

## **ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ПРИ АФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИИ**

Согласно мировой статистике, в настоящее время отмечается стремительная тенденция к увеличению числа больных с инсультом, а также к их «омоложению». По данным ВОЗ, 30% больных составляют лица трудоспособного возраста. 75-80% больных, перенесших инсульт или получивших тяжелую черепно-мозговую травму, полностью утрачивают профессиональные навыки и трудоспособность. В результате появления речевых и двигательных расстройств больные переводятся на инвалидность I или II группы без права работы. При этом важнейшим фактором при определении степени инвалидности является именно нарушение речи. Коммуникативный дефицит делает пациента более инвалидизированным (Л. С. Цветкова, Ж. Г. Глозман, Н.Г. Калита, М.Ю. Максименко, А.А. Цыганок и др. ).

Эти факты и цифры наглядно показывают, насколько актуальной и масштабной стала проблема оказания данному контингенту больных комплексной специализированной помощи, начиная с самого раннего этапа заболевания, которая охватывает круг вопросов, связанных с лечением больных, максимальным восстановлением или компенсацией утраченных ими двигательных и высших психических функций [1].

Интерес к проблеме афазии и восстановительного обучения с одной стороны базируется на важности её изучения для углубленного представления о законах работы мозга, о связи мозга с речью, с другой стороны - обусловлен ее социальной и практической значимостью в связи с вопросами восстановления полноценной жизнедеятельности данных пациентов.

Идея восстановления речевой и других высших психических функций при очаговых поражениях мозга, в частности при афазии, основана на идее компенсации. Чрезвычайно важное место в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий занимает восстановительное обучение, включающее различные методы логопедической, нейропсихологической, психологической, педагогической и социальной работы [2].

Цель исследования - проанализировать специфику диагностической и коррекционной работы при афазии.

Материалом данного исследования послужили совокупность понятий, данные теоретических выводов, полученные в ходе изучения подходов к коррекционно-восстановительному обучению при различных видах афазии (А. Р. Лурия, Т. Г. Визель, Л. С. Цветова, Т. В. Ахутина, Т. А. Бочкарева, Э. С. Бейн, М. К. Шорох-Троцкая и др.). В исследовании применены общенаучные методы теоретического исследования: индукция, обобщение и сопоставительный научный анализ публикаций по рассматриваемой проблеме, анализ опыта коррекционно-восстановительного обучения при афазии у взрослых, позволившие сформулировать исходные позиции исследования и методические рекомендации по осуществлению диагностической и коррекционной работы при афферентной моторной афазии.

Проведенный анализ содержания диагностической и коррекционно-педагогической работы с лицами с афазией (на базе отделения медицинской реабилитации ГУЗ «Витебский областной клинический центр медицинской реабилитации для инвалидов и ветеранов боевых действий на территории других государств»), показал, что в период с 2022 по 2023 год в указанном учреждении было проведено 150 исследований нарушений речи. По результатам которых было выявлено: 38 пациентов с дизартриями, у 9 лиц речь без особенностей, 3 пациента с нарушениями голоса и 100 пациентов с речевыми нарушениями в виде афазий.

Среди данных пациентов выявлено 19 человек с комплексной афазией, 37 пациентов с афферентной моторной афазией, 28 лиц с эфферентной моторной афазией, 7 человек с акустико-гностической афазией, 5 больных с акустико-мнестической афазией, 3 пациента с динамической афазией, 1 человек с семантической афазией. Таким образом, с наибольшей частотой встречаются афферентная моторная афазия (38%) и эфферентная моторная афазия (28%), достаточно распространенным является вариант комплексной афазии (19% случаев).

Анализ практики коррекционно-восстановительного обучения пациентов с афазией показывает, что осуществление диагностики оказывается наиболее продуктивным при использовании со-

вокупности заданий нескольких методик, включая неспециализированные, и дополнение их различными материалами, обеспечивающими достоверное установление формы и степени афазии [3].

Речь пациентов с афазией оценивается по следующим критериям: - спонтанная и диалогическая речь; - повествовательная (монологическая) речь; - составление рассказа по сюжетной картинке; - наличие аграмматизмов; - отраженная речь; - называние; - произношение речевых звуков; - наличие напряжения в речи, запинания, дезавтоматизация речи; - характеристика темпо-ритмической и просодической сторон речи; - наличие или отсутствие вербальных и литературных парафазий; - уровень понимания ситуативной речи и словесных значений; - отношение к дефекту речи; - чтение глобальное, букв, слов, предложений; - письмо букв, списывание, под диктовку и возможность самостоятельного письма.

Раннее начало коррекционно-восстановительного обучения способствует более полному восстановлению речевой функции у пациентов с афазией и влияет на его темп. По результатам исследований отечественных и зарубежных специалистов, а также собственной коррекционно-педагогической деятельности можно утверждать, что максимальная эффективность данной работы достигается при начале речевой реабилитации в первые 3 месяца, при проведении реабилитационных мероприятий не менее 3 часов каждую неделю в течение 5 месяцев и более. В ряде случаев постепенное улучшение речи продолжается и в сроки более 6 месяцев (вплоть до 2 лет).

Выделяют следующие этапы реабилитации:

- Острый период (до 21 дня).
- Ранний восстановительный период (до 6 месяцев).
- Поздний восстановительный период (от 6 месяцев до 1 года).
- Резидуальный период (более одного года)[4].

На всех этапах речевой реабилитации важнейшее значение имеет эмоциональный фактор. Больные постоянно нуждаются в ободряющих беседах, в формировании положительной мотивации к занятиям, в правильном отношении к себе. Восстановление речи требует времени больше, чем улучшение общего состояния пациента. В течение первых двух лет после инсульта или черепно-мозговой травмы желательно, чтобы больной регулярно занимался как в стационаре (1-2 месяца), так и в поликлинике. Через каждые 2-3 месяца занятий делается небольшой перерыв (1-2 месяца). Общая продолжительность логопедических занятий составляет 2-3 года.

Исходя из полученных в результате анализа психолого-педагогической и специальной литературы (А. Р. Лурия, Т. В. Ахутина, Т. Г. Визель, Л. С. Цветкова, М. К. Шохор-Троцкая, Н. И. Усолицева, Н. Н. Баль, Е. А. Харитоновна, С. П. Хабарова, О. В. Камаева, И. С. Зайцев, В. В. Оппель, В. М. Шкловский, Э. С. Бейн, С. Е. Большакова, О. Д. Ларина, Ю. В. Микадзе, Ж. М. Глозmani др.) и изучения опыта коррекционно-восстановительного обучения пациентов с афазией, данных нами был разработан комплекс коррекционных занятий с лицами с афферентной моторной афазией.

Материалы данных коррекционных занятий могут быть использованы учителем-дефектологом, а также пациентами при выполнении реабилитационных домашних заданий. Технологическая карта индивидуальных коррекционно-восстановительных занятий включает описание актуального состояния речи пациента в соответствии с проведенной диагностикой и включает краткую характеристику: - импрессивной речи, спонтанной речи; - автоматизированной речи; - повторной речи; - называния; - произвольной фразовой речи; - артикуляционного праксиса; - звукопроизношения; - письма; - звуко-буквенного анализа слова; - чтения; - счетных операций и решения задач; - зрительного гнозиса.

Рассмотрим пример программы индивидуальных коррекционно-восстановительных занятий в период госпитализации пациентки Л.В.М. 15.12.1983 г.р. (40 лет). Диагноз: Атеротромботический инфаркт головного мозга в левый каротидный бассейн, с выраженной моторной афазией, умеренным правосторонним гемипарезом, ранний восстановительный период. Заключение учителя-дефектолога: Афферентная моторная афазия тяжелой степени. Данные по Шкале Вассермана – 58 баллов.

При планировании коррекционно-восстановительной работы были поставлены следующие задачи:

- налаживание эмоционального контакта с пациенткой,
- активизация произносительной стороны речи,
- стимулирование речи на слух,
- восстановление чтения и письма.

Учитывались следующие требования:

- доступность выполнения заданий, пациентке предлагались задания, инструкции, наглядный материал в соответствии с ее интересами и возможностями;
- систематичность и последовательность;
- индивидуальный подход: в зависимости от характера и тяжести нарушения речи пациентки, ее психологических особенностей подбирались необходимые методы и формы коррекционной работы;
- прочность: закрепление полученных умений и навыков на занятиях в процессе последующей коррекционной работы;
- непрерывная связь с другими сторонами психического состояния пациентки, восстановление особенностей памяти, внимания, зрительного и слухового восприятия;
- преемственность с другими участниками мультидисциплинарной бригады;
- консультативная деятельность с членами семьи пациентки.

В процессе проведенных коррекционных занятий и на заключительном этапе госпитализации была проведена промежуточная и заключительная диагностики оценки речевого восстановления пациентки, а также эффективности применения коррекционно-восстановительных занятий. По Шкале Вассермана Л.И. у пациентки при поступлении было 58 баллов, в промежутке коррекционно-восстановительного обучения - 54 балла, при выписке - 46 баллов. Таким образом, по оценке степени выраженности речевых нарушений можно отметить положительную динамику в восстановлении речевых функций пациентки (средняя степень афазии - до 40 баллов).

За период коррекционных занятий с данной пациенткой была отмечена следующая положительная динамика:

- расширение объема понимания обращенной фразовой речи;
- улучшение слухового внимания;
- восстановление способности договаривать дни недели, времена года, месяцы, простые предложения и пословицы;
- появление возможности к простым самостоятельным ответам на вопросы;
- самостоятельное называние знакомых предметов и простых действий;
- увеличение словарного запаса по лексическим темам, активизация глагольного словаря, номинативного словаря и признаков предметов;
- улучшение звукопроизносительных возможностей (звуки стали менее искаженными), способности произносить слова и короткие фразы;
- улучшение артикуляторной моторики, увеличение объема и силы артикуляторных поз;
- появление аналитического чтения, чтение отдельных слова и простых предложений;
- обучение письму левой рукой (из-за правостороннего гемипареза).
- списывание с печатного текста слов, вставка букв.

На последующих этапах реабилитации необходимо продолжать работу по закреплению и совершенствованию уже восстановленных речевых умений, а также по преодолению актуальных трудностей пациентки на данном этапе коррекционно-восстановительного обучения: - трудности в осмыслении сложных логико-грамматических конструкций речи; - низкий темп чтения, присутствие артикуляционных замен; - быстрое утомление при использовании письменной речи.

В результате положительной динамики восстановления речевой функции пациентки можно сделать вывод об эффективности проведенной работы, необходимости проведения коррекционно-восстановительного обучения для полного восстановления и возвращения к нормальной жизнедеятельности.

Таким образом, учет полученных данных поможет организовать более эффективную коррекционно-педагогическую работу с лицами с афазией в учреждениях различного типа и в условиях семьи.

Список цитированных источников:

- 1 Сергеева, А.И. Восстановительное обучение при афазии: учебно-методическое пособие / А.И. Сергеева. – Томск: Издательство Томского государственного педагогического университета, 2023. – 82 с.
- 2 Ахутина, Т.В. Нейролингвистический анализ динамической афазии / Т. В. Ахутина. - М.: Изд-во Тервинф, 2012. – 144 с.

3 Цветкова, Л. С. Методика оценки речи при афазии: учебное пособие к спецпрактикуму для студентов психологических факультетов / Л.С. Цветкова, Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева. – Москва: Издательство МГУ, 1981. – 68 с.

4 Баль, Н. Н. Теоретико-методологические основы логопедии: учеб. - метод. пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальности 1-03 03 01 «Логопедия» / Н. Н. Баль, О. Л. Сапогова; Белорус. гос. пед. ун-т. – Минск: БГПУ, 2022. – 83 с.

**Е.А. ПОДВИЦКАЯ**

Республика Беларусь, Витебск, ВГУ имени П.М. Машерова

## **ОСОБЕННОСТИ ИЗОБРАЗИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И УСЛОВИЯ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ**

Изобразительная деятельность – важнейшее средство развития личности ребенка. Оно способствует расширению круга интересов, воспитанию эстетических потребностей, мыслительной и творческой активности, эмоционально-эстетического отношения к действительности.

Долгое время, начиная с Эдуарда Сегена, специалисты не видели особых различий в рисунках нормотипичных детей и детей с интеллектуальной недостаточностью. Признавалось только то, что рисование детей с интеллектуальной недостаточностью отличается бедностью по содержанию и низким уровнем по технике исполнения, чем рисование у нормотипичных детей. Однако дальнейшие исследования по проблеме изобразительной деятельности детей с интеллектуальной недостаточностью (Г. М. Дульнев, В. Ю. Карвялис, Г. Н. Мерсиянова, Н. П. Павлова, В. Г. Петрова, Б. И. Пинский) выявили много своеобразных черт в рисунках детей данной категории, обусловленных стойким недоразвитием познавательной деятельности. Анализ психолого-педагогической литературы позволил выявить и обобщить ряд характерных особенностей.

Во многом особенности изобразительной деятельности детей обусловлены тем, что ребенок не ставит перед собой никаких целей в процессе рисования. Для ребенка важен не сам результат, а собственно изобразительная деятельность. Дети не пытаются выстроить рисунок в единый сюжет. Так, рисуя на листе несколько объектов, они не объединяют их между собой общей тематикой или замыслом. Некоторые дети с интеллектуальной недостаточностью, вне зависимости от содержания изображения, склонны к тому, чтобы рисовать заученные буквы или цифры на листе. В иных случаях рисунки состоят из одних и тех же геометрических фигур. Чаще всего это неровные квадраты, треугольники и круги. Но даже при выполнении такого рисунка, у детей с интеллектуальной недостаточностью наблюдаются проблемы, обусловленные отклонениями в области зрительного восприятия и моторики, слабостью аналитико-синтетической деятельностью мозга, операциями обобщения, планирования, способностью предвидеть результат [3].

У детей отмечается несогласованность двигательных систем руки и глаза, они не умеют производить точные, скординированные движения, контролировать и регулировать их силу, скорость, ритм – нарушена зрительно – двигательная ориентация. Многие исследователи выявили значительное перенапряжение рабочих мышц и слабую дифференцированность движений пальцев рук.

Полнота своеобразия изобразительной деятельности детей с интеллектуальной недостаточностью проявляется при рисовании с натуры и представляет особую сложность для данной категории детей. Большинство рисунков выполняется ими без учета требований инструкции и особенностей формы и величины изображаемых предметов. Вследствие слабости зрительного анализа дети воспринимают объект рисования недостаточно дифференцированно, а его специфические свойства не усматривают или видят как бы размытыми, упрощенными. В связи с этим изображение получается без учета характерных признаков, часто сильно искаженным.

Отсутствие полноценного зрительного образа ведет к ошибкам графического образа. Пространственные отношения между предметами в рисунках искажаются. Учащиеся слабо ориентируются в направлениях зрительно воспринимаемых графических элементов, «не замечают» структурного построения линий, «не видят», откуда и куда их нужно вести. Дети с интеллектуальной недостаточностью плохо сохраняют в памяти взаимное расположение объектов, в результате чего изображения «переставляются», а иногда и вовсе размещаются произ-