

Оглавление

Введение	3
Глава I. Научно-теоретические основы организации комплексного взаимодействия участников реабилитационного процесса при восстановлении речевой функции у пациентов с афазией	
1.1. Общая характеристика когнитивных нарушений при моторной афазии	
1.2. Организация реабилитации пациентов с моторной афазией	
1.3. Система восстановительного обучения при моторной афазии	
Выводы по главе	
Глава II. Экспериментальное исследование готовности к взаимодействию пациентов с моторной афазией и их родственников в процессе восстановительного обучения на раннем этапе реабилитации.	
2.1. Организационно-методические аспекты констатирующего эксперимента	
2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента	
Выводы по главе	
Глава III. Рабочая тетрадь, как средство методического обеспечения взаимодействия пациентов с моторной афазией и их родственников в ходе раннего этапа восстановления речи	
3.1. Научно-теоретическое обоснование рабочей тетради как средства методического обеспечения взаимодействия пациентов с моторной афазией и их родственников в ходе раннего этапа восстановления речи	
3.2. Методические рекомендации родственникам пациентов с моторной афазией по организации взаимодействия в процессе восстановления речи	
Выводы по главе	

Заключение	
Библиографический список	
Приложения	

Введение

Афазия - одно из наиболее тяжелых последствий мозговых поражений, при котором нарушаются все виды речевой деятельности. Сложность речевого расстройства при афазии зависит от локализации поражения, величины очага поражения, особенностей остаточных и функционально сохранных элементов речевой деятельности. Реакция личности больного на речевой дефект и особенности предшествующего развитию болезни состояние организма, строения функции также определяют фон восстановительного обучения.

В наше время существуют различные методики и приемы восстановления речи у пациентов с моторной афазией. Пациенты, которые попадают в реабилитационные центры, конечно получают весь возможный в настоящее время комплекс услуг необходимых для восстановления нарушенных функций. И в большинстве случаев родственники даже не задумываются, о том что им придется делать дома, в какой ситуации они оказываются (как видимо полагая на то, что этого периода достаточно для возвращения близкого им человека, к "обычной" жизни). Поэтому особую роль в коррекционно-педагогической работе приобретает организация взаимодействия логопеда, больного и членов его семьи, так как успех в работе с больным с одной стороны достигается в результате создания единого восстановительного пространства как в условиях логопедических занятий, так и в условиях домашнего обучения, а с другой стороны при наличии дружелюбной обстановки в семье и тактичном, терпеливом отношении к особенностям пациента с афазией.

Актуальность данной проблемы обусловлена необходимостью разработки и реализации содержательно-методических аспектов коррекционно-педагогической помощи больному с афазией и его родственникам, оказавшимся в сложной для них ситуации восстановления речевой функции.

Объектом исследования являются содержательно-методические аспекты взаимодействия пациентов с моторной афазией с его родственниками в процессе реабилитации.

Предметом является содержание методического обеспечения взаимодействия пациентов с моторной афазией с их родственниками на раннем этапе восстановления экспрессивной речи.

Цель исследования: разработка методического обеспечения взаимодействия пациентов с моторной афазией с их родственниками на раннем этапе восстановления экспрессивной речи.

Для достижения цели были определены следующие **задачи:**

- 1) изучить и проанализировать научно-методические исследования по вопросам организации взаимодействия участников реабилитационного процесса при восстановлении речевой функции у пациентов с афазией;
- 2) разработать и реализовать программу психолого-педагогической диагностики состояния информационно-реабилитационной компетентности пациентов с афазией и их близких в вопросах взаимодействия;
- 3) разработать содержание методического обеспечения взаимодействия пациентов с моторной афазией с их родственниками на раннем этапе восстановления экспрессивной речи.

Этапы исследования:

1. Теоретический (изучение литературы).
2. Эмпирический (констатирующий эксперимент).
3. Аналитический.

Методы исследования:

- ✓ анализ и синтез,
- ✓ изучение источников,
- ✓ анкетирование,
- ✓ диагностика.

Контингент: пациенты с моторной афазией и их родственники .

Результаты исследования были апробированы и представлены в виде следующих публикаций:

- Данилич Ю.В. К проблеме организации комплексного взаимодействия / Ю.В Данилич, Е.И. Соколова // Альманах научно-исследовательских работ студентов и молодых ученых: материалы Всерос. науч. - практ. конф. «Детство в современном мире - 2016». Вып. 4. - Пермь, 2016. - С.190-192
- Данилич Ю.В. К проблеме информационной готовности к взаимодействию пациентов с моторной афазией и их родственников на раннем этапе реабилитации / Ю.В. Данилич, Е.И. Соколова // Молодежь и наука – 2017: сборник научных трудов II Всероссийской студенческой научно - практической конференции. – 2017 (в стадии публикации).

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, 3 глав, заключения, библиографического списка и приложения.

Глава I. Научно-теоретические основы организации комплексного взаимодействия участников реабилитационного процесса при восстановлении речевой функции у пациентов с афазией

1.1. Общая характеристика когнитивных нарушений при афазии.

Причинами афазии могут являться различные поражения головного мозга в период уже сформировавшейся речи: травмы головного мозга, воспалительные процессы мозга, опухоли мозга, сосудистые заболевания, нарушение мозгового кровообращения (инсульт) и др.

При афазии наблюдаются повреждения, как левого полушария (чаще всего), так и правого полушария (у 25% левшей по данным М.К. Шохор-Троцкой (Бурлаковой))[49]. В зависимости от того, какой очаг поражения головного мозга нарушен и где он локализован, зависит форма афазии и степень ее выраженности.

Существуют различные классификации афазии, но общепринятой является нейропсихологическая классификация А. Р. Лурия, включающая в себя шесть форм:

1. Акустико-гностическая (сенсорная);
2. Акустико-мнестическая;
3. Семантическая;
4. Афферентная моторная;
5. Эфферентная моторная;
6. Динамическая [32].

Моторная афазия характеризуется ограничением или полной невозможностью произносить слова при сохранности произношения отдельных звуков и понимания речи. При тяжелой форме в некоторых случаях даже после восстановления речи у больного остаются трудности в сложных высказываниях[3].

Выделяют три основные формы моторной афазии:

1) *Эфферентная моторная афазия* возникает при поражении премоторной зоны коры головного мозга, что приводит к звуковым,

слоговым и лексическим заменам и персеверациям, повторам. Первичным звеном в механизме распада речи является кинетическая апраксия, выражающаяся в трудностях усвоения и повторения двигательной программы [29].

В клинической картине у пациентов с эфферентной моторной афазией могут присутствовать различные варианты нарушений экспрессивной функции речи, которые зависят в первую очередь от степени выраженности речевого дефекта.

При тяжелой степени выраженности у пациента на раннем этапе после инсульта может полностью отсутствовать спонтанная и диалогическая речь. Однако сохраняется способность произношения отдельных слов, а иногда удается получить ответ на вопрос, нередко сопровождаемый эмболом. Автоматизированная речь становится более доступной, особенно это заметно на упроченных стереотипов (счет от 1-10, перечисления дней недели и месяцев, а также пение хорошо знакомых песен при подсказке почти каждого элемента). Отраженная речь грубо нарушена, что заключается в персеверациях, упрощении структуры слога и слова. Произносительная сторона речи отсутствует или сглаживается при автоматизированной речи. При попытках самостоятельного произношения отчетливо выступают затруднения в приступе к слову или искажением произношения первого слога. Отмечаются также запинки в речи. Следует отметить, что артикуляция не страдает. Номинативная функция грубо нарушена, что проявляется в персеверациях, редукции части слова, искажение его структуры и литеральными парафазиями. Чаще всего больные отказываются назвать предъявленный предмет или дают неправильное обозначение.

Понимание ситуативной речи, способность выполнять простые задания, осмысливать стандартные вопросы сохраняется. Осмысление сложных грамматических конструкций грубо нарушено, это относится к заданиям, требующим учета значения двух предлогов в короткой фразе, понимание инвертированных конструкций и отношений, выраженных флексиями.

Чтение слов и текста вслух отсутствует. Возможно подкладывание подписей-наименований к предметным картинкам в ограниченном объеме. Письменные задания не выполняются. Письмо самостоятельное и под диктовку отсутствует. Часто больные не могут написать свое имя и фамилию.

При средней степени выраженности у пациента спонтанная и диалогическая речь односложная, лексически обедненная. Частые паузы, персеверации. Встречаются литеральные парафазии. Интонационная окраска речи бедная. Автоматизированная речь доступна. Иногда требуется подсказка одного-двух звеньев речевой цепи. В отраженной речи удается повторение отдельных речевых звуков, слогов, простых слов, но воспроизведение сложных и многосложных слов происходит с искажениями. В произносительной речи могут проявляться затруднения к воспроизведению слова. Это проявляется искажением первой артикуляции, речевым напряжением, нарушением мелодики речи и трудностью артикуляционных переключений. Самостоятельная и диалогическая речь очень бедна предлогами, прилагательными, наречиями. Ошибок в использовании времен глаголов и падежных окончаний не наблюдается.

Чтение вслух обусловлено как нарушением произношения, так и степенью распада структуры слова. Ошибки проявляются перестановками и пропусками букв и слогов. Темп чтения замедленный, послоговой, с частыми паузами. Письмо под диктовку отдельных слов и коротких фраз сопровождается частыми литеральными парафазиями.

При легкой степени выраженности спонтанная и диалогическая речь строится фразами, но синтаксически и лексически обеднена. Пациент испытывает сложности при пересказе текстов. У него возникают трудности в подборе слов, увеличивается количество литеральных и вербальных парафазий, отмечаются аграмматичные обороты речи. Не наблюдается последовательности изложения событий. В отраженной речи проявляются затруднения при повторе, сложных слов и многосложных предложений.

При чтении вслух еще встречаются литеральные паралексии, реже вербальные. В письме под диктовку встречаются частые литеральные параграфии (замены, пропуски, перестановки букв и слогов).

Психологическая картина характеризуется наличием трудности включения в активную речь. При попытке спонтанного высказывания, при ответном высказывании в диалоге не в состоянии начать фразу. Однако если удастся произнести первое слово, то нередко осуществляется произнесение и всей фразы [25].

2) *Афферентная моторная афазия* возникает при поражении вторичных зон постцентральных и нижнетеменных отделов коры головного мозга [7]. Центральным механизмом афферентной моторной афазии является нарушение кинестетических ощущений. Центральным дефектом – нарушение тонких артикуляторных движений, проявляющееся в невозможности найти нужное положение губ, языка при произнесении звуков и слов. В основе данного дефекта лежит нарушение адресации нервных импульсов, которые должны обеспечить нужный размах, силу и направление движений губ, языка. Лица с данной формой афазии не могут быстро и без напряжения артикулировать слова и звуки. В связи с этим происходит замена одних звуков другими, близкими по месту и способу происхождения. Все это приводит к нарушению устной экспрессивной речи.

При тяжелой степени выраженности спонтанная и диалогическая речь состоит из эмболоподобных речевых штампов или отдельных слов, реже из коротких стереотипных предложений. Характерны паузы перед произношением каждого слова, поиски артикуляции, послоговое произношение слов. Отмечаются литеральные парафазии. Снижена речевая активность. Отраженная речь в зависимости от усложнения воспроизводимого материала нарушается по-разному. Наличие артикуляционного образца облегчает нахождение нужной артикуляции у самого пациента. При повторении серии звуков, слогов, коротких предложений появляются пропуски, перестановки, искажения

звукопроизношения и недоговаривание. Называние предметов и действий возможно при условии, когда начало слова произносится сопряжено с логопедом, в большинстве случаев подсказки не помогают. Произношение речевых звуков определяется артикуляторными затруднениями (искажение, нестойкость или полное отсутствие некоторых артикулем).

Чтение вслух так же обусловлено трудностями артикуляции, прочитанное может искажаться до неузнаваемости. Слова читаются лучше, чем буквы и слоги. Самостоятельное письмо отсутствует. При письме под диктовку допускают следующие ошибки: пропуски букв, недописанные слова, замены и перестановки букв. Наблюдаются орфографические ошибки.

При средней степени выраженности спонтанная и диалогическая речь - фразовая, но она обеднена. Сохраняется возможность в той или иной мере связно рассказать о себе, ответить на простые вопросы. Речевая активность снижена. Отраженная речь сохраняется, но при воспроизведении более сложного речевого материала нарастают произносительные дефекты речи (звуковые замены, искажения артикулем).

Чтение вслух ограничивается простыми текстами и осложняется литеральными паралексиями. Самостоятельное письмо возможно, но примитивное. Предложения короткие, простые, стереотипные. Разнообразные синтаксические ошибки. Литеральные параграфии, которые проявляются пропусками букв, заменой одних букв другими, реже перестановки и недописывание окончаний.

При легкой степени выраженности спонтанная и диалогическая речь практически не нарушена: фразовая, лексически не обедненная, грамматически правильная. Нарушение звукопроизношения может колебаться от грубых, делающих речь мало членораздельной, до легкого "иностранного" акцента. Повествовательная речь может не нарушаться, но чаще отмечается ее упрощение и обеднение. Встречаются редкие литеральные парафазии. При воспроизведении многосложных предложений

не всегда удерживается правильный порядок слов. Испытывают затруднения в понимании отдельных сложных логико-грамматических конструкций.

Чтение вслух сохранно, но осуществляется с теми, же произносительными трудностями, которые встречаются в устной речи. При самостоятельном письме и письме под диктовку могут встречаться отдельные литеральные параграфии.

3). *Динамическая афазия* возникает при поражении задних лобных отделов левого полушария [2]. Основным речевым дефектом является трудность, а иногда и полная невозможность активного развертывания самостоятельного высказывания. При данной форме у пациентов нет никаких фонетических нарушений и морфологических аграмматизмов. Сохранной является автоматизированная, отраженная и диалогическая речь. Трудности возникают при необходимости самостоятельного произнесения фразы, составления рассказа или пересказа. При относительно сохранных всех речевых компонентах, страдает механизма программирования речевого высказывания. Что приводит к нарушению коммуникативной функции речи. Также отмечаются трудности при назывании предметов, особенно, при вспоминании фамилий или имен знакомых людей, городов и др.

При тяжелой степени выраженности спонтанная речь может отсутствовать полностью или быть грубо нарушена с проявлением речевых штампов. При их воспроизведении не обнаруживается произносительных трудностей, однако интонационная картина отличается однообразием. Частые эхолалии. Речевая активность низкая. Больные постоянно нуждаются в стимулировании речи извне. В повторной речи носит в основном характер эхолалии. Повторяемые слова и фразы, как правило, не осмыслены. Выражены персеверации в виде «добавочной» речевой продукции, обусловленной персеверациями по типу застревания на предыдущих фрагментах или же по типу звукового и смыслового соскальзывания. Диалогическая речь больных с грубой степенью выраженности речевого дефекта практически отсутствует. Возможно участие больных в диалоге,

однако ответы стереотипны, преобладают речевые штампы. Наиболее доступен ситуативный диалог. Пациенты испытывают значительные трудности при составлении фразы по сюжетной картинке. Пересказ текстов практически недоступен.

Чтение фраз с искажениями, вызванными персеверациями, приводящими к застреванию на отдельных словах. Самостоятельное письмо грубо нарушено. При письме под диктовку встречаются литеральные параграфии, но чаще всего ошибки в виде искажений и недописанных окончаний.

У пациентов возникают затруднения в понимании инвертированных фраз и сложных логико-грамматических конструкций.

При средней степени выраженности спонтанная речь состоит из коротких фраз, однообразных по синтаксической структуре. Имеется аграмматизм в виде «телеграфного стиля». Высказывания интонационно однообразные. Речевая активность низкая. Отмечаются эхолалии. Часто встречаются речевые штампы как разговорные, так и профессиональные. Преобладает диалогическая речь, в которой отмечаются стереотипность формулировок, недостаточная развернутость вопросно-ответных форм речи. При повторной речи также имеются эхолалии и недостаточное осмысление. Встречаются штампы, возникающие непроизвольно. Просодический компонент изменен в сторону снижения выразительности, эмоциональной однозначности. Составление простой фразы по сюжетной картинке возможно, однако часто возникают трудности речевого программирования на уровне глубинной структуры фразы (неспособность устанавливать субъектно-предикативные, субъектно-объектные отношения и т.п.), а также на уровне поверхностного синтаксиса: ошибки во флексиях, предлогах и других грамматических элементах высказывания. Пересказ текста возможен чаще всего в форме ответов на вопросы или по очень подробному плану. При этом обнаруживается явная «привязанность» ответов к синтаксической модели вопроса.

Чтение сохранено, однако имеются явления «застревания» на отдельных фрагментах текста, пропуски слов и целых словосочетаний. При применении специальных приемов, концентрирующих внимание пациента, возможности понимания в значительной мере расширяются. Понимание прочитанного текста иногда не совсем полное, главным образом из-за недостаточности функции внимания.

При легкой степени выраженности спонтанное высказывание развернутое, но отличается обеднением со стороны логических построений и стереотипностью синтаксической структуры. Часто повторяются одни и те же обороты речи. Общий рисунок характеризуется недостаточной интонационной выразительностью. У некоторых больных встречаются аграмматизмы согласования. Речевая активность ниже нормы. Эхолалии возникают в основном при усталости пациента. Больные с легкой динамической афазией, как правило, справляются с конструированием фразы по сюжетной картинке. При пересказе имеются трудности конструирования сложных фраз. Встречаются также отдельные аграмматизмы.

Самостоятельное письмо ограничивается стереотипными речевыми конструкциями. Имеются ошибки в виде персевераций, а также некоторым больным свойственны аграмматизмы согласования. При письме наблюдаются: бедность формулировок, их стереотипность, недостаточная степень развернутости речевого высказывания.

Понимание элементарной ситуативной речи остается сохранным в замедленном темпе и с паузами между инструкциями. Однако при убыстрении предъявляемых заданий, при показе предметных картинок, частей лица могут наблюдаться персеверации, трудности быстрого нахождения предмета, возникает псевдоотчужденность смысла слова.

Больные всех трех степеней выраженности дефекта легко справляются со всеми видами прямой автоматизированной речи. Обратный счет, перечисление дней недели, месяцев в обратном порядке сопровождается

персеверациями, истощением внимания, соскальзыванием на прямой порядок перечисления и т.д.

При динамической афазии у пациентов наблюдается речевая и общая безынициативность, вследствие чего складывается впечатление о их ленивости. У них часто не проявляется интерес к окружающему, они не формулируют никакие просьбы, не задают вопросы, что чаще всего проявляется при тяжелой степени данной формы афазии. Объем слухоречевой памяти первично сужен, имеются элементы «отвлечения» внимания при восприятии речевых рядов. [18]

Последствием инсульта может быть потеря работоспособности пациента, что зачастую приводит к его инвалидизации. Инвалидизация - это утрата трудоспособности вследствие болезни, увечья, переход на положение инвалида [15].

В зависимости от степени потери или ограничения трудоспособности установлены три группы инвалидности [40]:

I группа инвалидности: стойкие и тяжелые нарушения функций организма, при которых больной полностью постоянно или длительно утратил трудоспособность и нуждается в посторонней помощи, уходе или надзоре. В некоторых случаях инвалиды первой группы приспособляются к отдельным видам труда в особо созданных условиях.

II группа инвалидности: значительно выраженные функциональные нарушения, которые не вызывают необходимость в постоянной посторонней помощи. Больные полностью и длительно нетрудоспособны: лишь в отдельных случаях больным разрешают труд в специально созданных условиях или на дому.

III группа инвалидности: значительное снижение трудоспособности, вследствие хронических заболеваний или анатомических дефектов.

В результате можно отметить, что афазия любой степени тяжести, к сожалению, зачастую приводит к различным группам инвалидности. И в большинстве случаев не всем пациентам удастся восстановить утраченные

функции и вернуться к привычной для них жизни. Важным является не только объективный статус инвалида в обществе, но и переживание своей инвалидности самим человеком.

1.2. Организация реабилитации пациентов с афазией

Лечение пациентов, перенесших инсульт, является трудным и долгим процессом, состоящий из нескольких этапов. Начальное лечение проводится в реанимационном отделении, после чего пациент переводится в неврологическое. В реабилитации больного после инсульта принимает большое количество специалистов, это: терапевт, невролог, логопед, оздоровительный терапевт, эрготерапевт, физиотерапевт, психолог и медсестры реабилитации. И затем наступает третий этап - восстановление после выписки из больницы.

Перед тем, как выписываться из медицинского центра, пациент связывается с социальным работником, который помогает найти наиболее подходящее место для размещения. Большое количество возвращается обратно домой, а некоторые предпочитают один из видов медицинских учреждений.

Лечение больных, перенесших инсульт, проводится в реабилитационных центрах, санаториях и на дому под наблюдением врачей поликлиник [33].

Восстановительному лечению в условиях реабилитационного центра подлежат больные, которые после инсульта имеют двигательные, чувствительные или речевые нарушения.

Стационарные учреждения реабилитации. Такое учреждение может являться частью крупного больничного комплекса, а может быть автономным. В таких местах больные обычно проводят две-три недели. Там они участвуют в хорошо скоординированной интенсивной реабилитационной программе. В стационарных учреждениях пациентам предлагается широкий спектр услуг, в который входит доступ к врачу, который специализируется на

реабилитации после инсульта и физическом наблюдении на протяжении целого дня.

Амбулаторные учреждения обычно входят в крупный больничный комплекс. За счет этого они позволяют обеспечить доступ к любому из необходимых врачей. Чаще всего в амбулатории пациенты проводят по несколько часов в день. Там они участвуют в сеансах терапии, после чего возвращаются обратно домой. Часто бывает так, что амбулаторные учреждения обеспечивают настолько же интенсивное лечение, как и стационарные учреждения. При этом там менее строгий режим, который зависит от физических возможностей пациента.

Программы реабилитации на дому. Есть и такие программы, которые занимаются реабилитацией дома. Их преимущество заключается в том, что они очень гибкие, так что пациенты сами могут адаптировать программы под себя и следовать собственному графику. Такие люди могут заниматься интенсивной терапией от нескольких часов в неделю, при этом следуя собственному режиму. Подобный тип лечения лучше всего подходит для тех пациентов, которым в лечении необходима работа только с одним специалистом. Главный недостаток такой программы – отсутствие достаточного количества специального оборудования. Но с другой стороны при прохождении лечения дома, люди сразу же, получают именно те навыки, которые будут требоваться им в реальных жизненных условиях.

У некоторых людей, которые перенесли инсульт, реабилитация может стать довольно длительным, непрерывным процессом, во время которого они будут совершенствоваться, и улучшать свои навыки. Иногда на это может уйти и несколько лет.

К числу основных принципов реабилитации больных с афазией относятся [53]:

1. раннее начало реабилитации;
2. длительность и этапность работы по восстановлению утраченных функций;

3. комплексность работы мультидисциплинарной бригады (включение в реабилитационный процесс различных квалифицированных специалистов: логопед, невролог, ортопед, терапевт, эрготерапевт, инструктор ЛФК, психолог, массажист, кинезиотерапевт (при сопутствующих парезах) и другие специалисты при индивидуальной необходимости, по состоянию здоровья, пациента);

4. индивидуализация реабилитационных программ в зависимости от формы и степени речевых расстройств, возраста, сопутствующих неврологических нарушений и соматических заболеваний.

Большое значение в реабилитационном процессе занимает работа с семьей, особенно на амбулаторном этапе реабилитации. Больной лишенный семейной поддержки, имеет более низкие результаты восстановления речевых функций.

Работа с семьей должна включать:

- ❖ обучение членов семьи методике проведения дополнительных занятий по восстановлению речевой функции с больным;

- ❖ консультации по созданию в семье благоприятного психологического климата: больному одинаково вредит и назойливая гиперопека близких и их невнимательность.

Но, к сожалению, еще не разработана система сопровождения родственников пациента, которые остались один на один со своей проблемой дома.

1.3. Система восстановительного обучения при моторной афазии

Восстановление речевой функции у пациентов с моторной афазией – сложный многогранный процесс, реализация которого возможна только при комплексном взаимодействии всех участников восстановительного обучения. Исследованием данного вопроса занимались многие исследователи, среди которых Шкловский В.М., Визель Т.Г., Бурлакова М.К., Лурия А.Р. [48, 4, 32].

1. Реабилитационный курс после инсульта имеет несколько этапов, которые непрерывно идут друг за другом [37]:

1. острая (до 1 месяца);
2. ранняя (до 6 месяцев);
3. поздняя (от 6 месяцев);

Работа с пациентом при афазии на ранней стадии должна строго дозироваться в зависимости от особенностей общего состояния и носить щадящий характер [4].

Длительность каждого занятия на раннем этапе после инсульта в среднем составляет от 10 до 15 минут 2 раза в день.

На раннем этапе реабилитации решаются следующие задачи:

1) растормаживание речевой функции речи, лучше всего проводить шепотом или в полголоса. На данном этапе используются речевые стереотипы в сопряженном, сопряженно-отраженном отраженном проговаривании автоматизированных рядов - счет до 10, дни недели, месяца. Эффективным является пропевание песен, договаривание известных отрывков стихотворений, договаривание обиходных фраз, выражений. Далее обучающий материал подбирается с учетом интересов, увлечений и профессиональной деятельности пациента.

Самым трудным в преодолении является речевой эмбол, который в большинстве случаев проявляется на раннем этапе реабилитации. Существует два вида речевого эмбола: слово и предложение, которое является пусковым механизмом необходимым для произнесения других слов [34]. Его растормаживанию способствуют следующие условия: соблюдение между речевыми раздражителями оптимальных интервалов, позволяющих снизить возникшее возбуждение после выполнения каждого задания; подача материала на малой силе голоса; соблюдение пауз в занятиях при первом же намеке на возникновение персеверации.

2) предупреждение возникновения и фиксации симптомов афазии таких, как: аграмматизм, вербальные и литеральные парафазии, речевой эмбол;

3) предотвращение отношения пациента с афазией к себе, как к неполноценному человеку, который не может говорить.

В рамках нашего исследования предлагаем рассмотреть задачи раннего этапа восстановительного обучения при различных формах моторной афазии, так как именно этот этап играет ключевую роль в процессе дальнейшей положительной динамики над преодолением нарушенных речевых функций.

Главной задачей восстановительного обучения при афферентной афазии является преодоление кинестетической апраксии. Такая работа осуществляется поэтапно [14]:

Растормаживание артикуляционного аппарата проводится на основе использования автоматизированной речи (счет, дни недели, месяца, имена близких родственников), пропевание песен вместе с пациентом. Также на данном этапе используется договаривание хорошо знакомых предложений, задавание вопросов по предметным карточкам. В качестве артикуляционной гимнастики используются произвольные движения.

Для восстановления пассивного словарного запаса используются предметные картинки из одного семантического поля по ситуации, которая хорошо знакома пациенту. Разбираются слова, необходимые для повседневного общения пациента. Например: перед пациентом выкладывается ряд картинок, но изучается только одна. Логопед ее называет, показывает и составляет короткую фразу с данным словом. Пациент сначала смотрит и слушает, а потом его просят выполнить действия и подобрать картинки связанные с данной. Таким образом, формируется понимание речи, структурируется и оживляется пассивный словарь.

Для восстановления активного словаря используется прием зрительно-слуховой имитации звуков. Подбираются слова необходимые для общения пациенту. Например: пациенту показывают картинку. Логопед произносит слово и просит пациента внимательно слушать и смотреть на ее артикуляцию. Далее логопед и пациент произносят это слово вместе.

На этом этапе используются карточки с напечатанными словами, где над каждой буквой рисуется условное обозначение артикуляции звука. Изученные слова, таким образом, многократно повторяются и произносятся с использованием карточек.

Уточнение звуков состава актуализированных слов. Пациенту называется слово и предлагается посчитать количество звуков и найти соответствующие буквы в разрезной азбуке, составить слово. Далее пациенту предлагается полученное слово списать в тетрадь, потом записать его по памяти и прочесть. Пациент усваивает этот способ анализа и уже самостоятельно записывает и прочитывает те слова, которые слышал или вспомнил. Пациент начинает произносить актуализированные слова в самостоятельной речи, практически овладевая чтением и письмом. Но в речи еще встречаются смешения и замены близкие по артикуляционным признакам.

При *моторной эфферентной афазии* основной задачей является преодоление патологической инертности и восстановление динамической схемы произносимого слова [6].

Коррекционная работа начинается с *растормаживания* двигательной функции артикуляционного аппарата. Движения выполняются в замедленном темпе, с паузами, ритмично и под счет. В артикуляционной моторике используются произвольные движения, выполняются комплексы артикуляционной гимнастики. Внимание пациентов не привлекается к произношению отдельных речевых единиц, речевой материал произносится слитно.

Преодоление персевераций на уровне слова. Восстановление способности активного выделения, сопряженно-отраженного повторения слов и произнесения слова или ряда слов из упроченных автоматизированных речевых рядов. Цель – снятие персевераций, эхоталий, растормаживание речи. Главное в том, чтобы перевести речь на произвольный уровень, то есть восстановить осознание своей речи и произвольное говорение. В

последующем необходимо переключить сознание с произносительной стороны речи на ее смысловую сторону.

Актуализация глагольного словаря. Это необходимо и для преодоления экспрессивного аграмматизма – телеграфного стиля, и для преодоления дефекта предикативности речи. Следует отвлекать внимание лица с афазией от артикуляции и фиксировать на смысловой организации слова, ритмико-интонационной структуре.

При *динамической форме афазии* основной задачей восстановительного обучения является преодоление дефектов внутреннего программирования [38].

Коррекционная работа начинается с *растормаживания* общих движений и обучения программированию движений. Пациенты включаются в ЛФК, логоритмику, комплексы упражнений и гимнастики под музыкальное сопровождение. Позже составляются карты-схемы движений, алгоритмы. Постепенно количество внешних опор уменьшается, и пациенты выполняют упражнения самостоятельно. Работа проводится на всех этапах обучения.

Восстановления предикативной функции речи. Устанавливается связь между глаголом и существительным с опорой на схему, а также между существительным и глаголом. Пациенту подбираются карточки с существительным или с глаголом, это слово записывается и прорабатывается вопросами, а далее составляется опорная таблица слов. Расширение валентности глаголов прорабатывается на основе последовательного наращивания смысловых связей. Работа ведет с опорой на графические схемы. Обучение словоизменению и словообразованию, а также работа над синонимами и антонимами строится на материале сюжетных картинок.

Восстановление умения структурировать высказывание. Создается алгоритм высказывания с помощью различных внешних опор, могут использоваться вопросы, графические схемы упражнений, фишки.

Восстановление структурирования связного высказывания при помощи серии сюжетных картинок. Где каждая картинка прорабатывается,

составляются предложения. Пациенту предлагается расположить карточки в нужном порядке. Составляется схема текста и пациент составляет рассказ с опорой на эту схему.

На среднем и позднем этапе реабилитационного процесса реализуются другие приемы для восстановления речевой функции, учитывая специфику пациентов с моторной афазией. Восстановительное обучение направлено, прежде всего, на восстановление коммуникативных способностей. Необходимо вовлечение пациента в общение не только на занятиях с логопедом, но и в семье, общественных местах.

В комплексе восстановительных мероприятий при афазии большое место занимает психотерапевтическая работа. Так как в большинстве случаев афазия приводит к нетрудоспособности и социальной дезадаптации пациента с моторной афазией: лишение привычных норм коммуникации, осложняющее взаимоотношения с семьей и обществом. А эмоционально положительный статус создает благоприятный фон для восстановления нарушенных функций самого пациента [47].

Выводы по главе

Афазия тяжелое заболевание, с которым не всегда получается справиться. Оно поражает, в большей или меньшей степени, когнитивные функции человека и влияет на его психоэмоциональное состояние.

Восстановительная динамика нарушенных функций зависит от локализации очага поражения. И чем раньше начнется восстановительная работа над преодолением утраченных функций, тем больше шансов "победить" этот дефект или свести к минимуму утраченные функции. Раннее начало, непрерывность и комплексность положительно сказываются на результате восстановительной работы и дальней динамике.

Выбор приемов коррекционно-педагогической работы зависит от этапа и стадии восстановленных функций. При афазии проводятся индивидуальные и групповые логопедические занятия. Индивидуальная форма работы

считается основной, так как позволяет применить принцип индивидуальности. На раннем этапе после инсульта длительность каждого занятия в среднем составляет от 10 до 15 минут 2 раза в день, на поздних этапах — 30—40 минут не реже 3 раз в неделю.

В целом, процесс реабилитации является длительным и трудоемким, что определяет необходимость разработки условий для комплексного взаимодействия всех участников реабилитационного процесса, включая родственников пациентов с афазией.

Глава II. Экспериментальное исследование готовности к взаимодействию пациентов с моторной афазией и их родственников в процессе восстановительного обучения на раннем этапе реабилитации

2.1. Организационно-методические аспекты констатирующего эксперимента

Вопросами диагностики когнитивных нарушений при афазии занимались многие исследователи, такие как Н. Н. Яхно, М.В. Иванова, С.В. Купцова, О.В. Драгой, А.К. Лауринавичюте, А.С. Уличева, Л.В. Петрова, О.С. Левин, Н.И. Усольцева, Н.А. Юнищенко, Т.В.Виноградова [51, 27, 39, 21].

Н.Н. Яхно в книге «Деменции: руководство для врачей» пришел к выводу, что сочетание афатических расстройств и нарушений семантической памяти в отсутствие других расстройств сохраняется при первичной афазии без снижения беглости речи в течение нескольких лет [51]. К этим нарушениям могут присоединяться и другие когнитивные нарушения, а также эмоциональные и поведенческие расстройства.

Иванова М.В., Купцова С.В., Драгой О.В., Лауринавичюте А.К., Уличева А.С., Петрова Л.В. изучали когнитивные процессы, которые влияют на понимание речи при афазии [27]. В результате исследования подтвердилась гипотеза о том, что в зависимости от формы афазии специфическая и уникальная роль когнитивных механизмов в понимание речи будет меняться.

Статья «Постинсультные когнитивные нарушения: механизмы развития и подходы к лечению» была опубликована О.С. Левиным, Н.И. Усольцевой, Н.А. Юнищенко [39]. Авторы пришли к выводу, что более чем у половины пациентов, перенёсших инсульт, развиваются когнитивные нарушения, которые могут быть связаны не только с самим инсультом, но и с сопутствующим сосудистым или дегенеративным поражением мозга.

В исследовании Т.В.Виноградовой изучены когнитивная и эмоциональная компоненты внутренней картины болезни у больных с

очаговыми поражениями головного мозга без выраженных афатических расстройств с тем, чтобы установить значение различных зон мозга для функционирования личности [21]. В их работах сформулированы основные принципы и подходы к нейропсихологической диагностики.

Принцип профессиональной компетентности. Профессиональные методики могут применять по своему прямому назначению только квалифицированные специалисты, т.е. люди, которые имеют специальное образование или обладают необходимыми знаниями, умениями и навыками. Специалист обязан знать свою предметную область, уметь общаться с пациентами и что немало важно с их ближайшим окружением. В рамках нашего исследования мы ориентировались на современные представления о структуре реабилитации пациентов с последствиями ОНМК и ЧМТ, в ходе опытно-экспериментального этапа применяли профессионально-ориентированные методики диагностики, направленные на методическое обеспечение взаимодействия с родственниками пациентов с моторной афазией.

Принцип конфиденциальности. Подразумевает неразглашение первичных и окончательных результатов диагностического тестирования посторонним лицам без персонального согласия. Если диагностика проводится как часть экспериментального исследования, то в публикациях запрещено указывать точные фамилии и имена испытуемых.

Принцип научной обоснованности. Принцип научной обоснованности диагностической методики при тестировании требует того, чтобы она была действенной и надежной, то есть давала достоверные результаты. Например: соблюдая данный принцип, мы опирались на такие достоверные методики, как В.В.Бойко, А.С. Zigmond и R.P. Snaith (HADS), А.Т.Бек и т.д. [44, 46, 23, 35].

Принцип индивидуальности. При обследовании учитывается возраст, специфичность поведения, обучаемость, критичность и другие индивидуальные особенности пациентов. Это позволяет использовать

соответствующие этим характеристикам методы, диагностические приемы, а также средства направленные на восстановление утраченных функций, что позволит соблюсти индивидуальный подход. Общение при подготовке и проведении теста должно быть доброжелательным, чтобы не спровоцировать негативные переживания. Помощь испытуемому должна ограничиваться только обеспечением условий для правильного выполнения задания.

Принцип объективности. Этот принцип предполагает объективный подход к анализу результатов тестирования. В рамках нашего исследования мы осуществляли качественный и количественный анализ результатов.

В данной работе мы применяли подходы, ориентированные на реализацию нашей деятельности, процесса исследования и оценку результата.

1. *“Объективный” подход* – диагностика, которая осуществляется на основе оценки успешности и способа выполнения деятельности (совокупности точных фактов).

2. *“Субъективный” подход* – диагностика осуществляется на основе информации, сообщаемой о себе пациентом или его ближайшим окружением (особенностей личности, поведения в тех или иных ситуациях) и представлена в виде опросника.

3. *Инструментальный подход* рассматривает диагностику как совокупность методов и средств, направленных для измерения индивидуально-психических состояний особенностей человека с помощью специальных методов.

4. *Конструирующий подход*, направлен на изучение индивидуальных психологических и психофизиологических особенностей человека. С позиций этого подхода наиболее важные задачи диагностики заключаются в конструировании новых диагностических средств и модификации уже имеющихся; в разработке методов прогнозирования психического развития и поведения в зависимости от разных социальных факторов и условий

существования. Во время нашей работы мы компилировали несколько методик, делая акцент на интересующих нас вопросах.

5.Помогающий подход рассматривает диагностику в качестве одного из видов помощи, при которой используется заполнение опросников, требующих от человека концентрации внимания на своих переживаниях.

Афазия относится к сложному дефекту и требует применение различных методов диагностики. Этим занимались: А.Р. Лурия, М.К. Шохор-Троцкая (Бурлакова), Т.Г. Визель, Л.С. Цветкова и др. [32, 49, 8, 41, 1, 12].

В нашей работе мы использовали следующие методы диагностики:

Методы устной диагностики. К этим методам относятся: объяснения, чтение текста. Данные методы используются с целью выявления уровня эмоциональных переживаний пациентов с моторной афазией на свой речевой дефект. Методы устной диагностики используются на протяжении всего обучения, помогают поддерживать контакт с пациентом.

Методы письменной диагностики. В нашем случае к ним относятся только письменные ответы на вопросы, которые помогают выявить уровень эмоциональной напряженности, приводящей к стрессовому состоянию или депрессии.

Метод тестирования, которое зачастую понимается как опросник с множественным выбором ответов.

В процессе проведения исследования нами было осуществлено моделирование диагностической методики направленной на выявление готовности к взаимодействию пациентов с моторной афазией и их родственников в процессе восстановительного обучения на раннем этапе реабилитации. Моделирование — объектов познания на их моделях; построение и изучение моделей реально существующих объектов, процессов или явлений с целью получения объяснений этих явлений, а также для предсказания явлений, интересующих исследователя [16].

В наше время нет какой-то определенной классификации моделирования, но существует множество областей их применения (в том числе и педагогическая).

Педагогическое моделирование - разработка и создание формальной модели педагогического процесса или его составляющих, отражающей основные идеи, методы, формы, средства, приемы и технологические решения, которые подлежат в дальнейшем экспериментальному изучению в условиях реального педагогического процесса [52].

Процесс моделирования включает четыре элемента:

- Субъект (исследователь). Предполагает наличие отдельных знаний об объекте. Познавательные возможности модели определяются тем, что модель подражает только каким-либо существенным чертам оригинала и изучается лишь одна его сторона. Поэтому для одного объекта может быть построено несколько моделей специального назначения, обращающих внимание на отдельные стороны исследуемого объекта.

- Объект исследования. Одной из форм которого является проведение специальных экспериментов, при которых сознательно изменяются условия поведения модели и группируются данные о её «поведении». Конечным результатом являются разнообразные знания о модели.

- Модель. Осуществляется перенос знаний с модели на оригинал. При этом модель должна иметь возможность заменять, в определенных отношениях, обладать сходством и открывать новые возможности оригинала. Тем самым формируется множество знаний.

- Практическая проверка. Использование для построения обобщающей теории объекта, его преобразования или управления, при получаемых с помощью моделей знаний.

Моделирование — циклический процесс. При этом знания об исследуемом объекте расширяются и уточняются, а исходная модель постепенно совершенствуется. Недостатки, обнаруженные после первого

цикла моделирования, обусловленные малым знанием объекта или ошибками в построении модели, можно исправить в последующих циклах.

В наше время очень сложно представить область, в которой бы не применялось моделирование. В процессе моделирования нами были изучены различные методики нейропсихологической диагностики.

1. Методика "Мини-ког" заключается в высокой информативности при одновременной простоте и скорости выполнения теста (занимает не более 3-5 мин) [46]. Результаты теста оцениваются качественным образом: есть нарушения - нет нарушений. Методика не предусматривает балльной оценки. Ее недостатком является выявление только выраженных расстройств когнитивной функции, а также сложности в ее применении на раннем восстановительном этапе.

2. Депрессия - очень распространенное явление в наши дни. Шкала Бека позволяет выявить набор специфических проявлений и симптомов депрессии [23]. Данный опросник состоит из 21 утверждения с 4 различными вариантами ответов. Недостатками этой диагностики, на наш взгляд, является содержание вопросов личного характера (Например: Я сохраняю обычный интерес к сексу; мой вес остается почти неизменным), которые могут вызвать нежелательную реакцию у близких пациента.

Еще одну методику, которую используют в системе реабилитации, это опросник Басса-Дарки (диагностика состояния агрессии) [35]. Он предназначен для диагностики агрессивных и враждебных реакций. В этой методике были выделены следующие типы реакций: физическая и косвенная агрессия, раздражение, обида, вербальная агрессия и чувство вины, что позволяет в достаточном объеме обследовать пациента и его ближайшее окружение. Ее недостатком является то, что в этом опроснике слишком большое количество утверждений, которое утомляет родственников и тем более пациентов с моторной афазией. Вследствие этого снижается достоверность результатов.

Еще одной методикой является рисовально-символическая самооценка эмоциональных состояний Н. П. Фетискиным [35]. Ее характерной чертой является высокая включенность и самостоятельность испытуемых при создании яркого образа переживаемого ими одного из следующих состояний: восторженного, радостного, спокойно-уравновешенного, безразличного, скучного и раздраженного. Недостатком данной методики является затруднение и непонимание у испытуемых в выполнении данных заданий, поэтому мы решили ее не использовать.

Проанализировав различные диагностики психоэмоционального состояния, мы решили выбрать следующие методики:

1. Коммуникативная установка В.В. Бойко, которая направлена на выявление, прежде всего негативных коммуникативных видов установок личности по отношению к другим людям, как обоснованного (опираясь на свой личный опыт), так и не обоснованного негативизма [44]. Данная методика проводилась только с ближайшим окружением пациента с моторной афазией.
2. Шкала HADS для определения уровня тревоги и депрессии [46]. Данная шкала предназначена для того, чтобы помочь лучше понять эмоциональное состояние и самочувствие пациента и его родственника. По этой шкале диагностировались как родственники пациента, так и сам пациент с моторной афазией.

В процессе компиляции мы предлагаем свой вариант методик для достижения наилучших результатов, на которые могут отвечать люди разного возраста без стеснений.

Нами были адаптированы методика HADS, в которой была упрощена инструкция для пациентов с моторной афазией, для улучшения понимания обращенной речи, а также была преобразована методика В.В.Бойко, уменьшением количества вариантов ответов и преобладанием в оставшихся вопросах той информации, которая нам необходима для разработки

методического обеспечения во взаимодействии родственников и пациентов с моторной афазией (наглядный материал в Приложении №2, № 3).

Постановка логопедического диагноза пациента осуществлялась специалистами в МСЧ и реабилитационных центрах по методике Л.И. Вассермана (полная версия в Приложении №4). В рамках данной диагностики оценка состояния пациента проводится однократно или порционно по разделам в течение нескольких дней, учитывая при этом особенности клинических проявлений болезни за это время. При данной методике рекомендуется строго придерживаться схемы исследования.

2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента

Диагностическое обследование проводилось на базе реабилитационного центра (КГАУ ЦКРИ на ул. Лодыгина, 39), ГКБ №4 (ул. Ким 2), МСЧ №11 им. С. Н. Гринберга, так и в домашних условиях, в период с марта по август 2017 года.

В эксперименте приняло участие 62 человека. 31 пациент в возрасте от 38 до 73 лет с диагнозом моторная афазия, из которых 26 человек – это пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения и 5 человек – пациенты с черепно-мозговой травмой. Все пациенты находились на раннем этапе реабилитации. Кроме того в нашем исследовании принимали участие родственники пациента с моторной афазией (31 человек).

Из 31 пациента моторная афферентная афазия наблюдалась у 15 человек.

У 2 пациентов с легкой степенью тяжести присутствовали следующие симптомы:

- нарушение звукопроизношения;
- повествовательная речь обеднена. Отмечаются редкие литеральные парафазии;
- при воспроизведении многосложных предложений теряется порядок слов;
- при письме отмечаются литеральные параграфии, контаминации.

Представленные симптомы иллюстрируем наблюдениями.

Наблюдение 1

ФИО: Николай Алексеевич И.

Возраст: 65 лет

Диагноз основной: церебральный ишемический инсульт в б. ЛСМА (14.05.2013). Центральный легкий правосторонний гемипарез.

Диагноз логопедический: афферентная моторная афазия легкой степени.

Результаты осмотра: Пациент понимает обращенную речь. Ориентируется в пространстве и времени.

Мануальный праксис: нарушен по типу кинестической апраксии.

Оральный праксис: негрубо нарушен: во время выполнения функциональных проб отмечается замедленное переключения с одной позы на другую.

Фонематический слух сохранен.

Письмо: нарушено. Отмечаются пропуски, перестановка букв в словах, контаминации.

Чтение: сохранно.

Импрессивная речь: сохранна. Пациенту доступно понимание предлогов, испытывает трудности в сложных инструкций, данных в устной форме, инвертированных конструкций.

Экспрессивная речь: негрубо нарушена. Речь незначительно замедленна, присутствуют паузы между словами.

Автоматизированная, дезавтоматизированная формы речи сохранны.

Счетные операции сохранны, выполняются в замедленном темпе.

У 5 пациентов со средней степенью выраженности наблюдались следующие симптомы:

- речевая активность снижена;
- письмо нарушено, отмечаются литеральные параграфии;

- в отраженной речи при усложнении речевом материале отмечаются звуковые замены и искажения артикулем;

- при чтении вслух наблюдаются литеральные паралексии, страдает понимание почитанного про себя;

- нарушение понимания сложных пространственных отношений;

- кинестетическая апраксия рук, мимической мускулатуры, артикуляционного аппарата;

- лицо маскообразное.

Наблюдение 2

ФИО: Владимир Иванович М.

Возраст: 61 год

Основной диагноз: ЦВБ.ДЭ Пост. ПОНМК по ишемическому типу в б. ЛСМА. Умеренный правосторонний гемипарез с акцентом в кисти.

Логопедический диагноз: афферентная моторная афазия ср. ст.

Пациент во времени и месте ориентируется.

Мануальный праксис: нарушен по типу кинестической апраксии. Выполняет в замедленном темпе по подражанию. Наблюдается поиск нужной позы.

Оральный праксис: нарушен по афферентному типу, что привело во время выполнения функциональных нарушению артикуляционного праксиса.

Фонематический слух нарушен. Фонетический анализ и синтез затруднен. Не соотносит букву со звуком.

Ритмико-мелодическая структура нарушена

Письмо: нарушено. Отмечаются пропуски, перестановка букв в словах, контаминации. Самостоятельное письмо не возможно.

Чтение: читает в медленном темпе. При чтении вслух отмечаются литеральные парафазии и звуковые искажения.

Импрессивная речь: сохранна. Не может удержать в памяти многоступенчатую инструкцию.

Экспрессивная речь: Отраженная речь затруднена, вследствие нарушения кинестетических ощущений от положения органов артикуляции, что в свою очередь и приводит к нарушениям звукопроизношения. При выполнении заданий (номинация, составление простых предложений) отмечаются множественные литеральные парафазии, аграмматизмы, амнестические трудности при подборе слова, искажения звуков. Объем слухо-речевой памяти снижен до 4 элементов. Рассказ по сюжетной картинке составить затрудняется.

Автоматизированная, дезавтоматизированная формы речи сохранны.

Счетные операции сохранны, выполняются в замедленном темпе.

Приведем показатели состояния обследуемых функций данного пациента по шкале Л.И. Вассермана

Разделы шкалы	баллы
1. Спонтанная и диалогическая речь	2
2. Повествовательная (монологическая) речь	1
3. Составление рассказа по сюжетной картинке	1
4. аграмматизм	2
5. отраженная речь (повторение)	2
6. повторение речевых рядов (серии слогов, слов, простых и сложных предложений)	1
7. называние	1
8. произношение речевых звуков	2
9. усилия, напряжение в речи, запинания, дезавтоматизированная речь	2
10. темп речи	1
11. просодии (интонация, ритм высказывания, ударение, мелодика речи)	1
12. вербальные парафазии	1
13. литеральные парафазии	2

14.	понимание ситуативной речи и словесных значений	0
15.	отношение к дефекту речи	0
16.	чтение вслух	2
17.	чтение про себя	2
18.	чтение букв	1
19.	списывание	0
20.	письмо букв под диктовку	1
21.	письмо (самостоятельное и под диктовку)	3
Всего баллов (сумма)		28
Степень нарушения		средняя

У 8 пациентов с тяжелой степенью присутствовали следующие симптомы:

- речь клишеобразная;
- нарушение процесса синтеза звуков в слоги;
- трудности различения слов со звуками, близкими по способу и месту образования;
- грубая аграфия и алексия, множественные литеральные замены;
- выраженная кинестетическая апраксия рук, мимической мускулатуры и артикуляционного аппарата;
- нарушение внимания и памяти.

Представленные симптомы иллюстрируем наблюдением

Наблюдение 3

ФИО Анатолий Александрович Ч.

Возраст: 73 года

Диагноз основной: ЦВБ. ДЭП Ист. ПОНМК по ишемическому типу в б. ЛСМА. Правосторонняя пирамидная недостаточность.

Диагноз логопедический: афферентная моторная афазия тяж. ст.

Результаты осмотра: Пациент проходит курс реабилитации в КГАУ ЦКРИ впервые. Во времени и месте ориентируется. Пациенту доступно понимание ситуативной речи.

Мануальный праксис: нарушен по типу кинестетической апраксии.

Оральный праксис: наблюдается кинестетическая апраксия артикуляционного аппарата, что привело к распаду артикулем и нарушению внешней речи.

Фонематический слух нарушен.

Ритмико-мелодическая структура нарушена.

Письмо нарушено. Пациент пишет правой рукой, способен написать самостоятельно свое имя, одно-двусложные слова с ошибками.

Чтение нарушено. Сохранно чтение «про себя».

Счетные операции нарушены. Доступно выполнение действий сложения и вычитания в пределах десяти.

Автоматизированная речь грубо нарушена. Доступен счет до десяти с большим количеством искажений.

Дезавтоматизированная речь: недоступна.

Импрессивная речь: сохранно понимание ситуативной речи. Сохранно понимание предлогов, инвертированных конструкций, многоступенчатых словесных инструкций.

Экспрессивная речь: связная речь нарушена. Спонтанная и диалогическая речь состоит из эмболоподобных речевых штампов, отдельных слов. Речь осложнена нестойкими искажениями и литеральными парафазиями.

Также моторная эфферентная афазия наблюдалась у 13 человек.

У 1 пациента легкой степенью тяжести, отмечались следующие симптомы:

- спонтанная и диалогическая речь обеднена лексически
- возникают трудности в подборе слов, увеличивается количество литеральных и вербальных парафазий

- отмечаются аграмматичные обороты речи
- трудности при повторе многосложных предложений (предложение искажается и теряется порядок последовательности)
- встречаются литеральные и реже вербальные паралексии. Понимание прочитанного улучшается при повторном чтении.
- в письме под диктовку еще отмечаются литеральные параграфии
- остаточная кинетическая апраксия мимической мускулатуры, артикуляционного аппарата

У 6 пациентов со средней степенью тяжести, отмечались следующие симптомы:

- спонтанная и диалогическая речь лексически обеднена, встречаются частые паузы, персеверации, литеральные парафазии;
- отраженная речь сложных и многосложных слов воспроизводится с искажением;
- кинетическая апраксия рук, мимической мускулатуры и артикуляционного аппарата;
- произносительные нарушения проявляются речевым напряжением, нарушением мелодики и трудностью артикуляционных переключений;
- в самостоятельной речи очень редко используются предлоги, наречия и прилагательные;
- нарушение темпа и плавности речи;
- при чтении вслух встречаются парафазии, элизии, персеверации;
- самостоятельное письмо грубо нарушено, а в письме под диктовку отдельных слов и простых предложений преобладают литеральные параграфии;

- нарушение эмоционально-волевой сферы;

Также у 6 пациентов с тяжелой степенью тяжести, наблюдались следующие симптомы:

- распад связной речи;

- автоматизированная речь возможна только при подсказке каждого элемента;

- грубые персеверации;

- грубая аграфия и алексия;

- выраженная кинетическая апраксия рук, мимической мускулатуры и артикуляционного аппарата.

Также моторная динамическая афазия наблюдалась всего у 3 человек.

У 1 пациента с легкой степенью тяжести, отмечались следующие симптомы:

- нарушение структурирования предложений;

- нарушение решения задач в несколько действий;

- самостоятельное письмо затруднено;

- трудности переключения с одного вида деятельности на другой;

- снижение мотивационной деятельности;

У 2 пациентов со средней степенью тяжести отмечались следующие симптомы:

- спонтанная и диалогическая речь обеднена;

- нарушено составление рассказа на заданную тему по опорным словам;

- нарушение внутреннего программирования высказывания;

- испытывают трудности при назывании действий;

- нарушение линейности восприятия предложений;

- при письме под диктовку встречаются искажения и недописывание окончаний, а при самостоятельном письме отмечаются литеральные параграфы;

- нарушение решения задач;

- нарушение выполнения двигательной инструкции, предъявленной на слух;

- низкая мотивация к деятельности.

При проведении данного исследования пациенту предлагалась определенная инструкция по шкале HADS, которую зачитывал логопед и сам отмечал нужные варианты ответов.

Инструкция: Я читаю вам предложения. Даю варианты ответов. Скажите мне или кивните головой, если вы согласны.

После проведенного эксперимента мы можем отметить, что шкала HADS для определения уровня тревоги показала нам высокий процент (51,6% - 16 человек) количества пациентов с клинически выраженной тревогой, что свидетельствует о наиболее частых вариантах ответа: большую часть времени беспокойные мысли крутятся у меня в голове; часто испытываю напряжение, мне не по себе, лишь редко могу сесть и расслабиться. Также достаточно высокий процент (41,9% - 13 человек) пациентов со средней степенью тревоги, это подтверждается такими вариантами ответов, как: иногда я испытываю страх и мне кажется, что что-то ужасное может случиться; время от времени беспокойные мысли крутятся у меня в голове. У низкого процента испытуемых (6,5% - 2 человека) отсутствует тревога, в связи с легкими нарушениями речевой функции.

Данные по шкале HADS для определения уровня депрессии показали, что у 29% пациентов (9 человек) высокий уровень депрессии. Это говорит о замкнутости, неконтактности пациентов. Это доказывают следующие утверждения: мне часто кажется, что я стал все делать очень медленно; я очень редко испытываю бодрость. Самый большой процент испытуемых (48,4 % - 15 человек) имеют среднюю степень депрессии. Таким образом, они иногда испытывают беспокойство и страх, что приводят к трудностям в восстановительном обучении. Данные пациенты отмечали такие утверждения, как: может быть я стала уделять меньше времени, тому, как я выгляжу; иногда я испытываю бодрость. У 22,6% - 7 человек не наблюдается депрессия.

Данные исследования показали, что большинство пациентов

испытывают эмоциональное напряжение и дискомфорт из-за возникновения трудностей при речевой коммуникации.

Бланк шкалы HADS выдается ближайшему окружению пациента для самостоятельного заполнения и сопровождается инструкцией следующего содержания:

Инструкция: прочитайте, не обращайте внимания на цифры и буквы, помещенные в левой части опросника. Прочитайте внимательно каждое утверждение, и в пустой графе слева отметьте ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали на прошлой неделе. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной».

Анализируя результаты шкалы HADS у родственников, мы выявили следующие уровни тревоги. 35,5% (11 человек) имеют клинический уровень тревоги. Это приводит к некорректному взаимодействию родственника с пациентом (перебивание, построение грамматически сложных и длинных фраз, договаривание за пациентом и т.д.), а это, в свою очередь, повышает уровень тревоги самого пациента и снижает положительную динамику восстановительного обучения. У 51,6% испытуемых (16 человек) выявлен средний уровень тревоги. Нам доказывают это такие утверждения как: большую часть времени беспокойные мысли крутятся у меня в голове; я иногда испытываю внутреннее напряжение или дрожь. Не испытывают тревогу лишь 12,9 % (4 человека).

Данные по шкале HADS для определения уровня депрессии показали, что у 16,1% родственников (5 человек) высокий уровень депрессии. Это свидетельствует о повышенном беспокойстве и страхе, которое присутствует почти постоянно и приводит к эмоциональному истощению и неудовлетворенностью собой. Это проявляется в наиболее частых вариантах ответов как: лишь в очень малой степени мне приносит большое удовольствие то, что вызывало у меня такие чувства ранее; я не уделяю своей внешности столько времени, сколько нужно. Самый большой процент

испытуемых 58,1% (18 человек) имеют среднюю степень депрессии. Об этом свидетельствуют такие варианты ответов как: мне кажется, что я часто стал все делать медленно; я считаю, что мои дела могут принести мне удовольствие не в той степени, что раньше. И у 25,8 % родственников (8 человек) не наблюдается депрессия.

Данные исследования показали, что большинство родственников испытывают эмоциональное напряжение и беспокойство, связанное с серьезным заболеванием пациента.

Проведя диагностику психоэмоционального состояния, с учетом комплексной балльной оценки и предложенных критериев, нами выделено 3 степени тяжести по HADS: легкая, средняя и тяжелая. В большей степени было отмечено средние и высокие показатели тревожности и депрессии у пациентов и их родственников.

Тест В.В. Бойко предлагался только родственникам пациентов с моторной афазией для самостоятельного заполнения, и им давалась следующая инструкция:

Инструкция: Перед вами ряд утверждений, которые помогут определить некоторые особенности вашего поведения. Здесь не может быть ответов «правильных» или «ошибочных». Люди различны, и каждый может высказать свое мнение. Не обращайте внимания на цифры и буквы, помещенные в левой части опросника. Прочитайте внимательно каждое утверждение и отметьте ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали на прошлой неделе. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной.

Анализируя результаты методики В.В. Бойко, мы выявили, что у большинства родственников (29% - 9 человек) отмечается завуалированная жестокость в отношениях к людям и в суждениях о них, о чем свидетельствуют следующие варианты ответов: Мой принцип в отношениях с людьми, это доверяй, но проверяй; бывает так, что делаешь добро людям, а

потом жалеешь об этом, потому что они платят неблагодарностью. У 22,6% (7 человек) проявляются признаки открытой жестокости к людям, например: большинство людей лишено чувства сострадания к другим; правы те, кто считает: надо больше бояться людей, а не зверей. 25,8% (8 человек) имеют обоснованный негативизм в суждениях о людях. Он проявляется в объективных неблагоприятных выводах об отдельных типах людей и сторонах их взаимодействия. Об этом говорят такие варианты ответов как: высокопоставленные должностные лица, как правило, ловкачи и хитрецы; большинство работников на предприятиях и в учреждениях старается прибрать к рукам все, что плохо лежит. И у 22,6% (7 человек) родственников имеется склонность делать необоснованные обобщения негативных фактов в области взаимоотношений, это проявляется в вариантах ответов: пожилые люди в большинстве показывают свою озлобленность каждому; современная молодежь разучилась испытывать глубокое чувство любви; подростки в большинстве своем сегодня воспитаны хуже, чем когда бы то ни было.

Результаты диагностики В.В.Бойко показали, что большинство родственников (77,4%) пациентов с моторной афазией имеют обоснованный негативизм, завуалированную или открытую жестокость в отношении к людям. И только 22,6% родственников имеют брюзжание.

Проанализировав две данные методики, можно утверждать, что ближайшее окружение пациентов с моторной афазией тяжело переживают этап ранней реабилитации, потому, что не знают "Как! и Что?" сейчас им предстоит делать с пациентом, как будет меняться их жизнь? И в глубине души надеясь, что их родной человек в ближайшее время сможет преодолеть болезнь и все вернется в обычный ритм жизни. Но, к сожалению, это не так. Потребуется немало сил и времени, чтобы справиться с этим заболеванием.

Кроме конкретных задач на восстановление предикативной функции речи, преодоление персевераций, грамматической структуры слова и др. на процесс восстановления влияет эмоциональное состояние, как самих пациентов, так и родственников.

Мы считаем, что наличие у родственников пациентов с моторной афазией подробного плана занятий по восстановлению речи именно на раннем этапе реабилитации поможет снизить их тревожность и депрессию, улучшить атмосферу (микроклимат) в семье что, следовательно, положительно повлияет на восстановительную динамику самого пациента.

Выводы по главе

Нами были проанализированы различные принципы (профессиональной компетентности, конфиденциальности, научной обоснованности, индивидуальности и объективности), методы (устной и письменной диагностики, тестирования) и подходы (объективный, субъективный, инструментальный, конструирующий, помогающий) к диагностике нарушений высших психических функций при афазии, была составлена программа психолого-педагогической диагностики, которая включает в себя исследование экспрессивной и импрессивной речи, письменной речи, состояние праксиса и гнозиса, психоэмоционального состояния пациентов с моторной афазией и их родственников.

Результатами констатирующего эксперимента показали, что для пациентов с моторной афазией характерно нарушения экспрессивной речи, которые проявляются литеральными и вербальными парафазиями, параграфиями, паралексиями; персеверациями, элизиями, контаминациями, эмболофразией.

Также в результате исследования уровня тревоги и депрессии, мы установили, что в большинстве случаев пациенты с моторной афазией тяжело переживают наличие у них речевого дефекта, что проявляется высоким уровне тревожности, депрессивности.

Результаты исследования психоэмоционального состояния родственников пациентов позволили определить высокий уровень агрессии к окружающим, что сопровождается повышением уровня их тревожности. Мы предполагаем, что это является следствием стрессовой ситуации

переживания болезни близкого человека и незнанием специфики афазии и особенностей процесса восстановления речи. В связи с этим методическая поддержка родственников играет важнейшую роль в системе восстановительного обучения.

Таким образом, необходима разработка методического обеспечения (рабочей тетради) на весь период индивидуальной программы реабилитации раннего восстановительного этапа.

ГЛАВА III Рабочая тетрадь, как средство методического обеспечения взаимодействия пациентов с афазией и их родственников в ходе раннего этапа восстановления речи

3.1. Научно-теоретическое обоснование рабочей тетради как средства методического обеспечения взаимодействия пациентов с афазией и их родственников в ходе раннего этапа восстановления речи

В данной методической разработке представлен комплекс упражнений, в виде рабочей тетради, направленный на восстановление утраченных речевых функций впоследствии нарушения мозгового кровообращения на раннем восстановительном этапе. Рабочая тетрадь - набор стандартных форм для выполнения предусмотренных заданий.

Рабочая тетрадь состоит из 12 занятий, каждое из которых рассчитано на 1 неделю. Она удобна при самостоятельном использовании родственниками пациентов с моторной афазией в домашних условиях, так как в ней предлагаются подробные, пошаговые инструкции по преодолению речевых нарушений на раннем восстановительном этапе. Также в этой тетради описаны рекомендации для правильного общения в семье с пациентом, что поможет наладить контакт и быстрее справиться с этим недугом. Задания подобраны таким образом, чтобы помочь родственникам самостоятельно и ежедневно преодолевать речевые нарушения пациента с моторной афазией.

Организовать работу по данной тетради можно двумя вариантами:

1. При совместной работе с логопедом, когда данная тетрадь выступает в качестве организации домашней работы, направленной на закрепление пройденного материала.
2. При самостоятельном домашнем использовании, когда логопед из больницы или реабилитационного центра рекомендует данную тетрадь, но предварительно дает рекомендации по ее использованию.

Задачей нашей работы стало создание рабочей тетради, как средства методического обеспечения взаимодействия пациентов с афазией и их родственников в ходе раннего этапа восстановления экспрессивной речи.

Цель данного пособия: помочь родственникам пациентов с моторной афазией организовать занятия по преодолению речевого дефекта в домашних условиях в период раннего восстановительного этапа.

Направления восстановительного обучения пациентов с моторной афазией в рамках их взаимодействия с родственниками в домашних условиях на раннем этапе восстановления экспрессивной речи:

1. Растормаживание орального праксиса посредством мимической гимнастики.

Данное направление ориентировано на преодоление кинетической и кинестетической апраксии мимической мускулатуры, восстановление тонуса и подвижности мышц лица посредством активно-пассивной гимнастики. На этапе консультации по работе с тетрадью необходимо объяснить родственникам пациента правила проведения мимической гимнастики и продемонстрировать мимические упражнения. Например: логопед надувает щеки, пациент сначала смотрит, а потом повторяет (нахмурить брови, цоканье).

2. Растормаживание артикуляционной моторики посредством артикуляционной гимнастики.

На этом этапе работа вводится над преодолением кинестетической и кинетической апраксии артикуляционного аппарата посредством использования активно-пассивной гимнастики, которая является промежуточным этапом

ЧТО ТАКОЕ АКТ-ПАСС. ГИМН.

На этапе консультации по работе с тетрадью необходимо объяснить правила проведения артикуляционной гимнастики и продемонстрировать артикуляционные упражнения.

3. Растормаживание произносительной стороны речи посредством проговаривания автоматизированных рядов (счет до 10, перечисление дней недели и месяцев, пропевание знакомых песен; договаривание знакомых фраз и пословиц) в сопряженно-отраженной речи. Целью является оживление речевых следов, а также восстановление артикуляционного праксиса. На этапе консультирования логопед объясняет, что данные упражнения позволяют растормозить речь пациента, для этого используются знакомые слова, фразы. Родственникам рекомендуется говорить с пациентом
4. Стимулирование глобального чтения реализуется в процессе восприятия картинок, которые подкреплены названием (в рабочей тетради все картинки подписаны). **ЗАЧЕМ, ЧТО ЭТО. ИНСТРУКЦИЯ.** Пациенту предлагаются предметные картинки и подписи к ним.

Структура домашнего занятия (листа рабочей тетради) включается в себя:

Организационная часть. Подобраны забавные и добрые картинки перед началом каждого занятия, для привлечения внимания пациента и для улучшения его эмоционального состояния, что приведет к снижению тревожности.

Основная часть. Представлен комплекс заданий, направленный на восстановление речевой функции пациента. Предлагались следующие типы заданий: вытяни губы вперед "трубочкой". Держи "трубочку", пока я считаю до 5 (словесная инструкция с опорой на зрительный образ); повтори за мной (дни недели); я читаю тебе, а ты следи и повторяй (договаривание стихотворений); я говорю тебе предложение, а говори последнее слово (договаривание с опорой на картинку).

Заключительная часть. Предложена картинка для самооценки самим пациентом пройденного занятия. Также родственник отмечает моменты, которые получились, и хвалить пациента.

Предполагаемыми результатами нашей работы будут:

1. Улучшение контакта между родственником и пациентом с моторной афазией на фоне повышения их информационной готовности к восстановлению речи и снижения уровня тревожности, обусловленной отсутствием методических рамок дополнительных занятий в домашних условиях.
2. Улучшение состояния речи пациента в аспекте активизации автоматизированных форм речи, растормаживания мимической и артикуляционной моторики, восстановления способности узнавания и воспроизведения отдельных слов на основе глобального чтения.

3.2. Методические рекомендации родственникам пациентов с афазией по организации взаимодействия в процессе восстановления речи.

К сожалению, у многих людей, перенесших инсульт, проявляются сложности в общении, они становятся более эмоционально восприимчивы и ранимы. Ведь любое заболевание для человека – стресс, а при афазии, в большей или меньшей степени, происходит выключение человека из общества. В связи с этим большинство пациентов начинают закрываться в себе и от родственников, которые хотят им помочь. Все это мешает положительной динамике проводимого лечения.

В данном случае положительный эффект будет улучшаться при активном общении с пациентом. Необходимо периодически рассказывать ему что-нибудь веселое, помогать развлекаться. Больному надо показывать, что о нем заботятся, его любят, тогда и восстановление речевой функции пойдет быстрее.

Как общаться с пациентом:

1. Когда вы разговариваете, постоянно сохраняйте зрительный контакт.
2. Говорите медленно и четко, но нормальным тоном (не меняя высоты голоса)
3. Используйте короткие предложения (не касайтесь больше одной темы одновременно)
4. Говорите на темы, которые интересны самому пациенту (работа, хобби, увлечения)
5. Дайте вашему родственнику время, что бы он попытался сказать то, что он хочет, не исправляя его.
6. Обращайте внимание на мельчайшие положительные сдвиги.
7. Не допускайте к нему безразличных людей. Все эмоции должны быть добрыми.

8. Во время диалога с вами, подчеркивайте важность его мнения.

9. Слуховую нагрузку в месте пребывания больного нужно контролировать. Лишний шум раздражает и утомляет. Включайте тихую музыку, любимую радиостанцию больного.

Чего не следует делать при общении:

1. Не заканчивайте за больного предложения, не давая ему договорить.

2. Не говорите слишком быстро.

3. Не отрывайте его, если он чем-то занят: ему будет трудно переключиться на диалог с вами.

4. Не разговаривайте с больным, как с ребенком.

5. Не давайте слишком сложные задания, это может утомить больного.

Какие упражнения можно выполнять дома

Для самостоятельных домашних занятий рекомендован комплекс упражнений, направленных на улучшение артикуляции, владение мышцами, участвующими в речевой функции. Число повторений каждого упражнения — до 10.

Больному необходимо, чтобы с ним постоянно общались. Это поможет ему начать воспроизводить звуки. Также очень полезным в растормаживании речи является пение. Пойте вместе!!! И не важно, точно ли будет повторять за вами слова ваш близкий родственник. Такой метод отличается высоким уровнем эффективности.

Перед началом занятия по восстановлению речевой функции обязательно поинтересуйтесь, как пациент себя чувствует. Ведь если самочувствие пациента плохое, результативность такого занятия сведется к минимуму. По возможности сядьте напротив пациента, чтобы соблюдать зрительный контакт и при первых симптомах ухудшения самочувствия остановите занятие.

Перед началом занятий приободрите пациента (например: у тебя все получится, ты справишься) и следите за темпом своей речи, она должна быть медленной и со спокойной интонацией.

Каждое занятие начинается с мимической гимнастики, которая направлена на восстановление тонуса и подвижности мышц. В части для родственника прописывается текст инструкции (например: надуй щеки), а в части для пациента представлено оживление образа в виде картинки, которая подписана под ней. Если пациент затрудняется в выполнении данного образа, то родственник показывает свою артикуляцию в медленном темпе.

Далее следует комплекс упражнений артикуляционной гимнастики, который направлен на преодоление апраксии артикуляционного аппарата. В части для родственника также дается инструкция выполнения данного упражнения. При затруднении пациент ориентируется на артикуляцию родственника, а в части для пациента также представлено оживлением образа в виде картинки.

Следующий раздел направлен на растормаживание произносительной стороны речи, по средствам проговаривания автоматизированных рядов.

В части для родственника прописаны необходимые слова, фразы и тексты, которые пациент должен повторить вместе с родственником.

Стимулирование глобального чтения реализуется в процессе восприятия картинок, которые подкреплены названием. Эта работа проводится параллельно с растормаживанием устной речи.

В конце занятия родственник предлагает пациенту самостоятельно оценить свою работу, посредством выбора соответствующей картинки. После чего родственник также дает оценку его деятельности, проговаривая положительные моменты занятия.

Терпение, поддержка близких людей, спокойный настрой и четкое следование рекомендациям помогут пациенту справиться с этим недугом.

Вывод по главе

В ходе исследования нами разработано методическое обеспечение взаимодействия пациентов с моторной афазией и их родственников, в виде рабочей тетради, которое направленно на восстановление утраченных речевых функций впоследствии нарушения мозгового кровообращения на раннем восстановительном этапе. Рабочая тетрадь рассчитана на 12 занятий, каждое из которых рассчитано на 1 неделю и включает в себя следующие направления по растормаживанию: орального праксиса посредством мимической гимнастики; артикуляционной моторики посредством артикуляционной гимнастики; произносительной стороны речи посредством проговаривания автоматизированных рядов в сопряженно-отраженной речи; стимулирование глобального чтения, которое реализуется в процессе восприятия подписанных картинок.

Кроме того, в рамках нашего исследования разработаны методические рекомендации для родственников пациентов с афазией по организации взаимодействия в процессе восстановления речи, где описывается, как необходимо общаться и что не следует делать при общении с пациентом.

Заключение

В нашей работе были изучены и проанализированы научно-методические исследования по вопросам организации взаимодействия участников реабилитационного процесса при восстановлении речевой функции у пациентов с афазией.

Афазия является сложным расстройством, при котором необходима комплексная реабилитация пациента, эффективность этой реабилитации зависит от этапа восстановительного обучения. Таким образом, необходимо включать в эту систему реабилитации родственника пациента уже на раннем этапе восстановительного обучения.

Нами было разработана и реализована программа психолого-педагогической диагностики состояния информационно-реабилитационной компетентности пациентов с афазией и их близких в вопросах взаимодействия.

В ходе нашего исследования был выявлен высокий процент тревожности, депрессивности у пациентов и родственников. Вследствие чего, это отягощает процесс восстановительного обучения, а на среднем и тяжелом этапе выходит на первый план. В результате этого в комплексное взаимодействие требуется включить работу с психологом. Кроме этого мы исследовали состояние речевой функции у пациентов с моторной афазией, анализ результатов показал, что для них характерны нарушения орального праксиса, экспрессивной и импрессивной функции речи, а также чтения и письма. Сложность речевого дефекта, зависит от степени тяжести моторной афазии.

На основе результатов констатирующего эксперимента нами разработано содержание рабочей тетради для пациентов с моторной афазией с их родственников с целью организации самостоятельных занятий в домашних условиях направленных на восстановление экспрессивной речи. Данная рабочая тетрадь является средством методического обеспечения

взаимодействия пациентов с афазией и их близких на раннем этапе реабилитации.

Перспективой дальнейшего исследования выбранной нами темы является апробация разработанных методических материалов и их доработка в соответствии с возможными дополнениями. Мы предполагаем, что конечный продукт нашего исследования (рабочая тетрадь) может быть включен в систему сопровождения восстановительного обучения пациентов с афазией на раннем этапе реабилитации, что позволит повысить ее эффективность.