374
О-264

На правах рукописи

Обуховская Анна Юрьевна

Особенности коррекционно-восстановительной работы при афазии у детей и подростков

13.00.03 Коррекционная педагогика (логопедия)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени кандидата
педагогических наук

Санкт-Петербург

2009

09-11817

Работа выполнена на кафедре логопедии Автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина»

Научный руководитель: кандидат педагогических наук, профессор **Шаховская Светлана Николаевна**

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, профессор **Визель Татьяна Григорьевна**

кандидат педагогических наук, доцент **Прищепова Ирина Владимировна**

Ведущая организация: **Московский городской педагогический университет**

Защита состоится 24 февраля 2009 г. в 10:00 час. на заседании диссертационного совета Д 800.009.03 при Автономном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Ленинградский государственный университет имени А. С. Пушкина» по адресу: 196605, Санкт-Петербург, Петербургское шоссе, д. 10, конференц-зал.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ленинградского шкина

О.А. Денисова

Общая характеристика работы

Актуальность темы исследования. Проблема афазии и восстановительного обучения все больше привлекает внимание исследователей в области различных наук: логопедии, нейропсихологии, лингвистики, психолингвистики и др. Интерес к этой проблеме основан, с одной стороны, на значимости ее изучения для углубления представлений о законах работы мозга, о связи речи с мозгом, о ее психофизиологических основах, о взаимодействии речи с другими психическими процессами; с другой стороны, возрастающий интерес к этой области знания обусловлен ее социальной и практической значимостью в связи с вопросами восстановления полноценной жизнедеятельности таких больных.

Теоретические и практические аспекты проблемы афазии у взрослых глубоко исследованы в работах многих авторов (Г.В. Ахутиной, Э.С. Бейн, Т.Г. Визель, А.Р. Лурия, В.В. Опиель, В.К. Орфинской, Л.Г. Столяровой, И.М. Тонконогого, Л.С. Цветковой, М.К. Шохор-Троцкой и др.).

Однако, несмотря на большое количество исследований в области изучения и восстановительного обучения взрослых больных с афазией, вопрос коррекционно-восстановительной работы при афазии у детей и подростков остается практически неизученным. В резидуальных состояниях после черепно-мозговой травмы и хирургического удаления опухолей мозга у детей и подростков также нередко наблюдаются различные синдромы речевой недостаточности, в том числе афазического типа. Афазия у детей и подростков характеризуется специфичностью проявлений, значительной индивидуальной вариабельностью, что вызывает необходимость разработки целенаправленных методов восстановления речи у этой категории больных.

Недостаточность исследований по проблеме возникновения и преодоления афазических расстройств у детей и подростков (М.Г. Храковская, А.В. Семенович, Л.С. Цветкова), отсутствие методической литературы требуют углубленного изучения и разработки дифференцированной логопедической работы с обоснованием принципов, направлений и приемов коррекционно-восстановительной работы.

Таким образом, острая актуальность проблемы, недостаточная разработанность вопросов, связанных с диагностикой и последующей реабилитацией детей и подростков с афазией, обусловили выбор темы настоящего исследования.

Проблема исследования - каковы особенности симптоматики и механизмов афазии в детском и подростковом возрасте? Каковы условия эффективности коррекционно-восстановительной работы при афазии у детей и подростков?

Цель исследования разработка, обоснование и апробация методики коррекционно-восстановительной работы при афазии у детей и подростков.

Объект исследования - процесс восстановления речевой функции при

афазии у детей и подростков

Предмет исследования особенности коррекционно-восстановительного обучения при афазии у детей и подростков

В основу исследования была положена **гипотеза**: исходя из предположения о том, что проявления афазии у детей и подростков отличаются от афазии у взрослых больных, повысить эффективность реабилитации таких пациентов можно при условии разработки целенаправленного дифференцированного логопедического воздействия с учетом особенностей проявлений и структуры афазического дефекта в детском и подростковом возрасте

В соответствии с объектом, предметом, целью, гипотезой исследования были выделены следующие **задачи**

1. Проанализировать теоретические проблемы афазиологии и проблемы коррекционно-восстановительного обучения при афазии у детей и подростков

2. Выявить в ходе экспериментального изучения особенности речи и неречевых высших психических функций у детей и подростков при афазии.

3. Разработать и обосновать алгоритм, направления и приемы коррекционно-восстановительного обучения детей и подростков с афазией.

4. Апробировать дифференцированную методику восстановления речи при афазии у детей и подростков, определить ее эффективность.

В исследовании были использованы следующие **методы** (по Б.Г. Ананьеву): организационные (сравнительный, комплексный); эмпирические (наблюдение, психодиагностические методы, тесты, тестовые задания, беседа, констатирующий и формирующий эксперимент, биографические методы); математико-статистические (метод ранговой корреляции Спирмена), интерпретационные.

Совокупность методов исследования позволила оценить состояние нарушенных речевых и неречевых функций детей и подростков с афазией, определить и апробировать алгоритм, методы и приемы коррекционно-восстановительной работы.

Теоретико-методологическую основу исследования составили положения психологии и психолингвистики о языке как о важнейшем средстве общения и познания (Л.С. Выготский, А.А. Леонтьев, А.Р. Лурия), концепция речевой деятельности как сложного системного функционального единства (Л.С. Выготский, Т.В. Ахутина, И.А. Зимняя, Н.И. Жинкин, А.А. Леонтьев, А.Р. Лурия), научно-теоретические нейрофизиологические и нейропсихологические положения, содержащиеся в фундаментальных исследованиях А.Р. Лурии, Л.С. Цветковой, Э.С. Бейн, Е.Н. Винарской, М.К.

Бурлаковой и других исследователей. В качестве теоретической основы послужили также исследования в области неврологической реабилитации больных, перенесших инсульт или черепно-мозговую травму (Л.О. Бадалян, Г.А. Педаченко, Т.А. Доброхотова, Л.Б. Лихтерман), клинической нейропсихологии (Н.К. Корсакова, Л.И. Москвичюте) и коррекционно-восстановительного обучения больных с афазией (Т.В. Ахутина, М.К. Бурлакова, Т.Г. Визель, В.В. Оппель, Н.М. Ныдаева, В.М. Шкловский, и др.)

Наиболее существенные результаты, полученные лично автором, состоят в том, что

- подтверждены теоретические данные о взаимосвязи возраста, в котором случилось мозговое поражение, и степени распада речевой функции при афазии у детей и подростков;
- определены особенности проявления афазии при различных мозговых поражениях у детей и подростков;
- теоретически обоснована и апробирована модифицированная программа коррекционно-восстановительного обучения при афазии у детей и подростков;
- доказана эффективность использования целенаправленной дифференцированной методики восстановления речи у детей и подростков с афазией.

Научная новизна заключается в том, что впервые с междисциплинарных позиций с опорой на эмпирический, статистический и документальный материал:

- выявлены и систематизированы особенности проявлений афазии у детей и подростков;
- установлены факторы, совокупность которых определяет специфику проявлений афазии у этой категории больных;
- представлены качественный и количественный анализ нарушений речи и неречевых психических функций при афазии у детей и подростков;
- с учетом структуры афазических проявлений выделены группы детей и подростков с афазией;
- разработана дифференцированная методика психолого-педагогического воздействия с учетом характера, степени и локализации поражения головного мозга, возраста ребенка и уровня сформированности речевой функции к моменту мозгового поражения, а также индивидуально-психологических особенностей детей и подростков с афазией;
- экспериментально обоснованы и апробированы алгоритм, направления, методы и приемы коррекционно-восстановительной работы при афазии у детей и подростков.

Теоретическая значимость исследования определяется тем, что оно углубляет научные представления о структуре и вариативности речевого дефекта при афазии, о соотношении нарушенных речевых и неречевых высших психических функций. Материалы исследования вносят определенный вклад в дальнейшее развитие и совершенствование существующей системы реабилитации больных с афазией, а также способствуют более полному и целостному пониманию единой концепции восстановления речевых и неречевых функций при различных поражениях мозга.

Практическая значимость исследования состоит в том, что анализ особенностей речевых и неречевых функций при афазии у детей позволяет определить алгоритм, направления и приемы восстановления высших психических функций соответственно возрасту ребенка, его личностным особенностям, степени и характеру выраженности дефекта. Алгоритм, направления и приемы восстановления нарушенных функций апробированы в личном клиническом опыте и могут быть использованы при организации процесса реабилитации этого контингента больных. Отдельные методы коррекционно-восстановительного обучения могут применяться и в работе с детьми, имеющими системное недоразвитие речи (например, при задержке психического развития, алалии).

Материалы диссертационного исследования могут быть использованы в учебных курсах «Логопедия», «Нейропсихология детского возраста», «Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте», в практической работе, а также в системе повышения квалификации дефектологов и логопедов.

Организация и этапы исследования. Исследование выполнено на базе Центра патологии речи и нейрореабилитации и неврологического отделения МУЗ Видновской районной больницы Московской области, где мы в течение пяти лет (с 1998 по 2003 гг.) проводили коррекционно-восстановительную работу с детьми и подростками. В работе частично использованы также данные наблюдений в НИИ Нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН (2003-2005 гг.), Морозовской детской городской клинической больнице (2004-2005 гг.).

Этапы проведения исследования.

Первый этап - поисково-теоретический (1998-2000 гг.) - был посвящен изучению и анализу психолого-педагогической, лингвистической и специальной литературы по проблеме, определению цели, задач, гипотезы и методов исследования.

На втором этапе (2000-2002 гг.) проводилась разработка обучающего эксперимента и его апробация на базе Центра патологии речи и нейрореабилитации. Проверка эффективности использования в практике разработанной программы коррекционно-восстановительного обучения при афазии у детей и подростков проходила в процессе контрольного эксперимента.

На *третьем этапе* (2002-2003гг.) обобщались и систематизировались

результаты исследования, формулировались выводы и рекомендации. Предлагаемая программа коррекционно-восстановительного обучения для детей и подростков с афазией внедрялась в практику работы отделений реабилитации в течение трех лет.

Достоверность и обоснованность полученных данных обеспечиваются методологической базой исследования, апробированными методиками исследования, проведением исследования в единстве с практической деятельностью, комплексным характером экспериментальной работы и возможностью ее повторения, сочетанием количественного и качественного анализа экспериментальных данных, репрезентативностью выборки, проверкой полученных данных на практике, личным участием автора в проведении экспериментальной работы.

Апробация и внедрение результатов исследования. Работа обсуждалась на кафедре логопедии факультета дефектологии МПГУ в 2001-2003 гг., на кафедре специального образования Российского университета дружбы народов в 2007-2008 гг., на кафедре логопедии Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина в 2007-2008 гг. Результаты диссертационного исследования и выводы были представлены на научных конференциях «Актуальные проблемы логопедии в трудах ученых XX века» (Санкт-Петербург, 2000 г.), «V Царскосельские чтения» (Санкт-Петербург, 2001 г.), «А.Р. Лурия и психология XXI века» (Москва, 2002 г.), «VII Царскосельские чтения» (Санкт-Петербург, 2003 г.), на научно-практических конференциях в г. Муроме Владимирской обл. (2003 г.), г.Казани (2004 г.), в тезисах и статьях.

Разработанные методики использовались в системе коррекционно-восстановительного обучения больных с афазией в Центре патологии речи и нейрореабилитации. НИИ Нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко, Морозовской детской клинической больнице, а также при разработке и проведении учебных курсов в МПГУ, МПСИ и его филиалах (г. Муром, г. Йошкар-Ола, г. Железногорск, г. Надым, г. Рославль), МСГИ и его филиалах (г. Казань, г. Набережные Челны), РУДН.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Особенности проявления афазии у детей и подростков характеризуются своеобразием, которое определяется совокупностью факторов: возрастом, степенью сформированности речевой функции к моменту мозгового поражения, характером и локализацией поражения мозга, а также индивидуальными личностными особенностями больных.

2. Афазический дефект у детей и подростков проявляется в более широком спектре симптомов, является менее стойким, более благоприятным в плане прогноза компенсации речевого дефекта, чем у взрослых, что обусловлено пластичностью детского мозга.

3. Эффективность коррекционно-восстановительного обучения

достигается при условии целенаправленного и дифференцированного психолого-педагогического воздействия на основе сочетания традиционных методов и современных методов арттерапии, учитывающего специфику проявлений, структуру, этиопатогенез афазии, степень сформированности речи на момент поражения, возраст и школьные навыки детей и подростков, а также их индивидуально-психологические характеристики.

Публикации. Основное содержание диссертации отражено в 7 публикациях: статьях, тезисах докладов. Две статьи опубликованы в ведущих рецензируемых журналах, определенных ВАК РФ.

Структура и объем диссертационной работы:

Работа состоит из введения, трех глав, заключения, изложенных на 173 страницах текста. Список литературы включает 122 наименования.

Основное содержание работы

Во введении обосновываются актуальность темы исследования, степень ее разработанности, определяются проблема, цель, задачи, гипотеза, научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, формулируются основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Научно-теоретический анализ проблемы исследования афазии у детей и подростков» представлен обобщенный обзор литературы, отражающий ретроспективный анализ формирования учения об афазии в отечественной и зарубежной науке. Рассматривается история афазиологии с позиций неврологии, психиатрии, общей и специальной психологии, нейропсихологии, психолингвистики и логопедии, а также направления и методы логопедической, психолого-педагогической и медико-социальной помощи больным с афазией. Проанализировано современное состояние коррекционно-восстановительного обучения и реабилитации больных, перенесших инсульт или черепно-мозговую травму. Изучены проблемы диагностики и пути восстановления речи детей и подростков с учетом «омоложения» мозговых нарушений и постоянно растущего числа травм головного мозга. Эти исследования показывают, что случаи детских афазий вследствие повреждения структуры мозга имеют тенденцию к быстрому восстановлению коммуникативной функции речи, чем отличаются от афазий у взрослых. В то же время изучение отдаленных последствий мозговых поражений у детей и подростков часто свидетельствует о снижении способностей к обучению даже после полного восстановления речевой функции. Эти факты свидетельствуют о пластичности детского мозга, то есть о способности к перестройке для компенсации нарушения, что зависит, прежде всего, от характера мозгового нарушения – повреждения структуры или расстройства функции мозга. Течение и исход детских афазий показывает, что в

детском возрасте расстройство функции мозга может привести к более тяжелым последствиям, чем повреждение его структуры.

Во второй главе «Исследование особенностей проявления афазии у детей и подростков» представлены организация, методы и приемы экспериментального изучения состояния речи и неречевых психических функций у детей и подростков с афазией.

Исследование выполнено на материале больных, находящихся на коррекционно-восстановительном обучении в стационарном отделении Центра патологии речи и нейрореабилитации (ЦПРиН) и неврологическом отделении МУЗ Видновской районной больницы Московской области. В экспериментальном изучении участвовало 16 испытуемых: два подростка в возрасте 15 лет, четыре подростка в возрасте 14 лет, три ребенка в возрасте 11 лет, три девятилетних и четыре восьмилетних ребенка. Из 16 испытуемых - одиннадцать мальчиков и пять девочек.

У двенадцати испытуемых афазия наступила в результате черепно-мозговой травмы, у одного ребенка вследствие острого нарушения мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии, у трех детей выявлялись опухолевые поражения головного мозга.

У трех испытуемых черепно-мозговая травма, инсульт или опухоль мозга и, соответственно, речевые нарушения возникли в возрасте 12 лет, у четырех – в возрасте 10 лет, у пяти детей в возрасте 8 лет и в возрасте 6 лет - у четырех детей.

Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе анализировалась медицинская и психолого-педагогическая документация на каждого больного. На втором этапе проводилось первичное обследование детей. На третьем этапе осуществлялось экспериментальное обучение и углубленное изучение динамики речевого статуса больного в результате коррекционно-восстановительного обучения.

Все испытуемые проходили полное клинико-диагностическое обследование. По клиническим данным объем, локализация и характер очагового поражения головного мозга во всех случаях был верифицирован методами рентгенографических исследований и данными компьютерной томографии.

Распределение больных по особенностям внутриполушарного расположения патологического очага представлено в таблице 1. Данные представлены на каждого испытуемого с учетом сочетанных поражений головного мозга, например, наличие очага поражения одновременно в теменной, височной и затылочной областях головного мозга.

Таблица 1.

Распределение больных по особенностям внутриполушарного расположения патологического очага

Локализация поражения	Возраст больных (годы)					Всего
	8	9	11	14	15	
Лобная доля	2	2	2	4	1	11
Височная доля	3		1	1	2	9
Теменная доля	1	1	1	2	1	6
Затылочная доля	-	-	1	1	-	2

В экспериментальном исследовании использовалась методика, разработанная А.Р. Лурией для исследования высших психических функций больных с афазией, которая была модифицирована с учетом возраста, нервно-психического и общесоматического состояния испытуемых. Методика обследования была построена как совокупность взаимосвязанных специально подобранных заданий, использование которых позволило выявить состояние речевых и неречевых высших психических функций детей и подростков. Предметом нашего детального изучения было состояние нарушенной речевой функции. Для получения более полной картины проводились единичные пробы для выявления степени и характера нарушения не только речи, но и других высших психических функций. Для экспериментального изучения нами подбирался адекватный возрасту языковой, речевой и наглядный материал, соответствующий разным уровням организации речи испытуемых.

Методика исследования речевой функции включала пробы (тесты), учитывающие форму афазии, центральные механизмы нарушения речи при каждой форме афазии по классификации А. Р. Лурии, центральные симптомы нарушения речевой функции и степень выраженности речевых дефектов. С помощью ряда экспериментальных заданий выявлялись разные уровни нарушения речи, сенсомоторный и семантический, оценивалось состояние речи (и динамика ее обратного развития) на уровне слова, фразы, высказывания.

Исследование речевых процессов проводилось в двух аспектах – изучение рецептивной (импрессивной) и моторной (экспрессивной) стороны речевой деятельности. В процессе исследования импрессивной речи мы анализировали восприятие звуков речи и звукосочетаний, понимание значения слова, фразы, логико-грамматических конструкций и смысла развернутой речи. При исследовании экспрессивной речи оценивался оральный праксис, артикуляция изолированных речевых звуков и их сочетаний, произнесение слов, фраз, самостоятельная развернутая речь испытуемых (отраженная и спонтанная), а также чтение и письмо.

В процессе исследования проводилось и изучение состояния неречевых высших психических функций: гнозиса, праксиса, внимания и счета.

В процессе экспериментального изучения больным предлагалось 15 тестов по 2-5 заданий в каждом (всего 53 пробы).

Результаты выполнения всех проб анализировались методами

качественного и количественного анализа. Качественный анализ был направлен на выявление первичного дефекта, лежащего в основе нарушенной функции. Такой анализ позволил оценивать каждый тип расстройства с учетом различных компонентов, составляющих его структуру. Количественный анализ включал оценку частоты и выраженности каждого из этих параметров по строго фиксированной системе от 1 до 3 баллов, итоговая оценка подсчитывалась способом вычисления среднего арифметического. Достоверность и значимость различий при выполнении заданий детьми и подростками подтверждалась с помощью методов математической статистики (коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

Анализ результатов первичного обследования позволил уточнить форму речевого нарушения больного, характер и степень поражения, а также выявить сопутствующие нарушения неречевых функций.

Данные логопедического и нейропсихологического обследования приведены на рисунке 1, где по вертикальной оси обозначены баллы, полученные детьми при выполнении заданий, а по горизонтальной оси указаны номера проб.

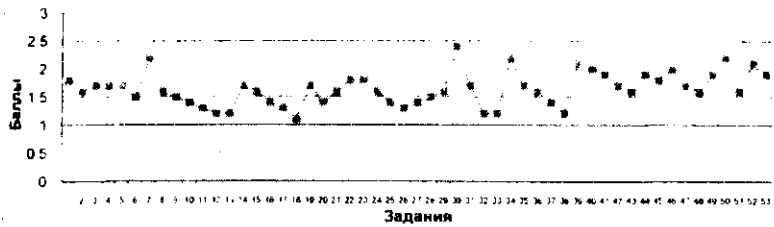

Рис. 1. ***Количественный анализ исследования речевых и неречевых высших психических функций***

Наиболее пострадали функции понимания логико-грамматических конструкций, чтение, использование слов малочастотной лексики, самостоятельное письмо, а также сомато-пространственный гнозис и функция непроизвольного внимания.

Наиболее сохранным было понимание ситуативно-бытовой речи, выполнение простых одноуровневых инструкций, автоматизированная речь, ведение простого ситуативного диалога, а также кинестетический праксис и чтение простых чисел.

Полученные данные логопедического и нейропсихологического обследования детей и подростков указывают на сочетанные нарушения всех

компонентов речевой функциональной системы, обусловленные поражением различных участков головного мозга. По общим итогам экспериментального изучения в зависимости от характера нарушения, были выделены следующие группы детей и подростков с афазией:

1 группа – 3 испытуемых, у которых была выявлена сенсомоторная афазия грубой степени выраженности с элементами динамической афазии из-за поражения вторичных и третичных отделов коры головного мозга, субкортикальных неспецифических структур, а также патологической заинтересованности преимущественно премоторных, постцентральных и височных отделов левого (доминантного) полушария головного мозга.

Все испытуемые в месте, времени и пространстве не ориентированы. Критика к своему состоянию снижена. Эмоциональные реакции изменены по типу лабильности, наблюдалось снижение контроля за собственной произвольной деятельностью. Недостаточность функции произвольного внимания, повышенная утомляемость, трудности удержания воспринятой на слух информации, увеличение латентного периода при выполнении устных инструкций отмечались у 2 человек. Констатировались элементы полевого поведения, «соскальзывание» с инструкции на побочные виды деятельности, особенно при истощении. Самоконтроль и самокоррекция отсутствовали. Отмечалось грубое отчуждение смысла слов, недоступно было понимание даже простых ситуативно-бытовых вопросов. Полностью невозможным оказалось самостоятельное называние предметов и действий, а также с опорой на картинку. Спонтанная устная речь практически отсутствовала у 2 испытуемых. В обоих случаях вместо нее использовался речевой эмбол *(например, у испытуемой Дарьи М.: «Даша - Даша», у испытуемого Максима Т.: «оу – оу оу»)*, заменяющий детям вербальную речь при попытках общения с окружающими. Эмбол был экспрессивно насыщен, богато интонирован. У остальных испытуемых спонтанная речь ограничивалась коммуникативно значимыми словами «да» – «нет», собственным именем. Дети общались с помощью богатой мимики и жестов. Чтение и письмо распалось.

2 группа – 5 испытуемых, у которых диагностировалась эфферентная моторная афазия (4 ребенка средне-грубой и 1 ребенок средне-легкой степени выраженности) с элементами динамической афазии в результате поражения лобных отделов левого (доминантного) полушария, с распространением очага вглубь до подкорковых структур с нарушением нейродинамических процессов.

Дети этой группы в месте, времени и пространстве ориентированы. Мимика адекватная. Адекватная реакция на задания и на ситуацию обследования отмечалась у половины испытуемых. Недостаточность функции произвольного внимания, повышенная утомляемость, трудности удержания воспринятой на слух информации, увеличение латентного периода при выполнении устных инструкций отмечались у 4 человек; элементы полевого поведения констатировались у 2 детей, «соскальзывание» с инструкции на

побочные виды деятельности, особенно при истощении, отмечалось у 4 испытуемых. Эти дети не принимали активного участия в обследовании, задания выполняли без энтузиазма, старались быстрее закончить, а иногда отказывались от выполнения. Самоконтроль и самокоррекция практически отсутствовали. У 3 испытуемых констатировались трудности включения в целенаправленную деятельность, а также невозможность переключиться с одного вида деятельности на другой. Первичных нарушений фонематического восприятия не выявлено. У 4 испытуемых отмечалось неполное понимание речи, главным образом, вследствие истощения внимания, персевераций. У 4 испытуемых отмечалась способность повторить отдельные звуки как с опорой на артикуляционный образ, так и по акустическому образцу. Повторение слогов было практически невозможно из-за трудностей артикуляционных переключений. Воспроизведение слова не удавалось. При этом повторная речь воспроизводилась легче спонтанной. Спонтанная речь состояла, в основном, из хорошо упроченных частотных слов, преимущественно номинаций. Отмечался значительный глагольный дефицит. Чтение и письмо было грубо нарушено.

3 группа – 3 больных (2 ребенка с грубой степенью выраженности дефекта, 1 ребенок со средней степенью), у которых выявлена афферентная моторная афазия с элементами сенсорной и семантической афазии как следствие поражения теменно-височно-затылочных отделов левого полушария. Все испытуемые в месте, времени и пространстве ориентированы в достаточной степени, критичны. У них отмечалась адекватная реакция на задания и на ситуацию. Самоконтроль и самокоррекция снижены. Нарушений фонематического восприятия не выявлено, но объем слухоречевой памяти у них часто оказывался недостаточным для удержания речевого ряда даже из 2-х элементов. Простые устные инструкции эти испытуемые выполняли, многочленные — нет. У 2 испытуемых этой группы отмечалась грубая оральная апраксия. Артикуляционная апраксия являлась первичным дефектом у данных испытуемых и составляла «ядро» всего синдрома. Невозможным оказалось называние реальных предметов, рисунков, частей тела, действий, качеств у 3 испытуемых. Попытки называния сопровождались многочисленными искажениями звуковой структуры слова, вербальными парафазиями на основе акустической и смысловой близости слов *(например, испытуемый Владимир В при предъявлении картинки «груша» предпринял следующие попытки назвать предмет: «... ябко... нет... уська... гуся... гушука... нет...»)*. Активный словарь состоял из высокочастотных слов, простых по звуковой структуре и относящихся, как правило, к бытовой тематике. Преобладали нарушения согласования, трудности употребления предлогов. Недоступным для 3 детей оказалось составление фраз по сюжетной картинке, а также пересказ. Чтение и письмо были грубо нарушены.

4 группа – 2 детей с сенсорной афазией грубой степени выраженности из-за поражения верхневисочных отделов левого (доминантного) полушария мозга.

У детей этой группы отмечалась недостаточность функции произвольного внимания, повышенная утомляемость. Самоконтроль и самокоррекция отсутствовали. Выявлялись выраженные нарушения фонематического восприятия, феномен «отчуждения смысла слова. В результате звуковой лабильности в экспрессивной речи испытуемых появлялись характерные дефекты: логорея (обилие речевой продукции), замены одних слов другими, одних звуков другими — вербальные и литеральные парафазии. Крайне ограничен объем понимания, даже ситуативно-бытовой речи. Исследование слухо-речевой памяти выявило резкое снижение её объема. Попытки составить фразу сводились к продуцированию отдельных слов или словосочетаний, не всегда связанных по смыслу и перемежаемых многочисленными междометиями *(испытуемая Светлана Г.: «Ой... котенка маленький... нитку укатила»)*. У всех испытуемых возникали трудности речевого программирования на уровне глубинной структуры фразы (неспособность устанавливать субъектно-предикативные, субъектно-объектные отношения и т.п.), а также на уровне поверхностного синтаксирования фразы: ошибки во флексиях, предлогах и других грамматических элементах высказывания. Чтение и письмо отсутствовало.

5 группа — 2 испытуемых (1 ребенок с грубой степенью выраженности речевого дефекта, 1 ребенок со средней степенью), у которых выявлена динамическая афазия с элементами эфферентной моторной афазии в результате поражения лобных отделов головного мозга.

У больных этой группы отмечалась недостаточность произвольного внимания, повышенная утомляемость, трудности удержания воспринятой на слух информации, увеличение латентного периода при выполнении устных инструкций, элементы полевого поведения, «соскальзывание» с инструкции на побочные виды деятельности, особенно при истощении. Испытуемые понимали обращенную к ним ситуативно-бытовую речь. Однако развернутую монологическую речь окружающих часто не понимали, так же как и сложные логико-грамматические обороты речи. Имелись затруднения в осмыслении слов с переносным значением, пословиц, текстов со сложным сюжетом *(например, при объяснении фразеологизма «Яблоку негде упасть» испытуемая Марина Н предположила, что «так говорят на даче про полное ведро яблок»)*. Повторная речь носила характер эхолалии. Отмечались персеверации в виде «добавочной» речевой продукции *(«машина» - «манашинана», «маниша»*. Речевой дефект проявлялся в аспонтанности и инактивности. Грубо нарушенной оказалась функция речевого программирования, испытуемые пользовались, в основном, речевыми штампами, не требующими специальной «деятельности программирования». Речевая продукция отличалась бедностью, односложностью ответов в диалоге. Ярко выражен экспрессивный аграмматизм, который проявлялся в виде ошибок «согласования», а также явлений «телеграфного стиля» *(«Дима гулять вечером не пойду»)*. Чтение было

сохранно, но отмечались «застревания» на отдельных фрагментах текста, пропуски слов и целых словосочетаний. Доступным было письмо отдельных букв и простых слов и списывание. Но при письме под диктовку допускались искажения в виде пропусков и персевераторных «добавок» элементов текста.

6 группа – один ребенок с акустико-мнестической афазией средне-легкой степени выраженности вследствие поражения средневисочных отделов коры левого полушария мозга.

Первичных нарушений фонематического восприятия не выявлено. Объем слухоречевой памяти оказался недостаточен для удержания речевого ряда даже из 2-х элементов. Простые (одночленные) устные инструкции испытуемый выполнял, многочленные – нет. Отмечались трудности называния предметов. В основе этого лежала недостаточность в сфере зрительных представлений. Были выражены трудности актуализации имен собственных и названий цифр. Особенно затрудняло ребенка называние малочастотных предметов, не входящих в круг бытовой лексики. Спонтанная речь была представлена развернутой фразой. Объем словарного запаса ниже возрастной нормы. Отмечались вербальные парафазии по типу семантической близости, а также многочисленные аграмматизмы, обусловленные недостатками усвоения грамматических норм языка. Качество пересказа зависело от длины рассказа и сложности сюжета, т.е. основным препятствием являлась трудность удержания фрагментов текста. Чтение и письмо не пострадало.

Дисграфия и дислексия различных степеней выраженности (от грубой до легкой) выявились у 9 испытуемых, дискалькулия отмечалась у 2 детей.

У 5 испытуемых были выявлены также значительные отклонения в состоянии высших психических функций (когнитивной, интеллектуальной, речевой, эмоционально-волевой сферы).

У обследованных детей и подростков с афазией структура дефекта отличалась большей развернутостью в сравнении с той, которая наблюдается у взрослых больных. В частности, при симптомах моторной афазии, как правило, наряду с речевым дефектом выступали нарушения в праксической сфере, в зрительном гнозисе, в области слуховых дифференциаций. При ведущих симптомах сенсорной афазии, в отличие от взрослых больных, у детей наблюдалась картина, сходная с моторной афазией. Это можно объяснить недостаточной прочностью артикуляционных стереотипий, их тесной зависимостью от слуховых эквивалентов.

Письменная речь распадалась в большей степени, при этом опора на графические образы слов была менее значима в компенсаторном отношении.

Такая симптоматика не укладывается однозначно в какой-либо один очаг поражения. Для трактовки этого факта значимо высказывание Х.Джексона о том, что локализовать симптом и локализовать очаг – далеко не одно и то же.

В ходе экспериментального изучения нами выявлены существенные различия в картине и в динамике афазии у детей и подростков. Эти различия

определялись, прежде всего, возрастом ребенка, степенью сформированности речевой функции к моменту мозгового поражения, личностными особенностями каждого пациента. Отмечались вариативно выраженные проявления афазического дефекта, связанные, в первую очередь, с тем, что функциональные зоны в коре головного мозга у детей еще не имеют четкой локализации, границы их размыты, функции «не закреплены» за определенным участком. Различия в клинической картине афазии обуславливались и характером мозгового поражения: дети и подростки после черепно-мозговой травмы имели более грубые и, в большинстве случаев, сочетанные нарушения речевых и неречевых функций, чем дети после удаления опухолей мозга. Установлено, что если заболевание произошло в возрасте 6-7 лет, когда речевая функция хотя и сформирована, но еще недостаточно упрочена, речь утрачивается полностью. Если повреждение головного мозга случается в более позднем (школьном) возрасте, то клиническая картина имеет большое сходство с афазией у взрослых.

В третьей главе «Коррекционно-восстановительная работа при афазии у детей и подростков» обоснованы цель, задачи и принципы организации экспериментального обучения, раскрываются методика и содержание коррекционно-восстановительной работы с детьми и подростками.

Экспериментальное обучение детей и подростков с афазией проводилось в течение года на базе стационарного отделения ЦПРиН. Коррекционная работа осуществлялась совместно с логопедами, нейропсихологами, логоритмистами. В течение года ежедневно проводились групповые и индивидуальные логопедические занятия с детьми. Из 16 изученных нами больных коррекционно-восстановительная работа проводилась с 10 больными, которые составили экспериментальную группу. Остальные 6 человек составили контрольную группу.

За этот период с детьми и подростками, составившими экспериментальную группу, согласно индивидуальным показаниям, неоднократно проводились курсы коррекционно-восстановительного обучения продолжительностью 8 недель каждый. С 7 детьми было проведено 4 курса коррекционно-восстановительного обучения, с 2 испытуемыми – три курса, с одним ребенком реабилитационные мероприятия проводились в течение одного курса. Каждый курс коррекционно-восстановительного обучения индивидуально усложнялся в зависимости от позитивной динамики речевой функции испытуемых детей и подростков.

Контрольную группу составили 6 человек, с которыми мы не проводили реабилитационных мероприятий. Из них 4 ребенка не получали логопедической помощи вообще, с 2 детьми один раз в неделю проводились логопедические занятия в детской поликлинике г. Видное Московской области.

Коррекционно-восстановительное обучение велось по нескольким направлениям: преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой

речи, растормаживание произносительной стороны речи, стимулирование простых коммуникативных видов речи, преодоление расстройств произносительной стороны речи, восстановление фразовой речи, восстановление аналитико-синтетического чтения и письма, организация произвольного внимания.

В процессе восстановления речи у детей и подростков приходилось использовать гораздо больше методов, чем при работе со взрослыми больными, так как симптоматика дефекта была широкой, в большей степени использовались системные связи, так как одна функция зависела от другой. Например, восстановление словаря происходило через восстановление невербальных представлений, а работа над фонемой велась через формирование представлений о предмете.

В ходе экспериментального обучения ежедневно проводились индивидуальные и групповые логопедические занятия с детьми и подростками.

При проведении групповых занятий использовались традиционные методики групповых занятий (беседа, речевые и ролевые игры), а также современные методы арттерапии, основой которых являлась художественная деятельность испытуемых, посредством активизации которой осуществлялась коррекция тех или иных нарушений.

Методы арттерапии (музыкотерапия, кинезитерапия, имаготерапия, куклотерапия, изотерапия) мало используются при работе со взрослыми больными, когда ставится задача произвольного усвоения предлагаемого вербального материала.

При анализе результатов экспериментального обучения использовалась та же методика оценки речевых и неречевых функций, что и при экспериментальном изучении.

Повторные исследования высших психических функций после курсов коррекционно-восстановительного обучения позволили объективно выделить не только наиболее пострадавшие функции и процессы, но и проследить динамику восстановления речевого статуса, то есть оценить эффективность составленной индивидуальной личностно-ориентированной программы коррекционно-восстановительного обучения.

Анализируя результаты коррекционно-восстановительной работы необходимо отметить изменившийся речевой статус испытуемых:

1 группа (сенсомоторная афазия грубой степени выраженности с элементами динамической афазии – 3 ребенка) – сенсомоторная афазия (1 ребенок), афферентная афазия средне-грубой степени выраженности (2 ребенка).

2 группа (эфферентная моторная афазия с элементами динамической афазии – 5 детей) – эфферентная моторная афазия средней и легкой степени выраженности (4 ребенка), практическое восстановление речевой функции (1 ребенок).

09-11817

3 группа (афферентная моторная афазия средней степени выраженности 3 ребенка) – афферентная моторная афазия (2 ребенка), эфферентная моторная афазия средней степени выраженности (1 ребенок).

4 группа (сенсорная афазия – 2 ребенка) – сенсорная афазия грубой степени выраженности (1 ребенок), средне-легкой степени выраженности (1 ребенок).

5 группа (динамическая афазия средней степени выраженности – 2 ребенка) – динамическая афазия средне-легкой степени выраженности (1 ребенок), эфферентная моторная афазия средне-легкой степени выраженности (1 ребенок).

6 группа (акустико-мнестическая афазия – 1 ребенок) – практическое восстановление речевой функции.

Сравнительный количественный анализ степени нарушения речевых и неречевых функций, а также динамика восстановления речевого статуса детей и подростков представлены на рис.2, где по вертикальной оси обозначены баллы, полученные детьми при выполнении заданий, а по горизонтальной оси указаны номера проб.

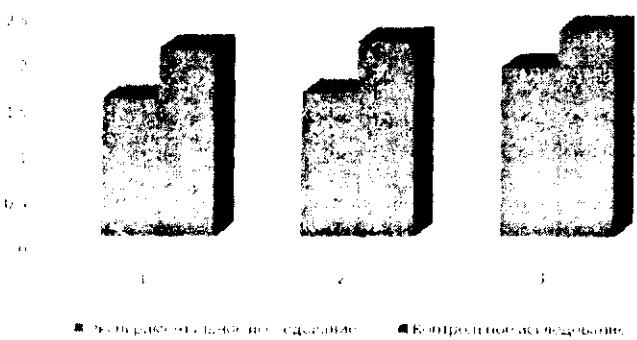

Рис. 2. ***Сравнительный анализ нейропсихологического статуса пациентов до и после коррекционно-восстановительного обучения***

Наибольшая динамика восстановления отмечалась в функции понимания слова и фразы, аналитико-синтетического чтения, фонематического восприятия, сомато-пространственной организации движений и счета. Без значительной динамики осталось понимание слов малочастотной лексики, многоуровневых инструкций, логико-грамматических конструкций, повторение серии слов и фраз, составление рассказа, а также состояние зрительного гнозиса и произвольного внимания.

Таким образом, результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что работа по программе коррекционно-восстановительного обучения, составленной на основании индивидуального подхода к каждому испытуемому (с учетом возраста ребенка, степени поражения речевых и неречевых функций, времени поражения головного мозга, характера мозгового поражения, степени сформированности речи на момент поражения, личностных особенностей, а также школьных навыков и потребностей) является более продуктивной, нежели работа по традиционной программе, рассчитанной на взрослых больных с афазией. Сочетание индивидуальных личностно-ориентированных занятий и групповых методов арттерапии позволяет достичь значительных результатов восстановления речевых и неречевых функций.

Таким образом, рассматриваемая в рамках диссертационного исследования проблема приобрела теоретическое значение и получила практическое решение.

В **заключении** диссертации подводятся общие итоги и результаты проведенного исследования, формулируются следующие выводы:

1. При всем многообразии исследований, посвященных проблеме афазии, отмечается недостаточность теоретических и практических исследований, в которых уделялось бы внимание вопросу восстановления речи при афазии у детей и подростков.

2. Афазия у детей и подростков характеризуются своеобразием, которое определяется возрастом ребенка, степенью сформированности речевой функции к моменту мозгового поражения, характером и локализацией мозгового поражения, степенью нарушения речевых и неречевых высших психических функций, началом и содержанием медико-психолого-педагогического воздействия.

3. Для обеспечения более эффективного воздействия программа коррекционно-восстановительного обучения должна быть модифицирована. На ранних этапах реабилитации основной упор необходимо делать на личностно-ориентированные индивидуальные занятия. Новым направлением в коррекционно-восстановительной работе при афазии является введение групповых методов игры и арттерапии, что оказывает психотерапевтический эффект, снижает уровень тревожности, улучшает эмоциональное состояние, формирует правильные психосоциальные установки. В детском возрасте особенно важно (в сравнении со взрослыми больными) сотрудничество, взаимопомощь, соревнование, что реализовывалось на групповых занятиях.

4. Афазия у детей и подростков менее стойкая, чем у взрослых в связи с пластичностью детского мозга и, следовательно, более благоприятная в плане прогноза компенсации речевого дефекта при условиях использования алгоритма, направлений и специальных приемов коррекционного воздействия.

Основное содержание диссертации отражено в следующих публикациях:

1. Обуховская А.Ю. Динамика восстановления речи при афазии у детей и подростков / А.Ю. Обуховская // Научно-теоретическая межвузовская конференция с международным участием: V Царскосельские чтения. – СПб.: изд-во ЛГОУ им. А.С.Пушкина, 2001. – Т.V. – С. 144-146. (0,2 п.л.).

2. Обуховская А.Ю. Восстановительное обучение при афазии у детей и подростков / А.Ю. Обуховская // Международная научно-практическая конференция: VI Царскосельские чтения. – СПб.: изд-во ЛГОУ им. А.С.Пушкина, 2002. – Т. VII. – С.75-77. (0,2 п.л.).

3. Обуховская А.Ю. Модификация программы восстановительного обучения при афазии у детей и подростков / А.Ю. Обуховская // Логопедия: методические традиции и новаторство. Учебно-методическое пособие для студентов отделения логопедии педагогических высших учебных заведений. – Москва-Воронеж: изд-во РАО, 2003. – С. 165-169. (0,3 п.л.).

4. Обуховская А.Ю. Типы компенсаторного воздействия на ранних этапах восстановления речи при афазии / А.Ю. Обуховская // Логопедия: методические традиции и новаторство. Учебно-методическое пособие для студентов отделения логопедии педагогических высших учебных заведений. – Москва-Воронеж: изд-во РАО, 2003. – С. 169-176. (0,5 п.л.).

5. Обуховская А.Ю. Использование методов арттерапии в коррекционно-восстановительной работе при афазии у детей и подростков / А.Ю. Обуховская // Школьный логопед. – 2007. – №1 (16). – С. 7-12. (0,4 п.л.).

6. Обуховская А.Ю. и др. Особенности коррекционно-восстановительной работы при афазии у детей и подростков / А.Ю. Обуховская, В.Д. Даминов // Вестник восстановительной медицины. – 2008. – №3 (25). – С.91-94. (0,3 п.л.).

7. Обуховская А.Ю. Использование модифицированных методов исследования высших психических функций при афазии у детей и подростков / А.Ю. Обуховская // Известия южного федерального университета. – 2008. – №9. – С.166-173. (0,5 п.л.).

Для заметок

Для заметок

Для заметок

Подписано в печать 20.01.2009.Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная
Печ. л. 4,0 Тираж 500 экз. Заказ № 96

Отпечатано в типографии
РТП ЛГУ 197136, Санкт-Петербург, Чкаловский пр. 25а

11817 А/343