

УТВЕРЖДАЮ:

Главный врач ГБУЗ «ООКБ»



А.В. Редюков

Февраль 2017

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ПО РЕАЛИЗАЦИИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ В СИСТЕМЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Оренбург – 2016 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Пояснительная записка.
2. Содержание программы.
3. Тематическое планирование.
4. Планируемые результаты коррекционного обучения.

Пояснительная записка

Программа, реализуется в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Оренбургская областная клиническая больница» (ГБУЗ «ООКБ»).

Программа представляет собой документ, разработанный и утвержденный с учетом регионального рынка труда, на основе требований Приказа Правительства г. Москвы от 3 марта 1999 г. N 93 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций», а также с учетом рекомендованной примерной основной образовательной программы.

Программа регламентирует цели, ожидаемые результаты, содержание, условия и технологии реализации реабилитационного процесса, обеспечивающие качество реализации логопедической функции в системе здравоохранения, а также материалы, обеспечивающие реализацию соответствующей реабилитационной технологии.

Рабочая программа Логопедической помощи для взрослых составлена в соответствии с правовыми и нормативными документами:

– Федеральный Закон «Об образовании в Российской Федерации» (от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ);

– Федеральный Закон от 01.12.2007 г. № 309 (ред. от 23.07.2013 г.) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части изменения и структуры Государственного образовательного стандарта»;

– Устав государственного бюджетного учреждения здравоохранения;

– Федеральный закон Российской Федерации от 1 декабря 2007 года № 309-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части изменения понятия и структуры государственного образовательного стандарта».

– Нормативно-методические документы Минобрнауки России.

Программа реализуется в объеме 20 часов.

Цели: обеспечение системы средств и условий для устранения речевых недостатков у взрослых с афазией, дизартрией, дислексией и дисграфией.

Задачи:

– представленной рабочей программы является коррекция речевых нарушений взрослых и построение системы коррекционной работы.

– формирование правильной, чёткой, умеренно громкой, выразительной, связной речи, с помощью специальных методов и приёмов, направленных на коррекцию речевого нарушения и развитие активной сознательной деятельности в области речевых фактов.

Коррекционная работа строится с учётом особенностей психической деятельности. Таким образом, логопедическое воздействие органически связано с развитием у логопатов внимания, памяти, умения управлять собой и другими психическими процессами.

Обучение по Программе позволяет не только полностью устранить речевые нарушения, но и сформировать устно – речевую базу для восстановления письма и чтения.

Общая характеристика речевых нарушений, требующих применения коррекционно-восстановительной (логопедической) работы.

Нарушения речи – различные расстройства речевой деятельности, препятствующие полноценному речевому общению и социальному взаимодействию.

Особенности речевых нарушений взрослых

Расстройства речи у взрослых - это распад уже сложившейся речи у взрослых, вызванный различными заболеваниями. Причинами расстройств речи у взрослых людей могут быть: инсульт, динамические нарушения кровообращения, травма головы, опухоли, медленно протекающие нервно-психические заболевания, характеризующиеся слабоумием.

Однако дефекты речи могут формироваться и позже как следствие физического и психического переутомления, продолжительных голосовых нагрузок, различных заболеваний и физических травм.

Существуют различные классификационные системы афатических расстройств. В России применяется классификация А.Р. Лурия (1947, 1969, 2002).

Формы афазий

Таблица 1

Локализация очага	Центральный механизм	Проявления, сопутствующая симптоматика
Афферентная моторная афазия		
Поражение нижних отделов постцентральной коры, примыкающей к роландовой борозде	Нарушение кинестетической афферентации произвольных оральных движений	Первичный дефект – нарушение тонких артикуляторных движений, проявляющееся в невозможности совершить по заданию движения языком, губами и другими органами артикуляции, которое носит название оральной апраксии. Оральная апраксия лежит в основе артикуляционной апраксии, имеющей непосредственное отношение к произнесению звуков речи. Она проявляется в распаде отдельных артикуляционных поз или, иначе, артикулем. Клиническая картина проявляется либо в полном отсутствии экспрессивной речи, либо в обилии литеральных парафазий во всех ее видах. Автоматизированные формы речи остаются более сохранными
Эфферентная моторная афазия		

<p>Поражение нижних отделов премоторной области (зона Брока)</p>	<p>Нарушение кинетической стороны речи, т.е. невозможность своевременно переключения с одной серии артикуляционных движений на другую</p>	<p>Первичный дефект – патологическая инертность артикуляторных актов. Клиническая картина проявляется в персеверациях – патологических повторениях какого-либо слога, слова. Больные относительно легко произносят отдельные звуки, но испытывают существенные затруднения при произнесении слов и фраз. Речь больных становится малопродуктивной, разорванной, сопровождается «застреванием» на отдельных фрагментах высказывания, с избытием штампов. Эти дефекты произносительной стороны речи вызывают системные расстройства и других сторон речевой функции: чтения, письма, а частично и понимания речи</p>
<p>Динамическая афазия</p>		
<p>Поражение заднелобных отделов левого полушария, расположенных спереди от «зоны Брока»</p>	<p>Нарушение внутренней речи, ее предикативности</p>	<p>Первичный дефект - нарушение активной, продуктивной речи. Проявляется, главным образом, в речевой спонтанности и инактивности. В настоящее время выделены два варианта динамической афазии (Ахутина, 2002). Первый вариант характеризуется преимущественным нарушением функции речевого программирования, в связи с чем больные пользуются, в основном, готовыми речевыми штампами, не требующими специальной «деятельности программирования». Их речь отличается бедностью, односложностью ответов в диалоге. При втором варианте преобладают нарушения функции грамматического структурирования: в речи больных данной группы выражен экспрессивный аграмматизм, который проявляется в виде ошибок «согласования», а также явлений «телеграфного стиля». Произносительные трудности в обоих вариантах незначительны</p>
<p>Акустико-гностическая (сенсорная) афазия</p>		

<p>Патологический очаг в области задней трети верхней височной извилины (зоны Вернике)</p>	<p>Патология акустического анализа и синтеза звуков речи, что приводит к нарушению фонематического слуха</p>	<p>Первичный дефект - речевая слуховая агнозия, лежащая в основе нарушений фонетического слуха. Расстройства фонематического слуха, в свою очередь, обуславливают грубые нарушения импрессивной речи. В клинической картине рассматриваемая форма афазии проявляется в феномене «отчуждения смысла слов», в нарушении понимания слов, обращенной речи. Звуки речи теряют для больного свое константное звучание, воспринимаются искаженно, смешиваются между собой. В результате этой звуковой лабильности в экспрессивной речи больных появляются характерные дефекты: логорея, как результат «погони за ускользающим звуком», замены одних слов другими и одних звуков другими (вербальные и литеральные парафазии)</p>
<p>Акустико-мнестическая афазия</p>		
<p>Поражение средней височной извилины (внеядерных отделов слуховой коры)</p>	<p>Данная форма афазии отличается специфичностью синдрома и наличием не одного, а нескольких центральных механизмов: 1) сужение объема акустического восприятия; 2) нарушение зрительных предметных образов-представлений</p>	<p>Первичный дефект - нарушение слухоречевой памяти. Акустический дефект данной формы афазии проявляется в сфере слуховой мнестической деятельности. Больные теряют способность к удержанию в памяти воспринятой на слух информации, проявляя тем самым слабость акустических следов. Наряду с этим у них обнаруживается сужение объема запоминания. Эти дефекты приводят к трудностям понимания развернутых текстов, требующих участия слухоречевой памяти. В собственной речи больных с этой формой афазии основным симптомом является словарный дефицит, связанный как со вторичным обеднением ассоциативных связей слова с другими словами данного семантического куста, так и с недостаточностью зрительных представлений о предмете. Из-за нарушения слухоречевой памяти нарушается: письмо под диктовку;</p>

		понимание подтекста, иносказаний, номинативная функция; устный счет
Семантическая афазия		
Поражение теменно-височно-затылочных областей левого полушария (зоны ТРО)	Нарушение симультанного пространственного восприятия	Первичный дефект - импрессивный аграмматизм, т.е. нарушение понимания логико-грамматических конструкций. Этот дефект является, одним из видов более общего расстройства пространственного гнозиса, а именно, способности к симультанному синтезу. В клинической картине при этой форме афазии нет грубого нарушения экспрессивной речи. Поскольку во фразовой речи основными «детальями», связывающими слова в единое целое (логико-грамматическую конструкцию), служат грамматические элементы слов, основную трудность для больных представляет выделение этих элементов из текста и понимание их смысловой роли, особенно пространственной. При этом способность к улавливанию ошибок «согласования» остается у этих больных сохранной

В клинической практике также выделяют *амнестическую и проводниковую* афазии, входящие в классическую неврологическую классификацию, и *подкорковую* афазию, описанную в работах М.К. Шохор-Троцкой и Т.А. Кучумовой. *В остром периоде логопедическую работу при афазии следует начинать как можно раньше для активизации спонтанного восстановления речи и запуска компенсаторных механизмов.*

Дизартрия – расстройство произносительной стороны речи, обусловленное нарушением (недостаточностью) иннервации мышц речевого аппарата. Ведущим дефектом является нарушение фонетической и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением центральной или периферической нервной системы.

Дизартрия характеризуется следующими синдромами: нарушением мышечного тонуса артикуляционной мускулатуры, нарушением артикуляционной моторики, дискоординационными расстройствами, нарушением реципрокной иннервации, наличием насильственных движений и оральных синкинезий, нарушением проприоцептивной афферентации от мышц артикуляционного аппарата и нарушением речевого дыхания.

Степень выраженности нарушения звукопроизношения зависит от характера и тяжести поражения нервной системы. В легких случаях имеются отдельные искажения звуков, нечеткость речи; в более тяжелых отмечается «смазанная речь», имеют место замены и пропуски звуков, страдает ее темп, выразительность, голосовые модуляции.

При тяжелых поражениях ЦНС речь становится невозможной из-за полного паралича речедвигательных мышц. Такие нарушения называются анартрией (Винарская, 1971)

В настоящее время существуют два подхода к классификации дизартрических расстройств:

1) с учетом неврологического подхода на основе уровня локализации мозгового поражения (Правдина, 1973; Таблица 2);

2) с учетом синдромологического подхода на основе клинико-фонетического анализа произносительных расстройств речи (Панченко, 1975; Таблица 3)

Классификация дизартрических расстройств на основе неврологического подхода

Таблица 2

Форма дизартрии	Область поражения
Бульбарная	Поражение ядер, корешков или периферических отделов черепно-мозговых нервов: языкоглоточного, блуждающего, подъязычного, иногда – тройничного и лицевого
Псевдобульбарная	Поражение корково-ядерных (кортико-бульбарных) проводящих путей
Экстрапирамидная (подкорковая)	Поражение подкорковых узлов и их нервных связей с различными отделами головного мозга
Мозжечковая	Поражение мозжечка и его проводящих путей
Корковая (кинетическая, кинестетическая)	Очаговое поражение коры головного мозга (премоторная и постцентральная зоны)

В остром периоде логопедическую работу при дизартрии следует начинать как можно раньше для предупреждения возникновения и фиксации патологических речевых стереотипов.

Дисфония – расстройство голосовой функции, обусловленное патологическим состоянием органов голосообразования, может быть, как изолированным, так и в структуре дизартрии. В случае периферических параличей и парезов гортани голос может отсутствовать (афония) или иметь

искаженное звучание.

Нарушения голоса крайне разнообразны. Они характеризуются недостаточностью силы (слабый, тихий, истощающийся); нарушениями его тембра (глухой, хриплый, назализованный, сдавленный, напряженный и т. д.); слабой выраженностью или отсутствием голосовых модуляций (монотонный). Проявления дисфонии могут быть также следствием охранительной реакции больного на поражение головного мозга.

В остром периоде логопедическую работу при дисфонии следует начинать как можно раньше, что позволит предупредить фиксацию патологического голосообразования и развитие невротических реакций.

Дисфагия – это обозначение нарушения функции глотания, при котором отмечается дискомфорт или затруднение продвижения пищи изо рта в желудок. Дисфагия является одним из наиболее частых и жизнеугрожающих следствий инсульта и черепно-мозговой травмы. При дисфагии также нарушается психический статус больного, вплоть до развития тяжелых депрессий.

В остром периоде логопедическую работу при дисфагии следует начинать как можно раньше для минимизации риска развития медицинских осложнений: аспирационной пневмонии, гиповолемии (дегидратации), нарушения энергетического обмена, недостаточности питания (синдрома мальнутриции), истощения (кахексии) и смерти.

Особенности нарушения глотания и реабилитация пациентов с дисфагией подробно описаны в Клинических рекомендациях «Диагностика и лечение дисфагии при заболеваниях центральной нервной системы (Балашова, Белкин, Зуева и др., 2013).

2. Содержание программы

Логопедическая работа при различных формах афазии

Восстановление речевой функции при любой из форм афазии требует системного подхода, т.е. подразумевает нормализацию всех нарушенных языковых уровней. Однако при каждой из форм афазии (см. Таблицу 1) имеются и специфические задачи, связанные с преодолением первичного речевого дефекта (Цветкова, 1979, 2004).

Ведение пациентов с речевыми нарушениями имеет следующую специфику.

1. Независимо от конкретной формы речевого расстройства на начальном этапе работы ставится задача установления контакта с больным. Для этого используется метод беседы на различные близкие пациенту темы. работу с логопатами надо начинать с оказания психологической поддержки, информирования и обучения пациента и его родственников компенсаторным коммуникативным стратегиям. Это сформирует понимание ситуации и облегчит коммуникацию между пациентом и окружающими его людьми.

2. Работа с логопатами должна быть строго дозирована в зависимости от особенностей общего состояния пациента и носить щадящий характер (Бурлакова (Шохор-Троцкая), 1972, 1991).

3. Логопедическая работа при афатических нарушениях включают в себя растормаживание речи через активизацию произвольных уровней речевой деятельности. На этой стадии наиболее эффективным оказывается использование автоматизированных речевых рядов, пение, оречевление эмоционально значимых ситуаций, «оживление» речевых стереотипов, хорошо упроченных в прежней речевой практике (Ахутина, Пылаева, 1989; Шкловский, Визель, 2003). В подострой стадии заболевания восстановительное обучение проводится с расчетом на все более активное, сознательное вовлечение больного в реабилитационный процесс. Для этого применяются перестраивающие методики; их использование невозможно без перевода работы на произвольный, осознанный уровень. При этом реабилитационные мероприятия нацелены на восстановление/коррекцию индивидуальных локусов речевого дефицита (на фонетико-фонематическом, лексико-семантическом, синтаксическом или дискурсивно-прагматическом языковых уровнях), выявленных в ходе оценки речевого статуса пациента.

4. При наличии дизартрических нарушений в комплекс логопедических занятий должны быть включены артикуляционная гимнастика, массаж, дыхательные и голосовые упражнения, направленные на повышение функциональной активности мышц, участвующих в речевом акте.

5. Подключение специфических «неречевых» видов деятельности (простейшего конструирования, срисовывания, манипуляций с предметами и т.д.) существенно дополняет и расширяет возможности логопедической работы.

6. Также у больных после инсульта и черепно-мозговой травмы помимо речевых отмечаются и эмоциональные расстройства. В тех случаях, когда у пациентов развиваются тревожность, пониженный фон настроения, фиксированность на своем заболевании, то формы и методы логопедической работы должны быть подобраны, исходя из особенностей психической деятельности и личности логопата. Негативизм, раздражительность, агрессия, отказ от речевого общения и пр., могут проявляться не только в структуре синдрома, но и зависеть от степени желания и стремления пациента восстановить утраченные функции, т.е. мотивированности пациента к реабилитации в целом. Поэтому логопеду очень важно уметь выстраивать психологически целесообразные отношения с пациентом, направленные на формирование позитивных лечебных и жизненных установок.

Таблица 1

Форма афазии	Преодоление первичного речевого дефекта
<i>Афферентная моторная афазия</i>	Восстановление артикуляционных схем отдельных звуков
<i>Эфферентная моторная афазия</i>	Восстановление способности к реализации серийных артикуляционных актов и организации сукцессивных речевых рядов
<i>Динамическая афазия</i>	Восстановление функции речевого программирования и/или преодоление расстройств грамматического структурирования
<i>Сенсорная афазия</i>	Восстановление фонематического слуха, т.е. способности к дифференциации на слух близких по звучанию фонем, а на этой основе пониманию речи в целом
<i>Акустико-мнестическая афазия</i>	Расширение слухо-речевой памяти, а также преодоление слабости следов воспринимаемой речи
<i>Семантическая афазия</i>	Устранение импрессивного аграмматизма, т.е. восстановление способности к восприятию сложных логико-грамматических оборотов речи.

Работа по преодолению вторичных расстройств понимания речи, накоплению активного словаря, нормализации грамматической стороны речи, чтения, письма показана при всех формах афазии, поскольку в той или иной мере эти стороны речи страдают при каждой из них. Объем этой работы

определяется степенью выраженности того или иного дефекта, его удельным весом в общей клинической картине данного случая афазии.

Типовые программы восстановительного обучения при разных формах афазии дифференцируются в зависимости от степени выраженности речевого дефекта. Ниже, в Таблице 2, представлены типовые программы восстановительного обучения для разных форм афазий (Шкловский, Визель, 2003).

Таблица 2

Моторная афазия афферентного типа	
<i>Стадия грубых расстройств</i>	<ul style="list-style-type: none"> - преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой речи; - растормаживание произносительной стороны речи; - стимулирование простых коммуникативных видов речи; - стимулирование глобального чтения и письма.
<i>Стадия расстройств средней степени</i>	<ul style="list-style-type: none"> - преодоление расстройств произносительной стороны речи; - восстановление и коррекция фразовой речи; - работа над семантикой слова; - восстановление аналитико-синтетического письма и чтения.
<i>Стадия легких расстройств</i>	<ul style="list-style-type: none"> - дальнейшая коррекция произносительной стороны речи; - формирование развернутой речи, усложненной по смысловой и синтаксической структуре; - дальнейшая работа по восстановлению смысловой структуры слова; - работа по осмыслению сложных логико-грамматических оборотов речи; - дальнейшее восстановление чтения и письма.
<i>Восстановление письменной речи</i>	<ul style="list-style-type: none"> - восстановление связи «артикулема-фонема»; - восстановление способности к звуко-буквенному анализу состава слова; - восстановление навыка развернутой письменной речи.
Моторная афазия эфферентного типа	

<i>Стадия грубых расстройств</i>	- восстановительная программа та же, что и при афферентной моторной афазии.
<i>Стадия расстройств средней степени</i>	- преодоление расстройств произносительной стороны речи; - восстановление фразовой речи.
<i>Стадия легких расстройств</i>	- дальнейшая коррекция произносительной стороны речи; - формирование развернутой речи, усложненной по смысловой и синтаксической структуре; - дальнейшая работа по восстановлению смысловой структуры слова; - работа по осмыслению сложных логико-грамматических оборотов речи; - дальнейшее восстановление чтения и письма.
<i>Восстановление письменной речи</i>	- восстановление способности к анализу звуко-ритмической стороны слова; - восстановление способности к звуко-буквенному анализу состава слова; - восстановление навыка слияния букв в слоги, слогов в слова; - восстановление навыка развернутой письменной речи.
Динамическая афазия	
<i>Стадия грубых расстройств</i>	- повышение уровня общей активности больного, преодоление речевой инактивности, организация произвольного внимания; - стимулирование простых видов коммуникативной речи; - преодоление расстройств речевого программирования; - преодоление расстройств грамматического структурирования; - стимулирование письменной речи.
<i>Стадия расстройств средней степени</i>	- восстановление коммуникативной фразовой речи; - преодоление персевераций в самостоятельном устном и

	письменном высказывании.
<i>Стадия расстройств легкой степени</i>	- восстановление спонтанной коммуникативной фразовой речи.
Сенсорная афазия	
<i>Стадия грубых расстройств</i>	- накопление обиходного пассивного словаря; - стимуляция понимания ситуативной фразовой речи; - подготовка к восстановлению письменной речи.
<i>Стадия расстройств средней степени</i>	- восстановление фонематического слуха; - восстановление понимания значения слова; - преодоление расстройств устной речи; - восстановление письменной речи.
<i>Стадия легких расстройств</i>	- восстановление понимания развернутой речи; - дальнейшая работа по восстановлению смысловой структуры слова; - коррекция устной речи; - дальнейшее восстановление чтения и письма.
Акустико-мнестическая афазия	
<i>Стадия расстройств средней и легкой степени</i>	- расширение рамок слухового восприятия; - преодоление слабости слухо-речевых следов; - преодоление трудностей называния. - организация развернутого высказывания.
Семантическая афазия	
<i>Стадия расстройств средней и легкой степени</i>	- преодоление пространственной апрактогнозии; - восстановление способности понимания слов с пространственным значением; - конструирование сложноподчиненных предложений; - восстановление способности понимания логико-грамматических ситуаций; - работа над развернутым высказыванием.

Программы логопедической работы при дизартрии

В остром периоде инсульта и черепно-мозговой травмы чаще применяется классификация дизартрических расстройств с учетом локализации очага поражения (Таблица 3)

Таблица 3

<p>Бульбарная дизартрия</p>	<ul style="list-style-type: none"> - формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи; - преодоление гипотонуса в мимической и артикуляционной мускулатуре; - развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата; - нормализация речевого дыхания; - нормализация фонетической окраски звуков; - восстановление мелодико-интонационной стороны речи; - развитие контроля над произносительной стороной речи.
<p>Псевдобульбарная дизартрия</p>	<ul style="list-style-type: none"> - формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи; - преодоление гипертонуса в мимической и артикуляционной мускулатуре; - развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата; - нормализация речевого дыхания; - нормализация фонетической окраски звуков; - восстановление мелодико-интонационной стороны речи; - развитие контроля над произносительной стороной речи.
<p>Подкорковая / экстрапирамидная дизартрия</p>	<ul style="list-style-type: none"> - формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи; - снижение степени проявления синдрома ригидности в мышцах речевой моторики; - формирование синхронной деятельности отделов дыхания, голосообразования, звукопроизношения; - развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата; - нормализация речевого дыхания; - нормализация фонетической окраски звуков; - восстановление мелодико-интонационной стороны речи; - развитие контроля над произносительной стороной речи.

Мозжечковая дизартрия	<ul style="list-style-type: none"> - формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи; - формирование синхронной деятельности отделов дыхания, голосообразования, звукопроизношения; - развитие подвижности мышц речевого аппарата; - нормализация речевого дыхания; - нормализация фонетической окраски звуков; - восстановление мелодико-интонационной стороны речи; - развитие контроля над произносительной стороной речи.
----------------------------------	--

Работу по преодолению этих расстройств нужно вести под контролем логопеда. Каждое занятие обычно начинается с массажа. Как показывает практика, его применение сокращает сроки речевой работы в несколько раз. Массаж улучшает кровообращение и обменные процессы в тканях, нормализует тонус мышц, координирует их движения, оказывает благоприятное воздействие на нервную систему.

План работы по преодолению афазии

Акустико гностическая афазия

Занятие	Задача	
1	Накопление обиходного пассивного словаря	Показ картинок с изображением предметов по их названиям Ответы на вопросы утвердительные или отрицательные Раскладывание подписей к предметам
2		С изображением действий Выполнение простых действий Раскладывание подписей к простым, сложным картинкам
3		По категориям (посуда, одежда) Выполнение действий с предметами
4		По категориям (обувь, бытовая техника) Ответы на вопросы словами «да», «нет» Чтение слов
5		(Инструменты, продукты) Выполнение простых устных инструкций
6		(Овощи, фрукты) Повторение сложных речевых инструкций Письмо букв, слогов по памяти
7		(Профессии) Выполнение речевых инструкций с закреплением темы «части тела»
8		Мебель Улавливание смысловых искажений в деформированных по смыслу фразах
9		Животные (дикие, домашние) Работа с коротким текстом и выбор соответствующей картинки Сопряженное чтение слов
10		Насекомые Сопряженное чтение фраз со зрительной опорой

11		Показ частей тела на картинках Выработка связи «фонема-графема» по заданной букве
12		Показ частей тела на собственном теле Выработка связи «фонема-графема» по заданной букве
13		Выбор правильного названия тела Выработка связи «фонема-графема» по заданному слогу
14		Выбор названия по классификациям Письмо букв и слогов под диктовку
15		Выбор действия Самостоятельное чтение слов со зрительной опорой
16		Выбор названия на объеме речевого материала Работа над звуко- буквенным анализом состава слова с внешними опорами
17		Выбор действий на объеме речевого материала
18		Выбор конфликтных обозначений с опорой на картинку
19		Выбор действий Постепенное свертывание внешних опор
20		Закреплении пассивного словаря по речевому материалу

Динамическая афазия (стадия выраженных расстройств)

	Занятие	
1. Повышение уровня обей активности логопата, преодоление речевой инактивности, организация внимания.	1	Выполнение различных видов неречевой деятельности – лото.
	2	Рисование
	3	Конструирование
	4	Оценка искаженных изображений, слов, фраз
	5	Ситуативный, эмоционально значимый

		диалог
	6	Прослушивание сюжетных текстов и ответы на вопросы по ним в форме жестов или словами «да», «нет».
2. Стимулирование простых видов коммуникативной речи	7	Автоматизация в речи коммуникативно значимых слов «да», «нет», «могу», «хочу», «буду», «надо»
	8	Автоматизация штампов коммуникативной побудительной и вопросительной речи «да», «иди», «иди сюда» и т.д.
3. Преодоление расстройств в речевого программирования	9	Стимулирование ответов на вопросы
	10	Стимулирование ответов на вопросы с постепенным уменьшением в ответах числа слов, заимствованных из вопроса.
	11	Конструирование фраз с опорой на фишки.
	12	Конструирование фраз с опорой на сложную картинку.
	13	Выполнение простых грамматических трансформаций с изменением слов во фразах.
	14	Раскладывание серий последовательных картинок соответствующих сюжету.
4. Преодоление расстройств грамматического структурирования	15	Преодоление аграмматизма на уровне синтаксической схемы фразы: субъект + предикат
	16	Преодоление аграмматизма на уровне синтаксической схемы фразы: субъект + предикат объект
	17	Улавливание грамматических искажений: селективных предложных и т.д.
	18	Составление фраз по сюжетной картинке.
5. Стимулирование письменной речи	19	Раскладывание подписей под картинками

	20	Чтение идеограммных слов и фраз
--	----	---------------------------------

Акустико мнестическая афазия

Задачи	Занятие	Методы и приемы
1. Расширение рамок слухового восприятия	1	Показ предметов реальных и на картинках по называнию
	2	Показ предметов реальных и на картинках парами, тройками.
	3	Показ частей тела по тому же принципу.
	4	Закрепление речевого материала по теме: части тела
	5	Выполнение двух, трех звеньевых устных инструкций
	6	Ответы на развернутые вопросы
	7	Ответы на развернутые вопросы усложненные по синтаксической структуре
	8	Прослушивание текстов состоящих из нескольких предложений и ответы на вопросы по содержанию текстов .
	9	Письмо под диктовку.
	10	Письмо под диктовку с постепенным наращиванием фраз.
	11	Чтение с последующем воспроизведением по памяти предложений
2. Преодоление слабости слухо - речевых следов	12	Повторение по памяти букв, слов, фраз.
	13	Повторение по памяти с увеличением промежутка времени между чтением и воспроизведением.
	14	Повторный показ предметов и картинок, через минуту после первого предъявления.
	15	Составление устных предложений по опорным словам воспринимаемым зрительно.
3. Преодоление трудностей называния	16	Анализ зрительных изображений и использование метода срисовывания.
	17	Смысловое обыгрывание в контекстах

		различного типа слов, обозначающие предметы, действия, и признаки предмета
	18-19	Классификация слов с нахождением обобщающего слова: посуда, мебель, овощи, фрукты и т.д.
	20	Упр по толкованию слов с конкретным, абстрактным и переносным значением.

Семантическая афазия

Задачи	Занятие	Методы и приемы	
Преодоление пространственной опрактогназии	1	Схематическое изображение пространственных взаимоотношений, предметов.	
	2	Изображение плана - пути	
	3	Изображение плана комнаты	
	4	Конструирование по образцу	
	5	Конструирование по словесному заданию	
	6	Работа с географической картой	
	7	Работа с часами	
Восстановление способности понимание слов с пространственным значением	8	Тема «предлоги»	
	9	Тема «наречия»	
	10	Тема «глаголы с приставками» (движения)	
	11	Работа с наглядным изображением простых пространственных ситуаций	
	12	Заполнение пропущенных «пространственных» элементов во фразе	
	13	Составление фраз со словами, имеющими пространственное значение	
	Конструирование сложноподчиненных предложений	14	Уточнение значений подчиненных союзов
		15	Заполнение пропущенных главных и

		придаточных предложений
	16	Составление предложений с заданными союзами
Восстановление способности понимания логико-грамматических конструкций	17	Картинные изображения сюжета, конструкции
	18-19	Введение дополнительных слов, обеспечивающих смысловую избыточность («отец моего брата – и т.д»)
	20	Введение логико - грамматических конструкций в развернутый смысловой контекст.

Моторная афферентная афазия

Задачи	Занятие	Методы и приемы
Преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой речи	1	Показ картинных и реальных изображений предметов и простых действий
	2	Классификация слов по темам (одежда) с опорой на предметную картинку.
	3	Ответы утвердительным или отрицательным жестом на простые ситуативные вопросы
Растормаживание произносительной стороны речи	4	Сопряженное произнесение автоматизированных речевых рядов, поиск, пение песен.
	5	Сопряженное, отраженное произнесение
	6	Самостоятельное произнесение
	7	Окачивание пословиц и фраз с «жестким контекстом»
	8	Сопряженное простых слов и фраз
	9	Обращенное простых слов и фраз
	10	«Затормаживание» речевого эмбола, путем введения его в слова.

План работы по преодолению дизартрии

Спастика-паретическая дизартрия

Занятие	Содержание	Время
1	Формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи.	30
2-3	Снижение степени проявления спастического пареза в мышцах речевой моторики: <ul style="list-style-type: none">- борьба со слюнотечением;- нормализация мышечного тонуса с использованием приемов массажа, пассивной и активной артикуляционной гимнастики.	30
4-5	Развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата; <ul style="list-style-type: none">- уточнение схем произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений;- развитие скорости переключений произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений;	30
6	<ul style="list-style-type: none">- развитие работоспособности мышц артикуляционного аппарата;- выработка плавных переключений оральных, мимических, артикуляционных движений.	30
7-8	Нормализация речевого выдоха: <ul style="list-style-type: none">- развитие глубины физиологического вдоха, длительности физиологического выдоха, используя статические упражнения и динамическую гимнастику;	30
9-10	Нормализация речевого выдоха: <ul style="list-style-type: none">- развитие продолжительности речевого активного выдоха;- развитие работоспособности мышц отдела дыхания.	30

11-12	<p>Нормализация фонетической окраски звуков:</p> <ul style="list-style-type: none"> - уточнение артикуляции искаженных звуков; - закрепление четкой реализации звуков всех групп изолированно и в речевом потоке. 	30
13-14	<p>Восстановление мелодико-интонационной стороны речи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - развитие силы голоса; - развитие звонкости голоса; - развитие плавных звуко-высотных переходов; 	30
15-16	<p>Восстановление мелодико-интонационной стороны речи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нормализация темпа, ритма речи; - развитие работоспособности мышц голосового отдела; - узнавание и воспроизведение ритмико-мелодических фрагментов; 	30
17-18	<ul style="list-style-type: none"> - формирование интонационного рисунка фразы по образцу, по заданию, самостоятельно. 	30
19-20	<p>Развитие контроля за произносительной стороной речи.</p>	30

Атаксическая дизартрия

Занятие	Содержание	Время
1	Формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи.	30
2-3	Развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата: - уточнение схем произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений;	30
4-5	- выработка плавных переключений оральных, мимических, артикуляционных движений	30
6	Нормализация фонетической окраски звуков: - уточнение артикуляции искаженных звуков;	30
7-8	- закрепление четкой реализации звуков всех групп изолированно и в речевом потоке.	30
9-10	Восстановление мелодико-интонационной стороны речи: - развитие плавных звуко-высотных переходов; - преодоление скандированности в речевом высказывании	30
11-12	- нормализация темпа речи;	30
13-14	- формирование интонационного рисунка фразы по образцу, по заданию, самостоятельно.	30
15-16	Автоматизация полученных навыков в словах,, словосочетаниях.	30
17-18	Автоматизация полученных навыков в предложениях, текстах.	30
19-20	Развитие контроля за произносительной стороной речи.	30

Гиперкинетическая дизартрия.

Занятие	Содержание	Время
1	Формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи.	30
2-3	Снижение степени проявления гиперкинезов в мышцах речевой моторики: - снижение проявления гиперкинезов при включении в произвольную деятельность, используя схему психологического воздействия;	30
4-5	Формирование синхронной деятельности отделов дыхания, голосообразования, звукопроизношения.	30
6	Развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата: - уточнение схем произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений; - развитие амплитуды произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений;	30
7-8	- развитие скорости переключений произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений;	30
9-10	- развитие работоспособности мышц артикуляционного аппарата - уменьшение количества синкинезий в мышцах различных групп.	30
11-12	Нормализация речевого дыхания: - развитие продолжительности речевого выдоха; - формирование навыка управления дыханием в процессе речевой деятельности;	30
13-14	- снижение интенсивности проявления гиперкинезов во время речевого выдоха.	30
15-16	Восстановление мелодико-интонационной стороны	30

	<p>речи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - развитие навыка управления голосом в процессе речевой деятельности; - развитие устойчивого звучания голоса по силе и звонкости; - развитие плавных звуко-высотных переходов; 	
17-18	<ul style="list-style-type: none"> - расширение диапазона модуляций; - формирование интонационного рисунка фразы по образцу, по заданию, самостоятельно; - нормализация темпа речи. 	30
19-20	Развитие контроля за произносительной стороной речи.	30

Атактико-гиперкинетическая дизартрия

Занятие	Содержание	Время
1	Формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи.	30
2-3	Снижение степени проявления гиперкинезов в мышцах речевой моторики: <ul style="list-style-type: none"> - снижение проявления гиперкинезов при включении в произвольную деятельность, используя схему психологического воздействия; 	30
4-5	Формирование синхронной деятельности отделов дыхания, голосообразования, звукопроизношения.	30
6	Развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата: <ul style="list-style-type: none"> - уточнение схем произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений; - развитие амплитуды произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений; 	30
7-8	<ul style="list-style-type: none"> - развитие скорости переключений произвольных оральных, мимических, 	30

	<p>артикуляционных движений</p> <ul style="list-style-type: none"> - развитие работоспособности мышц артикуляционного аппарата 	
9-10	<ul style="list-style-type: none"> - уменьшение количества синкинезий в мышцах различных групп. - Выработка плавных переключений оральных, мимических, артикуляционных движений 	30
11-12	<p>Нормализация речевого дыхания:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формирование навыка управления дыханием в процессе речевой деятельности; - снижение интенсивности проявления гиперкинезов во время речевого выдоха 	30
13-14	<p>Нормализация фонетической окраски звуков:</p> <ul style="list-style-type: none"> - уточнение артикуляции искаженных звуков; - закрепление четкой реализации звуков всех групп изолированно и в речевом потоке 	30
15-16	<p>Восстановление мелодико-интонационной стороны речи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формирование интонационного рисунка фразы по образцу, по заданию, самостоятельно; - развитие устойчивого звучания голоса по силе и звонкости; 	30
17-18	<ul style="list-style-type: none"> - развитие навыка управления голосом в процессе речевой деятельности; расширение диапазона модуляций развитие плавных звуко-высотных переходов; преодоление скандированности в речевом высказывании; нормализация темпа речи. 	30
19-20	<p>Развитие контроля за произносительной стороной речи.</p>	30

Спастико-атактическая дизартрия

Занятие	Содержание	Время
1	Формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи.	30
2-3	Снижение степени проявления спастического пареза в мышцах речевой моторики: - борьба со слюнотечением;	30
4-5	- нормализация мышечного тонуса с использованием приемов массажа, пассивной и активной артикуляционной гимнастики	30
6	Развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата; - уточнение схем произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений;	30
7-8	- развитие амплитуды произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений; - развитие скорости переключений произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений;	30
9-10	Нормализация речевого выдоха: - развитие глубины физиологического вдоха, длительности физиологического выдоха, используя статические упражнения и динамическую гимнастику; - развитие работоспособности мышц артикуляционного аппарата.	30
11-12	- развитие продолжительности речевого активного выдоха; развитие работоспособности мышц отдела дыхания.	30
13-14	Восстановление мелодико-интонационной стороны речи: - развитие силы голоса; - развитие звонкости голоса; - развитие плавных звуко-высотных переходов;	30

15-16	<ul style="list-style-type: none"> - нормализация темпа, ритма речи; - развитие работоспособности мышц голосового отдела; - узнавание и воспроизведение ритмико-мелодических фрагментов; 	30
17-18	<ul style="list-style-type: none"> - формирование интонационного рисунка фразы по образцу, по заданию, самостоятельно. 	30
19-20	Развитие контроля за произносительной стороной речи.	30

Ригидная дизартрия

Занятие	Содержание	Время
1	Формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи	30
2-3	Снижение степени проявления синдрома ригидности в мышцах речевой моторики: <ul style="list-style-type: none"> - снижение поздних реакций мышечного тонуса при включении в произвольное движение, приемы психологического воздействия, приемы массажа. 	30
4-5	Развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата; <ul style="list-style-type: none"> - уточнение схем произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений; - уменьшение количества синкинезий в мышцах различных групп; 	30
6	<ul style="list-style-type: none"> - фиксация произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений; - развитие амплитуды произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений; 	30
7-8	выработка плавных переключений оральных,	30

	мимических, артикуляционных движений	
9-10	<p>Нормализация речевого выдоха:</p> <ul style="list-style-type: none"> - развитие глубины физиологического вдоха, длительности физиологического выдоха, используя статические упражнения и динамическую гимнастику; 	30
11-12	<ul style="list-style-type: none"> - развитие продолжительности речевого активного выдоха; - развитие работоспособности мышц отдела дыхания. - формирование навыка управления дыханием в процессе речевой деятельности; 	30
13-14	<p>Нормализация фонетической окраски звуков:</p> <ul style="list-style-type: none"> - развитие полноты гласных звуков; - уточнение артикуляции искаженных звуков; 	30
15-16	<ul style="list-style-type: none"> - закрепление четкой реализации звуков всех групп изолированно и в речевом потоке. <p>Восстановление мелодико-интонационной стороны речи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - снижение напряженности в голосе; - развитие навыка управления голосом в процессе речевой деятельности; - развитие плавных звуко-высотных переходов; 	30
17-18	<ul style="list-style-type: none"> - нормализация темпа, ритма речи; - развитие работоспособности мышц голосового отдела; - узнавание и воспроизведение ритмико-мелодических фрагментов; - формирование интонационного рисунка фразы по образцу, по заданию, самостоятельно. 	30
19-20	Развитие контроля за произносительной стороной речи.	30

Занятие	Содержание	Время
1	Формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи.	30
2-3	Снижение степени проявления спастического пареза в мышцах речевой моторики: - борьба со слюнотечением;	30
4-5	- нормализация мышечного тонуса с использованием приемов массажа, пассивной и активной; - артикуляционной гимнастики	30
6	Снижение степени проявления гиперкинезов в мышцах речевой моторики: при включение в произвольную деятельность, используя схему психологического воздействия;	30
7-8	Формирование синхронной деятельности отделов дыхания, голосообразования, звукопроизношения.	30
9-10	Развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата: - уточнение схем произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений;	30
11-12	- развитие амплитуды произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений; - развитие скорости переключений произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений - развитие работоспособности мышц артикуляционного аппарата - уменьшение количества синкинезий в мышцах различных групп.	30
13-14	Нормализация речевого выдоха: - развитие глубины физиологического вдоха, длительности физиологического выдоха, используя статические упражнения и динамическую гимнастику; - развитие продолжительности речевого	30

	<p>активного выдоха;</p> <ul style="list-style-type: none"> - развитие работоспособности мышц отдела дыхания. - формирование навыка управления дыханием в процессе речевой деятельности; - снижение проявления гиперкинезов во время речевого выдоха. - 	
15-16	<p>Нормализация фонетической окраски звуков:</p> <ul style="list-style-type: none"> - развитие полноты гласных звуков; - уточнение артикуляции искаженных звуков; - закрепление четкой реализации звуков всех групп изолированно и в речевом потоке. 	30
17-18	<p>Восстановление мелодико-интонационной стороны речи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - развитие силы голоса; - развитие звонкости голоса; - развитие навыка управления голосом в процессе речевой деятельности; - развитие устойчивого звучания голоса по силе и звонкости; - расширение диапазона модуляций; - нормализация темпа, ритма речи; - развитие работоспособности мышц голосового отдела; - узнавание и воспроизведение ритмико-мелодических фрагментов; - формирование интонационного рисунка фразы по образцу, по заданию, самостоятельно; - развитие плавных звуко-высотных переходов. 	30
19-20	<p>Развитие контроля за произносительной стороной речи.</p>	30

Спастика-атактико-гиперкинетическая дизартрия

Занятие	Содержание	Время
1	Формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи	30

2-3	<p>Снижение степени проявления спастического пареза в мышцах речевой моторики:</p> <ul style="list-style-type: none"> - борьба со слюнотечением; - нормализация мышечного тонуса с использованием приемов массажа, пассивной и активной артикуляционной гимнастики. 	30
4-5	<p>Снижение степени проявления гиперкинезов в мышцах речевой моторики:</p> <ul style="list-style-type: none"> - снижение проявления гиперкинезов при включении в произвольную деятельность, используя схему психологического воздействия; 	30
6	<p>Формирование синхронной деятельности отделов дыхания, голосообразования, звукопроизношения.</p>	30
7-8	<p>Развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата:</p> <ul style="list-style-type: none"> - уточнение схем произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений; - развитие амплитуды произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений; - развитие скорости переключений произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений 	30
9-10	<ul style="list-style-type: none"> - развитие работоспособности мышц артикуляционного аппарата - уменьшение количества синкинезий в мышцах различных групп 	30
11-12	<p>Нормализация речевого выдоха:</p> <ul style="list-style-type: none"> - развитие глубины физиологического вдоха, длительности физиологического выдоха, используя статические упражнения и динамическую гимнастику; - развитие продолжительности речевого активного выдоха; - развитие работоспособности мышц отдела дыхания. - формирование навыка управления дыханием в процессе речевой деятельности; - снижение проявления гиперкинезов во время речевого выдоха. 	30

13-14	<p>Нормализация фонетической окраски звуков:</p> <ul style="list-style-type: none"> - уточнение артикуляции искаженных звуков; - закрепление четкой реализации звуков всех групп изолированно и в речевом потоке. - 	30
15-16	<p>Восстановление мелодико-интонационной стороны речи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - развитие силы голоса; - развитие звонкости голоса; - развитие навыка управления голосом в процессе речевой деятельности; - развитие устойчивого звучания голоса по силе и звонкости; - 	30
17-18	<ul style="list-style-type: none"> - расширение диапазона модуляций; - нормализация темпа, ритма речи; - развитие работоспособности мышц голосового отдела; - узнавание и воспроизведение ритмико-мелодических фрагментов; 	30
19-20	<ul style="list-style-type: none"> - формирование интонационного рисунка фразы по образцу, по заданию, самостоятельно; - развитие плавных звуко-высотных переходов. <p>Развитие контроля за произносительной стороной речи.</p>	30

Спаستико-ригидная дизартрия

Занятие	Содержание	Время
1	Формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи.	30
2-3	<p>Снижение степени проявления спастического пареза в мышцах речевой моторики:</p> <p>борьба со слюнотечением:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нормализация мышечного тонуса с использованием приемов массажа, пассивной и активной артикуляционной гимнастики 	30
4-5	Снижение степени проявления синдрома ригидности	30

	<p>в мышцах речевой моторики:</p> <ul style="list-style-type: none"> - снижение поздних реакций мышечного тонуса при включении в произвольное движение, используя приемы психологического воздействия, приемы массаж 	
6	Формирование синхронной деятельности отделов дыхания, голосообразования, звукопроизношения.	30
7-8	<p>Развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата:</p> <ul style="list-style-type: none"> - уточнение схем произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений; - развитие амплитуды произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений; 	30
9-10	<ul style="list-style-type: none"> - развитие скорости переключений произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений - развитие работоспособности мышц артикуляционного аппарата; - уменьшение количества синкинезий в мышцах различных групп; - фиксация произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений; 	30
11-12	<ul style="list-style-type: none"> - выработка плавных переключений оральных, мимических, артикуляционных движений; - развитие работоспособности мышц артикуляционного аппарата; <p>выработка плавных переключений оральных, мимических, артикуляционных движений</p>	30
13-14	<p>Нормализация речевого выдоха:</p> <ul style="list-style-type: none"> - развитие глубины физиологического вдоха, длительности физиологического выдоха, используя статические упражнения и динамическую гимнастику; - развитие продолжительности речевого активного выдоха; - развитие работоспособности мышц отдела дыхания; 	30

	<ul style="list-style-type: none"> - формирование навыка управления дыханием в процессе речевой деятельности; - 	
15-16	<p>Нормализация фонетической окраски звуков:</p> <ul style="list-style-type: none"> - развитие полноты гласных звуков; - уточнение артикуляции искаженных звуков; - закрепление четкой реализации звуков всех групп изолированно и в речевом потоке. 	30
17-18	<p>Восстановление мелодико-интонационной стороны речи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - развитие силы голоса; - развитие звонкости голоса; - развитие диапазона звуко-высотных переходов. - снижение напряженности в голосе; - развитие навыка управления голосом в процессе речевой деятельности; - развитие плавных звуко-высотных переходов; - нормализация темпа, ритма речи; - развитие работоспособности мышц голосового отдела; - 	30
19-20	<ul style="list-style-type: none"> - узнавание и воспроизведение ритмико-мелодических фрагментов; - формирование интонационного рисунка фразы по образцу, по заданию, самостоятельно. <p>Развитие контроля за произносительной стороной речи.</p>	30

5. Планируемые результаты коррекционного обучения

Оценка динамики состояния нарушенных функций 1 раз в 5 - 7 дней посредством скрининговых тестов, анализа продуктивной деятельности индивидуума (речевой, рисуночной, графической и т.д.);

Мониторинг результативности восстановления функций речи, голоса и глотания, с целью оценки качества проведенного обучения.

Динамика восстановления речевой функции зависит как от формы афазии, нейродинамических факторов работы мозга в целом, интеллектуально-характерологических особенностей больного, так и от организации восстановительного обучения: контакт с больным, дозировка логопедической нагрузки, адекватность логопедических приемов работы и т.д. Кроме того, имеет значение этап заболевания. В настоящих методических рекомендациях приведены описания типовых результатов восстановления речевой функции у больных с разными формами афазии на трех этапах восстановительного обучения.

АФФЕРЕНТНАЯ МОТОРНАЯ АФАЗИЯ

Результаты первого этапа обучения

В результате работы, как правило, удается затормозить речевой эмбол, если он имел место. Появляются адекватные ситуации, высокоавтоматизированные слова, элементы автоматизированной речи: сопряженный счет с грубыми звуковыми искажениями, но с воспроизведением абрисов отдельных слов. То же происходит при перечислении дней недели, договаривании пословиц, пения песен со словами. Становится возможным воспроизведение не только сопряженно, но и отраженно отдельных слов. Облегчающим моментом является возможность визуальной опоры на артикуляторный рисунок слова. В диалогической речи появляются односложные ответы.

Самостоятельное название становится возможным лишь в отношении обиходных предметов и действий.

Значительно возрастают возможности понимания речи. Больные начинают понимать не только ситуативную, но и внеситуативную речь. Практически исчезает отчуждение смысла слова.

Положительные изменения выявляются в письменной речи: расширяются возможности глобального чтения, появляются элементы аналитического чтения и письма, хотя и на самом элементарном уровне (заполнение в словах пропущенных букв). Отмечается восстановление разрушенной ранее связи «артикулема — графема». Гораздо легче осуществляется письмо слов «по памяти» и отработанных слов под диктовку.

В орально-артикуляторном праксисе отмечается уменьшение выразительности поиска позы, особенно при ее имитации. Отдельные звуки

повторяются не только по визуальному образцу, но и «по слуху» (при экранировании губ). Появляются символические движения.

Несмотря на эти успехи в состоянии речевой функции остаются выраженные специфические расстройства. Спонтанная речь (коммуникативная) резко ограничена, состоит в основном из отдельных слов и очень простых автоматизированных фраз. Произносительная сторона речи также существенным образом изменена: имеют место стандартные литеральные парафазии, искажения в звукопроизношении (нечеткость, смазанность артикулирования, поиски артикулем и т.д.). Резко ограничен активный словарь и возможности конструирования фразы. Те же особенности и в письменной речи.

Повышается активность, целенаправленность действий больных. Отмечается адекватность во всех реакциях на предъявляемые задания.

Необходимо продолжение восстановительного обучения.

Результаты второго этапа обучения

Отмечается дальнейший регресс речевых расстройств. Увеличивается активный словарь больных. Появляется возможность конструирования собственной фразы, а не только использование фраз, усвоенных на занятии. Реже выявляются аграмматизмы согласования, что свидетельствует об оживлении чувства языка.

Несколько расширяются произносительные возможности: звуки становятся менее искаженными, литеральные парафазии — более стандартными и постоянными. Больным становится доступно произнесение сложных по слоговой и звуковой структуре слов — как в спонтанной, так и в повторной речи. Сглаживаются расстройства орально-артикуляторного праксиса.

В письменной речи — положительные изменения, отражающие возросшие возможности устной речи, а также восстановление способности к звуко-буквенному анализу состава слова: больные в состоянии выделить, произнести и написать 1-й звук. Определить, правда, с посторонней помощью, количество и качество остальных звуков. Существенно продвигается и чтение.

В счетных операциях больных практически исчезают ошибки, если не ограничивать время выполнения задания.

Вместе с тем следует отметить, что спонтанная речь больных остается обедненной, недостаточно восстанавливается смысловая структура малочастотных слов; остаются определенные трудности грамматического структурирования.

Выражены также изменения произносительной стороны речи. Больные не всегда находят нужный артикуляционный уклад, особенно в сложных по звуковой структуре словах. В результате того, что артикуляторный поиск в достаточной мере свернут, произносительные затруднения проявляются часто в виде пауз, существенно замедляющих темп речи.

В письменной речи — литеральные парафазии, пропуски букв, отражающие состояние произносительной стороны речи, а также

определенную недостаточность в области звуко-буквенного анализа. Первично же нарушение связи «артикулема — графема» на этом этапе, как правило, удается практически преодолеть, хотя акт письма продолжает сопровождаться усиленным проговариванием.

Среди остающихся расстройств наиболее существенными являются:

1) ограничения в сфере речевой коммуникации вследствие некоторого словарного дефицита и невозможности оперативного конструирования фразы;

2) нарушения произносительной стороны речи, приводящие к искажениям как отдельных артикулов (в сложных условиях), так и звуковой структуры слова (сложные по звуковой структуре и не отработанные на занятиях слова);

3) литеральные и реже вербальные парафазии в письме. Больные нуждаются в продолжении восстановительного обучения.

Результаты третьего этапа обучения

В результате направленного обучения у больных отмечается практическое восстановление речевой функции. Появляются возможности пересказа сюжетных текстов. Аграмматизмы на этом этапе единичны. Произносительные трудности сведены до минимума. Больные в состоянии составлять рассказ на заданную тему, справляются с классификацией слов, с нахождением обобщающего слова и образованием смысловых аналогий. В письменной речи — также значительные улучшения: больные пишут достаточно развернутые изложения, сочинения на заданную тему. Чтение — практически без затруднений.

Остаточные явления нарушения речевой функции проявляются лишь в замедлении темпа устной и письменной речи. Иногда имеются трудности подбора нужного слова (в развернутом высказывании), отдельные ошибки при письме слов и редкие аграмматизмы согласования при употреблении синтаксически сложных речевых конструкций.

По состоянию речевой функции больные *пригодны к труду, не связанному с лингвистической деятельностью.*

ЭФФЕРЕНТНАЯ МОТОРНАЯ АФАЗИЯ

Результаты первого этапа обучения

Больные становятся более внимательными, укрепляется установка на занятия и уверенность в их положительном результате.

В спонтанной речи расширяется словарь. Особенно важно отметить, что появляются обиходные глаголы. Параллельно удается сформировать и частично ввести в речь фразу простой синтаксической модели, в основном в диалогической речи (ситуативной).

В произносительной сфере появляется возможность простых артикуляторных переключений на уровне слога, слова, простого по звуковой структуре. Появляется ощущение абриса трехсложных слов с открытыми слогами: больные могут передавать голосом ритм слова, отстукиванием рукой слогов.

В автоматизированной и повторной речи уменьшается число артикуляторных трудностей (при договаривании пословиц, поговорок и т.д., повторении дву- и трехсложных слов).

Появляется возможность составления простой фразы по сюжетной картинке с использованием усвоенных слов и опорой на «фишки». Уменьшаются трудности понимания, связанные с персевера-торными застреваниями на отдельных фрагментах воспринимаемого текста. Вместе с тем отмечается оживление чувства языка в отношении его грамматических норм, что способствует расширению возможностей грамматического декодирования.

Восстановление чтения характеризуется появлением навыка слияния звуков в слоги, а слогов— в простые слова. Дальнейшему восстановлению чтения препятствуют произносительные трудности. В письме те же результаты. Появляется письмо под диктовку слогов и простых слов. При этом больные пишут их не по памяти, а производя специальный звуко-буквенный анализ слова. Справляются они и с заполнением пропущенных букв в простых словах. Однако при этом имеет место выраженный артикуляторный поиск, связанный с необходимостью перехода от одного фрагмента слова к другому.

Несмотря на полученные положительные результаты, глобальные персеверации и трудности артикуляторных переключений остаются. Больные, как правило, не справляются с произнесением слов, не отработанных на занятиях. Имеется значительный словарный дефицит, особенно глагольный. Имеют место также трудности понимания сложно построенной речи. Логопедическая работа должна быть продолжена.

Результаты второго этапа обучения

Наблюдается дальнейшее повышение речевой активности. В коммуникативной речи появляются фразы, адекватные ситуации, а следовательно, несколько сглаживается картина аграмматизма типа «телеграфного стиля». Возрастает активный словарь.

Отмечаются улучшения и в произносительной сфере. Целый ряд отработанных слов, а также аналогичных им по звуко-ритмической структуре, больные начинают произносить достаточно слитно и «гладко». Богаче становится интонационный рисунок высказывания.

В повторной речи отмечается значительный регресс произносительных расстройств. Более точным становится воспроизведение синтаксической структуры повторяемых фраз. Оживление чувства языка выявляется и в оценке грамматически правильных и деформированных конструкций.

При составлении фразы в диалоге и по сюжетной картинке отмечается дальнейшее «свертывание» внешних опор, необходимых для продуцирования предложения. То же — при пересказе текстов.

Больные читают вслух предложения и даже короткие тексты. Выявляющиеся при этом произносительные трудности соответствуют характеру артикуляционных дефектов в устной речи в целом. Расширяются возможности звуко-буквенного анализа состава слова, а следовательно и

функции письма. Больные пишут под диктовку отработанные слова и простые фразы. При этом возможен самоконтроль и коррекция допущенных ошибок.

Вместе с тем спонтанная речь больных остается недостаточно развернутой. В сложных по звуковой структуре словах еще выявляются трудности произносительного характера, особенно при стечении согласных звуков. Ограничены возможности монологической речи. При пересказе длинных текстов необходимы также внешние опоры. При чтении подобных текстов имеются смысловые персеверации и вследствие этого недостаточное понимание читаемого. Письмо «от себя», особенно в коммуникативных целях, осложнено трудностями конструирования развернутых речевых высказываний. Кроме того, имеются трудности звуко-буквенного анализа состава слова в сложных по слоговой структуре словах.

Логопедические занятия необходимо продолжать.

Результаты третьего этапа обучения

Больные становятся, как правило, достаточно активными в поведении, занимаются охотно. Критичны. Появляются навыки самоконтроля.

В собственной устной речи удается достичь достаточной развернутости. Становится возможной не только диалогическая речь, но и монологическая. Морфологический состав высказывания становится разнообразнее, аграмматизмы реже. В значительной мере сглаживаются персеверации. Эхолалии практически отсутствуют. Становится возможным пересказ текстов, составление рассказов по серии последовательных картинок с минимальным числом внешних опор. Произносительные трудности возникают относительно редко, проявляясь в сложных артикуляторных условиях.

Чтение восстанавливается практически до нормы. В письменной речи также значительные улучшения: больные могут написать письмо, сочинение на заданную тему и т.д.

В письменной речи— аналогичные трудности планирования развернутых текстов и отдельные искажения звуковой структуры слов, вызванные персеверациями.

В целом речь становится достаточно развернутой, однако затрудненной в речедвигательном плане, обедненной по словарному составу и набору синтаксических моделей.

ДИНАМИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ

Результаты первого этапа обучения

Повышается речевая активность больных. Появляются попытки речевого общения с врачом, логопедом, с другими больными. В спонтанной речи выявляются новые слова и короткие фразы. Интонационная картина становится несколько разнообразнее. В диалогической речи появляются развернутые ответы. Эхолалии выявляются реже. Возможны отдельные глагольные номинации. Больные составляют простую фразу модели типа «S

(субъект) + Р (предикат) + О (объект)» по простой сюжетной картинке, пока с подключением внешних опор.

Определенные улучшения отмечаются в сфере понимания речи. Сглаживаются персеверации, реже появляются элементы «полевого поведения».

Расширяются возможности чтения вследствие ослабления персевераций. Больные читают не только отдельные слова, но и короткие фразы.

Появляются навыки контроля при списывании, а также в письме под диктовку, в связи с чем уменьшается число искажений. Больные в общем положительно оценивают свои успехи, однако эмоциональные реакции в этом отношении остаются, как правило, бедными.

Несмотря на эти улучшения речевая активность недостаточна. Собственная речь мало развернута, имеются аграмматизмы, эхολалии. По-прежнему больным недоступны рассказы по серии картинок. Дефекты понимания обычно незначительны и проявляются в тех случаях, когда имеется необходимость концентрации внимания и смысловых переключений. Остается затрудненным чтение текстов, даже коротких. Невозможно, как и раньше, письмо «от себя».

Логопедические занятия следует продолжать.

Результаты второго этапа обучения

Отмечается дальнейшее повышение активности больных. В спонтанной речи появляются собственные фразы (наряду со штампами). Несколько уменьшается количество аграмматизмов. Более разнообразной становится интонация высказывания. У больных преобладает диалогическая речь, однако ответы более развернуты. Расширяется глагольный словарь. Полученные на занятиях речевые навыки используются в коммуникативных целях.

При составлении фраз по сюжетной картинке требуется меньшее, чем ранее, количество внешних опор. Появляется возможность оценки грамматической правильности конструкций рода, числа, падежа, лица глагола.

Становится возможным пересказ текста с уходом от подробного плана. Иногда больные справляются самостоятельно с составлением плана к рассказу. Улучшается понимание читаемого, что связано с уменьшением числа случаев «застревания» на отдельных фрагментах текста.

Отмечаются улучшения и в функции письма. В письме под диктовку сокращается число искажений, связанных с персеверациями, а также недостаточностью в сфере внимания. Появляется письмо «от себя» в основном ситуативного характера. Больные становятся менее отвлекаемыми, повышается работоспособность. В целом в деятельности появляется целенаправленность, критичность к своему состоянию.

Несмотря на это остается выраженной бедность высказывания. Фраза недостаточно развернута. Высказывание не всегда логично построено: имеются пропуски отдельных деталей сюжета, в результате чего появляются смысловые искажения. Несколько ограниченной остается и диалогическая

речь неситуативного характера. Ответы больных нередко стандартны, шаблонны. Имеется некоторый глагольный дефицит.

Фразу по сюжетной картинке больные строят с минимальным количеством внешних опор, а часто и без них. Аграмматизмы согласования редки.

Несколько затруднено понимание прочитанных текстов, если они развернуты и многоплановы по сюжету. Остаются трудности формулирования текста при письме «от себя». Встречаются пропуски букв, отдельные литеральные замены.

Логопедические занятия должны быть продолжены.

Результаты третьего этапа обучения

В результате проведенных занятий обычно удается достичь значительного улучшения речевой функции больного. Спонтанное высказывание становится достаточно развернутым, уменьшается число штампов, обогащается интонационная сторона речи. В значительной мере повышается речевая активность. Больные справляются с задачей речевой коммуникации в обиходном общении.

Из диалогической речи практически исчезают персеверации, даже «на истощении». Больные справляются с рассказом по сюжетной картинке и с пересказом текста, используя при этом даже сложноподчиненные предложения с союзами «хотя», «несмотря на» и т.п. Внешние опоры выступают при этом лишь в виде отдельных вопросов по сюжету текста. Более развернутым становится и письменное высказывание. Больные в состоянии дать письменное изложение рассказа или составить сочинение на заданную тему.

Однако в речевом статусе больного остаются некоторые особенности специфического характера: число стереотипных формулировок, как правило, повышено в сравнении с нормой. Синтаксические модели фраз отличаются некоторым однообразием. Просодический компонент речи остается несколько «пригашенным». В целом высказывание имеет тенденцию к излишнему немногословию, лаконичности; индивидуальное начало в нем не выражено, резко ограничено число модально-оценочных слов, служебных частей речи. Особенно затрудняют больных устные и письменные формулировки, требующие быстрого, «оперативного» подбора слов и способов их сочетания соответственно синтаксическим правилам языка.

Больные критичны к своему состоянию. Правильно оценивают результаты обучения.

СЕНСОРНАЯ АФАЗИЯ

Результаты первого этапа обучения

Расширяется объем понимания речи. Больные в состоянии отвечать на простые ситуативные вопросы, выполнять отдельные устные инструкции. Появляются попытки вслушивания в речь окружающих, что свидетельствует об определенном восстановлении функции слухового внимания. Преодолеваются и первичные расстройства фонематического слуха. Больные

дифференцируют слова с дизъюнктивными фонемами и при этом близкие по ритмико-слоговой структуре (например, «бак» — «рак»).

В собственной устной речи больных остается словесный салат, но возрастает число адекватных слов. Упроченные слова произносятся без грубых искажений звуковой структуры. Появляются некоторые возможности самоконтроля и самокоррекции.

Положительные изменения отмечаются и в состоянии номинативной функции, т.е. имеет место рост активного словаря, особенно предметного, поскольку восстановительное обучение на данном этапе преследует обычно цели накопления слов-названий обиходных предметов. Появляются определенные возможности конструирования простой фразы. При этом больные используют по-прежнему ограниченное число знаменательных слов.

Больные начинают узнавать отдельные буквы, т.е. правильно их указывать, а иногда и прочитывать. Таким образом, отмечается восстановление связи «фонема— графема», что необходимо для дальнейшего восстановления аналитического чтения и письма. Параллельно с этим расширяются возможности глобального чтения и идеограммного письма.

В целом поведение больных становится более ровным, деятельность более целенаправленной.

Несмотря на это остаются значительными дефекты понимания речи, в основном вне ситуативной. Выявляется и отчуждение смысла слова, особенно при предъявлении менее частотных названий.

В спонтанной речи остается логорея, элементы словесного салата. Иногда высказывание носит витиеватый характер, вследствие соединения упроченной в прошлом лексики и фразеологических оборотов с индивидуальными нестандартными парафазиями. Навык самоконтроля недостаточен как в устной, так и в письменной речи. Письмо с частыми вербальными и литеральными парафазиями, пропусками букв.

Необходимо продолжение занятий.

Результаты второго этапа обучения

В большинстве случаев отмечается достаточно полное восстановление понимания ситуативной речи. Появляются определенные возможности понимания внеситуативных вопросов и ряда устных инструкций. Больные реже переспрашивают, в диалоге чувствуют себя более уверенно. В целом отмечается существенный рост возможностей речевой коммуникации. Восстанавливается фонематический слух: больные начинают дифференцировать на слух слова с оппозиционными фонемами (правда, с опорой на картинку). Менее выраженным становится отчуждение смысла слова. Оно остается значимым лишь в отношении малоупотребляемых слов. Появляются возможности улавливания не только смысловых, но и формально-грамматических искажений слов и фраз.

Собственная речь становится значительно «чище». Словесный салат и логорея появляются лишь в виде элементов. Возрастает активный словарь, в том числе предметный. Фраза оформляется более адекватно как логически, так и грамматически и, кроме того — более лаконично (уменьшение

логореи). Реже выявляются паузы, свидетельствующие об укреплении навыка самоконтроля.

Возрастают возможности называния. При этом отмечается увеличение удельного веса предметных номинаций. Составление фразы по сюжетной картинке становится более доступным. Больные приобретают навык составления адекватной фразы, состоящей из заданного количества слов. Информативность фразы возрастает. Тоже при пересказе текста. Особенно важно, что больные, как правило, справляются с передачей основной сюжетной линии рассказа.

Положительные изменения отмечаются и в письменной речи. Чтение с меньшим числом вербальных и литеральных парафазии. Имеющиеся парафазии становятся более стандартными по характеру. Появляются возможности звуко-буквенного анализа состава слова. В письме под диктовку значительно увеличивается число доступных слов и фраз. В коммуникативных целях больные начинают пользоваться письмом «от себя».

В целом отмечается уменьшение истощаемости больного, укрепление функции произвольного внимания, стабилизация эмоциональной сферы.

Остаточные явления афазии представлены следующей симптоматикой: легкая логорея, редкие вербальные и литеральные парафазии, элементы непонимания речи на фоне истощения, а также при увеличении объема воспринимаемого материала. Иногда встречаются отдельные аграмматизмы, ошибки в ударении. Не исчезает полностью и вычурность высказывания, что свидетельствует об определенной бедности лексико-грамматических средств. В письменной речи также остаются отдельные искажения звуковой структуры, аграмматизмы.

Занятия должны быть продолжены.

Результаты третьего этапа обучения

В результате проведенных восстановительных занятий, как правило, отмечаются значительные улучшения в состоянии речевой функции. Больные начинают понимать обращенную к ним речь, за исключением отдельных сложно построенных речевых конструкций. Собственная речь в достаточной степени упорядочена. Фраза без аграмматизмов, логически и стилистически адекватна ситуации высказывания. Лишь в развернутых видах устной и письменной речи отмечаются отдельные литеральные и вербальные замены. Больные достаточно свободно пересказывают текст, пишут изложения и сочинения.

АКУСТИКО-МНЕСТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ

Результаты первого этапа обучения

Отмечается некоторое расширение объема восприятия речи на слух. Больные начинают понимать не только отдельный развернутый вопрос, но и простой сюжетный текст. Становится возможным показ предметов и частей тела не только по отдельным названиям, но и по сериям из 2-3 слов.

Увеличивается активный словарь и в связи с этим уменьшаются трудности, обусловленные элементами амнестической афазии. Более точным

становится представление о смысловой и звуковой структуре слова. В отработываемых словах уменьшается число перестановок, пропусков, литеральных парафазии на основе персевераций, антиципации.

Увеличиваются возможности повторной речи, что непосредственно связано с расширением объема восприятия звучащей речи и укреплением акустических следов. Аналогичные улучшения отмечаются при пересказе текстов и особенно при составлении рассказа по серии последовательных картинок.

Больные начинают понимать прочитываемый текст, в письме под диктовку уменьшается количество ошибок по типу нарушения последовательности звукоряда слова.

Вместе с тем остаются выраженными трудности восприятия на слух развернутой монологической речи. В экспрессивной речи, как правило, имеются поиски малочастотных слов, искажения их звуковой структуры. Те же изменения отмечаются и в письменной речи.

Результаты второго и третьего этапов обучения

Улучшается понимание развернутой монологической речи, в том числе и «по радио». Менее выраженным становится отчуждение смысла слова даже «на объеме». Больные начинают удерживать на слух серии названий из 3-х, 4-х элементов.

Практически восстанавливается словарный состав речи. Лексический дефицит значим на этом этапе лишь в отношении редко употребляемых слов, сложных по смысловой и звуковой структуре. Собственная фраза становится более развернутой. Усложняется ее синтаксическая структура. Встречаются фразы различных синтаксических моделей, в том числе с придаточными предложениями, причастными и деепричастными оборотами.

Больным становится доступным пересказ текста и составление рассказов на заданную тему (количество необходимых внешних опор — картинок, вопросов, пунктов плана — в значительной мере сокращается).

Положительные результаты отмечаются и в письменной речи. Больные свободно пишут под диктовку и «от себя». В связи с этим расширяются коммуникативные возможности письменной речи (письма родственникам, друзьям, ведение дневника и т.д.). Значительно уменьшается число ошибок в письме. Тем не менее остаются выраженными отдельные трудности понимания сложных текстов монологического типа, воспринятых на слух, трудности запоминания номеров телефонов. В экспрессивной речи — редкие затруднения в продуцировании малочастотных слов, а также отдельные искажения звуковой структуры в длинных, сложных по звуковому составу словах. Не в полной мере обычно восстанавливается способность к запоминанию редко используемых имен собственных, номеров телефонов и т.д.

В письменной речи — редкие затруднения, ошибки единичны.

В целом состояние речевой функции, как правило, позволяет считать практически доступными основные виды речевой коммуникации.

СЕМАНТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ

Результаты первого этапа обучения

В спонтанной речи больных возрастает удельный вес предлогов и слов с пространственным значением. Соответственно этому расширяются возможности понимания сложно построенной речи на синтаксическом и морфологическом уровне.

В значительной мере восстанавливаются оптико-пространственные и конструктивные расстройства. Больные не узнают лишь отдельные стилизованные изображения и не справляются с достаточно сложными конструктивными заданиями.

Тем не менее остаются отдельные трудности нахождения нужного слова по типу амнестической афазии и элементы импрессивного аграмматизма в отношении сложных логико-грамматических построений. Аналогичные изменения отмечаются и в функции счета.

Результаты второго и третьего этапов обучения

По окончании курса обучения обычно остаются незначительные элементы импрессивного аграмматизма. Больные не справляются лишь с осмыслением сложных, как правило, трехчленных логико-грамматических конструкций.

В собственной речи практически отсутствуют трудности оперирования служебными и знаменательными словами с пространственным значением. Значительно более разнообразным становится высказывание и в отношении синтаксической структуры составляющих его фраз. Затруднения лексического уровня практически не встречаются.

Неречевые апракто-гностические расстройства не препятствуют адекватному поведению больного в жизни, его окончательной адаптации.

СОГЛАСОВАННО:

Заместитель главного врача
по медицинской работе
ГБУЗ «ООКБ»



А.П. Шатилов

« 20 » февраль 2017