организации сна больного с афазией?

5. Какие принципы организации трудовой деятельности необходимо соблюдать при афазиях?

6. Какие мероприятия необходимы для преодоления пролежней?



### ***Задания для самостоятельной работы***

1. Обоснуйте на основе анализа современных статей и докладов значения сна для нормального функционирования организма (В.А. Дубынин и другие нейробиологи).
2. Сформулируйте кратко ключевые положения правильной организации ухода за лицами с афазией.
3. Докажите необходимость мотивации больного к трудовой деятельности или терапии занятости при афазии.
4. Обоснуйте значение невербальных средств коммуникации при восстановительном обучении при афазии.
5. Предложите варианты полезных занятий перед сном для реабилитации при афазии. Подойдите творчески к выполнению этого задания.

### **3. НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ ПРИ АФАЗИИ И МЕТОДЫ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ**

В нейропсихологических исследованиях проблема специфики мышления при афазии считается дискуссионной. Теоретический анализ эволюции взглядов на проблему интеллектуальных дефектов при афазиях представила М.Г. Храковская. Основатели афазиологии П. Брока и К. Вернике противопоставляли речевые нарушения при локальных нарушениях мозга расстройствам интеллекта. Затем в науке (П. Мари, Г. Хед, К. Гольдштейн) сформировалось мнение, что при афазии страдает мышление и речевые нарушения являются проявлением этого нарушения. В XX веке исследования Т. Вейзенбурга и М. Брайда показали, что не всегда при афазии наличествуют интеллектуальные дефекты. Кроме того, нарушения мышления неоднородны при локальных мозговых поражениях. Ряд авторов считал, что нарушения мышления связаны с агнозией и апраксией при афазии.

Рассмотрение речевых расстройств позволило ученым сделать вывод о нарушении речевого мышления при афазии, которое происходит в результате распада связей между словом и системой его значений (М.С. Лебединский, И.Д. Сапир, Э.С. Бейн, В.М. Коган, И.Т. Власенко и др.) и в расстройстве внутреннего плана высказываний, динамики мысли (А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова, Т.В. Рябова, М. Критчли) [3, 6, 9, 10, 13, 14, 16].

На современном этапе развития нейропсихологии на основе понятий о системности когнитивных процессов, их корреляции друг с другом, а также об особой роли речи в их построении и регуляции высших форм поведения, исследователи подтверждают тот факт, что дефекты интеллекта специфичны при афазии, которая рассматривается как системное нарушение речи.

Кроме того, появилась возможность изучения особенностей нарушения мышления у больных с афазией на основе достижений нейропсихологии. В результате нейропсихологических исследований были систематизированы данные о специфике расстройств речи, гнозиса и праксиса (А.Р. Лурия, И.М. Тонконогий), об особенностях нарушений различных видов памяти (И.М. Тонконогий, И.Н. Цуккерман,

В.М. Шкловский, А.Р. Лурия, В.Ф. Михеев, М. Климковский, Я.Л. Мерсон, Н.Н. Трауготт, Л.Т. Попова, Е.Д. Хомская, Н.П. Бехтерева) при различной локализации очага поражения. Были получены данные о структурной неоднородности нарушений высших психических функций, в частности, об относительно избирательных нарушениях различных уровней организации таких функций, как цветовой и пространственный гнозис (Е.П. Кок), чтение (В.М. Смирнов), речь (Н.А. Крышова, К.М. Штейнгарт, В.К. Орфинская, Е.Н. Винарская).

Нейропсихологические исследования мыслительных процессов немногочисленны. Экспериментально выявлены особенности наглядного (конструктивного) и абстрактного (на примере решения арифметических задач) мышления у больных с поражением лобных и теменных отделов мозга (А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова, С.Г. Гаджиев). Установлены особенности взаимоотношения речи и мышления в связи с нарушением смысловой структуры слова у больных с моторной и сенсорной афазией (Э.С. Бейн). Однако, как отмечал А.Р. Лурия, сравнительно малое количество экспериментальных исследований мышления у больных с афазией не позволяет установить, «в какой мере наблюдаемые интеллектуальные дефекты относятся за счет речевых расстройств», а также выяснить особенности мышления при разных синдромах афазии [14, 16].

В исследованиях М.Г. Храковской выделены существенные особенности мышления при афазии:

1. Интеллектуальные и речевые дефекты неправомерно рассматривать как проявления общей деменции, так как у всех больных с афазией сохранились целенаправленность при выполнении экспериментальных заданий, адекватное поведение, критическое отношение к собственным речевым расстройствам и частично – успешность в преодолении этих нарушений в процессе логотерапии.

2. Анализ результатов исследований позволил резюмировать, что нарушения мышления у больных с разными синдромами афазии имеют общие особенности:

- а) избирательность нарушений мышления;
- б) связь нарушений мышления с системными расстройствами речи, гнозиса и праксиса;

в) снижение скорости мыслительной деятельности.

При разных формах афазии при организации восстановительного обучения следует учесть, что работа над восстановлением речевой функции проводится во взаимосвязи с восстановлением мышления и других ВПФ.

### ***Преодоление нарушений неспецифических компонентов нейропсихологического синдрома***

К параметрам нейродинамического синдрома относят такие проявления, как инертность – подвижность, активность – инактивность, спонтанность – аспонтанность. Инертность проявляется в трудностях переключения в процессе выполнения различных операций или переключения с одного вида деятельности на другой (нарушение пластичности нервных процессов) и персеверациях – навязчивом повторении одних и тех же действий (недохождение тормозящих предыдущее движение импульсов).

Нейродинамическая характеристика инактивности проявляется в общей замедленности движений и организации деятельности в целом (адинамии) и увеличении общего времени реакции на стимулы.

Аспонтанность, выражающаяся в невозможности самостоятельного включения пациента в выполнение какой-либо деятельности или быстром выключении из задания без отсутствия внешнего побуждения. Рекомендуется оживление через активизацию ориентировочно-исследовательской деятельности с целью активизации и концентрации внимания больного. Кроме того, задачами являются выработка навыков самоконтроля, способности к целенаправленной деятельности и расширение мнестических рамок. Поэтому материал для занятий выбирается эмоционально значимый, модально разнообразный и значимый в социально-бытовом плане для больного. Следует возвращаться к отработанному материалу при афазиях.

Приведем примеры заданий для категории тяжелых больных с преимущественно неречевой деятельностью:

1. Сортировка предметов, простая мозаика.
2. Деление отрезка пополам.

3. Соединение и пересчет точек.
4. Копирование геометрических фигур, орнаментов.
5. Дорисовывание недостающих деталей.
6. Складывание целого из частей.
7. Обведение по точкам.
8. Арифметические простые действия.

Средняя степень выраженности нейродинамических нарушений при афазии предполагает применение таких приемов, как:

1. Копирование и запоминание сложных фигур.
2. Копирование с поворотом на  $180^\circ$ .
3. Классификация по разным признакам.
4. Задания по типу реакции выбора (вербальный и невербальный план).
5. Заучивание рядов слов.
6. Выполнение арифметических действий, решение задач.
7. Исправление ошибок в текстах и примерах.
8. Подбор синонимов, антонимов, слов по заданному признаку.

При негрубой степени выраженности нейродинамических нарушений полезно выполнение заданий в сенсibilизированных условиях.

Предполагается постепенное увеличение скорости выполнения заданий:

1. Серийный счет в уме ( $100 - 7$ ,  $30 - 3$ ,  $54 - 8$  и пр.).
2. Сложные пересказы (три смысловых центра, обилие деталей, описательный стиль).
3. Изложения.
4. Работа с логико-грамматическими конструкциями.
5. Таблицы Шульце (Норма – 30–50 секунд на таблицу, чаще всего 45 секунд на 1 таблицу. Всего 5 таблиц. Предоставляется серией. Каждые 15 секунд – отметка. Больные с «органикой» – 2–3 минут на таблицу).
6. Красно-черные таблицы (предлагаются цифры 2 двух цветов).
7. Корректорные пробы, например проба Бурбона: больному предлагаются бланки с рядами цифр или букв в случайном порядке или газетный текст. В инструкции указано, какие знаки нужно вычеркнуть.

8. Счет по Крепелину (Бланк с 8 рядами пар однозначных чисел, предлагается максимально быстро, складывая пары в столбик (каждый ряд – 30 секунд), проставлять под ними последнюю цифру результата) [1–3, 9, 14, 16].

### ***Вопросы для самоконтроля***

1. Какие нарушения мышления выявляются учеными при разных формах афазии?
2. Какое специфическое отличие возможно при афазии у левшей?
3. Приведите пример продуктивных заданий при негрубой форме нейродинамических нарушений.
4. Охарактеризуйте нейродинамические нарушения при локальных поражениях головного мозга.

### ***Задания для самостоятельной работы***

1. Составьте алгоритм эволюции взглядов в нейропсихологических исследованиях на состояние мышления при афазии.
2. Приведите пример этапа занятия для восстановления памяти с нарушениями разной степени мнестических процессов при афазии.
3. Составьте глоссарий по теме «Мышление: виды и нарушения».
4. Охарактеризуйте виды персевераций при афазии.
5. Какие мнестические процессы восстанавливает прием классификации предметов?
6. Перечислите типы логико-грамматических конструкций, сложные для понимания больных при семантической афазии.

## 4. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ «ЛОБНЫХ» РАССТРОЙСТВ

В научно-практических исследованиях Национального медико-хирургического центра патологии мозгового кровообращения (ФГУ «НМХЦ им Н.И. Пирогова Росздрава») обобщается богатый многолетний опыт в изучении вопроса нейропсихологической реабилитации «лобных» синдромов пациентов с органическими поражениями головного мозга. С результатами научных исследований этого многопрофильного учреждения можно ознакомиться в «Вестнике Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова». Следует отметить, что лобные расстройства – это широкое понятие, включающего целый спектр разнообразных нарушений в моторной, интеллектуальной, эмоциональной и поведенческой сферах.

Лобные отделы головного мозга специфичны, они составляют у человека около 1/4 всей массы коры, считаются филогенетически новым образованием (неокортекс). Они имеют особое строение (развит ассоциативный слой клеток, мощная система связей, множество полей и подполей (высокая индивидуальная вариабельность). Лобные области поздно заканчивают формирование в онтогенезе, по данным разных ученых, – от 19 лет до 21 года. Лобные доли выполняют значимые функции, к ним относятся регуляция общего состояния коры мозга (динамика психической деятельности) и организация поведения (регуляторный компонент).

Еще физиолог и психолог И.М. Сеченов указывал, что передние отделы коры больших полушарий анализируют последовательные ряды событий. Передние отделы коры больших полушарий входят в третий структурно-функциональный блок по А.Р. Лурии. В нейропсихологических исследованиях при поражении передних отделов коры выделяют два типа синдромов. Е.Д. Хомская, последовательница А.Р. Лурии, характеризует синдром поражения префронтальных корковых зон и синдром поражения премоторных отделов коры, отмечая, что они обусловлены разными факторами.

Поражение передних отделов коры мозга – это синдром поражения префронтальных корковых зон. Передний ассоциативный комплекс

коры характеризуется сложностью выполняемых функций, и он является третьим функциональным блоком мозга. К функциям префронтальной области мозга относят программирование и контроль за сложными формами психической деятельности. Распад сложных форм регуляторной и интегративной деятельности при поражениях префронтальной коры ведет к моторным, интеллектуальным и эмоционально-личностным нарушениям.

Перечислим основные характеристики префронтального синдрома:

1. Нарушение регулирующей функции речи.
2. Эхолалии.
3. Эхопраксии.
4. Соскальзывание на побочные ассоциации и действия (истории из своей автобиографии, про хобби, домашних животных, попытки показать фотографии из телефона, книги, карточки и др.).
5. Стереотипии.
6. Полезависимое поведение.
7. Личностное уплощение (обеднение эмоциональной жизни).
8. Некритичность к поведению и результатам работы.
9. Упрощение инструкции (например, сложная программа действий упрощается, деформируется или заменяется большим на более простую).

Осложняет работу с пациентами недостаточное осознание или отрицание ими своего дефекта и недостаточная мотивация больного на работу по преодолению дефекта.

Целью работы афазиологов с «лобными» больными является выработка системы постоянной обратной связи через вынесение во вне опорных схем, алгоритмов деятельности, схем контроля.

При выраженных лобных нарушениях специалистами ставятся следующие задачи:

- выработка определенных реакций на заданные раздражители;
- осуществление реакции выбора из ограниченного числа возможных альтернатив;
- контроль за выполнением договоренностей в виде наглядной обратной связи.

Дефектологу или родственнику, участвующему в восстановительном обучении, необходимо положительное эмоциональное подкрепле-



ние (похвала, «призы» за успешное выполнение задания). Тип «приза» лучше заранее обговаривать с родными или больным, исходя из его личных вкусов и пристрастий (например, просмотр любимой телепередачи или покупка чего-либо).

Направления работы афазиолога с пациентами, имеющими средние и легкие нарушения функций программирования, регуляции и контроля:

1. Формирование способности к затормаживанию непосредственных реакций на ситуацию (преодоление импульсивности).

2. Преодоление трудностей переключения с одного элемента программы на другой (с одной программы на другую) – (преодоление перевертаний).

3. Формирование способности создавать программы деятельности, следовать им и контролировать поведение.

4. Формирование автоматизированного навыка задавать себе вопросы «почему?», «зачем?», «что получится в итоге?» (прогнозирование и планирование ситуации).

Задачами пациента, по мнению реабилитологов, являются:

– обобщить и проанализировать закономерности связей внутри задания;

– составить алгоритм выполнения;

– следовать этому алгоритму, сверяясь с ним.

Методы и приемы, применяемые в ходе восстановительного обучения:

1. Обсуждение возможных последствий поступков и ситуаций.

2. Приучение к регулярному использованию проверок.

3. Обучение пациента целенаправленному поиску характерных для него ошибок.

4. Максимум опор (внешняя речь, предметы) на начальном этапе.

5. Метод предупреждений (персонально – «вот сейчас будь внимателен!»).

6. Повтор за специалистом инструкции.

7. Четкое обозначение и повторение правил деятельности.

8. Введение и соблюдение стереотипов.

9. Внешнее опосредование деятельности.

Примеры заданий, по мнению специалистов Национального медико-хирургического центра патологии мозгового кровообращения, необходимые для устранения лобных нарушений:

- срисовывание;
- продолжение узора или цифрового ряда;
- выполнение арифметических действий (единичных и серийных, письменно и в уме);
- решение задач;
- поиск аналогии;
- четвертый лишний (изображения и вербальный вариант);
- конструктивная деятельность (кубики Кооса, мозаики и пр.);
- пересказ (понимание смысла рассказа);
- понимание серии сюжетных картин;
- толкование пословиц и поговорок.

Кратко охарактеризуем на основе нейропсихологических исследований А.Р. Лурия, Е.Д. Хомской ключевую симптоматику при премоторном лобном синдроме. При нарушении премоторных отделов коры из-за поражения вторичных полей двигательной системы (модально-специфический фактор) страдает моторика, особенно произвольные движения и действия. Кроме того, нарушаются и модально-неспецифические факторы: нейродинамика ВПФ, проявляющаяся в снижении подвижности и лабильности всех когнитивных процессов. Нарушение верхних премоторных отделов мозговой коры наблюдается в распаде плавности, автоматизированности, последовательности движений, например в изменении почерка, потере скорости и плавности движений в игре на музыкальных инструментах и печатании на клавиатуре, в двигательных персеверациях при одевании, еде, письме, т.е. в распаде серийных однотипных движений даже в бытовых навыках. Характерны и пропульсии, при которых больной не может остановиться при ходьбе, беге, т.е. закончить локомоторный акт. А.Р. Лурия назвал такие явления элементарными персеверациями. Кинетическая апраксия, или нарушения произвольных движений и действий, у правой руки сочетается иногда с симптомом двигательного невнимания, когда у больного при выполнении двуручных проб на реципрокную координацию отключено внимание от одной работающей руки, чаще всего левой.

При нарушении нижних отделов премоторной зоны левого полушария кроме двигательных нарушений распадается речевая моторика, такое нарушение называется эфферентной моторной афазией, клиническая картина которой (эмболы, речевые персеверации при говорении и письме, распад экспрессивной речи «кинетической мелодии» по А.Р. Лурия и др.) тщательно изучается будущими логопедами на уровне бакалавриата.

При очаге поражения выше зоны Брока наблюдается динамическая афазия, при которой распадается речевая инициатива, т.е. выстраивание внутренней речи. Е.Д. Хомская и другие нейропсихологи отмечают, что для «премоторных» больных-правшей характерны нейродинамические нарушения не только в двигательных, но и в познавательных процессах, проявляющиеся при рассматривании картин со сложным сюжетом, при счетных операциях или решении вербально-логических задач [13].

При заднелобном синдроме констатируются трудности переключения (персеверации) в процессе серийной деятельности (движения, речь, письмо); пропуски букв и слогов (устно и на письме); скандированность речи; вторичные нарушения понимания сложной быстрой речи; адинамия, трудности включения в задание. Для восстановления динамической организации психической деятельности, преодоление инертности полезны упражнения:

1. Сочетание движения с речевым ритмом.
2. Синхронизированные действия обеими руками, с вовлечением всего тела.
3. Задания по типу реакции выбора и конфликтных действий (графические, двигательные – ладушки, хлопки и прочее; речевые – подбор синонимов, антонимов) [3, 5, 9, 11, 13–16].

Таким образом, комплексная психолого-педагогическая помощь пациентам с нарушениями программирования, регуляции и контроля может быть эффективной, если есть постепенный переход от внешне заданных опор – алгоритмов и схем – к постепенному сворачиванию программы действий и самостоятельной выработке новых программ. Кроме того, важна обязательная обратная связь в виде оценок, осуще-

ствляемых нейропсихологами, врачами, родственниками его результатов и достижений.

### ***Вопросы для самоконтроля***

1. Какие проблемы возникают при восстановительном обучении при афазии, свойственные пациентам с лобными нарушениями?
2. Какой алгоритм восстановительного обучения признан самым эффективным, исходя из практического опыта специалистов Национального медико-хирургического центра патологии мозгового кровообращения?
3. Какие упражнения полезны для преодоления инертности?
4. Охарактеризуйте симптомы префронтального синдрома.
5. Каковы признаки выявляются при заднелобном синдроме?

### ***Задания для самостоятельной работы***

1. Сформулируйте принципиальные отличия в задачах восстановительной работы при разной степени нарушений лобных отделов у больных при афазии.
2. Проанализируйте научные статьи, опубликованные за последние пять лет по проблеме нейрореабилитации лобных синдромов у больных с афазией.
3. Перечислите модально-неспецифические факторы, нарушенные при лобном синдроме.
4. Найдите в современных статьях примеры упрощения инструкции в поведении больных после инсульта и черепно-мозговых травм.
5. Какие пробы на реципрокную координацию используются нейропсихологами при обследовании при афазии?
6. Обоснуйте эффект от применения опорных схем и схем контроля при восстановительном обучении.

## **5. НАРУШЕНИЕ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕРЕЧЕВЫХ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С АФАЗИЕЙ**

При афазии происходит распад речевой системы и присутствует неречевая нейропсихологическая симптоматика. Одним из неречевых расстройств при афазии является агнозия, прежде всего зрительная. Под агнозией понимается расстройство восприятия информации разных модальностей при поражении коры головного мозга. Зрительная агнозия подразделяется на разные виды, соответственно тому, к чему относится нарушение:

- предметная агнозия;
- лицевая агнозия;
- оптико-пространственная агнозия;
- буквенной агнозия;
- цветовая агнозии;
- симультанная агнозия.

Е.П. Кок и А.Р. Лурия выявили, что при зрительной агнозии поражается зрительная сфера, наружная и выпуклая, т.е. конвекситальная кора затылочных и теменных отделов мозга.

Слуховая агнозия происходит при поражении височного отдела левого полушария у правой, т.е. ядерной зоны слухового анализатора. Существует градация на два вида слуховой агнозии.

Субдоминантная слуховая агнозия проявляется в неспособности освоить значение неречевых шумов, а именно:

- а) природных, т.е. издаваемых объектами природы;
- б) предметных, т.е. издаваемых звучащими предметами.

Доминантная слуховая агнозия возникает при очагах поражения, расположенных в левом полушарии мозга. Она является речевой и проявляется в трудностях понимания речи. При очагах, расположенных в правом виске, больной, пытаясь понять воспринимаемое на слух высказывание, прежде всего, опирается на звуковой, фонемный состав слова и в результате проводимого фонологического анализа понимает объективные значения слов [3, 6, 9, 13].

Трудности декодирования просодических характеристик высказывания, характерные для патологии правого полушария мозга, ограничивают объем понимания воспринимаемого на слух текста, но не устраняют полностью. Только двусторонние очаги приводят к грубой речевой слуховой агнозии.

Гностические кожно-кинестетические расстройства, более сложные гностические расстройства, характеризующиеся сложной нейропсихологической симптоматикой, связаны с поражением вторичных и частично верхней теменной области третичных полей и нижней теменной области.

Поражение вторичных полей коры теменной области мозга сопровождается нарушениями высших тактильных функций или тактильными агнозиями. В клинической литературе описаны два основных синдрома поражения теменной области мозга: нижнетеменной и верхнетеменной.

Нижнетеменной синдром возникает при поражении тех постцентральных областей коры, которые граничат с зонами представительства руки и лица. При этом происходит нарушение сложных форм тактильного гнозиса, известное под названием астереогноза, или неспособность к узнаванию предметов на ощупь [3].

Встречаются трудности опознания самого материала, из которого сделан предмет, т.е. таких качеств объекта, как шероховатость, гладкость, мягкость, твердость и т.п. Этот тип нарушения тактильного гнозиса получил название тактильной агнозии текстуры объекта. При поражении нижнетеменной коры наблюдаются и другие формы нарушений тактильного восприятия. Нередко нарушается способность называния пальцев руки, контралатеральной очагу поражения, а также их узнавания с закрытыми глазами или синдром Гершмана, обозначаемый иногда как пальцевая агнозия. При поражении этих областей коры (особенно левого полушария у правшей) возникают трудности опознания цифр или букв, написанных на кисти руки, противоположной очагу поражения. Этот феномен получил в клинической литературе название тактильной алексии.

Некоторые авторы выделяют как специальную форму тактильную амнестическую афазию, или тактильную асимболию, – невозможность

назвать с закрытыми глазами осязаемый объект при возможности правильного описания вида объекта и его назначения. По мнению И.М. Тонконового, точнее это расстройство можно обозначить как тактильную амнестическую афазию [12].

В литературе описан также симптом тактильного невнимания или тактильного угасания. Так, если больному предъявить два предмета в обе руки, то им опознается только тот, который находится в здоровой руке, т.е. на стороне одноименной очагу поражения (при поражении левого полушария – это левая рука, при поражении правого – правая). Если предмет из здоровой руки забрать, то больной начинает узнавать и тот предмет, который находится в «больной» руке, т.е. на противоположной (контрлатеральной) очагу стороне поражения. Аналогичным образом опознаются и уколы, нанесенные одновременно на правую и левую половину тела (Э.С. Бейн, Т.Г. Визель) [3].

Нарушения праксиса встречаются при афазии. Апраксиями обозначают, прежде всего, нарушения произвольных движений и действий, совершаемых с предметами (А.Р. Лурия, Г. Липманн). Г. Липманн выделил три формы апраксий: идеаторную, предполагающую распад «идей» о движении, его замысла; кинетическую, связанную с нарушением кинетических «образов» движения; идеомоторную, в основе которой лежат трудности передачи «идей» о движении в «центры исполнения движений». Первый тип апраксий Г. Липманн связывал с диффузным поражением мозга, второй – с поражением коры в нижней премоторной области, третий – с поражением коры в нижней теменной области [2, 8, 9, 10, 13].

Другие исследователи выделяли формы апраксий в соответствии с пораженным двигательным органом (оральная апраксия, апраксия туловища, апраксия пальцев и т.п.) или с характером нарушенных движений и действий (апраксия выразительных движений лица, объектная апраксия, апраксия подражательных движений, апраксия походки, аграфия и т.д.). До настоящего времени нет единой классификации апраксий.

Самой известной является классификация А.Р. Лурии. Он разработал классификацию апраксий, исходя из общего понимания психологической структуры и мозговой организации произвольного двигательного акта. А.Р. Лурия выделил четыре формы апраксий [8].

1. Кинестетическая апраксия – это несостоятельности при воспроизведении единичных поз. Это относится как к мануальным позам, так и к оральным, артикуляционным. Например, больного просят поднять язык за верхние зубы.

2. Пространственная апраксия – основой данной формы апраксий является расстройство зрительно-пространственных синтезов, нарушение пространственных представлений («верх–низ», «правое–левое» и т.д.).

3. Кинетическая апраксия – больные с кинетической апраксией затрудняются в воспроизведении серии практических актов, сливающихся в единое действие или представляющих собой определенную двигательную программу.

4. Регуляторная или префронтальная апраксия – она проявляется в виде нарушений программирования движений, отключения сознательного контроля за их выполнением, замены нужных движений моторными шаблонами и стереотипами.

Нарушения неречевой нейропсихологической симптоматики выявляются у большинства больных с афазией. Неречевые расстройства влияют на когнитивные функции пациентов, их способность к адаптации в социуме.

Восстановление неречевых и речевых функций должно входить в задачи нейропсихологической, социально-бытовой и трудовой реабилитации больных [3, 8, 10, 17].

В соответствии с широко известными представлениями отечественной и зарубежной нейропсихологии, в частности с теоретическими концепциями А.Р. Лурии, А.Н. Леонтьева, Е.П. Кок, В.М. Шкловского, Т.Г. Визель, Ф. Сильвермана и других ученых, эти виды обучения учитывают тесную связь вербально-невербальных взаимоотношений в структуре высшей психической деятельности человека, а также демонстрируют стимулирующее влияние невербальной деятельности на речевую функцию.

Опора на речь – ключевой принцип восстановления неречевых функций в организации восстановительного обучения при афазии. Для этого используются различные сюжетные с обыгрыванием невербальных ситуаций той или иной степени сложности, которые сопровож-



даются словесными пояснениями. Затем опора на сюжет постепенно «сворачивается» и ставится задача оперирования невербальными понятиями на абстрактном уровне (идея формы, цвета, размера и т.д.) [3, 7, 14, 16, 18].

***Основные задачи занятий  
по восстановлению неречевых функций,  
по Т.Г. Визель и Н.В. Кошелевой***

Программы восстановления гностико-праксической деятельности, по Н.В. Кошелевой и другим авторам, занимающихся реабилитацией больных с афазией, направлены на решения конкретных задач и использование приемов и методов :

*1. Восстановление предметного зрительного гнозиса:*

- идентификация зрительных изображений, разностильных по способу изображения;
- выделение фигуры из фона, вычленение наложенных друг на друга предметов;
- узнавание предмета по его словесному описанию без предъявления изображения;
- конструирование заданных предметов со сходными и дискретными признаками из отдельных деталей;
- сравнительный анализ зрительных образов предметов одного класса с выделением дифференцированных признаков;
- срисовывание предметных изображений, рисование их по памяти.

*2. Восстановление цветового гнозиса:*

- выбор цвета по инструкции в порядке усложнения;
- предъявление контурных изображений предметов с заданием раскрасить их по соответствующим образцам или самостоятельно;
- нахождение заданного цвета в серии разноцветных предметных изображений и геометрических фигур;
- классификация цветов и их оттенков;
- «смысловое обыгрывание» понятия того или иного цвета на основе оживления наиболее стереотипных образов, связанных с ним;
- составление цветового спектра по инструкции или по образцу.

### *3. Восстановление оптико-пространственного гнозиса:*

Работа с часами:

- «оживление» представлений о роли стрелок, цифр;
- деление на минуты;
- расстановка стрелок на часах соответственно заданному времени;
- самостоятельное обозначение заданного времени на немых часах;
- обыгрывание заданных временных ситуаций;
- манипулятивные действия с часами, находящимися в неправильном положении.

Ориентировка в окружающем пространстве:

- ориентировка на листе бумаги;
- клеточный диктант;
- трансформация заданного объекта по устной инструкции;
- восстановление представлений о пространственных отношениях объектов и их взаимном расположении;
- манипуляция с предметами в пространстве;
- уточнение значения слов с пространственным значением.

### *4. Восстановление функции лицевого гнозиса:*

- смысловое обыгрывание каждой из частей тела с одновременным иллюстрированным подкреплением;
- складывание фигуры человека из частей;
- складывание лица человека из частей;
- показ частей тела на себе, рисунке, другом человеке;
- срисовывание, дорисовывание и самостоятельное рисование людей и животных.

### *5. Восстановление цифрового гнозиса или дифференциация цифр в условиях разного шрифтового изображения (рукописные и печатные):*

- в условиях точечного контура;
- зеркальном изображении;
- условиях зашумления;
- наложенных цифр;
- в условиях неполного графического отображения.

### *6. Восстановление слухового гнозиса:*

- восприятие речевых и неречевых звуков;

- распознавание неречевых шумов;
- нахождение картинного изображения предмета, звук которого предъявляется для прослушивания;

- дифференциация шумов по силе, высоте и удаленности.

*7. Восстановление тактильного гнозиса:*

- опознание предмета на ощупь;
- опознание формы предмета на ощупь;
- определение качества предмета тактильно.

*8. Восстановление мимического праксиса: изображение эмоций по инструкции, подражанию, картинке.*

*9. Восстановление орального праксиса:*

- артикуляционные гимнастики (статическая и динамическая);
- со зрительным или тактильным контролем и без него.

*10. Восстановление символического праксиса:*

- символический показ различных действий (по инструкции или показу).

*11. Восстановление мануального праксиса:*

- пальцевая гимнастика;
- вкладывание маленьких предметов в большие («принцип матрешки»);

- манипуляции со шнурками;

- складывание узоров из мозаики;

- лепка из пластилина;

- вязание узлов и их серий (макраме).

*12. Восстановление сомато-пространственного праксиса:*

- уточнение представлений о схеме собственного тела;

- расположение предметов по отношению к собственному телу;

- выполнение простых и сложных инструкций с использованием слов, имеющих пространственное значение.

*13. Восстановление динамического праксиса:*

- выполнение заданной программы движений и серии знаков (используются полосы, паузы между узорами);

- упражнения, направленные на одновременные действия двумя руками (рисование двумя руками, отстукивание заданного ритма, имитация игры на рояле).

В программе восстановления гностико-практической деятельности авторитетных российских нейропсихологов представлены задачи, имеющие психотерапевтическую направленность:

- «создание максимально благоприятного эмоционального фона, устранение различного вида фобий коммуникаций;

- активизация внутригруппового общения больных с целью расширения рамок речевой и неречевой коммуникации;

- восстановление речевой функции с использованием традиционных стимулирующих методик логопедической работы, включающее фразовый материал, соответствующий характеру деятельности;

- повышение способности больных адаптироваться в социуме;

- тренинг социальных навыков общения в коллективе;

- восстановление бытовых навыков общения с целью адаптации в жизни» [7, с. 75].

Изобразительная деятельность, рисование и лепка в научных работах рассматриваются как средство устранения мануальной апраксии при локальных расстройствах мозговых механизмов. Обоснование этого положения в том, что, создавая слепок предмета, можно составить более полное представление о нем. Если зрительно человек может приблизительно предположить размеры и форму предмета, то в процессе лепки знакомство с внешними параметрами предмета получается более полным.

В начале восстановительного обучения рекомендуется провести беседу для рационального объяснения необходимости изобразительной деятельности при устранении нарушения целенаправленных действий. Отметим, что восстановление двигательных функций связано и с восстановлением речевой функции. Поэтому использование приемов лепки стимулирует не только восстановлению движений, но и речи. Полезно в работу при афазии включать различные внешние опоры в виде графических схем, рисунков, готовых образцов.

Нейропсихологи считают продуктивной ежедневную стимуляцию к словесной коммуникации в разных бытовых ситуациях, а также к речевому анализу качества результатов работы и рефлексии больного с афазией.

В программе Н.В. Кошелевой предлагаются приемы, включенные в занятия по устранению мануальной кинестетической и кинетической апраксии:

1. Повторение за специалистом отдельных поз пальцев здоровой руки.
2. Воспроизведение серий поз из двух–трех элементов.
3. Использование средств пантомимы.
4. Рисование в воздухе.
5. Тактильное обследование геометрических фигур и их сочетаний.
6. Рисование геометрических фигур фломастерами с чередованием двух-трех цветов.
7. Рисование геометрических фигур разного размера.
8. Рисование орнамента по образцу.
9. Самостоятельное создание орнамента.
10. Рисование предметов заданной формы (круглой, прямоугольной, овальной, квадратной).
11. Создание орнамента из предметов разных по форме (яблоко, флаг, елка и т.п.).
12. Орнаменты из цифр.
13. Орнаменты из букв.
14. Орнаменты-пиктограммы.

Восстановлению речи и преодолению мануальной апраксии способствует использование в работе пиктограмм в форме орнаментов. Сейчас как в психотерапии, так и в дефектологии активно используется метод мандал. Активизация зрительной памяти и восстановление оптико-пространственного гнозиса и пространственного мышления у больных происходят через прием разделения плоскости па разные фигуры. Кроме того, рисование мандал еще развивает творческие возможности, способствует саморегуляции и концентрации внимания. Это свидетельствует о продуктивности предлагаемого метода [7].

### ***Вопросы для самоконтроля***

1. Охарактеризуйте типы агнозий при афазиях.
2. Опишите формы апраксии и ее проявления при разных формах афазии по классификации А.Р. Лурия.

3. Какие приемы применяются для восстановления пространственного гнозиса?

4. Что такое астереогноз и какие упражнения способствуют его устранению при афазии?

5. Охарактеризуйте приемы, которые полезны для устранения регуляторной апраксии.

### ***Задания для самостоятельной работы***

1. Составьте таблицу «Неречевые нарушения и их характеристика при афазиях».

2. Проанализируйте потенциал артпедагогических приемов и методов при восстановлении неречевых процессов при афазии.

3. Опишите подробно приемы, включенные в занятия по устранению мануальной кинестетической и кинетической апраксии.

4. Обоснуйте роль заданий психотерапевтической направленности исходя из содержания принципов восстановительного обучения при афазии.

5. Перечислите виды праксиса, нарушенные при афазии. Опишите приемы их восстановления.

## **6. НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ И МЕТОДЫ ЕЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ АФАЗИЯХ**

Острое нарушение мозгового кровообращения часто приводит к развитию разнообразных мнестических расстройств. Согласно статистике, около 50% случаев сопровождается нарушением памяти.

Память – сохранение информации о стимуле после того, как его воздействие прекратилось. Задача – наращивание индивидуального опыта.

Память включает: мотивационный компонент, произвольную регуляцию, фактор времени (память – процесс). Память по модальности разделяется на подвиды: модально-специфическая (зрительная, слуховая, тактильная и пр.), модально-неспецифическая. По уровню регуляции память градируется на произвольную и произвольную, а по степени семантической организации выделяют механическую и семантическую [13].

А.Р. Лурия предложил классификацию нарушений памяти. Он разделил их на модально-неспецифические или общие, не связанные с определенным анализатором; и модально-специфические, соответственно пораженному анализатору – слуховому, зрительному, тактильному.

При локальном поражении головного мозга фиксируют модально-специфические нарушения памяти, коррелирующие с определенной модальностью. Так, например, выделяют тактильную, слуховую, зрительную, моторную амнезию. Модально-неспецифические нарушения памяти выходят за рамки какой-либо модальности и считаются грубым нарушением. Они обусловлены диффузными поражениями глубинных структур мозга. К ним относятся внутренние отделы височной доли, особенно отделы виска, примыкающие к гиппокампу, а именно мозговой ствол, таламические ядра, пути, идущие от гипоталамуса, маммилярных тел. При поражении гиппокампового круга с обеих сторон (и в правом, и в левом полушарии), помимо слабости слухоречевой памяти, могут иметь место симптомы, типичные для корсаковского синдрома (особого вида слабоумия). Необходимо учитывать при этом, что даже при таких тяжелых расстройствах памяти сохраняются основные параметры деятельности: направленность, избирательность, критическое отношение к дефекту [9, 10].

Значительные нарушения кратковременной памяти с сохранностью памяти на прошлые события выявляются при двустороннем поражении гиппокампова круга. А.Р. Лурия и ряд ученых видят причину такого нарушения в неспособности запечатления мнестических следов, в результате чего они стираются из памяти последующей деятельностью. Нередко удерживается лишь последний элемент воспринимаемого, что носит название «эффект края». А.Р. Лурия называет это отрицательное влияние последующей информации на предшествующую «ретроактивным торможением».

При очагах поражения в стволе или же в той части гиппокампова круга, которая идет от ретикулярной формации к коре мозга, наблюдается другая патология. Поражение лимбической системы и медиальных отделов лобных долей влечет грубые расстройства, так как снижается тонус мозговой коры и утрачивается способность к различению слабых и сильных сигналов.

В исследованиях И.П. Павлова указано, что следы различной силы уравниваются, поэтому нарушается избирательность (селективность) связей между отдельными фрагментами информации. Иногда в тяжелых случаях наблюдаются явления спутанности сознания, при которой больной утрачивает пространственную и временную ориентировку, не понимает, где он находится, принимает одних людей за других, не знает, сколько ему лет. В диагностический блок при осмотре входят вопросы для выяснения, насколько сохранна ориентировка больного.

При афазии встречаются и ложные воспоминания, или конфабуляции, которые заполняют провалы в памяти. Больной утверждает то, чего на самом деле не было. Интересен тот факт, что при этом многие из полученных ранее навыков не исчезают. Например, способность читать, писать, считать (конечно, в известных пределах). Эта особенность – лишнее подтверждение тому, что хорошо освоенные навыки мало зависят от состояния сознания и, в конечном счете, памяти [3, 9, 13].

При афазии у больных констатируется ретроградная амнезия, или потеря памяти на события прошлой жизни. Как показывают многочисленные клинические наблюдения, пусковой момент такого патологического состояния чаще всего связан с переживанием сильного стресса либо с перенесенной тяжелой черепно-мозговой травмой.



Выход из него, как правило, тоже попадание в повторную стрессовую ситуацию, что дает основание считать причину такого заболевания функциональной, носящей стрессогенный характер. Такое заболевание еще раз убеждает в том, что переживание стресса в первую очередь влияет на глубинные структуры мозга, «блокирующие» кору, которая, тем не менее, хранит знания о прошлом на подсознательном и бессознательном уровнях. Приобретенный опыт, багаж знаний, по всей вероятности, не могут быть «стерты» из памяти даже самыми сильными переживаниями.

Лишиться того, что добыто познанием (образованием многочисленных ассоциаций) между различными блоками, уровнями, зонами и клетками мозга, можно только разрушением диффузных структур, которые разрушают весь мозг. Только в этом случае можно лишиться того, что знал ранее, приобрел путем научения. Получая знания в «готовом» виде, наследовать их невозможно, хотя это было бы очень заманчиво. Во-первых, такие знания должны были бы храниться (локализоваться) в определенной области мозга, и любая мозговая катастрофа лишила бы нас этого ценного наследства, и, во-вторых, индивидуальное многообразие (вариантность) способов познания мира было бы слишком бедным. Другой вопрос: для чего нужна эта вариантность, в какой «банк хранения» добытых человечеством знаний она попадает? Достоверного ответа на него пока что нет, хотя важные шаги на пути к нему сделаны отечественными учеными В.И. Вернадским, Н.А. Козыревым и др.

Картина нарушений сознания и модально-неспецифической памяти, по существу, противоположна той, которая характерна для поражений верхней (конвекситальной) коры, когда больные теряют приобретенные навыки, но прекрасно ориентируются в пространстве, месте и времени, обладая ясным сознанием [3, 9, 13, 16].

Цель работы, направленной на восстановление памяти: уменьшение отрицательного влияния мнестических расстройств на повседневную активность больных.

Типы помощи:

1. Прямое восстановление памяти (упражнения, тренинги, многократное повторение и пр.).

2. Обучение больного внутренним способам компенсации (мнемотехникам и пр.).

3. Отработка внешних способов компенсации (вспомогательные средства).

Что окажется эффективным для пациента? Для решения этого вопроса рекомендуется:

1. Тестирование памяти (нейропсихологическое, бланковые опросники, беседа) и понимание структуры дефекта.

2. Осознание проблем пациентом и желание их преодолеть (мотивация и критика).

3. Индивидуальные и групповые занятия (клиника, поликлиника).

4. Реорганизация окружающей среды.

5. Усиление произвольного контроля.

Суть восстановительных тренировок памяти: многократное целенаправленное выполнение упражнений мобилизует нейрональные системы (в ранние сроки восстановления).

Показания: нарушения памяти легкой степени, непрогрессирующие или медленно прогрессирующие.

Принципы: дозирование нагрузок по трудности и продолжительности, индивидуальный подход.

Условия: мотивация и критичность больного к состоянию памяти.

К приемам и методам восстановления памяти следует отнести «усиленное» запоминание на фоне концентрации произвольного внимания, которое основывается на соблюдении таких положений, как:

1. Сосредоточение на одном «деле».

2. Не торопиться!

3. Двигательные перерывы в работе.

4. Не требовать от себя многого.

5. Повторение информации (для небольших объемов).

6. Немедленное письменное (3–7 повторений) осмысление.

7. Немедленное устное повторение и вопросы на осмысление: «Понял ли я это?»; «Насколько это важно для меня?», «Связано ли это с известными мне сведениями?».

8. Прерывистое устное и письменное запоминание (через увеличивающиеся интервалы времени).

Восстановительные тренировки памяти у больных с афазией основываются на следующих приемах:

- мысленное повторение действий (остановись – подумай – вспомни) для импульсивных больных;
- реальное повторение действий до автоматизма;
- структурирование информации в группы по разным признакам (типы продуктов и пр.).

Афазиологи-практики выявили актуальные вопросы использования упражнений пациентом в реальной жизни, переноса их в жизнь. К ним относятся: забывание, страх несостоятельности, неактуальность для реальной жизни больного, снижение мотивации. Метод мнемотехники построен на способности к запоминанию путем реорганизации материала:

- структурирование и упорядочивание элементов информации;
- связывание нового с хорошо знакомым старым материалом;
- ассоциация нового с эмоционально значимыми эмоциональными, зрительными, тактильными, слуховыми и прочими образами.

Отмечаются виды мнемотехник, которые широко используются в восстановительном обучении при афазиях:

1. Зрительная визуализация (мысленное представление) образа, создание группы образов («кот», «телефон» – кот говорит по телефону).

2. Метод мест (карманов) – соединение ряда слов (списка продуктов) с известной цепочкой мест (расположением полок магазина) или набором элементов.

3. Кодирование информации – составление конспектов с выделением сути материала, выделениями (стрелки, рамки).

4. Написание акронимов из первых букв нужных слов (КОРМ – каша, овощи, рыба, мясо).

5. Ассоциация информации с упроченными словами и цифрами (ПИНы, коды: 1645 – совершеннолетие, конец войны).

Однако мнемотехники не всегда могут быть эффективны, так как трудны для больных (критика, мотивация) и требуют больших затрат времени и регулярных тренировок. Поэтому эффект может быть не сопоставим с затратами. В этих случаях при афазии возможно применение других методов:

1. Метод исчезающих подсказок («пошаговое отступление») – убираем буквы с конца слова (Елена, Елен\_, Еле\_\_, Ел\_\_, Е\_\_\_\_).

2. Метод переобучения бытовым навыкам: сопровождение больного до конца действия с «пошаговым отступлением» инструктора.

3. Метод безошибочного научения – предоставление информации и подсказок, не дожидаясь ошибок (восстановление бытовых навыков).

Кроме того, существуют методы внешней компенсации, приведем их список:

1. Персональные внешние подсказки – личные напоминания и пометки.

Такие «Помощники» памяти, как:

– запоминающие устройства (списки, ежедневники, пошаговые инструкции, диктофоны, коробочки с четырьмя отсеками для лекарств и пр.);

– напоминающие устройства (будильники, таймеры, звуковые сигналы бытовой техники и пр.)

Возникает, тем не менее, проблема обучения больных пользоваться и регулярно применять эти средства.

2. Модификация внешней среды (облегчение жизни пациента) – структурированность и упрощение окружающей среды (для тяжелых больных, большей частью, в поздние сроки восстановления). Перечислим средства и условия:

– зрительные подсказки (указатели, напоминания) – облегчение ориентировки;

– удобная расстановка предметов в комнате;

– безопасный коридор и санузел, минимум мебели;

– поддержание стандартного порядка вещей в квартире;

– распорядок дня.

Для ослабления трудностей фиксации следа (запоминания) рекомендуется:

– убрать посторонние шумы, помехи;

– привлечь внимание больного – глазной и тактильный контакт;

– многократное повторение информации (специалистом, пациентом);

– составление списков (кодирование информации);

– использование записных книжек.

Общие рекомендации при составлении реабилитационной программы при афазии для восстановления мнестических процессов:

- организация работы на уровне участия (реальные проблемы, цели, ситуации);
- помощь в осознании проблемы пациентом;
- личностная и функциональная значимость заучиваемого материала для больного с афазией;
- включение в программу разнообразных и распределенных тренировок;
- отслеживание изменений в реальной жизни больного с афазией [3, 7, 8, 13, 14, 16, 17].

### ***Вопросы для самоконтроля***

1. Что такое Память: определение, виды памяти и варианты нарушений при афазии?
2. Перечислите приемы и методы восстановления памяти при афазии.
3. Назовите принципы организации занятий по восстановлению памяти при афазии.

### ***Задания для самостоятельной работы***

1. Перечислите виды мнемотехнических методов при восстановительном обучении при афазии.
2. Назовите условия для эффективного восстановления памяти у больных с афазиями.
3. Перечислите типы помощи для эффективного восстановления памяти у больных с афазиями.
4. Охарактеризуйте методы, не относящиеся к мнемотехникам, для восстановления памяти.
5. Проанализируйте не менее пяти статей за последние пять лет по проблеме восстановления памяти при афазии.
6. Опишите современные технические средства для поддержки мнестических процессов и самоконтроля.

## 7. ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ И НАУЧНЫХ СООБЩЕНИЙ

Специфика нарушений при афазии у левшей и теория функциональной асимметрии полушарий.

Нейропсихологическая организация памяти.

Нейропсихологическая организация мышления.

Мозговая организация символических функций.

Нейропсихология счета.

Использование средств невербальной коммуникации при восстановительном обучении.

Преодоление нарушений схемы тела при афазии.

Восстановление лицевого гнозиса.

Преодоление расстройств конструктивной деятельности.

Устранение нарушений цветового гнозиса.

Восстановление предметного гнозиса.

Методики нейропсихологической диагностики при афазии.

Основные принципы восстановительного обучения при афазии.

Символическая неречевая деятельность.

Развитие моторной сферы в нейропсихологическом аспекте.

Современные представления о нейропсихологии развития.

Мозговая организация речи.

Мозговая организация внимания.

Подходы к классификации афазии: история и современность.

Организация ухода за больными при афазии.

Двигательные перерывы в восстановительном обучении при афазии: нейропсихологические упражнения, физические упражнения, элементы спорта.

Преодоление нейродинамического синдрома при афазии.

Восстановительные тренировки памяти при локальных поражениях головного мозга.

Применение артпедагогических приемов при восстановительном обучении при афазии.

Работа по восстановлению понимания логико-грамматических конструкций.

Обходные и прямые методы восстановительного обучения при афазии.

Роль и функции семьи в восстановительном обучении при афазии.  
Причины и профилактика инсульта.  
Восстановление планирующей функции речи при афазии.  
Нарушения речевого высказывания при афазии: виды и приемы устранения.

Анализ содержания восстановительного обучения при афазии в современном кинематографе и художественной литературе.

Анализ разделов нейропсихологической диагностики для организации восстановительного обучения при афазии.

Организация ухода за больным с афазией и его значение для эффективного восстановительного обучения при афазии.

Роль комплексного подхода в устранении неречевых и речевых нарушений при афазии.

Речевая терапия при афазии на основе анализа зарубежной литературы и кинофильмов.

Сравнительный анализ современных методик обследования больных с локальными мозговыми нарушениями.

Преодоление коммуникативных барьеров при организации восстановительного обучения при афазии.

Нейропсихологические концепции восстановительного обучения при афазии.

Концепция приобретения и распада речи в нейропсихологических исследованиях Т.Г. Визель.

Современные методики тренировки и укрепления памяти.

## **8. ИТОГОВЫЙ ТЕСТ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ ПРИ АФАЗИИ»**

1. Укажите, какое положение стало основой концепции о том, что восстановление при афазии утерянной функции возможно:

- А. Положение об интегративной деятельности головного мозга.
- Б. Положение о способности компенсации головного мозга.
- В. Положение об обратной афферентации (биологически обратной связи).

2. Определите, какая из перечисленных методик является видом мнемотехники, используемой в восстановлении памяти при афазиях:

- А. Написание акронимов из первых букв нужных слов.
- Б. Написание изложения.
- В. Написание анкетных данных.

3. Укажите, кто автор программы занятий по преодолению мануальной кинестетической и кинетической апраксии в процессе деятельности?

- А. Л.С. Цветкова.
- Б. В.М. Шкловский.
- В. Н.В. Кошелева.

4. Какое основание имеет применение прямых растормаживающих методов восстановительного обучения при афазиях?

- А. Перестройка способа реализации нарушенной функции на основе включения межфункциональных связей.
- Б. Использование резервных внутрифункциональных возможностей нервных клеток.
- В. Дезорганизация ритмического параметра речи.

5. Укажите, какое определение соответствует кинестетической апраксии:

- А. Нарушение зрительно-пространственных координат.
- Б. Затруднение серии последовательных актов,perseverация.
- В. Распад нужного набора движений (оральная и артикуляторная апраксия).



6. Продолжите фразу: «Нейродинамическая характеристика инактивности проявляется в...»:

А. ...общей замедленности движений и организации деятельности в целом (адинамии) и увеличении общего времени реакции на стимулы.

Б. ...в невозможности самостоятельного включения пациента в выполнение какой-либо деятельности.

В. ...неспособности узнавать знакомые лица.

7. Продолжите фразу: «Нейродинамическая характеристика аспонтанности проявляется в...»:

А. ...общей замедленности движений и организации деятельности в целом (адинамии) и увеличении общего времени реакции на стимулы.

Б. ...в невозможности самостоятельного включения пациента в выполнение какой-либо деятельности.

В. ...неспособности узнавать знакомые лица.

8. Какое направление восстановительного обучения при афазии, по мнению В.В. Оппель, более эффективно?

А. Постановка звуков с последующим построением из звуков слогов и слов, а затем построением предложений и прохождением грамматических правил, позволяющих сознательно корректировать правильность построения фразы.

Б. Обходной путь восстановления речи с опорой на письмо и зрительное восприятие через метод механического списывания букв и слов.

В. Метод использования всех остаточных речевых возможностей больного в целях восстановления речевого общения через активное создание ситуаций для мотивации больного к коммуникации.

9. В какой период эффективнее всего начинать занятия с больным?

А. Желательно начинать через месяц после инсульта или черепно-мозговой травмы.

Б. Желательно начинать в первые недели после инсульта или черепно-мозговой травмы.

В. Занятия с больным желательно начинать через 3–4 месяца после инсульта или черепно-мозговой травмы.

10. Какая первоочередная задача родственников, неврологов и дефектологов?

А. Оказывать постоянную психологическую поддержку и вселять веру в возможность восстановления утраченных функций больному, проявлять интерес к занятиям и тренировкам, сознавать, что их результат требует длительного периода.

Б. Избегать разговоров о восстановлении речи и движений у больного через систематические ежедневные занятия и тренировки при афазии.

В. Утверждать, что восстановление речи и неречевых функций происходит без усилий больного и его окружения.

11. Определите правильный алгоритм восстановления слухового прогноза:

А. Нахождение картинного изображения предмета, звук которого предъявляется для прослушивания; дифференциация шумов по силе, высоте и удаленности; восприятие речевых и неречевых звуков; распознавание неречевых шумов.

Б. Нахождение картинного изображения предмета, звук которого предъявляется для прослушивания; восприятие речевых и неречевых звуков; дифференциация шумов по силе, высоте и удаленности; распознавание неречевых шумов.

В. Восприятие речевых и неречевых звуков; распознавание неречевых шумов; нахождение картинного изображения предмета, звук которого предъявляется для прослушивания; дифференциация шумов по силе, высоте и удаленности.

12. Укажите верное определение конфабуляции:

А. Нарушение грамматического строя речи, наблюдается при всех формах афазии.

Б. Ложные воспоминания о вымышленных или реальных (но не имевших места в указанное пациентом время) событиях. Пробелы памяти «заполняются выдумками», галлюцинациями воспоминаниями.

В. Тактильная агнозия, нарушение узнавания предметов на ощупь.

13. Укажите верное определение астреогноза:

А. Нарушение грамматического строя речи, наблюдается при всех формах афазии.

Б. Ложные воспоминания о вымышленных или реальных (но не имевших места в указанное пациентом время) событиях. Пробелы памяти «заполняются выдумками», галлюцинациями, воспоминаниями.

В. Тактильная агнозия, нарушение узнавания предметов на ощупь.

14. Какие действия предполагает модификация внешней среды для повышения эффективности восстановительного обучения при афазии:

А. Мысленное повторение действий (остановись – подумай – вспомни).

Б. Структурированность и упрощение окружающей среды.

В. Отслеживание изменений в реальной жизни больного с афазией.

15. Какие упражнения способствуют восстановлению памяти у лиц с афазией:

А. Мысленное повторение действий (остановись – подумай – вспомни).

Б. Структурированность и упрощение окружающей среды.

В. Отслеживание изменений в реальной жизни больного с афазией.

16. Отметьте верное утверждение:

А. Особенности нарушения мышления при разных синдромах афазии не определяют основные направления такой коррекционной работы, которая при всех формах афазии должна проводиться в тесной взаимосвязи с восстановлением речи и других высших корковых функций.

Б. Особенности нарушения мышления при разных синдромах афазии определяют основные направления такой коррекционной работы, которая при всех формах афазии должна проводиться в тесной взаимосвязи с восстановлением речи и других высших корковых функций.

В. Особенности нарушения мышления при разных синдромах афазии незначительно влияют основные направления такой коррекционной работы, которая при всех формах афазии должна проводиться в тесной взаимосвязи с восстановлением речи и других высших корковых функций.

17. Укажите правильный порядок обучения для восстановления предметного зрительного гнозиса:

А. Идентификация зрительных изображений разностильных по способу изображения; выделение фигуры из фона, вычленение наложенных друг на друга предметов; узнавание предмета по его словесному описанию без предъявления изображения; конструирование заданных предметов со сходными и дискретными признаками, из отдельных деталей; сравнительный анализ зрительных образов предметов одного класса с выделением дифференцированных признаков; срисовывание предметных изображений, рисование их по памяти.

Б. Конструирование заданных предметов со сходными и дискретными признаками, из отдельных деталей; сравнительный анализ зрительных образов предметов одного класса с выделением дифференцированных признаков; срисовывание предметных изображений, рисование их по памяти; идентификация зрительных изображений разностильных по способу изображения; выделение фигуры из фона, вычленение наложенных друг на друга предметов; узнавание предмета по его словесному описанию без предъявления изображения.

В. Рисование по памяти; идентификация зрительных изображений разностильных по способу изображения; выделение фигуры из фона, вычленение наложенных друг на друга предметов; узнавание предмета по его словесному описанию без предъявления изображения; конструирование заданных предметов со сходными и дискретными признаками, из отдельных деталей; сравнительный анализ зрительных образов предметов одного класса с выделением дифференцированных признаков; срисовывание предметных изображений.

18. Какое определение является правильным:

А. Преморбидный уровень больного – интеллектуальный, культурный уровень больного после заболевания (образование, среда, образ жизни).

Б. Преморбидный уровень больного – интеллектуальный, культурный уровень больного до заболевания (образование, среда, образ жизни).

В. Преморбидный уровень больного – интеллектуальный, культурный уровень больного в период заболевания (образование, среда, образ жизни).

19. Какой принцип восстановительного обучения, согласно утверждениям авторитетных ученых, является основополагающим для успешного восстановительного обучения:

А. Принцип наглядности обучения.

Б. Принцип опоры на звукопроизводительную сторону речи.

В. Принцип учета личности больного, вера в возможность восстановления утраченных функций при афазии и поддержка больного в период депрессии.

20. Выберите правильное определение:

А. Геморрагический инсульт – разрыв сосудов головного мозга, приводящий к кровоизлиянию в мозг.

Б. Геморрагический инсульт – недостаточное кровоснабжение, следствие тромбоза или тромбоэмболии при выраженных нарушениях атеросклероза, гипертонической болезни, болезней сердца и т.п., при этом происходит закупорка кровеносных сосудов головного мозга.

В. Геморрагический инсульт – нарушение произвольных целенаправленных движений и действий, относящихся к расстройствам высшего уровня организации двигательных актов.

21. Необходима ли постановка задач, носящих психотерапевтическую направленность, для восстановительного обучения при афазиях:

А. Возможна, но незначима.

Б. Значима и необходима.

В. Незначима.

22. Какова цель включения в программу восстановительного обучения при афазии упражнений, направленных на одновременные действия двумя руками (рисование двумя руками, отстукивание заданного ритма, «игра на рояле»):

А. Восстановление стереогноза.

Б. Восстановление зрительного предметного гнозиса.

В. Восстановление динамического праксиса и межполушарного взаимодействия.

23. Какие упражнения способствуют восстановлению сомато-пространственного праксиса:

А. Уточнение представлений о схеме собственного тела; расположение предметов по отношению к собственному телу; выполнение простых и сложных инструкций с использованием слов, имеющих пространственное значение.

Б. Упражнения, направленные на одновременные действия двумя руками (рисование двумя руками, отстукивание заданного ритма, «игра на рояле»).

В. Идентификация зрительных изображений разностильных по способу изображения; выделение фигуры из фона, вычленение наложенных друг на друга предметов; узнавание предмета по его словесному описанию без предъявления изображения.

24. Найдите верное определение афферентного импульса:

А. Парафазическая речь больных с сенсорной афазией на раннем этапе болезни.

Б. Различные варианты нарушения поля зрения, возникающие при поражении первичных полей затылочной доли и глубоких отделов мозга.

В. Импульс – идущий от периферии к центру, например кинестетический, тактильный.

25. Укажите, какое определение правильное:

А. Сукцессивный способ восприятия мира – это нарушения различных видов восприятия, возникающие при определенных поражениях мозга.

Б. Сукцессивный способ восприятия мира – это последовательное восприятие информации, шаг за шагом, сначала первое, потом второе и только потом – третье.

В. Сукцессивный способ восприятия мира – это единомоментное восприятие информации, когда мы «схватываем» сразу весь образ целиком, когда мы видим всю картину разом.

26. Укажите, какие действия родственников при организации ухода за больным оказывают вредоносное влияние:

А. Привлечение к доступному труду.

Б. Двигательные и дыхательные упражнения.

В. Гиперопека в семье.

27. Какие позитивные, растормаживающие когнитивные функции у больного рекомендуются использовать родственникам:

А. Рассматривание семейных альбомов, поощрение самостоятельности.

Б. Нахождение в постели в положении на спине.

В. Употребление жирной и острой пищи, курение.

28. Какие средства применяются в семье при полной потере способности к экспрессивной речи при афазии:

А. Пение песен.

Б. Жесты, рисунки, условные знаки.

В. Устная речь.

### **Ключ к тесту:**

1. Б 2. А 3. В 4. Б 5. В 6. А 7. Б

8. В 9. Б 10. А 11. В 12. Б 13. В 14. Б

15. А 16. А 17. А 18. Б 19. В 20. А 21. Б

22. В 23. А 24. В 25. Б 26. В 27. А 28. Б

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Визель, Т.Г. Организация специализированной службы по оказанию помощи больным с патологией речи органического и функционального генеза (комплексная система лечения и реабилитации) : методические указания / Т.Г. Визель, В.М. Шкловский. – Москва : 1997. – 20 с.
2. Визель, Т.Г. Как вернуть речь. Инсульт и нарушения речи. Афазия и ее формы. Дизартрия и ее формы. Восстановление речевой функции. Уход за больными / Т.Г. Визель. – Москва : В. Секачев, 2005. – 199 с.
3. Визель, Т.Г. Основы нейропсихологии: учебник для студентов вузов / Т. Г. Визель. – Москва : АСТ, Астрель Транзиткнига, 2005. – 384 с.
4. Джексон Дж.Х. Избранные работы по афазии / пер. с англ. и предисл. Е.Н. Винарской. Дж.Х. Джексон. – Санкт-Петербург : Нива, 1996. – 70 с.
5. Клепацкая, Л.Б. Понимание и формирование речи (грубая форма афазии) / Л.Б. Клепацкая. – Москва : ЛитРес.Litres, 2022. – 208 с.
6. Кок, Е.П. Зрительные агнозии / Е.П. Кок. – Москва : Медицина, 1967. – 227 с.
7. Кошелева, Н.В. Восстановление речевой и неречевых высших психических функций у больных с афазией в процессе предметно-практической и бытовой деятельности: диссертация на соискание ученой степени кандидата педагогических наук / Н.В. Кошелева. – Москва, 2010 – 160 с.
8. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – Москва : Издательство Московского университета, 1962. – 432 с. – Режим доступа: по подписке. – URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=230806> (дата обращения: 22.05.2022).
9. Лурия, А.Р. Основы нейропсихологии / А.Р. Лурия. – Москва : Изд-во МГУ, 1973. – 373 с.
10. Лурия, А.Р. Язык и сознание / А.Р. Лурия; под ред. Е.Д. Хомской. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1998. – 416 с.
11. Оппель, В.В. Восстановление речи при афазии / В.В. Оппель. (Методические указания). – Ленинград : Медгиз, 1963. – 108 с.
12. Тонконогий, И.М. Инсульт и афазия / И.М. Тонконогий. – Ленинград : Медицина, 1968. – 268 с.
13. Хомская, Е.Д. Нейропсихология: 4-е изд. / Е.Д. Хомская. – Санкт-Петербург : Питер, 2005. – 496 с.



14. Цветкова, Л.С. Афазия и восстановительное обучение / Л.С. Цветкова. – Москва: Изд-во Московского психолого-социального института, 2001. – 256 с.
15. Цветкова, Л.С. Нейропсихология и афазия: новый подход / Л.С. Цветкова. – Москва–Воронеж, 2001. – 582 с.
16. Шохор-Троцкая (Бурлакова), М.К. Стратегия и тактика восстановления речи / М.К. Шохор-Троцкая (Бурлакова). – Москва : Изд-во ЭКСМО-Пресс, В. Секачев, 2001. – 432 с.
17. Шохор-Троцкая (Бурлакова), М.К. Коррекция сложных речевых расстройств. – Москва : Изд-во ЭКСМО-Пресс, В. Секачев, 2000. – 368 с.

## ГЛОССАРИЙ

**Абрис (слова)** – ритмико-мелодический, фонетически нечеткий рисунок слова, хранящийся в слухоречевой памяти.

**Агнозия** – нарушения различных видов восприятия, возникающие при определенных поражениях мозга. Различают: 1) зрительные А., проявляющиеся в том, что человек при сохранной остроте зрения не может узнавать предметы и их изображения (при поражении теменно-затылочных отделов мозга, в основном правого полушария); 2) слуховые А., проявляющиеся как в нарушении фонематического слуха, так и в узнавании знакомых мелодий, звуков, шумов, голосов; 3) тактильные А. – неузнавание предметов на ощупь.

**Аграмматизм** – нарушение грамматического строя речи, наблюдается при всех формах афазии.

**Аграфия** – нарушения письма, возникающие при поражении различных областей коры головного мозга.

**Акалькулия** – нарушение счета и счетных операций как следствие поражения различных областей коры головного мозга.

**Алексия** – нарушение чтения, возникающее при поражении различных отделов коры головного мозга.

**Амбидекстрия** – парциальное левшество.

**Амимия** – нарушение движений лицевой мускулатуры (функция в основном правого полушария).

**Амнезия** – нарушение памяти при различных локальных поражениях мозга.

**Анартрия** – тяжелое нарушение произносительной стороны с обильным слюнотечением и нарушением двигательных функций ствола мозга.

**Антропогенез** – эволюция человечества.

**Анастомозы** – оперативное соединение сохраненных, близлежащих сосудов головного мозга.

**Антиципация (предвосхищение)** – представления о предмете, о сменяющих друг друга темах беседы и т.п.

**Апраксия** – нарушение произвольных целенаправленных движений и действий, относящихся к расстройствам высшего уровня организации

двигательных актов. Выделяют следующие формы апраксии: 1) кинестетическая А. – распад нужного набора движений (в том числе оральная и артикуляторная); 2) конструктивно-пространственная А. – нарушение зрительно-пространственных координат; 3) кинетическая (динамическая) А. – затруднение серии последовательных актов, персеверация; 4) «лобная» регуляторная А. – нарушение подчинения движений заданной программе (системные персеверации, эхоталии, эхопраксии).

**Артпедагогика** – совокупность искусства и педагогики для решения коррекционно-педагогических задач, изучает закономерности влияния искусства на развитие человека.

**Астереогноз** – тактильная агнозия, нарушение узнавания предметов на ощупь.

**Афазия** – системное нарушение уже сформировавшейся речи вследствие органического повреждения головного мозга различной этиологии, при котором полностью и частично может нарушаться собственная речь, понимание речи, письменная речь (чтение и письмо).

**Афферентная** (синонимы: сенсорная, гностическая) – информация, поступающая от различных органов чувств в кору головного мозга.

**Афферентный импульс** – идущий от периферии к центру, например кинестетический, тактильный.

**Вортсалат** (речевая «окрошка») – парафазическая речь больных с сенсорной афазией на раннем этапе болезни.

**Гемианопсия** – различные варианты нарушения поля зрения, возникающие при поражении первичных полей затылочной доли и глубоких отделов мозга.

**Гемипарез** – патологическое состояние человека из-за нарушения мозговой деятельности, при котором наблюдается парез мышц одной половины тела. После инсульта у 80% заболевших наблюдаются гемипарезы или нарушения движения конечностей с какой-либо стороны.

**Гиппокамп** – одна из важных частей головного мозга, парная структура в височных отделах полушарий, связанных с кратковременной памятью и эмоциями, отвечает за пространственное ориентирование, запоминание местности.

**Глобальное чтение** – неаналитическое чтение, узнавание слова как единого графического целого.

**Гнозис** – узнавание (акустическое, оптическое, тактильное, вкусовое и т.п.).

**Дизартрия** – разной степени нарушение произносительной стороны речи при поражении глубоких отделов мозга (преодолевается в процессе длительных логопедических занятий).

**Дисграфия, дислексия** – частичные, временные, преодолимые в процессе обучения нарушения письма и чтения (у правшей), наблюдаются зеркальные признаки написания букв и чтения справа налево (при левшестве).

**Дисфазия** (дис. – частичное нарушение) – флюктуативные (колебательные), быстро проходящие нарушения речи, подобные стертым формам афазии, возникающие при поражении первого функционального блока головного мозга по А.Р. Лурии.

**Звукопроизнесение** – механизм воплощения акустических признаков звуков речи в единичном артикуляционном действии.

**Имитация** – слуховое или зрительное подражание.

**Импрессивный аграмматизм** – нарушение понимания грамматических средств языка.

**Инициальный** – начальный или первичный.

**Инсульт (инфаркт) мозга** – нарушение мозгового кровообращения. Ишемический (более частый) И. является следствием тромбоза или тромбоэмболии при выраженных нарушениях атеросклероза, гипертонической болезни, болезней сердца и т.п., при этом происходит закупорка кровеносных сосудов головного мозга. Геморрагический И. – разрыв сосудов головного мозга, приводящий к кровоизлиянию в мозг. Геморрагический инсульт возникает чаще всего при разрывах аневризм (неправильного врожденного строения сосуда головного мозга), при ушибах мозга и т.п.

**Интеллект (мышление)** – речемыслительная способность человека.

**Интенция** – цель, коммуникативное намерение говорящего.

**Интерииоризация** – постепенный переход от внешних схем и опор к внутреннему планированию действия.

**Клишеобразная речь** – шаблонная речь, которая часто употребляется в речи. Синоним: литературной штампы. Часто наблюдается клише при динамической форме афазии.

**Конвекситальная поверхность мозга** – поверхность головного мозга, прилегающая к лобным, теменным, височным и затылочным костям черепа. Локализация высших психических функций: мозг – субстрат психических функций работает как единое целое, состоящее из множества высоко дифференцированных частей, каждая из которых выполняет свою специфическую роль.

**Контаминации** – ошибочное воспроизведение материала. Сводящееся к смешению стимулов (желток + белок = «белток»).

**Конфабуляции** – ложные воспоминания о вымышленных или реальных (но не имевших места в указанное пациентом время) событиях. Пробелы памяти «заполняются выдумками», галлюцинациями воспоминаниями.

**Лимбическая система** – совокупность мозговых структур для обработки эмоций и мнестических процессов. Основные компоненты лимбической системы включают гиппокамп, миндалину, таламус и гипоталамус.

**Личностное уплощение** – пониженная или безразличная эмоциональная реакция.

**Межполушарная асимметрия мозга** – неравноценность, качественное различие функций левого и правого полушария в каждую психическую функцию.

**Мнезис** – память, амнезия – нарушение памяти на что-либо.

**Мнемотехника** – совокупность специальных приемов и методов для запоминания информации на основе визуальных, аудиальных и кинестетических опор.

**Неврозоподобные состояния** – нервно-психические заболевания, которые похожи по проявлениям на неврозы, однако возникают не по причине стрессов либо психологических факторов. Специалисты склоняются к мнению, что это органическая патология.

**Невротическое расстройство** – это дисфункция нервной системы, которая возникает вследствие стрессовой ситуации или психологической травмы.

**Нейролингвистика** – отрасль психологической науки, пограничная для психологии, неврологии и лингвистики.

**Нейропсихология** – отрасль психологической науки, сложившаяся на стыке психологии, неврологии и физиологии, изучающая мозговые механизмы высших психических функций.

**Нейропсихологический симптом** – нарушение психической функции, возникающее вследствие локального поражения головного мозга.

**Нейропсихологический синдром** – закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, обусловленное поражением (выпадением) определенного фактора (или нескольких факторов).

**Нейропсихологический фактор** – структурно-функциональная единица работы мозга, характеризующаяся определенным принципом физиологической деятельности. По мнению Е.Д. Хомской, на основе нейропсихологических данных можно выделить следующие типы факторов:

1. Модально-специфические факторы. Связаны с работой специфических анализаторных систем – зрительной, слуховой, кожно-кинестетической, двигательной, сопоставляются с деятельностью II и III блоков мозга в структурно-функциональной модели, предложенной А.Р. Лурия. Их выделение и анализ послужили основой для формирования самого понятия «нейропсихологический фактор». С них началось изучение факторов в нейропсихологии.

2. Модально-неспецифические факторы. Связаны с работой неспецифических срединных структур мозга (входящих в I блок). Они включают целую группу факторов, соотносимых с разными уровнями и отделами неспецифической системы, включая медиобазальную кору лобных и височных областей: инертность–подвижность, активация–инактивация, спонтанность–аспонтанность психических процессов.

3. Факторы, связанные с работой ассоциативных (третичных) областей коры больших полушарий, – ассоциативные факторы. Соотносятся с задней и передней ассоциативными зонами (центрами), входящими, соответственно, во II и III блоки мозга.

4. «Полушарные» факторы или факторы, связанные с работой левого и правого полушарий как целого. Данные факторы принадлежат к числу интегративных по своему характеру и отражают деятельность целого полушария.

**Опосредование деятельности предметное** – включение в восстановление речи дополнительного средства-стимула через различные предметы.

**Паралич, парез** – нарушение движений в руке и ноге в результате поражения головного мозга.

**Парафазии** – замены звуков (литеральные) или слов (вербальные) при разных формах афазии.

**Параграфии и паралексии** – замены букв, звуков и слов во время письма и чтения.

**Парадигма** – ряд однородных элементов.

**Парадигматические связи** – одновременно, пространственно организованная единица, в которой смысл изменяется в связи с заменой какого-либо признака единицы. Организованы по признаку «или, или»; например, фонема может быть либо звонкой, либо глухой, либо ротовой, либо носовой.

**Перекрестная афазия** – наблюдается только при афферентной моторной афазии и возникает у правшей при поражении правого, а у левшей – левого полушария головного мозга при сочетании (или наложении друг на друга) оральной или артикуляторной апраксии.

**Персеверация** – циклическое повторение или настойчивое воспроизведение звука, слова или движения вопреки сознательному намерению.

**Поздний этап восстановления** – начало логопедических занятий через 6–8 месяцев после инсульта.

**Полифункциональность мозговых структур** – способность мозговых структур перестраивать свои функции под влиянием новых афферентных воздействий, вследствие чего происходит внутрисистемная и межсистемная перестройка пораженных функциональных систем.

**Предикат** – сказуемое, психологический П. – замысел высказывания.

**Преморбидный уровень больного** – интеллектуальный, культурный уровень больного до заболевания (образование, среда, образ жизни).

**Просодия** – интонационный, мелодический компонент речи. Ранний этап восстановления – от 1 недели до 6 месяцев после инсульта.

**Полезависимое поведение** – стиль поведения, зависимый от поля, при котором субъект импульсивно откликается на стимулы, обладающие для него побудительной силой вне влияния заранее поставленной цели.

**Растормаживание речи** – разнообразные методы активирования речевой деятельности и снятия тормозного фона (порядковый счет, называние дней недели, месяцев года и др.)

**Резидуальный этап восстановления** – длительный, остаточный период восстановления речевых функций спустя год после инсульта или травмы головного мозга.

**Реминисценция** – выработка определенных реакций на заданные раздражители; эффект лучшего воссоздания запоминаемых данных по прошествии некоторого времени.

**Речь** – сложившаяся исторически в процессе деятельности людей форма общения. Речь, в отличие от языка, включает механизмы различения слышимых и осязаемых единиц языка (гнозис) и механизмы артикулирования (праксис).

**Рефлекторный характер ВПФ** – любая человеческая деятельность осуществляется на основе отражения действительности.

**Речь внутренняя** – различные виды использования языковых значений вне процесса реальной коммуникации типа внутреннего проговаривания («речь про себя»): а) сохраняющая структуру внешней речи, но лишенная фонации и типичная для решения мыслительных задач в затрудненных условиях; б) собственная Р.В., когда она выступает как средство мышления; в) структурное программирование (замысел, программа речевого высказывания).

**Субдоминантное полушарие** – полушарие (подчиненное), которое дополняет функции доминантного, реализует компенсацию поврежденных высших психических функций доминантного полушария при локальных поражениях головного мозга.

**Сукцессивный способ восприятия мира** – это последовательное восприятие информации, шаг за шагом, сначала первое, потом второе и только потом – третье. Такое восприятие растянуто во времени. Действуя таким способом, мы последовательно, одно за другим, узнаем нечто об этом мире. Этот способ всем нам хорошо известен,



так как именно ему нас обучали в школах и университетах, именно этот способ наиболее освоен человечеством. Примером может быть восприятие речевой информации: мы прочитываем сначала одно слово, потом второе, третье, и только после этого у нас складывается некий целостный образ в голове. Мы не можем прочесть сначала третье, потом десятое, а потом первое слово в предложении, – так у нас ничего не выйдет. Нужно соблюдать определенный порядок, алгоритм действий. Мысль – симультанна, речь – сукцессивна (Л.С. Выготский). Сукцессивный характер имеет артикулирование.

**Симультанный способ** – это одномоментное восприятие информации, когда мы «схватываем» сразу весь образ целиком, когда мы видим всю картину разом. Примером может быть восприятие рисунка или фотографии. Когда мы смотрим на картинку, мы видим ее сразу целиком, и она вся во всей своей полноте сразу предстает перед нами. Нам не нужно соблюдать определенный порядок, мы никогда не рассматриваем изображение строго слева направо и сверху вниз. Симультанный – единый, пространственно организованный, например фонема – речевая единица, симультанно организованная из ряда признаков. Пример – глобальное чтение.

**Сущность синдромального (факторного, системного) анализа нарушений ВПФ** – тщательная качественная квалификация характера нарушений психических функций (нейропсихологических симптомов), сопоставление первичных и вторичных расстройств, изучение нарушенных и сохранных функций.

**Синтагматические отношения** – сукцессивно, линейно организованная единица, в которой смысл связан по принципу «и – и»: например предлог может стоять только перед существительным, наречие, связанное с глаголом; другим примером может служить жесткая последовательность звуков в слове, слов в песне. Телеграфный стиль – аграмматизм больных, преимущественно с эфферентной моторной афазией, выражающийся в основном в употреблении существительных в именительном падеже.

**Сенсибилизированные условия** – специальные условия для повышения чувствительности организма к воздействию.

**Стереотипии (двигательные итерации, стереотипия моторная, аутоэхопраксия)** – проявление психической инертности, проявляющееся в бесцельном произвольном повторении движений.

**Сторона речи** – часть речевой функции, имеющая специфическое назначение: импрессивная сторона речи (понимание), экспрессивная сторона речи (говорение), коммуникативная сторона речи (речевое общение).

**Фонематический слух** – смысловозначительный, парадигматический слух, реализуемый 22-м полем височной доли (зоны Вернике), нарушается при сенсорной, акустико-гностической афазии.

**Функциональная система в нейропсихологии (термин П.К. Анохина)** – морфофизиологическая основа высших психических функций. Совокупность афферентных и эфферентных звеньев, объединенных в систему для достижения конечного результата. Различные по содержанию ВПФ (гностические, мнестические, интеллектуальные и др.) обеспечиваются качественно разными функциональными системами.

**Эмболофразия (речевой эмбол)** – это слово, фрагмент или «осколок» слова или короткое словосочетание, многократно повторяемое больным при попытке говорить (признак моторной афазии). Речевые эмболы произносятся насильственно, самостоятельно «подавить» их больной, как правило, не в состоянии. Несмотря на навязчивый и неуправляемый характер, эмбол нередко несет важные коммуникативные функции.

**Эйфория** – повышенное радостное настроение, состояние благодушия и беспечности.

**Экспрессивный аграмматизм** – нарушение употребления грамматических средств языка в устной речи.

**Эфферентный импульс** – идущий от центра к периферии, например планирующий движение.

**Эхолалия** – автоматическое повторение чужих слов, фраз при поражении лобных долей мозга без понимания смысла.

**Эхопраксия** – подражательное, автоматическое повторение движений и действий других людей при поражении лобных долей мозга.

**Язык** – система знаков, служащая средством человеческого общения и мыслительной деятельности.

*Учебное издание*

*Сергеева Анна Иосифовна*

**ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ  
ПРИ АФАЗИИ**

Учебно-методическое пособие

*Текстовое электронное издание*

Ответственный за выпуск: *Ю.Ю. Афанасьева*

Корректор: *Ю.П. Готфрид*

Технический редактор: *Ю.А. Ворошилова*

Подписано к использованию: 26.10.2023

Гарнитура Times. Объем издания: 640 Кб. Комплектация издания – 1 CD.

Заказ № 025/эу.

Издательство Томского государственного педагогического университета

634061, г. Томск, ул. Киевская, 60

тел. 8(3822)311-484

E-mail: [izdatel@tspu.edu.ru](mailto:izdatel@tspu.edu.ru)

