

**Д, МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Алтайский государственный университет»**  
институт психологии  
кафедра клинической психологии

**Особенности нейропсихологической реабилитации постинсультных  
больных при комплексной моторной афазии**  
(выпускная квалификационная работа)

Выполнила:  
студентка 6 курса, группы 1852  
Ширнина Светлана Сергеевна

---

(подпись)

Научный руководитель:  
канд. психол. наук  
Кузьмина Анна Сергеевна

---

(подпись)

Допустить к защите  
зав. кафедрой, канд. психол. наук,  
доцент  
Труевцев Дмитрий Владимирович

---

(подпись)

Выпускная  
квалификационная  
работа защищена  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г.  
Оценка \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г.

Председатель ГЭК  
д-р психол. наук, проф.  
Стоянова Ирина Яковлевна

---

(подпись)

Барнаул 2021

## Оглавление

<b>Введение</b> .....	3
<b>Глава 1. Теоретико-методологические аспекты исследования комплексной моторной афазии на фоне инсульта. Методы нейропсихологической реабилитации нарушений речи.</b> .....	6
1.1 Инсульт: понятие, виды и клиническая картина .....	6
1.2 Комплексная моторная афазия: понятие афазии, история изучения расстройства, классификация и подробное описание комплексной моторной афазии.....	16
1.3 Принципы и методы нейропсихологической реабилитации постинсультных больных при комплексной моторной афазии. Особенности работы с данной категорией больных и её структура. ....	29
<b>Глава 2. Эмпирическое исследование особенностей реабилитации постинсультных больных при комплексной моторной афазии.</b> .....	37
2.1 Программа и методика эмпирического исследования.....	37
2.2 Анализ и интерпретация результатов эмпирического исследования. ....	42
2.3 Анализ индивидуальных результатов нейропсихологической реабилитации.....	50
2.4 Программа реабилитации и восстановления нарушений речи у постинсультных пациентов при комплексной моторной афазии.....	55
<b>Заключение</b> .....	65
<b>Список использованной литературы</b> .....	68
<b>Приложения</b> .....	73

## Введение

Согласно данным, предоставленным международным проектом по изучению глобального бремени заболеваний - Global Burden Diseases, по миру ежегодно фиксируется до 10,3 миллионов случаев развития инсульта, больше половины (6,5 миллионов) из которых заканчиваются смертью людей. Только на территории Российской Федерации ежегодно насчитывается, по данным ВОЗ, до 450 тысяч случаев острых нарушений мозгового кровообращения, а летальность при инсульте в остром периоде составляет около 35% из них. Уже одних этих данных должно хватать для понимания необходимости более подробного изучения данной области. Вместе с тем технологический процесс тоже не стоит на месте: появляются новые приборы для изучения активности мозга, совершенствуется и модернизируется работа проверенных временем. Что, в свою очередь, открывает новые возможности для изучения инсультов и их последствий, а также развития комплекса мер по предотвращению и лечению болезни.

Проблема афазиологии не нова. Первые исследования на данную тему обнаруживаются ещё в середине семнадцатого века. История изучения же моторной афазии моложе и открывается первым ее подробным описанием Полем Брока в 1861 году, что тоже не является «ближним светом» для нашего поколения. Но несмотря на века изучения данной проблемы, актуальность её не меняется. В настоящее время, отмечается тенденция к стремительному увеличению числа людей, в анамнезе которых обнаруживаются нарушения, характерные комплексной моторной афазии. А за счёт прорыва в сфере технологий, к примеру, одним из результатов которой стало создание электроэнцефалографа, стали доступны новые методы исследования активности головного мозга. Что позволяет проводить новые углублённые исследования темы афазий.

К одной из фундаментальных практически направленных задач медицинского психолога, а также специалистов смежных структур: врача-невролога, логопеда-дефектолога относится нейропсихологическая

диагностика. Что подтверждается набором действующих нормативно-правовых документов Российской Федерации. В современном понимании реабилитация рассматривается системно, как взаимодействие или даже некоторое партнёрство больного с поражением головного мозга, его ближайшим окружением и специалистами таких сфер, как медицина, психология, юриспруденция и право, участвующих в совместной работе по восстановлению здоровья и социальной жизни пациента.

**Теоретико-методологическими основаниями** нашей работы являются: теория системной динамической локализации высших психических функций, разработанная Л. С. Выготским и развитая А. Р. Лурия; методы восстановительного обучения, описанные в работе Л.С. Цветковой - «Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение»; классификация инсультов, особенности постинсультных когнитивных нарушений, описанные в работах О.С. Левина, Л.В Стаховской и С.В. Котова.

**Объект исследования:** нейропсихологическая реабилитация.

**Предмет исследования:** особенности нейропсихологической реабилитации постинсультных пациентов при комплексной моторной афазии.

**Цель исследования:** установить особенности нейропсихологической реабилитации постинсультных больных при комплексной моторной афазии.

**Задачи исследования:**

1. Рассмотреть теоретико-методологические подходы к изучению понятия «инсульт», дать определение и описать клиническую картину, рассматриваемого заболевания.
2. Рассмотреть теоретико-методологические подходы к изучению понятия «афазия», дать определение и описать клиническую картину комплексной моторной афазии.
3. Дать определение понятию «нейропсихологическая реабилитация», изучить и описать основные принципы и методы нейропсихологической реабилитации.

4. Разработать и апробировать план исследования нарушений речи при комплексной моторной афазии у постинсультных пациентов.

5. Разработать и реализовать программу реабилитации и восстановления речи у постинсультных пациентов при комплексной моторной афазии.

**Гипотезы исследования:**

1. Существуют различия между нарушениями речи у пациентов с комплексной моторной афазией в зависимости от возраста пациентов и времени от развития инсульта до проведения нейропсихологической диагностики.

2. Существуют различия в эффективности нейропсихологической реабилитации у пациентов с комплексной моторной афазией в зависимости от возраста пациентов и времени от развития инсульта до проведения нейропсихологической диагностики.

**Методы исследования:**

1. Методы анализа литературы: сравнительный метод, обобщение, классификация.

2. Методы нейропсихологического обследования: беседа, наблюдение, эксперимент.

3. Математические методы обработки данных: клинический анализ, анализ средних значений.

**Эмпирическая база исследования** Испытуемыми для исследования выступили пациенты неврологического отделения Центральной городской больницы г. Междуреченска в количестве 6 человек возрастной группы от 42 до 69 лет.

# **Глава 1 Теоретико-методологические аспекты исследования комплексной моторной афазии на фоне инсульта. Методы нейропсихологической реабилитации нарушений речи.**

## **1.1 Инсульт: понятие, виды и клиническая картина**

Инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения, (в результате которого возникает очаговое поражение головного мозга), определяемое комплексом неврологических и нейропсихологических симптомов, среди которых встречаются: спутанность сознания, нарушения речи, праксиса, гностических процессов (зрительный, слуховой, соматосенсорный гнозис) [38].

Первые упоминания об инсульте обнаруживаются в трудах древнегреческого врача и философа Гиппократ. Создавая описания случаев потери сознания вследствие болезни головного мозга, он описал некоторые закономерности инсульта. В частности, древнегреческий врач представлял инсульт, как внезапно начавшийся паралич, нередко, во временной перспективе, приводящий к смерти.

В след за Гиппократом, изучая похожие случаи, древнеримский медик Гален обозначил их термином «апоплексия» (удар, сбивание с ног). Древнеримский врач описывал это состояние как «чувство, когда все нервы одновременно теряют чувствительность и движение», а также говорил, что «апоплексия является параличом всего тела, который сопровождается нарушением главных функций» (из «Трёх книг о появлении признаков болезни»). Причинами возникновения апоплексии Гален считал с собственной теорией о движении крови, и учением о четырех телесных жидкостях.

В середине семнадцатого века швейцарский фармаколог Йохан Якоб Вепхе впервые установил признаки кровоизлияния в мозг у страдавших апоплексией. Также ему принадлежит предположение о другой причине заболевания, а именно блокировка крупной артерии, доставляющей головному мозгу кровь. Именно в то время апоплексия

была переименована в «цереброваскулярную болезнь».

Важными в исследовании инсульта стали достижения Рудольфа Вирхова. За ним закреплено авторство таких терминов как «эмболия» (закупорка сосудов частицами, не встречающихся в норме в крови) и «тромбоз» (образование сгустков крови внутри кровеносных сосудов, нарушающих её ток), проявления которых и в настоящее время учитываются при планировании диагностики, лечения, прогнозов развития болезни и даже профилактики инсульта.

Важной в формировании современного взгляда на тему инсульта стала эпоха индустриальной эволюции. Значимыми открытиями этого периода стали:

1.изучение электрической активности мозга с помощьюэлектрокардиографа(1879 год Август Уоллер) ;

2.использование техники спиновозговой пункции (1891 год Генрих Квинке);

3.появление метода электроэнцефалограммы (1929 Ганс Бергер).

Современные представления в объяснении сути инсульта имеют единую направленность. Для подтверждения данного предположения предоставляем несколько примеров определений.

Согласно Б.С. Виленского инсульт - это быстро развивающееся очаговое или глобальное нарушение функций мозга, длящееся более 24 часов и приводящее к смерти при исключении иного генеза заболевания [7].

Невролог А.Б Горбунов утверждает, что под инсультом стоит понимать в тяжелое поражение центральной нервной системы, на фоне острого нарушения мозгового кровообращения, при котором происходит отмирание мозговой ткани, и которое проявляется общемозговыми и неврологическими симптомами, не исчезающими от нескольких минут до суток [11].

П.А. Фадеев определяет инсульт как «клинический синдром, характеризующийся внезапно возникшими симптомами утраты локальных мозговых, а иногда общемозговых функций (подтвержденных или нет данными компьютерной томографии), длящимися более 24 ч или

приводящими к смерти без иной явной причины, кроме сосудистой патологии» [38].

Традиционно различают два основных вида инсульта по главной его причине:

1. Ишемический инсульт, возникающий как следствие различных нарушений, ведущих к резкому ухудшению кровоснабжения участков головного мозга.

2. Геморрагический инсульт, под которым понимается излитие крови из сосудов разного размера; в этом случае патологические изменения в головном мозге вызваны развивающейся и увеличивающейся в размерах гематомой, сдавливающей мозговые структуры.

По данным МКБ-10, выделяют следующие типы инсультов: инфаркт мозга – что соответствует ишемическому инсульту, внутримозговое кровоизлияние, субарахноидальное кровоизлияние – варианты геморрагического инсульта [38].

Согласно мнению М.М. Одинак, И.А. Вознюк, С.Н. Янишевского, ишемический инсульт, или инфаркт мозга, относится к наиболее распространенным формам острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и составляет 80% в общей структуре заболеваний. Развитие геморрагического инсульта определяется спонтанным кровоизлиянием в ткани мозга. Среди основных причин этой формы инсульта выделяют [27]:

1. Артериальная гипертензия – стойкое повышение артериального давления, вследствие неправильной работы высших центров сосудистой регуляции.

2. Атеросклероз – системное поражение крупных и средних артерий по причине неправильного обмена белков и жиров в организме, который приводит к патологическому увеличению соединительной ткани на стенке артерии.

3. Аномалии сосудистой системы: развитие патологических сплетений вен и артерий; включение в систему несвойственных норме лимфатических



протоков; формирование аневризм – локальных расширений крупных артерий по причине разрушений их стенок.

4. Амилоидная ангиопатия – поражение кровеносных сосудов головного мозга под воздействием накопления в них белка амилоида.

5. Снижение свертываемости крови вследствие различного патогенеза.

6. Воспаление сосудов на фоне энцефалита, васкулита или длительной интоксикации организма.

7. Геморрагические диатезы – группа синдромов разного генеза, обобщённых высокой склонностью к кровотечениям.

Очаг поражения в большинстве случаев локализуется в области больших полушарий, иногда - в области ствола головного мозга, что несёт за собой неутешительные прогнозы. Причина этому функционал, за который отвечают названные участки. В них расположены центры дыхательной и сосудодвигательной и термо- регуляций.

Локализация кровоизлияния определяет вид инсульта:

1. Внутримозговые. Кровотечение происходит из сосудов головного мозга..

2. Субарахноидальные. Обусловлено накопление крови в подпаутинном пространстве церебральных оболочек.

3. Вентрикулярные. Кровотечение в желудочки головного мозга.

4. Смешанные. Сочетание вышеназванных видов.

Для наблюдения за изменением клинической картины условно инсульт можно разделить на периоды, зависящие от времени от начала кровоизлияния.

1. Продолжается около суток от начала приступа и требует срочных специальных медицинских вмешательств.

2. Протекает около трёх недель и сопровождается прогрессирующим отёком головного мозга, требующим интенсивной медицинской терапии.

3. На этой стадии состояние пациента стабилизировано; возможна и необходима нейропсихологическая реабилитация; длительность стадии может достигать шесть месяцев.

4. Период от шести месяцев до года, характерен появлением глиальных рубцов и кистообразных дефектов головного мозга. Работа над восстановлением высших психических функций всё ещё возможна, однако мало результативна.

5. Стадия выздоровления либо закрепления новой системы работы головного мозга; возможно восстановление отдельных операций, но не целой психической функции.

Характерность симптоматики инсульта можно разделить относительно стороны очага поражения.

При поражении левого полушария наблюдается следующий симптомокомплекс: нарушение сознания, ограничение движения мышц конечностей правой стороны тела, именуемый гемипарезом; ограничение поля зрения правого глаза; речевые нарушения по типу афазии; нарушения памяти и внимания, ниглект – полное игнорирование правой стороны пространства.

При поражении правого полушария характерны следующие нарушения: нарушение сознания, слабость движения мышц левого глаза, резкое снижение слуха, нарушения пространственных восприятий положения тела (левой его стороны); нарушения памяти заключаются в трудностях произвольного запоминания, удержании порядковой информации; нарушается просодический компонент речи, обнаруживающий себя как в отсутствии речевой экспрессии, так и в недоступности понимания эмоционально окрашенной обращённой речи; характерны и ошибки при оперировании образами и символами; нарушается цветовосприятие.

Согласно критериям международного исследования TOAST выделяют четыре основных варианта ишемического инсульта: атеротромботический, кардиоэмболический, лакунарный, смешанный/неуточнённый.

Атеротромботический инсульт составляет около 30% случаев общей картины инсультов и наступает по причине нарушения кровообращения вследствие закупорки артерии тромбом. Нарушения возникают на фоне атеросклероза

крупных и средних церебральных артерий. А тромб в данной ситуации представляет собой оторвавшуюся атеросклеротическую бляшку, способную перекрыть сосуд полностью. Приступы могут иметь волнообразный характер, то есть самочувствие человека может временно улучшаться. Нередко атеротромбическому инсульту может предшествовать транзиторная ишемическая атака (острое нарушение кровообращения, сопровождающееся клинической картиной неврологической симптоматики, регрессирующей за 24 часа).

Основными симптомами данного вида инсульта являются двигательные нарушения: парестезия конечностей, нарушения орально-артикуляционного праксиса, потеря зрения и слуха, нарушения памяти, дислексия. Причиной наступления кардиоэмболического инсульта является закупорка просвета сосуда тромбом, возникшего вследствие повреждения эндокарда сердца. Провокаторами образования тромбов служат: аневризма сердца, атеросклероз сосудов, повышенное артериальное давление, стремительно развивающийся сахарный диабет.

Приступ имеет стремительное развитие (6-7 минут) и острый характер – потеря сознания, судороги, нарушение функции глотания, парализация части тела, противоположной стороне пораженного участка мозга. По окончании приступа человек приходит в сознание, за счёт включения компенсаторных функций (включения в поддержание питания головного мозга других артерий). Далее наблюдаются снижение слуха и зрения, звон в ушах, «путаница» в речи.

Лакунарный инсульт – продолжительное нарушение питания церебральных структур, развивающееся за счёт лакун (углублений), образовавшихся в белом веществе головного мозга. Причинами нарушений кровообращения лакунарного типа могут стать: расслоение сосудов головного мозга, атеросклероз, сахарный диабет, стеноз (сужение) артерий, воспаления артериол головного мозга.

Особенностью лакунарного инсульта является отсутствие типичной

симптоматики, связанной с состоянием сознания, речи, зрения и слуха. Постоянным симптомом же является стойкое повышение артериального давления.

В медицинской практике выделяются четыре вида специфических синдромов, соответствующих лакунарному инсульту:

- изолированный моторный тип, при котором происходит парализация одной из сторон тела противоположной поражению головного мозга;
- изолированный чувствительный тип, при котором нарушается осязательная чувствительность;
- атактический гемипарез, проявляющийся в снижении мышечного тонуса, треморе рук, трудностях держания равновесия, проблемах с концентрацией внимания;
- дизартрия, основными симптомами которой являются: нарушение речевой моторики, звукопроизношения, речевого дыхания, голоса и просодической стороны речи.

На основе описанных типов форм ишемического инсульта, можем выделить основные причины, способствующие его возникновению: атеросклероз, сахарный диабет, патологии ритма работы сердца, нарушение свертываемости крови, сопровождающиеся усиленным тромбообразованием и увеличением вязкости крови.

Клиническая картина ишемического инсульта включает двигательные, чувствительные, речевые, зрительные, координаторные, бульбарные, когнитивные нарушения, а при обширном очаге повреждения мозга – общемозговые симптомы. Основными этиологическими факторами ишемического инсульта являются артериальная гипертензия и атеросклеротическое поражение магистральных и внутримозговых артерий.

Прежде чем подробно разобрать основную симптоматику, хотим сконцентрировать ваше внимание на возможных предвестниках инсульта. Г.О. Бакунц определяет предвестники как набор симптомов, появляющихся у пациента до развития приступа инсульта. Они могут наблюдаться как при

геморрагическом, так и при ишемическом инсульте.

Среди предвестников геморрагического инсульта встречаются: «приливы» крови к голове и к лицу; покраснение лица; головная боль; видение предметов в красном цвете. Появляются они в результате стойкого повышения артериального давления и частичной дисфункции кровотока в определённых участках головного мозга.

Среди симптомов-предвестников при ишемическом инсульте чаще всего можно зарегистрировать: потемнение в глазах; головокружение; обморок (кратковременная потеря сознания).

При ишемическом инсульте, указывают О.А. Балунов, Я.Н. Кушниренко, появление симптомов-предвестников связано с частичной закупоркой артерии или с сужением ее просвета. В повреждённой артерии происходит частичное нарушение тока крови, то есть кровь доходит до определённой мозговой структуры, но в меньшем количестве, чем должно быть в норме. Из-за этого страдает функционал нервных клеток, что является причиной появления характерной симптоматики.

Головная боль свойственна, в основном, при геморрагическом инсульте. Под воздействием повышения артериального давления, при тяжёлых физических нагрузках или сильном стрессе проявляет себя внезапно, носит выраженный характер. Локализация может распространяться на затылок, в область лба или на всю поверхность головы.

При ишемическом инсульте, согласно мнению А.В. Горбунова, боль может носить умеренный характер или вовсе отсутствовать. Развивается она постепенно, периодически исчезая и затем вновь появляясь.

При ишемическом инсульте свойственно наличие головокружения, причиной которого служит недостаток поступления крови, а как следствие и кислорода к головному мозгу. Головокружение может выступать и как предвестник инсульта, так и как симптом его развития.

При геморрагическом инсульте нередко случаи развития нарушений дыхания по причине попадания крови в дыхательный центр, расположенный в стволе

головного мозга. Происходит нарушение нервных волокон, контролирующих процессы вдоха и выдоха.

Причинами появления пены изо рта во время приступа геморрагического или острого развития ишемического инсульта служат повышенное слюноотделение, судороги, отек легких.

Геморрагический инсульт подразумевает наличие отёка мозга, развитие которого может произойти даже в течение 20-30 минут после начала приступа. Отёк мозга же при ишемическом инсульте наступает по пришествию не раньше чем через двадцать часов.

Отёк мозга – это патологическое состояние, зачастую отличающиеся стремительным выходом жидкой части крови из сосудов и накоплению её в церебральных тканях. Вследствие увеличения объёма головного мозга, происходит сильное повышение внутричерепного давления, что, в свою очередь, приводит к сдавливанию и отмиранию нервных клеток. Завершается разворачивающаяся картина отёка грубыми сбоями в работе множества мозговых функций. Одним из первых нарушаются сознание, изменения которого колеблются от внешне не своевременной сонливости до глубокой комы, терморегуляция: резкое повышение температуры тела, сбои в процессах дыхания и сердцебиения.

Нередко среди симптомов геморрагического инсульта обнаруживают себя судороги - резкие произвольные сокращения группы мышц, во время которых человек испытывает сильную боль. Возникают в ответ на сдавливание либо другое повреждение структур головного мозга, приводящее к очагу возбуждения нейронов, отвечающих за произвольные движения. Пациент в этот момент может испытывать затруднения при дыхании, сообщить о которых не сможет, так как не сможет разомкнуть челюсти из-за нарастающего спазма жевательных мышц). Приступы судорог могут сохраняться от 10 секунд, до 2-3х минут, после чего наступает временное улучшение состояния человека и повторение приступа.

Развитие приступа судорог на фоне ишемического инсульта - явление редкое. Максимальная вероятность «события» достигается к концу вторых, началу третьих суток с момента начала приступа инсульта, когда может развиваться отёк мозга или другие осложнения.

Зачастую оба вида инсульта сопровождаются грубыми нарушениями сознания, вплоть до его потери. Во время развития тяжелой формы геморрагического инсульта пациент может потерять сознание в момент разрыва кровеносного сосуда. Впоследствии такие пациенты нередко впадают в глубокую кому. Сознание их угнетается, они перестают реагировать на все виды внешних раздражителей. В таком состоянии пациент может пробыть от одного-двух часов до двух-трех суток.

Для ишемического инсульта характерны кратковременные потери сознания в период быстрого развития приступа, после чего у пациента могут диагностироваться разная степень оглушенности или сопор (пациент не способен осуществлять произвольные действия, осознанно он не реагирует на окружающие условия, однако сохранными остаются рефлексы).

Наблюдение нарушений чувствительности характерно в ответ на гибель как самих нейронов коры головного мозга, так и при повреждении волокон, отвечающих за ток импульсов коры головного мозга с периферии.

Развитие паралича характерно на фоне повреждения нервных волокон, иннервирующих движение определённых мышц лица и конечностей тела. Так, при поражении одной из сторон коры головного мозга обнаруживается гемиплегия, для которой характерны нарушения в работе мышц конечностей тела на противоположной стороне стороны повреждения мозговых структур. Характерны при инсульте и нарушения речи по типу афазий различного патогенеза. Среди причин возникновения речевого расстройства К. Ючино выделяет:

1. Повреждение мозговых структур, иннервирующих формирование речи. В такой ситуации, зачастую, пациенту недоступна фразовая речь, при этом он способен, хоть и с ошибками, произносить определённые звуки и слоги.

2. Повреждение мозговых структур, отвечающих за работу мышц, задействованных в речи. В анамнезе наблюдается апраксия

3. Повреждение мозговых структур, отвечающих за память. Нарушения речи, в данной ситуации, проявляется в неспособности пациента подобрать подразумеваемые слова. Однако, ему доступна повторная речь, которая в перспективе может быть задействована для растормаживания спонтанной речи.

Таким образом, инсульт - это острое нарушение кровообращения головного мозга, характеризующееся спонтанным началом и появлением неврологической симптоматики, продолжение которой может колебаться от 5-ти – 10-ти минут до суток. Последствия инсульта носят тяжёлый характер и разворачиваются в клинической картине болезни множественными нарушениями соматического и нейропсихологического характера, при восстановлении которых придётся неоднократно столкнуться с трудностями и преградами. Также для последствий инсульта характерны разные степени инвалидизация, с высокой вероятностью летального исхода. Исходя из всего сказанного, можем уверенностью говорить об актуальности исследований нарушений у пациентов перенёсших ОНМК, а также необходимости разработки индивидуальных программ коррекции и реабилитации высших психических функций.

## **1.2 Комплексная моторная афазия: понятие афазии, история изучения расстройства, классификация и подробное описание комплексной моторной афазии**

Среди разнообразия форм и видов нарушений речи афазии предоставлено особое место. Это объясняется тем, что разворачивающаяся клиническая картина расстройства всегда обширна и считается одним из наиболее тяжёлых последствий поражений головного мозга, при котором системно нарушаются все виды речевой деятельности.

Механизмы развития и протекания афазии не похожи на механизмы



дизартрии, не логоневрозов (нарушения плавности и темпа речи), не расстройств речи при глубокой деменции. В самом широком смысле, это расстройство способности пользоваться речью, возникающие на фоне органических поражений головного мозга разного патогенеза. Афазия – это расстройство, в основе которого лежат нарушения ранее сформированной речи на различных уровнях. То есть последствия поражения могут распространяться как на экспрессивную речь, так и на импрессивную. Клиническая картина расстройства при афазии зависит от нескольких факторов: локализации поражения, величины очага поражения, особенности остаточных и функционально сохранных элементов речевой деятельности.

Учение об афазии считается одной из старейших классических проблем различных наук: логопедии, нейропсихологии, неврологии и нейрофизиологии, период изучения которой охватывает не менее двухсот лет. Несмотря на это интерес к данной области знания не уменьшается, а наоборот увеличивается, что объясняется, как минимум, двумя причинами. Во-первых, междисциплинарный анализ этого сложнейшего явления открывает путь к пониманию многих методологических и теоретических вопросов современной науки, таких как, мозг и психика, взаимосвязь речи с мозговой активностью, интегративная деятельность мозга, его уровневая организация, принципы его работы. Во-вторых, важна роль принципов работы мозга и его взаимодействия с высшими психическими функциями в понимании сущности афазии, природы и механизмов ее возникновения, а также пластичности центральной нервной системы, ее компенсаторных возможностей. Исследования афазии делают существенный вклад в понимание проблемы взаимосвязи социального и биологического в психике человека [28].

Начало истории изучения афазии хоть и датируется серединой семнадцатого века, однако системного характера в том периоде не имеет. Толчком к построению теории об афазиях принято считать учение о

локализации психических процессов в головном мозге и, в частности, локализации речи.

В то время были популярны две крайние точки зрения, переосмысление которых отчасти дало современный взгляд на афазию. Одна из теорий связывается с именем знаменитого венского врача физиолога Франса Йосифа Галля. Он высказал предположение о дифференцировании зон мозга и их связи с разными психическими функциями, а также говорил о локализации речи в переднем из трёх желудочков. Именно эту теория в дальнейшем открыла возможность изучения афазии.

Другая известная теория была предположена французским физиологом Мари-Жан-Пьером Флурансом. На основе своих опытов Флуранс сформулировал обратную теорию. Он считал, что разделение функций головного мозга по участкам невозможно. Эта теория продержалась на научном поприще более 90 лет. Осмеливались не соглашаться с ней лишь клиницисты, которые на много лет опередили физиологов в заключении о том, что определённые участки головного мозга могут участвовать в нескольких функциях психической деятельности. Так, например, Буйо уже в 1825, основываясь на изучении мозга людей, потерявших речь, писал, что мозговая регуляция движений, необходимых для речи, осуществляется лобными долями.

Введение термина «афазия», который был предложен французским врачом педиатром Арманом Труссо в 1864 год, становится официальной отправной точкой формирования интересующего нас учения.

Первый этап исследований данной области интересен выделением двух форм афазий. Так, о моторной афазии впервые упомянул Поль Брока. Согласно его описанию, синдром, в основе которого лежит нарушение «умения производить координированные двигательные акты, одновременно и интеллектуальные и мышечные, составляющие артикулируемую речь», является результатом поражения задней части лобной извилины левого полушария. Концепция Брока требовала отделения «нарушения моторных

образов слов» от всех иных, сенсорных и моторных, расстройств и локализации этого психологического явления в узком участке мозга. Что шло не на пользу концепции, так как ограничивало возможности детального описания клинических форм моторной афазии, а также делало невозможным дальнейшее изучение механизмов, лежащих о основе нарушения. В 1874 году была выделена следующая форма афазии - сенсорная, в научном сообществе именуемая, в честь открывшего её немецкого психоневропатолога, афазией Вернике, основным нарушением при которой является распад импрессивной стороны речи вследствие слуховой агнозии. Спустя время были открыты и описаны и другие формы афазий, в основе которых лежали уже не моторные и сенсорные расстройства, а нарушение более сложных процессов.

В 1884-1885 году немцами невропатологом Карлом Вернике и клиницистом Людвигом Лихтгейм была предложена классификация афатических расстройств, со временем ставшая известной как «классическая классификация». В ней было представлено семь форм афазий, подробное описание из которых имели две - корковая моторная и корковая сенсорная, встречающиеся при поражении центра Брока и центра Вернике. С середины девятнадцатого до начала двадцатого века в науке вели борьбу сторонники локационизма и их аппонетны,- сторонники антилокационизма. Первые, к примеру, Лихтгейм, Либманн, закрепляли за конкретными участками мозга определённые сложные психические функции. Также на ряду с ними встречались и приверженцы парадоксальных узколокационистских взглядов. Так, Клейст локализовал «личное и общественное Я» и «любовь к Родине». Однако, подобные Клейсту теории жёстко критиковались даже самими локационистами.

Третий этап изучения афазий пришёлся на двадцатый век. Начало ему положили работы английского невролога Джона Хьюлинса Джексона. Он первым предположил идею о несовпадении зоны поражения головного мозга с зоной локализации психических функций, а также не

соглашался с положением «центров» в коре головного мозга. Основными работами следующего этапа учения об афазии стали работы отечественных исследователей: Л.С. Выготский, А.Р Лурия, М.С. Лебединский. Фундаментальный вклад в изучении темы афазий внёс Александр Романович Лурия. Его работы обширнее конкретной темы, однако нас сейчас интересует именно эта сторона знаний. Лурией была составлена классификация афазических расстройств, которая в настоящее время считается классической и является рабочей на практике. При этом сам Лурия основу для собственных исследований брал в концепции системной локализации психических функций своего учителя Л.С. Выгодского. Согласно ей речь физиологически обусловлена взаимодействием различных участков головного мозга. Из чего следует, что разрушение одного из этих участков может быть компенсировано за счёт включения в систему других участков головного мозга.

Современный взгляд на афазию более комплексный. Согласно Л.С. Цветковой охватывает разные уровни организации и реализации речи, связана с другими психическими функциями, приводит к изменениям личности больного и к дезинтеграции всей психической сферы, проявляющейся прежде всего в нарушении коммуникативной функции речи. То есть, рассматривая афазии как системные нарушения всех видов речи, имеется в виду, что страдает, как экспрессивная, так и импрессивная речь. Также стоит учитывать, что это нарушения уже сформировавшейся речи, которые возникают при поражениях левого полушария головного мозга. То есть в большинстве случаев афазии возникают у взрослых людей, у детей они возможны только при поражении мозга после того, как речь уже сформировалась. Согласно статистическим данным, афазии возникают у 90% правшей и 9% левшей. Мужчины ими страдают чаще, чем женщины (Например, в результате сосудистой патологии афазии возникают в 60% у мужчин и лишь в 8-12% у женщин)[44].

Тяжелая клиническая картина речевых нарушений зачастую возникает в ответ на травматическое воздействие обширной зоны черепа. После травм структурных отделов головы ухудшение речи происходит стремительно. Также причиной афазии может служить присутствие у больного доброкачественных или злокачественных новообразований в отделах головного мозга. Если нарушения вызваны опухолями головного мозга и соседних образований, то ухудшение способностей к речи развивается у индивидуума постепенно. Нередко причиной этого речевого расстройства выступают тяжелые сбои в мозговом кровообращении, наблюдаемые при гипертензивном внутримозговом кровоизлиянии или при ишемическом инсульте. В таких ситуациях патологический симптомокомплекс формируется молниеносно. При этом определяются довольно тяжелые проблемы в речевых возможностях [4].

Е.Р. Баранцевич изучила группы риска развития афазии. В группе риска развития афазии, согласно мнению ученых, присутствуют люди, перешагнувшие шестидесятилетний рубеж. Вероятность возникновения сложностей в говорении присутствует у лиц, в семейном анамнезе которых были зафиксированы случаи афазии. Провокатором этой патологии также может быть атеросклероз – хроническое заболевание, при котором в просветах кровеносных русел откладывается холестерин по типу атероматозных бляшек. Не менее рискуют особы, страдающие артериальной гипертензией – гипертонической болезнью. Нередко афазии определяются у людей, имеющих ревматические пороки сердечной мышцы и ее клапанов. Высокая угроза развития расстройств речи присутствует у особ, которые перенесли транзиторные ишемические атаки [2].

Как указывал Карл Вернике, самая частая причина афазии – инсульт. А причиной афазии при инсульте, согласно К. Ючино, могут быть следующие события [30]:

1. Поражение участков мозга, отвечающих за формирование речи. В данном случае человек не может сформулировать слова и/или предложения, хотя определенные нечленораздельные звуки (слоги) может произносить.
2. Поражение участков мозга, ответственных за иннервацию речевых мышц. В данном случае человек не может говорить, так как у него парализован язык и другие мышцы, участвующие в формировании звуков.
3. Поражение участков мозга, отвечающих за память. В данном случае человек забывает выученные слова, поэтому не может говорить. Отдельные нечленораздельные звуки он произносит [30].

Головной мозг характеризуется наличием нескольких центров, которые являются взаимосвязанными между собой. При их правильной работе человек правильно понимает и воспроизводит речь, может полноценно анализировать сложные речевые конструкции, правильно строит предложения. Нервные волокна, указывает П.А. Фадеев, связывают между собой все центры, которые располагаются в области висков, темени и по центру мозга [38].

При инсульте наблюдается отмирание определенного участка головного мозга. Это приводит к повреждению нервных волокон, поэтому человек не может понимать и воспроизводить речь. В период протекания афазии после инсульта сенсорного характера у пациента возникает соответствующая симптоматика [38].

Для успешного лечения, необходимо уметь разделять разновидности афазии. В нейропсихологии существует несколько классификаций данного нарушения. Я в своей работе опираюсь на классическую концепцию А.Р. Лурия, согласно которой выделяют следующие виды афазий [24]: моторная афазия афферентного типа, моторная афазия эфферентного типа, динамическая афазия, сенсорная (акустико-гностическая) афазия, акустико-мнестическая афазия, семантическая афазия.

Афферентная моторная афазия возникает на фоне поражения нижние постцентральной извилины и прилегающих к ней нижних теменных

отделов головного мозга, что соответствует полям 7 и 40. Они относятся ко вторичным отделам второго функционального блока по А.Р. Лурия - блоку приёма, переработки и хранения экстероцептивной информации. Эти отделы принимают участие в комплексном и системном построении кинестезий от органов артикуляций при произнесении речевых звуков. Основным механизмом данного вида афазии является нарушение кинестетической афферентации произвольных оральных движений. Больному с трудом даются произвольные движения оральноартикуляционными органами, что обозначается термином «артикуляционная апраксия». В тяжёлых случаях возможна полная утрата экспрессивной речи. Испытываемые трудности связаны с нарушениями проведения импульса сигнала, направленного от артикуляционного аппарата к коре головного мозга [3].

Эфферентная моторная афазия обусловлена поражением нижних отделов премоторной зоны. Кровообращение нарушается в области передней ветви левой средней мозговой артерии, что соответствует 44, 45 полям по Бродману. Среди различных структур головного мозга, повреждается и центр, ответственный за моторные образы слуха. Что влечёт за собой, в первую очередь, нарушение кинетической моторной программы речи, основным механизмом которого является нарушение своевременной денервации предыдущего и инервации последующего речевых актов. Первичны патологическая инертность артикуляционных актов, нарушения ритмико-мелодическая сторона речи [3].

При динамической афазии поражаются нижние отделы префронтальной области головного мозга. В данном случае в основе расстройства лежат в речевой спонтанности и инактивности. У больного случается резкое снижение речевой инициативы, возникают трудности актуализации предикатов, речь часто принимает «телеграфный» стиль. Акустико-гностическая афазия возникает при поражении задней трети верхней височной извилины – поле 22, именуемой зоной Вернике. Основным речевым дефектом здесь выступает слуховая агнозия.

Нарушается фонематический анализ. Больные теряют способность дифференцировать фонемы, что затрудняет понимание речи, то есть происходят грубые нарушения импрессивной речи [3].

Акустико-мнестическая афазия возникает при очаговом поражении средних и задних отделов височной области. Здесь в качестве первичного дефекта выступает нарушение связи акустической оболочки слова с предметным образом. Больным трудно воспринимать на слух сложные речевые конструкции и удерживать их в памяти. При поражении теменно-височно-затылочной области (зона ТРО) наступает семантическая афазия. Основу расстройства составляет нарушение симультанного пространственного восприятия. Основным симптомом которого является сложность, а в грубых случаях – невозможность, восприятия сложных логико-грамматических конструкций, как устно, так и письменно [3].

Перечисленные выше виды речевых симптомокомплексов относятся к ряду «чистых афазий». Однако, на практике зачастую встречаются смешанные расстройства, в клинической картине которых наблюдаются симптомы нескольких форм речевых афазий. Наиболее часто встречающейся комбинацией является, интересная нам, комплексная моторная афазия, в которой сочетаются нарушения как эфферентной, так и афферентной афазий. При сочетании их грубых форм, симптоматика моторной афазии напоминает тотальную. В такой ситуации больным может быть недоступны все виды экспрессивной речи. Грубо нарушается оральный праксис. Импрессивная речь также серьезно страдает. Однако, на практике это не частая история. Закономерны же сочетания грубой афферентной афазии с легкой эфферентной обратной стороной. В зависимости от конкретной ситуации тяжесть проявления того или иного симптома может быть различной.

Для дальнейшей работы над реабилитацией при комплексной моторной афазии необходимо подробнее ознакомиться с нарушенными и сохранными



компонентами речи при эфферентной и афферентной афазиях[50].

Эфферентная моторная афазия в клинической картине комплексной моторной афазии отражается в следующих симптомах.

Для клинической картины расстройства при тяжёлых нарушениях функций характерны следующие проявления.

Наблюдаются нарушения орального процесса реализации речи, именуемого праксисом, основой которых являются стойкие застревания при переходе от одной артикуляционной позы к другой. То есть нарушена денервация законченной и иннервация новой артикулем.

Спонтанная речь скудная по активному словарю и заторможена вследствие навязчивого произношения части слова или его окончания. Повторная речь пациентам даётся легче спонтанной.

Понимание речи затруднено по причине повреждения структуры артикуляционных опор и стойкой инертности со стороны переключения слухового внимания. Пациент не понимает смысла фраз, в которых грамматика является частью смысловой нагрузки.

Чтение практически недоступно, за исключением индивидуальных случаев прочтения отдельных букв. Однако обнаруживается доступность чтения про себя.

Письмо недоступно по причине нарушения ассоциативной связи буквы и звука.

Для средней степени тяжести протекания расстройства свойственна данная клиническая картина.

Нарушения орально-артикуляционного праксиса проявляются в затруднениях при переходе от одной моторной схемы речевого звука, именуемой артикулемой, к другой. Наблюдаются речевые персеверации.

Спонтанная речь бедная. Изъяснение фразами редкое. Грамматический строй речи нарушен по типу «телеграфного» стиля. Однако, зачастую сохранены автоматизмы. Также наблюдается и диспросодия - нарушения ритмико-мелодической стороны речи, отсутствие плавности, рваный характер

произношения. У пациента не получается голосом правильно передавать эмоциональную окраску информации. Возможна повторная речь. Пациент способен копировать произношение отдельных звуков, слов и простых словосочетаний.

Особенности понимания речи, в большинстве случаев, компенсируются повторением и замедлением речи оппонента.

По причине возникающих сложностей переключения от артикулемы к артикулемы чтение затруднено, но возможно. Пациент способен медленно, частично корректируя ошибки, прочитать распространённое предложение.

Письмо нарушено, но возможно. Доступно списывание слов и словосочетаний. При письме под диктовку больной совершает множественные ошибки повторения отдельных букв и слогов, пропускает отдельные гласные и согласные, из-за чего написанное кажется бессмысленным набором букв.

При лёгкой степени нарушений клиническая картина раскрывается следующим образом.

Присутствуют лёгкие нарушения орально-артикуляционного праксиса, обнаруживающиеся в виде речи по слогам. Этот способ освобождает время для денервации законченного речевого акта и иннервации нового, за счёт чего речь освобождается от застревания на звуках.

Спонтанная речь активна. Возможно фразообразование. Но при этом, из-за возникающих трудностей в программировании речи, повествование пациента богато речевыми штампами.

Речевые автоматизмы не нарушены. Повторная речь доступна, за исключением плавности произношения.

Состояние функции чтения близко к ненарушенному и отличается лишь чтением по слогам. Письмо возможно, однако богато подменами и пропусками букв в словах.

Афферентная моторная афазия обнаруживает себя в следующем симптомокомплексе.

Для тяжёлой степени нарушений характерна следующая клиническая картина болезни:

В артикуляции обнаруживаются грубые нарушения движения лицевых органов, задействованных в речевом акте – губы, язык, щёки. Больной способен лишь на имитацию простых и беспорядочных движений артикуляционными органами, произвольные артикуляции ему недоступны. Спонтанная устная речь либо полностью отсутствует, либо заменяется речевым эмболом – один из видов речевой стереотипии, проявляющийся в многократном повторении вне контекстного слова при любой попытке спонтанной речи. Несмотря на упрощённое артикулирование, пациенту зачастую недоступно даже использование речевых автоматизмов.

При грубой тяжести нарушений недоступно и повторная речь. В индивидуальных случаях с опорой на артикуляторный образ звука и по акустическому образцу возможно повторение некоторых гласных. Следствием описанных нарушения является неспособность к выполнению таких проб, как называние, составление рассказа по сюжетной иллюстрации, пересказ текста.

Понимание речи грубых нарушений не имеет. Индивидуально возможны наблюдения элементов отрыва смысла слова от предъявляемой вещи и совершения ошибок в выполнении речевых инструкций. Оперирование условным смыслом недоступно. В остром периоде больной может не понимать обращённую к нему речь (временное состояние, в основном, длится пару дней). Однако, в длительной перспективе может сохраняться непонимание отдельных схожих по способу произношения фонем (б-п, д-т...). Фонематический слух первично не нарушается.

Чтение недоступно, вследствие речевых нарушений. Однако неоднократно у больных проявлялись признаки «глобального чтения», чтения про себя. Ярким примером этого является выполнение задания «разложить подписи названия предметов по их иллюстрациями».

Письмо недоступно по причине распада ассоциативной связи звука и буквы,

вследствие чего пациент не справляется со звуко-буквенным анализом слов. Однако, нередко доступно списывание отдельных букв и их сочетаний.

Для средней тяжести течения расстройства характерен следующий симптомокомплекс:

Нарушения орального и артикуляционного праксиса проявляются во множественных ошибках при поиске правильного положения органов артикуляции для извлечения необходимого звука. Доступно проговаривание звуков и их сочетаний по моторному образцу.

Спонтанная устная речь обеднена, носит ситуативный характер. Активный словарный запас ограничивается бытовыми понятиями. Больному может быть доступна простая по своей структуре фразовая речь, основными трудностями в которой, помимо замены и пропуска звуков в словах, является нарушение согласования слов: неправильные склонение слов, постановка падежей и использование наклонений. Доступна повторная речь. Сохранены речевые автоматизмы.

Доступно понимание обращённой речи. Пациент справляется с последовательными устными инструкциями. Испытывает трудности в понимании условных смыслов. Способен принимать коррекцию со стороны, относительно значений фраз с переносным смыслом.

Чтение. Больной встречается с произносительными трудностями, спокойно узнаёт буквы и читает их.

Письмо под диктовку недоступно. Доступно лишь списывание слов или простых по структуре фраз, с пропусками или заменами букв. Для лёгкой степени нарушений характерен данный набор симптомов: Наличие нечастых ошибок в правильной постановке артикуляционного аппарата при извлечении звуков.

Наблюдается высокий уровень речевой активности. Фразовая речь имеет сложные распространённые конструкции, но встречаются единичные аграмматизмы. Речевые автоматизмы не нарушены. Среди ошибок возможны замены близких по постановке артикуляционного аппарата букв, зачастую

поддающиеся самокоррекции. Понимание речи не нарушено.

Доступно чтение и письмо. Письмо под диктовку не нарушено. Трудности проявляются в конструировании фраз при записывании собственных мыслей.

Таким образом, комплексная моторная афазия наступает вследствие поражения речедвигательного анализатора и обнаруживается симптомокомплексом нарушений двигательных-кинестетических речевых функций. При этом в зависимости от объёма очага поражения разрушается собственная речь пациентов. Поражение при афазии локализуется преимущественно в задней трети нижней лобной извилины. Клиническая картина разворачивается нарушениями артикуляции, происходит распад артикулярных «динамических стереотипов». Пациенты нередко не в состоянии произносить или повторять речевые звуки и их сочетания. Также для комплексной моторной афазии характерно нарушение динамической стороны речевого акта. Пациентам, в таком случае, может быть доступно произношение и повторение звуков речи, а иногда и отдельных слов, однако затруднен переход от слов к фразе. Человеку недоступна фразовая речь. Также имеют место нарушения импрессивной стороны речи, чтения и письма.

### **1.3 Принципы и методы нейропсихологической реабилитации постинсультных больных при комплексной моторной афазии.**

#### **Особенности работы с данной категорией больных и её структура.**

Реабилитационные мероприятия и коррекция высших психических функций у постинсультных больных должны разрабатываться индивидуально. При составлении программы реабилитации необходимо учитывать как развернувшуюся клиническую картину, так и особенности личности пациента, возраста и других сопутствующих заболеваний. Для того, чтобы понять принципы нейропсихологической реабилитации, сначала обратимся к определению термина. Однако, в настоящее время нет

общего определения для понятия «реабилитация».

Так, психиатр М.М.Кабанов говоря о реабилитации, подразумевает динамическую систему различных воздействий и мероприятий (медицинских, психологических, социальных), направленных к личности больного.

Доктор психологических наук и ученица А.Р.Лурия Л.С. Цветкова говорит о реабилитации в контексте восстановительного обучения, направленного на восстановление высших психических функций различными комбинациями существующих методов, то есть применением целой системы [44].

Е.Д. Хомская связывает реабилитацию с комплексом неврологических и нейропсихологических процедур, направленных на восстановление сложных психических функций путём перестройки нарушенных функциональных систем [43] .

Согласно ВОЗ реабилитация – это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально – оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе.

То есть, обращаясь к понятию «нейропсихологической реабилитации», под ним стоит понимать – систему неврологических, логопедических и психологических мероприятий, направленных на восстановление и компенсацию нарушенных, вследствие локальных поражений мозга, функций с учётом активного включения пациента в процесс, а также нормализацию эмоционального состояния, с перспективой адаптации человека в сложившихся условиях болезни и восстановлении его личного, социального и трудового статусов.

Существует целый ряд общих принципов продуктивной нейропсихологической реабилитации, подходящий в частности и к работе с постинсультными пациентами. Согласно Л.С. Цветковой условно их можно поделить на следующие группы: психофизиологические, психологические и

психолого-педагогические [44].

К психофизиологическим относятся:

1. принцип квалификации дефекта. За нарушениями одной функции могут отвечать несколько пораженных участков головного мозга, однако механизмы нарушения, а значит и клиническая картина будут разными. В связи с этим при написании плана коррекции, обязательны качественный анализ нарушенных функций и выявление первичного дефекта, лежащего в основе нарушений;

2. принцип, основанный на теории о функциональных системах и их пластичности. Обучение, в таком случае, строится за счёт применения сохранных анализаторных систем (афферентаций). Существуют случаи, в которых пораженное звено функциональной системы, возможно успешно заменить сохранным. Например, при поражении сенсорной речевой зоны, именуемой зоной Вернике, происходит нарушение акустической стороны звуко различения, что приводит к сенсорной афазии. Восстановить функцию возможно за счёт включения в систему сохранный зрительно-кинестетической афферентации. То есть пациент обучается новому способу звуко различения через оральный образ звука.;

3. принцип опоры на разные уровни организации психических функций. Восстановительное обучение должно учитывать наличие разных уровней организации функциональной системы и использовать сохранные уровни нарушенных функций для их восстановления;

4. принцип контроля заключается в наличии постоянной обратной информации, обеспечивающей целостность осуществляемого действия с целью его выполнения и своевременной коррекции совершаемых ошибок.

- принцип системности заключается в работе по восстановлению всех сторон нарушенной функции, а не только с первичными.

Психологические принципы это:

1. принцип учета личности больного. План реабилитации обязан коррелировать с целями лечения больного, а также опираться на его

мотивационную сферу;

2. принцип учёта сохранных форм вербальной и невербальной деятельности больного. Опираясь на ранее накопленный опыт больного, появляется возможность переноса нарушенной функции на доступный уровень для её осуществления;

3. принцип опоры на сохранные психические функции, взаимодействующие с нарушенной (например, на речь, память, интеллект);

4. принцип опоры на предметную деятельность. Формирование высших психических функций проходит в условиях предметной, специально организованной деятельности. Поэтому и их восстановление будет успешно в аналогичных условиях;

5. принцип программированного обучения предусматривает разработку программ, состоящих из цепочки последовательных операций, выполнение которых приводит к восстановлению нарушенного звена.

К психолого-педагогическим принципам относятся:

1. принцип постепенного усложнения. Основная сложность в его соблюдении - необходимость определения «уровня сложности» относительно как конкретной клинической картины нарушений, так и мотивационной сферы больного;

2. принцип учёта объёма и степени разнообразия материала. Объём не должен перегружать внимание больного, из-за чего он должен быть излишне большим или слишком разнообразным;

3. принцип учёта эмоциональной сложности материала. Он должен способствовать созданию положительного эмоционального фона во время занятий.

Соблюдения основных принципов реабилитации недостаточно для продуктивной работы с пациентом. Успешность мероприятий, в той же степени, зависит от выбранного или выбранных путей восстановления утраченных функций. Л.С Цветковой были описаны следующие пути:

1. Спонтанное обучение, то есть самостоятельное восстановление, не



связанное со специфическими вмешательствами. Такое развитие возможно при условии временного угнетения участков головного мозга, неразрушающего мозгового вещества.

2. Растормаживание функций. Процесс проводимости нервного импульса, обеспечивающего нормальную работу нейронных комплексов, протекает при участии синаптических аппаратов (медиаторов), передающих импульс с одного нейрона на другой. Продуктивное решение восстановления функции в такой ситуации- восстановление синаптической проводимости за счёт двух видов вмешательств: 1.- использование фармакологических препаратов, 2.- применение определённых психолого-педагогических техник, среди которых Л.С. Цветкова выделила приёмы многократного повторения, смысловое закачивание фраз, порядковый счёт, ритмико-мелодические техники и другие [44].

3. Викариат. Суть способа заключается в перемещении нарушенной функции в сохранные отделы полушарий мозга. Участки нервной ткани, граничащие с очагом поражения (при условии, что они не нарушены), могут обнаружить повышенную возбудимость и взять на себя функции пораженного участка. Однако, процент замещения разрушенных корковых структур соседними неоднородна и зависит от локализации очага поражения. Существует и возможность перемещения нарушенных структур в здоровое полушарие. Условием выполнения процедуры является осуществление восстанавливаемой функции при участии обоих полушарий мозга.

4. Восстановление функций методом перестройки функциональных систем. То есть прежняя функция будет осуществляться новыми способами за счёт включения новых уровней её организации или других анализаторных систем. Используемым методом пути перестройки функциональных систем является восстановительное обучение. Метод теоретически обоснован и экспериментально подтверждён. Разработкой метода занимались А.Р. Лурия, Э.С. Бэйн, Л.С. Цветкова, В.М.Когану. Основной целью его создания были пути восстановления высших психических функций, и прежде всего речи при

афазиях. Метод имеет три практических направления:

1. Внутрисистемная перестройка. Суть перестройки заключается в создании новых функциональных систем на основе «резервных» афферентаций (сохраненных анализаторных систем), которые ранее наблюдались в онтогенезе, а у взрослого человека были вытеснены ведущими афферентациями [44].

2. Межсистемная перестройка также заключается в создании функциональных систем с помощью афферентаций. Различие заключается в том, что ранее эти афферентации не принимали непосредственного участия в отправлении пострадавшей функции [44].

3. Данная перестройка как бы переводит функцию либо на менее произвольный уровень с целью дальнейшего восстановления более высокого её протекания, либо на более высокий уровень её организации, с целью преодоления дефектов более низкого уровня [44].

4. Восстановление заторможенных функций путём изменения установки личности. Здесь, причиной устойчивого торможения функций происходит в результате щадящей установки личности пациента [44].

При использовании данных направлений стоит учитывать, что только системное применение методов восстановительного обучения, обеспечит комплексное воздействие на дефект и может привести, при правильном и своевременном использовании, к восстановлению нарушений. Изолированное же применение методов могут либо не дать желаемого результата, либо привести к частичному и неустойчивому эффекту, а именно к восстановлению изолированной операции, а не функции в целом. Описанные нами методы реабилитации являются рабочей базой для составления и осуществления плана восстановления нарушенных функций, в частности, и при речевых расстройствах на фоне инсульта. Чтобы подтвердить это предположение сошлёмся на работы известных практикующих психологов [44].

Так, доктор психологических наук, Эсфирь Соломоновна Бейн в практически

направленной работе «Пособие по восстановлению речи у людей с афазиями», Бейн придерживается методов перестройки нарушенных функций посредством компенсаторных возможностей сохранных анализаторов. А также, неоднократно упоминает о важности метода растормаживания функций речи и приводит примеры конкретных методик, соответствующих ему [5].

Другой советский психолог Цветкова Любовь Семёновна работала по методам восстановительного обучения и агитировала в своих работах к их применению и других специалистов [44].

Опираясь на мнения данных специалистов можем говорить о валидности обсуждаемых методов восстановления психических функций относительно больных с комплексной моторной афазией.

Также хотим обратить ваше внимание на проблему особенностей построения работы с вышеупомянутой категорией больных. Согласно мнению, доктора психологических наук Визель Татьяны Григорьевны восстановительное обучение речевой функции при комплексной моторной афазии должно происходить поэтапно. В начале работы, независимо от преобладающей формы афазии, основной задачей нейропсихологической реабилитации является включение произвольных, автоматизированных уровней речевой деятельности [50].

Нейропсихологическая реабилитация пациентов, находящихся в острой стадии заболевания, возможна не всегда и должна начинаться не раньше момента полного стабилизации состояния пациента. Характер работы в такой период должна быть строго дозирована в зависимости от индивидуальных особенностей состояния пациента, носить щадящий, психотерапевтический характер. Основными задачами данного периода становятся: установление контакта с пациентом, а также заинтересовывание его в выполнении целенаправленной деятельности (работа с мотивационным фоном больного). Осуществляются данные задачи за счёт метода целенаправленной беседы и внимания на сохранных видах деятельности:

простейшее конструирование, срисовывание, лепка из пластилина и другое. Дальнейшая работа строится с акцентом на более активное и сознательное его вовлечение в процесс реабилитации, используя при этом методики прямонаправленные на восстановление утраченных функций речи. То есть на данном этапе уже не обойтись без метода перестройки. В свою очередь, его использование невозможно без перехода на произвольный, осознанный уровень. Что не значит резкий отказ от применения в восстановлении речевых автоматизмов, однако основной упор работы перенаправляется на сознательное усвоение тех или иных приемов компенсации дефекта. [50].

Итак, мероприятия по восстановлению высших психических функций при комплексной моторной афазии должны строиться на основе целого ряда принципов, основными среди которых являются такие как индивидуальный подход, системный подход, принцип «от простого к сложному» и принцип опоры на сохраняемые элементы психической деятельности. Ключевыми методами в успешной восстановительной работе являются растормаживание психических функций и метод перестройки функциональных систем, включающий в себя: внутрисистемную перестройку, межсистемную перестройку, метод понижения/повышение организации выполнения функции и метод изменения установки личности. Особенности построения работы при комплексной моторной афазии вследствие инсульта являются: начало коррекции после стабилизации состояния пациента, её поэтапность и опора на начальных стадиях на произвольные формы речи с постепенным переходом к формированию произвольных.

## **Глава 2. Эмпирическое исследование особенностей реабилитации постинсультных больных при комплексной моторной афазии.**

### **2.1. Программа и методика эмпирического исследования**

В настоящее время в отечественной литературе хранится множество исследований, касающихся нарушений при афазии. Однако, информации касающейся коррекционной работе и её особенностей при комплексной моторной афазии мало, и она носит фрагментарный характер. В нашем исследовании мы рассмотрим особенности нейропсихологической реабилитации у постинсультных пациентов при комплексной моторной афазии.

**Объект исследования:** нейропсихологическая реабилитация.

**Предмет исследования:** особенности нейропсихологической реабилитации постинсультных пациентов при комплексной моторной афазии.

**Цель исследования:** установить особенности нейропсихологической реабилитации постинсультных больных при комплексной моторной афазии.

**Задачи исследования:**

1. Рассмотреть теоретико-методологические подходы к изучению понятия «инсульт», дать определение и описать клиническую картину, рассматриваемого заболевания.

2. Рассмотреть теоретико-методологические подходы к изучению понятия «афазия», дать определение и описать клиническую картину комплексной моторной афазии.

3. Дать определение понятию «нейропсихологическая реабилитация», изучить и описать основные принципы и методы нейропсихологической реабилитации.

4. Разработать и апробировать план исследования нарушений речи при комплексной моторной афазии у постинсультных пациентов.

5. Разработать и реализовать программу реабилитации и восстановления речи у постинсультных пациентов при комплексной моторной афазии.

**Операционализация базовых понятий:**

Инсульт - это острое нарушение кровообращения в головном мозге, в результате которого возникает очаговое поражение головного мозга, определяемое комплексом неврологических и нейропсихологических симптомов, а также симптоматикой общих мозговых нарушений.

Высшие психические функции -это сложные психические процессы, формирующиеся в постнатальном периоде онтогенеза за счёт социальной среды, строение их опосредован, а характер осуществления произволен.

Речь – вербальный способ коммуникации людей, позволяющий осуществлять обмен информацией между индивидами.

Афазия - нарушение сформированной речи, вследствие органического поражения головного мозга, при котором страдают как экспрессивная, так и импрессивная стороны речи.

Комплексная моторная афазия – одна из форм афазии, включающая в себя симптоматику афферентной и эфферентной моторных афазий, с преобладанием одной из них.

Нейропсихологическая реабилитация - система неврологических, логопедических и психологических вмешательств, направленных на восстановление и компенсацию нарушенных высших психических функций пациента, с учётом активного включения последнего в процесс. Также нейропсихологическая реабилитация предполагает работу с эмоциональным состоянием пациента и его адаптацию в условиях болезни и восстановлении его личного, социального и трудового статусов.

#### **Гипотезы исследования:**

1. Существуют различия между нарушениями речи у пациентов с комплексной моторной афазией в зависимости от возраста пациентов и времени от развития инсульта до проведения нейропсихологической диагностики.
2. Существуют различия в эффективности нейропсихологической реабилитации у пациентов с комплексной моторной афазией в зависимости от возраста пациентов и времени от развития инсульта до проведения

нейропсихологической диагностики.

Для достижения цели, решения поставленных задач и проверки гипотез в **исследовании применялись следующие методы:**

1. Методы анализа литературы: сравнительный метод, обобщение, классификация.

2. Методы нейропсихологического обследования: беседа, наблюдение, эксперимент.

3. Статистические методы обработки данных: клинический анализ и анализ средних значений

Исследование проводилось на базе пациентов неврологического отделения КБГУС КО «Центральной городской больнице» г. Междуреченска в 2020 году.

#### **Описание исследования:**

Для оценки состояния речи у больных нами было выделено 9 диагностических критериев (параметров): состояние орального и артикуляционного праксиса, спонтанная речь, речевые автоматизмы, повторная речь, диалогическая речь, понимание речи, объём слухоречевой памяти, чтение, письмо (приложение 1).

Каждый из параметров оценивался по 4-х бальной шкале. Начисление баллов построено в соответствии со степенью тяжести нарушений функции: грубые нарушения, средней тяжести, лёгкой степени, не нарушены (нарушения носят незначительный характер). Например, критерий «спонтанная речь» был расписан следующим образом: 4 балла - Спонтанная речь не нарушена. Пациенту доступна распространённая, сложная по синтаксической структуре фразовая речь. Активный словарь богат внеситуационными словами.

3 балла - Доступна фразовая простая по синтаксической структуре речь с наличием множественных речевых штампов. Речевая продукция в основном представляет ситуационный характер.

2 балла – При преобладании афферентной моторной: спонтанная речь

обеднена, состоит в основном из отдельных слов или примитивных по синтаксису конструкций. Обнаруживаются нарушения в согласовании речи. Активный словарь состоит из высокочастотных слов. Трудности произношения проявляются латеральными парафразиями.

При преобладании эфферентной моторной афазии: доступна простая нефразовая речь. Обнаруживается сложно преодолимый аграмматизм по типу "телеграфного" стиля. Присутствуют нарушения просодики речи - нарушения интонационной структуры речи: отсутствие плавности и разорванный характер.

1 балл – При преобладании афферентной моторной афазии: спонтанная речь недоступна или полностью заменена речевым экспрессивно насыщенным эмболом. Обнаруживаются речевые аграмматизмы по типу согласования частей речи: ошибки при сопряжении глаголов, постановке слов в правильном падеже и склонении.

При преобладании эфферентной моторной афазии: продукция спонтанной речи скудная, преобладают слова, наиболее часто употребляемые до инсульта, в основном номинативного характера. Для каждого критерия нами были подобраны методики нейропсихологической оценки высших психических функций. Состояние орального и артикуляционного праксиса определялось точностью движений, выполняемых по инструкции и при подражании.

Для определения степени доступности и состояния спонтанной речи нами был проведён анализ беседы и речевой продукции больного в процессе обследования. Оценивались – сложность речевой продукции, её логико-грамматический состав, привязанность к ситуации, наличие речевых штампов, просодический компонент речи.

Сохранность речевых автоматизмов проверялось называнием определённых последовательностей в прямом и обратном направлении, а именно: цифрой ряд от «1» до «10», дни недели, месяцы года. Степень доступности повторной речи проверялось с помощью повторения



серии звуков и слогов; простых, сложных и бессмысленных слов; повторения слов и фраз по слогам; воспроизведения ритмических структур слов и фраз голосом (вокализация).

Диалогическая речь оценивалась по способности самостоятельного высказывания пациента во время первичной беседы, в процессе которой был задан ряд вопросов и прослеживалась в процессе всего обследования. Для определения степени нарушений понимания речи пациентам задавались вне ситуативные вопросы (например: «Сколько человек в палате?»), ситуативные вопросы (например: «Как вы себя чувствуете?»), парадоксальные вопросы (например: «Сейчас лето?»); давались для выполнения простые устные инструкции (например: поднимите правую руку, закройте глаза.); предлагалось указать на названные экспериментатором предметы; давались задания на понимание логико-грамматических конструкций (например: показать ключом ручку - ручкой ключ; «Оля старше Жени, но моложе Насти. Кто самый старый?»).

Для определения объёма слухоречевой памяти применялась методика «Запоминания 10 слов», разработанная А.Р. Лурия.

Исследование состояния чтения проводилось путём чтения букв разного шрифта; чтения идеограмм; разложения подписей под иллюстрациями (определение способности к глобальному чтению); чтения текстов.

Состояние письма проверялось написанием ФИО (автоматизированное письмо) списыванием букв и слов разной грамматической структуры, написанием букв, слов и фраз под диктовку, письменным изложением смысла прочитанного текста. Также исследовалась способность к звукобуквенному анализу и синтезу: определение количества букв и звуков в словах, перечисление по буквам слов, составление слов из изолированно представленных наборов букв.

Эмпирическая база исследования была собрана среди пациентов неврологического отделения Центральной городской больницы г. Междуреченска, 6 человек, перенёсших инсульт, в возрасте от 42 до 69 лет.

## 2.2. Анализ и интерпретация результатов эмпирического исследования.

В данном параграфе представлены результаты эмпирического изучения особенностей нарушений у постинсультных больных при комплексной моторной афазии в зависимости от возраста пациента и прошедшего до реабилитации времени.

На первом этапе исследования, после сбора данных путём нейропсихологической диагностики нами были проанализированы средние значения по нейропсихологическим пробам по критерию возраста испытуемых (см. рис. 1).

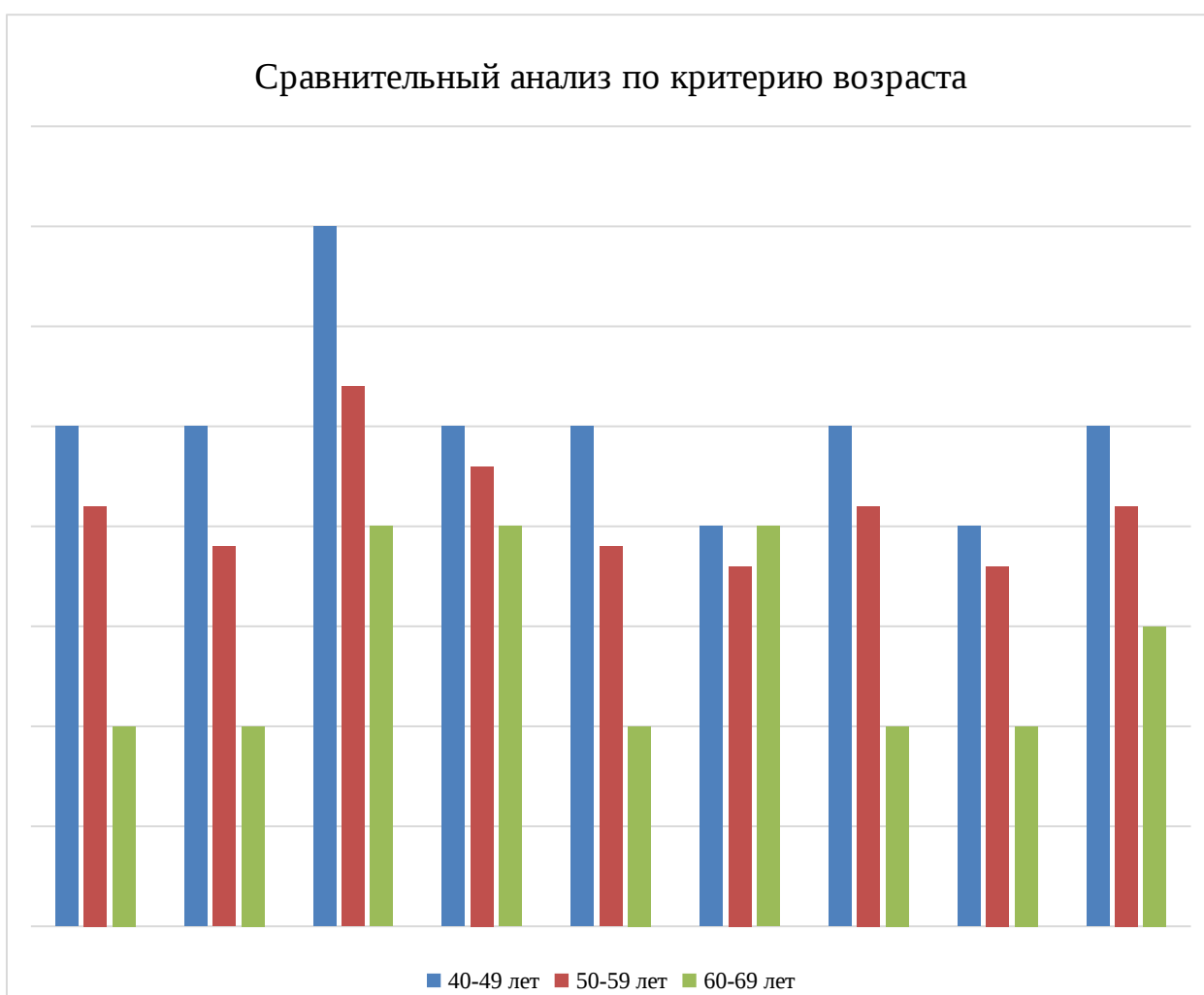


Рисунок 1. Средние значения по нейропсихологическим пробам в зависимости от критерия возраста испытуемых

Так, в возрасте от 40 до 49 лет преобладают по степени тяжести нарушения в сфере понимания речи, что выражается в затруднениях понимания сложных

логики-грамматических оборотов и условного смысла, а также нарушения чтения. Испытуемым доступно прочтение лишь простых по синтаксической структуре предложений.

Наиболее сохранными функциями речи в данном возрасте оказались речевые автоматизмы, нарушения которых носят, в основном, проявления в некоторой артикуляционной сложности при переходе от слова к слову, поддающейся коррекции.

В возрасте от 50 до 59 лет преобладают нарушения спонтанной речи, диалогической речи, понимания речи и чтение. Клиническая картина данных нарушений будет соответствовать, согласно показанным на диаграмме данным, средней степени нарушений. Наименее повреждённой остаётся также автоматизированная речь.

В клинической картине болезни испытуемых в возрастном диапазоне от 60 до 69 лет наиболее выражены нарушения многих сторон речи, а именно страдает состояние орального и артикуляционного праксиса, спонтанная речь, диалогическая, объём слухоречевой памяти и чтение. А менее выражены нарушения в сфере речевых автоматизмов, понимания речи и способности к повторению за экспериментатором. Также стоит отметить, что в этом возрастном интервале клиническая картина нарушений носит тяжёлый, грубый характер. Так, даже наименее выраженные параметры на диаграмме достигают 2-х баллов, что соответствует средней степени тяжести нарушений.

В результате анализа полученных данных обнаруживается тенденция к увеличению степени тяжести нарушений с увлечением возраста испытуемых. Вместе с тем, видим, что наиболее сглаженная по степени тяжести клиническая картина наблюдается в возрасте от 40 до 49 лет. Что может быть связано с высокими компенсаторными возможностями данного возраста. Также обнаруживается тенденция достаточно сохранной, на фоне остальных параметров, автоматизированной речи, в не зависимости от возрастного диапазона.

Далее представим протоколы трёх испытуемых, принадлежащих к разным возрастным группам.

**Испытуемый 1 – 44года.** В клинической картине обнаруживаются грубые нарушения в орально-артикуляционном праксисе. Испытуемому доступно лишь воспроизведение отдельных артикуляционных поз, с трудностями перехода от одной артикулемы к другой. Продукция спонтанной речи скудная. Активный словарь состоит из высокочастотных слов, в основном номинативного характера. Диалогическая речь недоступна, испытуемый способен лишь отвечать «да/нет» на простые ситуативные вопросы. Автоматизированная речь возможно. Однако, при произношении автоматизированных последовательностей, исследуемый совершает артикуляционные ошибки. Испытуемый способен повторять отдельные звуки, слова и простые по синтаксической структуре фразы. Испытуемый понимает обращённую к нему речь и справляется с выполнением простых устных инструкций (например: покажи кровать, подними правую руку). Объём слухоречевой памяти существенно сужен, доступно запоминание лишь 2-3 единиц информации. Чтение вслух недоступно. Обнаруживается способность к глобальному чтению («про себя»). Испытуемому доступно написание отдельных букв, а также автоматизированное письмо с ошибками (заменой или пропуском букв).

Учитывая общую грубую картину нарушений, испытуемый 1 быстро включается в работу, особенно не связанную с осуществлением прямой речевой продукции – показать что, соотнести надписи с картинками.

**Испытуемый 2 – 54 года.** Исследуемому доступно выполнение отдельных артикуляционных поз по образцу. Однако, не редко совершает ошибки, особенно часто путает позы, близкие по способу артикулирования звуков. Спонтанная речь бедная, состоит в основном из отдельных высокочастотных слов. Обнаруживаются нарушения в согласовании речи. Диалогическая речь возможно только как ответы «да/нет» на простые вопросы. Автоматизированная речь доступна, однако затруднена ошибками при

поиске правильных артикуляционных поз. Доступно повторение отдельных звуков и слов. Испытуемый понимает обращённую к нему речь, выполняет простые инструкции. Объём слухоречевой памяти достигает 4 единиц. Доступно чтение отдельных букв и слов. Доступно списывание слов и простых фраз, но недоступно написание аналогичных слов под диктовку. Письмо на свободную тему невозможно.

Особенностями в работе с испытуемым 2 заключались в необходимости некоторого латентного периода от момента озвучивания инструкции до начала к её выполнению. Поисковый период занимал 3-5 секунд.

**Испытуемый 3 – 63 года.** Обнаруживаются грубые нарушения по типу орально-артикуляционной апраксии. Спонтанная речь недоступна. При произношении автоматизированных последовательностей в прямом направлении, исследуемый совершает множественные артикуляционные ошибки; произнесение обратных последовательностей невозможно. Диалогическая речь недоступна. Испытуемый способен сопряжено проговаривать отдельные звуки и слова. Однако, испытывая заметные затруднения при переключении от артикулемы к артикулемы. Понимание речи имеет грубые нарушения. Испытуемому доступно понимание простой по логико-грамматическому строению обращённой речи. Оперирование условными смыслами невозможно. Объём слухоречевой памяти определить не удалось, по причине множественных артикуляционных ошибок. Чтение недоступно. Обнаруживаются грубые нарушения в процессе письма: испытуемый совершает ошибки даже при написании автоматизированных конструкций (ФИО).

Испытуемый 3 медленно включается в работу. Для усвоения даже простых устных инструкций (например: закройте глаза, покажите ручку) требуется нескольких повторений.

Таким образом, по результатам данной части исследования можем сделать вывод о существовании различий между нарушениями речи при комплексной моторной афазии в зависимости от возраста больных.

Прослеживаются следующие тенденции:

1. Повышение степени тяжести нарушений с увеличением возраста больного.
2. Равномерность распределения степени тяжести нарушений на стороны речи в возрасте от 40 до 49 лет, теряющаяся в клинических картинах болезни в более зрелом возрасте.

Следующий этап исследования был посвящён анализу средних значений по нейропсихологическим пробам по критерию времени начала реабилитации(см. рис. 2).

## Сравнительный анализ по критерию времени начала реабилитации

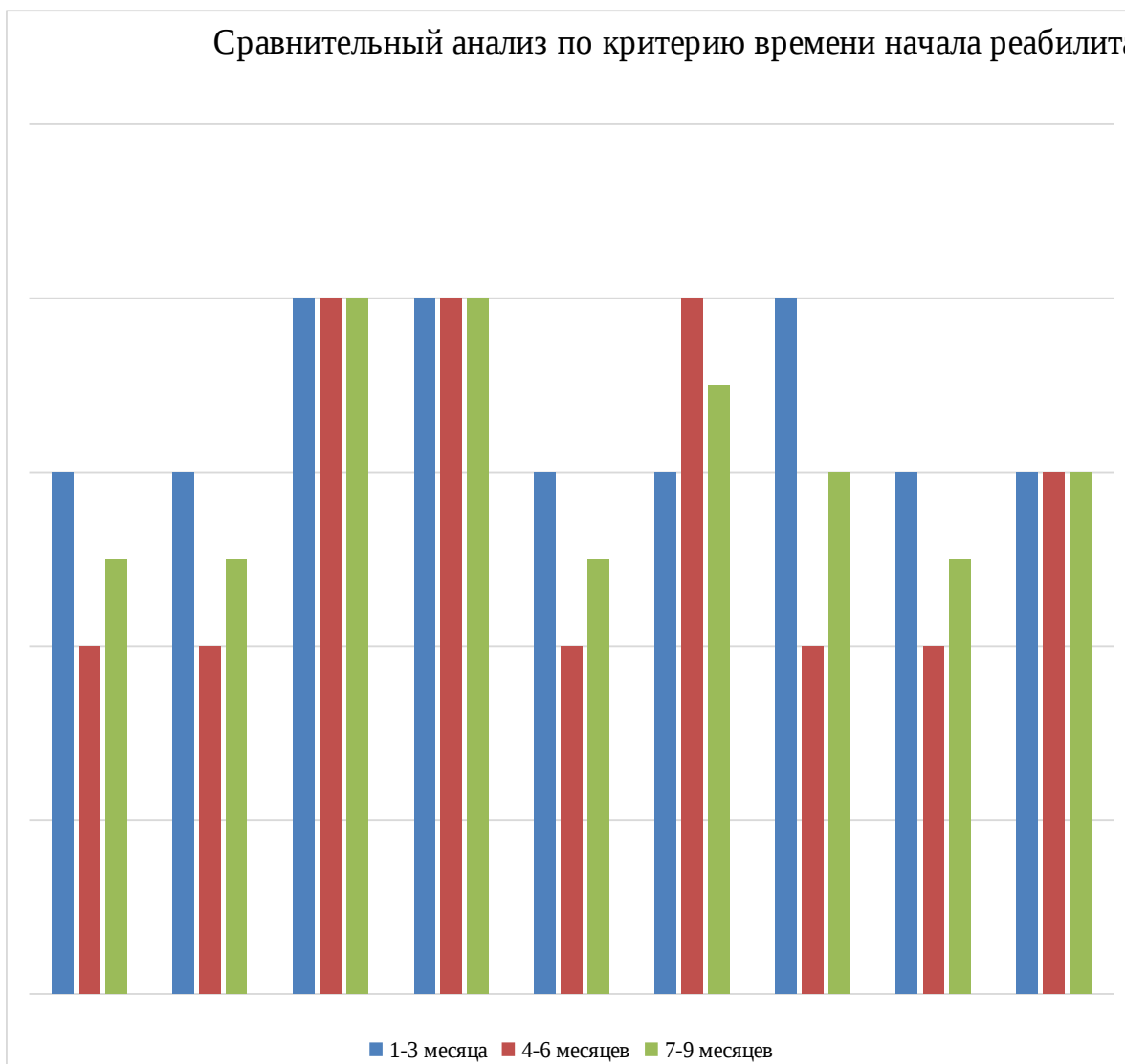


Рисунок 2. Средние значения по нейропсихологическим пробам в зависимости от критерия времени начала реабилитации.

Анализ данных, изображенных на втором рисунке, показал, что в период от 1 до 3 месяцев после развития инсульта, степень тяжести нарушений колеблется лишь в 0,5 балла, что говорит об равномерности повреждений речи. Так, к наиболее выраженным нарушениям, в данный временной период, относятся нарушения орального и артикуляционного праксиса, спонтанной и диалогической речи, понимания речи, чтения и письма. А наиболее сохранными функциями являются автоматизированная и повторная речь, а также объём слухоречевой памяти.

К 4-6 месяцам картина меняется – диапазон степени тяжести нарушений достигает балла. Наиболее выраженными становятся следующие стороны

речи: оральный и артикуляционный праксис, спонтанная речь и диалогическая речь, объём слухоречевой памяти, чтение; а к менее выраженным относятся – автоматизированная и повторная речь, а также понимание речи.

В период от 6 до 9 месяцев диапазон степени тяжести нарушений несколько сглаживается и достигает максимум – 0,75 балла. К наиболее повреждённым сторонам речи относятся: оральный и артикуляционный праксис, спонтанная и диалогическая стороны речи, а также чтение; а к менее выраженным: автоматизированная и повторная речь.

В результате анализа полученных данных прослеживается тенденция к неизменности степени нарушения и наибольшей сохранности таких сторон речи, как автоматизированная и повторная речь. Наиболее выраженными же нарушениями в каждом временном периоде остаются оральный и артикуляционный праксис и спонтанная речь.

Далее представлены протоколы трёх испытуемых, у каждого из которых реабилитация началась в разное время после развития инсульта.

**Испытуемый 1** – реабилитация началась спустя **1,5 месяца** после инсульта.

В основе клинической картины заболевания лежат грубые нарушения, характерные орально-артикуляционной апраксии. Спонтанная речь недоступна. При произношении автоматизированных последовательностей испытуемый совершает множественные ошибки в артикуляционных позах; произнесение обратных последовательностей невозможно. Диалогическая речь недоступна. Испытуемый способен сопряжено проговаривать отдельные звуки и слова. Однако, испытывая заметные затруднения при переключении от артикулемы к артикулеме. Понимание речи имеет грубые нарушения. Испытуемому доступно понимание простой по логико-грамматическому строению обращённой речи. Оперирование условными смыслами невозможно. Объём слухоречевой памяти определить не удалось, по причине множественных артикуляционных ошибок. Чтение недоступно. Обнаруживаются грубые нарушения в процессе письма: испытуемый



совершает ошибки даже при написании автоматизированных конструкций (ФИО).

Испытуемый 1 медленно включается в работу. Для усвоения даже простых устных инструкций (например: закройте глаза, покажите ручку) требуется нескольких повторений.

**Испытуемый 2** - реабилитация началась спустя **5 месяцев** после инсульта. Наблюдаются нарушение орально-артикуляционного праксиса: затруднения при переключении от одной артикулемы к другой. Репродукция спонтанной речи обеднена и имеет «телеграфный» стиль. Наблюдаются интанационные нарушения речи - отсутствует плавность. Диалогическая речь примитивна; в ответах используются слова из вопроса. Автоматизированная и повторная виды речи существенных нарушений не имеют. Пациент понимает, обращенную речь, выполняет простые устные инструкции. Понимание сложных логико-грамматических структур сильно затруднено. Доступно чтение отдельных букв и слов. Возможно написание под диктовку отдельных букв и слов, однако письмо осложнено частыми персеверациями. Объём слухоречевой памяти – 7 единиц.

При работе с испытуемым 3 обнаруживается некоторая неравномерность степени тяжести нарушения функций. Так, неряду с грубыми нарушениями спонтанной речи, проявляющимися в «телеграфном» стиле и примитивной диалогической речью наблюдаются автоматизированная и повторная речь, не имеющие существенных нарушений.

**Испытуемый 3** реабилитация началась спустя **8 месяцев** после инсульта. Наблюдаются грубые нарушения орально-артикуляционном праксисе: доступно воспроизведение отдельных артикуляционных поз, с большими затруднениями перехода от звука к звуку. Спонтанная речь практически недоступно: испытуемому удаётся произносить лишь несколько слов, и то не исключая персевераций при из назывании. Диалогическая речь возможна лишь как ответы «да/нет». Частично сохранены речевые автоматизмы: испытуемому удаётся произнести прямые последовательности цифр от 1 до

10 и дней недели. Доступно повторение отдельных букв, слов и простых фраз. Понимает обращенную речь, выполняет устные инструкции, напрямую не связанные с речевой активностью: (покажите кровать, разложите подписи под картинками).

При работе с испытуемым 3 обнаруживается некоторая неравномерность степени тяжести нарушения функций. Так, при грубых нарушениях орально-артикуляционного праксиса, недоступности спонтанной речи и диалогической речи, испытуемый может повторять слова и простые фразы.

Сравнив результаты исследуемых, обнаруживаем тенденцию к уменьшению равномерного распределения степени тяжести нарушений с увеличением времени от момента развития инсульта до начала реабилитации.

Итак, по результатам проведённого анализа данной части исследования можем сделать вывод о существовании различий между нарушениями речи при комплексной моторной афазии в зависимости от возраста больных и времени от момента развития инсульта до начала реабилитации. Так, были обнаружены тенденции к повышению степени тяжести нарушений с увеличением возраста больного и потеря равномерного распределения степени тяжести нарушений на стороны речи с увеличением возраста больного и времени от момента развития инсульта до начала реабилитации.

### **2.3. Анализ индивидуальных результатов нейропсихологической реабилитации.**

После анализа средних значений по критериям возраста и времени начала нейропсихологической реабилитации, нами была разработана и осуществлена программа реабилитации пациентов с комплексной моторной афазией. После чего следующим этапом исследования стал анализ результатов, проведённой реабилитации, который заключался в качественном и количественном сравнении индивидуальных результатов испытуемых.

Сначала мы работали с результатами по критерию «возраст». Мы сравнили изменения после реабилитации испытуемого 44-х лет и испытуемого 63-х лет

(см.рис.3 и рис.4).

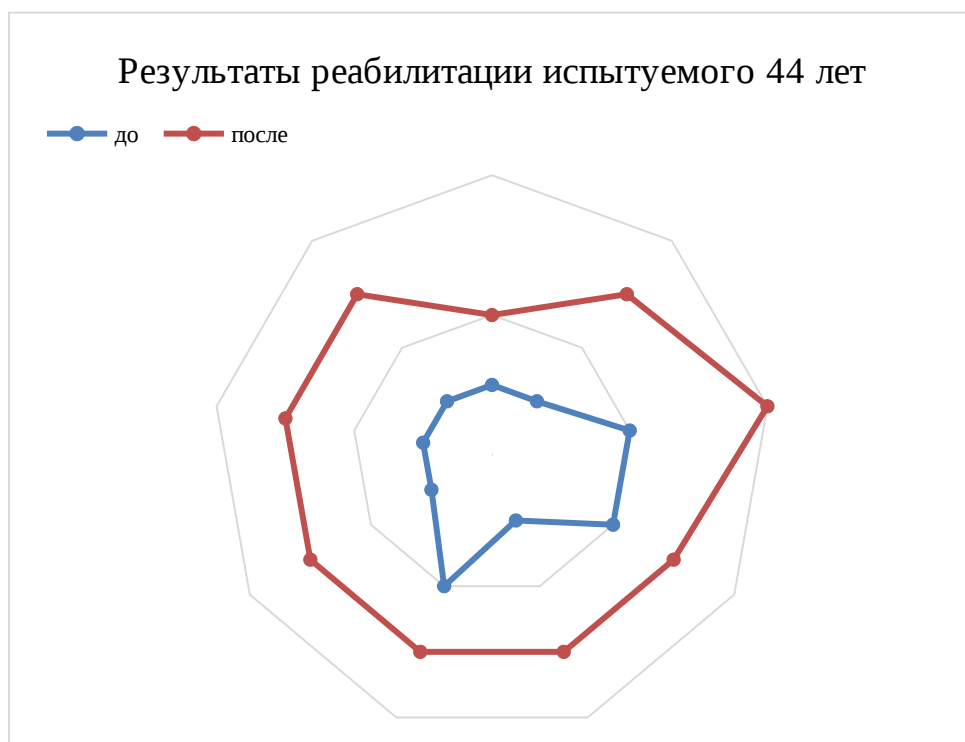


Рисунок 3. Индивидуальные результаты реабилитации испытуемого 44 лет.

В первоначальной клинической картине испытуемого 44-х лет наблюдались грубые нарушения многих сторон речи. Так, орально-артикуляционный праксис осложнён выраженными трудностями переключения от артикулема к артикулема, спонтанная речь скудная; активный словарь состоит из высокочастотных слов, преимущественно номинативного характера; диалогическая речь недоступна; доступно написание отдельных букв, при написании ФИО допускаются ошибки по типу персевераций. Средняя степень тяжести нарушений характерна для понимания речевой продукции, а также для автоматизированной и повторной речи.

Существенные изменения в клинической картине у испытуемого 44- лет

наблюдаются при повторном обследовании после прохождения программы реабилитации. Как минимум на одну единицу (с грубой степени нарушений на среднюю, со средней на лёгкую, с лёгкой на незначительные нарушения) была «реабилитирована» каждая сторон речи. Например, скудная речевая продукция, состоящая в основном из высокочастотных слов номинативного характера была восстановлена до простой фразовой речи выходящей за пределы ситуации. Письменная речь, ошибки в которой встречались даже при написании автоматизированных конструкций, была восстановлена до способности к написанию под диктовку простых текстов и возможности написания текстов на свободную тему, при использовании грамматически простых конструкций. Автоматизированная речь была восстановлена полностью

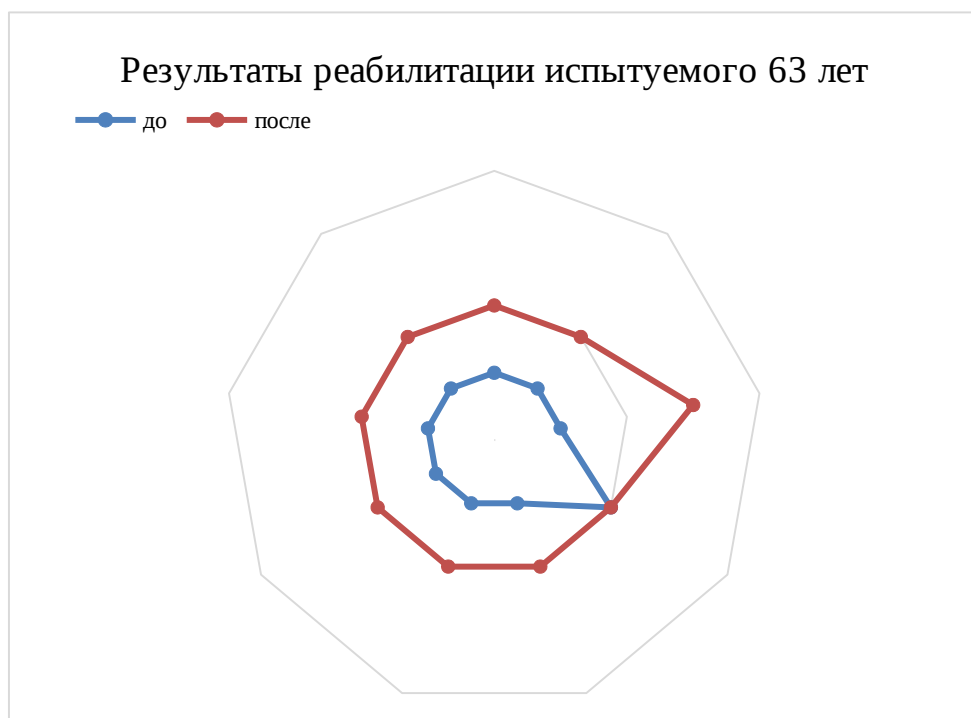


Рисунок 4. Индивидуальные результаты реабилитации испытуемого 63 лет.

Клиническая картина испытуемого 63-х лет отличалась грубыми нарушениями всех сторон речи, за исключением повторной речи. Основным нарушением стала тяжёлая форма орально-артикуляционной апраксии, проявляющаяся в неспособности выстраивать произвольные артикуляции. Спонтанная речь и диалогическая речь недоступны. Автоматизированная речь доступна на уровне произнесения прямых последовательностей цифр от 1 до 10 и дней недели. Доступно понимание обращённой речи, простой по синтаксической структуре.

Результаты обследования после реабилитации показали продуктивные изменения многих сторон речи. Так, на одну единицу вверх сместились такие параметры как: орально-артикуляционный праксис, спонтанная речь, диалогическая речь, объём слухоречевой памяти, чтение и письмо. Так, испытуемому стали доступны простые, примитивные по синтаксической структуре, формы спонтанной и диалогической речи.

Продуктивнее всего была восстановлена автоматизированная речь (на рис.4 отображается в подъёме вверх на две единицы). Испытуемому стало доступно оперирование речевыми автоматизмами с некоторыми особенностями: отсутствием плавности артикуляционных переходов внутри слова.

Вместе с тем, на том же уровне, что и до реабилитации осталось понимание речи. Пациенту всё также недоступно понимание сложных логико-грамматических структур и условного смысла.

Сравнивая результаты реабилитации исследуемых, принадлежащих к разным возрастным группам, наблюдаем следующие тенденции:

1. Восстановление функций в возрасте от 40 до 49 лет продуктивнее восстановления в возрасте от 60 до 69 лет .
2. Восстановление функций от 40 до 49 лет равномернее и охватывает все стороны речи, в отличии от восстановления в возрастном диапазоне 60-69 лет.

Заключительным этапом в анализе результатов исследования стало

сравнении индивидуальных результатов испытуемых по критерию «время от развития инсульта до проведения нейропсихологической реабилитации» (см. рис.5, рис.6).

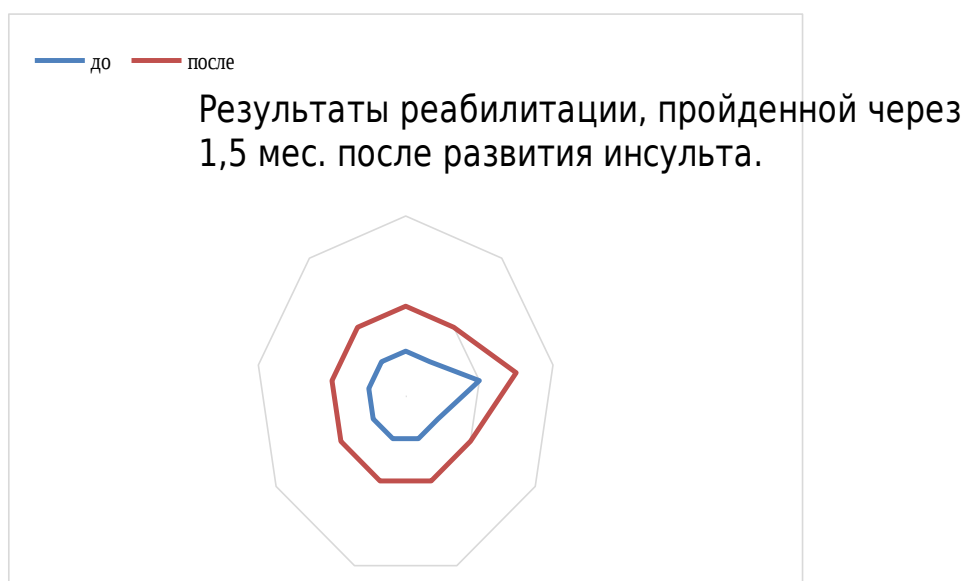


Рисунок 5. Индивидуальные результаты реабилитации испытуемого, пройденной через 1,5 месяца от момента развития инсульта.

Обсудим индивидуальные результаты нейропсихологической реабилитации, проведённой спустя полтора месяца от развития инсульта. На рисунке 5 мы видим количественные изменения психической деятельности испытуемого. Отличительной особенностью является равномерность распределения степени восстановления ранее утраченных функций на 1 единицу.

Например, в ходе нейропсихологической реабилитации испытуемому удалось справиться с грубой формой орально-артикуляционной апраксии. Если ранее использование произвольных артикуляций было редким и незакономерным явлением, то после реабилитации испытуемому стало доступно выполнение отдельных артикуляционных поз по устной

инструкции и с самостоятельно при наличии ошибок, поддающихся коррекции. Недоступные ранее спонтанная и диалогическая виды речи, открылись для испытуемого рабочими способами коммуникации, а именно способностью к простой нефразовой речи. Автоматизированная речь восстановлена до уровня свободного оперирования, при наличии редких ошибок в постановке правильной артикуляционной позы с возможностью самокоррекции.



Рисунок 6. Индивидуальные результаты реабилитации испытуемого, пройденной через 8 месяцев от момента развития инсульта.

Результаты нейропсихологической реабилитации, проведённой спустя 8 месяцев от момента развития инсульта сильно отличаются от реабилитации спустя 1,5 месяца.

На рисунке 6 мы видим угловатый график с пересечениями результатов первичного обследования и сделанного после проведения реабилитации. Так, наблюдается отсутствие извинений по ряду параметров. На том же уровне

осталось состояние повторной и диалогической речи, неизменными остались также понимание речи и письмо. Что говорит о неравномерном и даже фрагментарном восстановлении речи.

Частично были восстановлены оральный и артикуляционный праксис – испытуемому стало доступно повторение артикуляционных поз по образцу, спонтанная речь стала представлена простой нефразовой речью. Вместе с тем, диалогическая речь осталась также в виде ответов «да/нет». Стало возможным чтение отдельных букв, слов и простых по синтаксической структуре фраз. Приближенным к норме является состояние автоматизированной речи: испытуемый может оперировать автоматизированными последовательностями, совершая лишь редкие артикуляционные ошибки.

Сравнивая вышеописанные результаты нейропсихологической реабилитации исследуемых, проведённой в разные периоды времени относительно начала развития инсульта, наблюдаем следующие различия. При раннем начале реабилитационных работ, характерно равномерное восстановление всех сторон речи, что сменяется при проведении реабилитации в более позднее время восстановлением лишь отдельных функций речи.

Опираясь на данные проведённого анализа, можем сделать вывод о том, что существуют различия в эффективности нейропсихологической реабилитации у пациентов с комплексной моторной афазией в зависимости от возраста пациентов и времени от развития инсульта до проведения нейропсихологической диагностики.

Так, результативность нейропсихологической реабилитации при комплексной моторной афазии в возрасте от 40 до 49 лет отличается значительной продуктивностью в восстановлении нарушенных функций речи и равномерностью распределения степени их коррекции, что сменяется тенденцией к уменьшению восстановительного потенциала и фрагментарностью восстановленных функций пациента в более зрелом



возрасте. Похожим образом влияет и время от момента развития инсульта до начала нейропсихологической реабилитации. Раннему периоду восстановления нарушенных функций (1-3 месяца) соответствует клиническая картина равномерно восстановленных функций, в более поздний период возможно восстановление лишь отдельных функций, а в некоторых случаях доступно восстановление лишь определённых операций.

#### **2.4 Программа реабилитации и восстановления нарушений речи у постинсультных пациентов при комплексной моторной афазии**

На основе полученных в ходе обработки и анализа данных нами была составлена реабилитационная программа, направленная на восстановление речи при комплексной моторной афазии у постинсультных пациентов.

Комплексная моторная афазия возникает в результате поражения нижних отделов премоторной зоны головного мозга и нижних теменных отделов. В основе данного расстройства обнаруживаются симптомы афферентной и эфферентной моторных афазий. Зачастую степень нарушений функций одной преобладают над другой. Данное условие учитывалось при составлении программы реабилитации.

Основные принципы, которых мы придерживались при разработке программы были – принцип системности и принцип «от простого к сложному». То есть, программа рассчитана на восстановление и коррекцию всех нарушенных звеньев речи; а степень сложности материала постепенно увеличивается от упражнения к упражнению в одном занятии, и от занятия к занятию целом.

Программа состоит из десяти занятий, каждое из которых рассчитано на 40-45 минут работы. В программу включены упражнения, направленные на восстановление и коррекцию следующих звеньев речи: орально-артикуляционный праксис, спонтанная речь, речевые автоматизмы, повторная речь, диалогическая речь, понимание речи, объём слухоречевой памяти, чтение и письмо. Помимо основных упражнений в программе коррекции предусмотрены задания для самостоятельной работы пациента,

вне встреч со специалистом, и соответственно проверка и анализ проделанной работы. Проверка «домашней работы», исправление ошибок и её анализ проводится в начале каждого нового занятия.

Далее представлено содержание занятий

### Занятие 1

1. Клиническая беседа, основными задачами которой являются: установление доверительного контакта с пациентом, определение цели конкретного занятия, вовлечение пациента в восстановительную работу (работа с мотивационной сферой пациента).

2. Артикуляционная гимнастика, целями которой являются разминка и повышение подвижности артикуляционного аппарата, овладение целенаправленными движениями органами речи, подготовка к дальнейшей восстановительной работе с речью.

На первом и нескольких последующих занятиях пациенту предлагается повторять движения вслед за специалистом. После того, как пациент начнёт хорошо справляться с данным заданием, ему стоит предложить выполнять ту же артикуляционную гимнастику по речевой инструкции, без визуальной опоры.

Представим набор упражнений артикуляционной гимнастики. Повторение каждого упражнения может достигаться 15-20 раз.

Упражнения, где основным работающим органом являются щёки:

1). Попеременно втягиванием и раздуванием до максимума щёки. 2). Перегоняем воздух из левой щеки сначала в правую щеку, затем под нижнюю губу, затем под верхнюю губу. Повторяем пробу в обратную сторону. 3). Напрягаем щёки и губы и пытаемся вытолкнуть из ротовой полости через небольшое отверстие весь воздух. 4). Втягивание щёк и одновременное смыкание и размыкание губ.

Упражнения, где основным работающим органом являются губы: 1). «Улыбка – трубочка». Растягиваем губы в улыбку так, чтобы были видны все зубы, затем вытягиваем в трубочку, чтобы получился хоботок.

2). «Сжать – отпустить». Крепко сжимаем губы, а затем плавно их разжимаем. 3). Складываем рупором губы и удерживаем в течении 10-15 секунд. 4). Покусываем верхними зубами нижнюю губу, а затем нижними зубами верхнюю.

Упражнения, где основным работающим органом является язык.

1). «Лопатка». Распластать язык по нижней губе и удерживать, постепенно продлевая время удерживания. Язык должен быть расслаблен, если он напрягается, надо слегка похлопать по языку шпателем. 2). Похлопывание верхней губой по языку в положении «лопатки». Произносить при этом «Пя-пя-пя». 3). «Качели». Поднимаем язык к верхним губам, затем опускаем к нижним. Следим за тем, чтобы рот был приоткрыт. 4). «Маятник». Двигаем языком от одного угла губ к другому (по воздуху, а не по нижней губе). 5). Подражаем цоканью копыт лошади 6). «Чистим зубы». Облизываем верхние зубы с внешней и внутренней стороны при открытом рте. 7). Поднимаем язык к альвеолам и энергично произносим «Ден – ден – ден», удерживая рот в открытом состоянии. При необходимости язык можно поддерживать шпателем для удержания у альвеол.

3. Самостоятельный или сопряжённый со специалистом порядковый счёт от 1 до 10 в прямом и обратном направлении (если доступно).

4. Пациенту предлагается самостоятельно или сопряжено назвать сначала по порядку дни недели, а потом в обратном направлении (если доступно).

5. Пациенту предлагается самостоятельно или сопряжено назвать месяцы года сначала в прямом, а затем в обратном (если доступно) направлениях. Применяется с целью растормаживания произносительной стороны речи, также как и 3-е и 4-е задания.

6. Пациенту предлагается повторить за специалистом сочетания гласных звуков с целью выработки артикуляторных переключений в пределах слога. Пример набора звуков: АУ, ИО, ЭУ, ЫО, ОЭ,АО, УИ; АУИ, ИОА, ЭУО.

7. Пациенту предлагается повторить за специалистом сочетания гласных, в том числе и йотированных, звуков с целью выработки артикуляторных

переключений в пределах слога.

Пример набора звуков: ЯЙ, ЯЮ, ИЁ, ИЯ, ИЕ, ЮЁ; ЮОЙ, ЯИА, ЮЯИ.

8. Пациенту предлагается повторить за специалистом серию сочетаний звуков с целью наращивания слогов.

Пример звукового ряда: ЦА — ДЦА — ГДЦА —БГДЦА.

9. Пациенту предлагается прочитать или, в случае недоступности, сопряжёно произнести созвучные пары слов.

Пример созвучных слов: кадушка-катушка, дочь-ночь, колос-волос.

10. Специалист произносит слова, пациенту, в свою очередь, предлагается произнести их, деля на слоги. Слова к упражнению необходимо подбирать простые, слоги в которых заканчиваются на гласную букву.

11. Пациенту показывают иллюстрации или фотографии предметов из повседневной жизни и простых действий по их названиям, категориальным и прочим признакам. И просят показать конкретное из них в соответствии с его названием, признаком или действием.

12. Классификация слов. Пациенту предлагают разложить иллюстрации или фотографии предметов в группы по бытовым категориям: мебель, посуда, одежда, игрушки. Эта задание, также как 11 направлено на преодоление нарушений понимания ситуативной и бытовой речи.

13. Задание для самостоятельной работы: отработка артикуляционной гимнастики не менее 2-х раз за день (для этого пациенту оставляется видеозапись гимнастики).

## Занятие 2

1. Проведение артикуляционной гимнастики.

2. Самостоятельное или сопряжённое со специалистом называние прямого и обратного порядка цифр от 1 до 10, дней недели, месяцев года.

3.Повторение за специалистом сочетания гласных, в том числе и йотированных, звуков.

4.Наращивание слогов путём повторения серии звуков.

5. Ритмизированное произнесение слов с опорой на звук. На каждый

произнесённый слог делает хлопок в ладоши.

6. Закачивание за специалистом жёстких по смыслу фраз. Упражнение направленно на растормаживание произносительной речи.

Примеры, подходящих для упражнения фраз: Дует сильный ветер. К приходу мамы я помыл всю посуду. Музыка у соседей играла очень громко.

7. Ответы на ситуативные вопросы и составление простых фраз. Например, можно «обсудить» пройденный материал, узнать эмоциональный отклик пациента относительно восстановительной работы.

8. Раскладывание подписей под иллюстрациями или фотографиями предметов или сюжетными картинками.

9. Списывание грамматически простых слов, разделение их на слоги.

Упражнение направлено как на стимуляцию глобального чтения и способствует разворачиванию во вне процесса звуко-ритмического анализа слова.

10. Задание для самостоятельной работы: отработка артикуляционной гимнастики, списывание набора слов.

### Занятие 3

1. Проведение артикуляционной гимнастики

2. Самостоятельное называние прямого и обратного порядка цифр от 1 до 10, дней недели, месяцев года.

3. Повторение за специалистом сочетания гласных, в том числе и йотированных, звуков, в сочетании с контрастными по артикуляционному рисунку согласными. Например: КПА — ПКА / МСО — СМО.

4. Нарращивание слогов путём повторения серии звуков.

5. Ритмизированное произнесение слов с опорой на звук.

6. Самостоятельное чтение слов с интонационным выделением ударной гласной.

7. Постановка слов во множественное или в единственное число.

8. Закачивание по смыслу пословиц и поговорок.

9. Написание или списывание созвучных пар слов.

10. На самостоятельную работу: отработка артикуляционной гимнастики: списывание слов, разделение их на слоги, выделение ударной гласной.

#### Занятие 4

1. Артикуляционная гимнастика.
2. Повторение за специалистом сочетания звуков, в сочетании с контрастными по артикуляционному рисунку согласными.
3. Ритмизированное произнесение сложных по своей грамматике слов с опорой на звук.
4. Постановка словосочетаний во множественное или в единственное число.
5. Чтение распространенных фраз.
6. Склонение по родам существительных и прилагательных.
7. Склонение существительных слов по падежам. Упражнение 7, также как и 6 направлены на преодоление аграмматизма, проявляющегося в ошибках построения и согласования фразовой речи.
8. Письмо под диктовку слов, деление их на слоги, выделение ударной гласной.

9. Письмо под диктовку словосочетаний зависимого согласования.

10. На самостоятельную работу: отработка артикуляционной гимнастики. Чтение словосочетаний. Списывание грамматически сложных слов, деление их на слоги, выделение ударной гласной. Письменное склонение существительного и прилагательного.

#### Занятие 5

1. Проведение артикуляционной гимнастики по речевой инструкции.
2. Произнесение созвучных пар слов.
3. Ритмизированное произнесение сложных по грамматике слов с опорой на звук.
4. Чтение небольших текстов. Ответы на вопросы по их содержанию.
5. Объяснение смысла пословиц с опорой на варианты.
6. Склонение причастий по падежам.
7. Формулирование словосочетаний (по образцу) в сослагательном

согласовании.

8. Записывание под диктовку слов с непроизносимыми согласными. Составление транскрипции каждого слова. Подсчёт букв и звуков в словах, выделение непроизносимых букв. Упражнение направленно на восстановление звукобуквенного анализа.

9. На самостоятельную работу: отработка артикуляционной гимнастики. Чтение небольших текстов. Письменное склонение причастия. Сформулировать 4 словосочетания в сослагательном согласовании.

Занятие 6

1. Проведение артикуляционной гимнастики по речевой инструкции

2. Проговаривание (возможно сопряжённое) трудных грамматических конструкций.

3. Склонение деепричастий по падежам.

4. Формулирование словосочетаний (по образцу) в примыкающем согласовании.

5. Чтение небольших текстов. Пересказ.

6. Объяснение смысла пословиц без опоры на варианты.

7. Записывание под диктовку слов с непроизносимыми согласными. Составление транскрипции каждого слова. Подсчёт букв и звуков в словах, выделение непроизносимых букв.

8. Написание под диктовку небольшого текста.

9. На самостоятельную работу: письменное склонение причастий и деепричастий по падежам. Чтение вслух небольших рассказов, письменный пересказ по памяти. Сформулировать по 3 словосочетания в зависимом и примыкающем согласовании.

Занятие 7

1. Чтение и повторное проговаривание скороговорок.

2. Беседа на заданную тему (обсуждение 1-2 тем).

3. Склонение различных частей речи по падежам.

4. Формулирование словосочетаний (по образцу) в сослагательном,

зависимом и примыкающем согласовании.

5. Чтение развёрнутого текста. Пересказ.

6. Записывание под диктовку слов с непроизносимыми согласными. Составление транскрипции каждого слова. Подсчёт букв и звуков в словах, выделение непроизносимых букв.

7. Письмо развёрнутых предложений под диктовку.

8. На самостоятельную работу: заучивание 2-х – 3-х скороговорок, чтение вслух развёрнутого текста, запись основного смысла. Письменное объяснение пословиц и поговорок.

Занятие 8

1. Рассуждение на заданную тему.

2. Чтение текста с условным смыслом. Объяснение основного смысла.

3. Объяснение смысла пословиц и поговорок.

4. Составление и написание сложноподчинённых предложений по образцу.

5. Диктант.

6. На самостоятельную работу: заучивание 2-х – 3-х поговорок. Определение вида соподчинения в предложениях. Чтение текста с условным смыслом, запись основного смысла.

Занятие 9.

1. Рассуждение на заданную тему.

2. Чтение текста с условным смыслом. Объяснение основной мысли текста.

3. Составление и написание сложноподчинённых предложений без образца.

4. Письмо предложений по памяти.

5. Составление поздравительной открытки: на день рождения сестры, на свадьбу подруги.

6. На самостоятельную работу: придумать и записать 3-4 фразы, несущие в себе условный смысл.

Занятие 10

1. Чтение и пересказ развёрнутого текста.

2. Изложение.



### 3 Сочинение на свободную тему.

#### **Заключение**

В данной выпускной квалификационной работе была исследована и проанализированная проблема нейропсихологической реабилитации пациентов, перенёсших инсульт, с нарушениями речи, раскрывающихся в комплексной моторной афазии.

Мнение об актуальности текущего исследования сформировали статистические данные ВОЗ, согласно которым на территории Российской Федерации за последнее десятилетие наблюдается тенденция к стремительному увеличению числа людей, в анамнезе которых обнаруживаются грубые речевые нарушения, характерные комплексной моторной афазии.

В процессе погружения в выбранную тему нами были изучены и проанализированы материалы медицинской, нейропсихологической и клинико-психологической литературы в сферах изучения: 1. причин, развития и последствий инсульта, с фиксацией внимания на расстройстве комплексная моторная афазия; 2. и принципов и методов построения и осуществления нейропсихологической реабилитации.

Так, под инсультом принято понимать острое нарушение мозгового кровообращения, в результате которого возникает очаговое поражение головного мозга, определяемое комплексом неврологических и нейропсихологических симптомов. В свою очередь, комплексная моторная афазия – вид смешанной формы афазии (нарушение сформированной речи, вследствие органического поражения головного мозга), в клинической картине которой сочетаются симптомокомплексы афферентной и

эфферентной моторных афазий.

Наше исследование проводилось на небольшой выборке людей, в разное время перенесших инсульт (время, прошедшее от развития болезни до участия в исследовании разнится от 1 месяца до 9 месяцев), в возрасте от 42 до 69 лет. При анализе данных рассматривались средние значения выделенных для исследования параметров оценки состояния речи постинсультных пациентов с комплексной моторной афазией: состояние орального и артикуляционного праксиса, спонтанная речь, речевые автоматизмы, повторная речь, диалогическая речь, понимание речи, объём слухоречевой памяти, чтение, письмо. Также анализировались индивидуальные результаты повторного обследования, проведённого после прохождения испытуемыми нейропсихологической реабилитации.

По результатам проведенного исследования нами были сделаны следующие выводы:

1. Существуют различия между нарушениями речи у пациентов с комплексной моторной афазией в зависимости от возраста пациентов и времени от развития инсульта до проведения нейропсихологической диагностики. Конкретно были обнаружены:

- тенденция к повышению степени тяжести нарушений с увеличением возраста больного.
- равномерность распределения степени тяжести нарушений на стороны речи в возрастном диапазоне 40-49 лет, со склонность к её потере с увеличением возраста больного и времени от момента развития инсульта до начала реабилитации.

2. Существуют различия в эффективности нейропсихологической реабилитации у пациентов с комплексной моторной афазией в зависимости от возраста пациентов и времени от развития инсульта до проведения нейропсихологической диагностики. Конкретно прослеживались следующие тенденции:

- Результативность нейропсихологической реабилитации при комплексной

моторной афазии в возрасте от 40 до 49 лет отличается значительной эффективностью в восстановлении нарушенных функций речи и равномерностью распределения степени их коррекции, что сменяется тенденцией к уменьшению восстановительного потенциала и фрагментарностью восстановленных функций пациента в более зрелом возрасте.

- Раннему периоду восстановления нарушенных функций (1-3 месяца) соответствует клиническая картина равномерно восстановленных функций, в более поздний период возможно восстановление отдельных функций, а в некоторых случаях доступно восстановление лишь определённых операций. Таким образом, поставленные вначале исследования цели были успешно решены, выдвигаемые гипотезы подтверждены.

## Список используемой литературы

1. Айтхожаева Р.А., Избасарова А.Ш. Коррекционная реабилитация речевой патологии при эфферентной моторной и динамической афазии.
2. Баранцевич, Е.Р. Современные возможности организации реабилитации пациентов после инсульта / Е.Р. Баранцевич // Артериальная гипертензия. – 2015. – Т. 21. – № 2. – С. 206-217.
3. Бейн, Э.С. Афазия и пути ее преодоления / Э.С. Бейн. – М.: Медицина, 2008. – 469 с.
4. Бейн Э.С., Герценштейн Э.Н., Руденко З.Я., Таптапова С.Л., Чернова А.Д./ Пособие по восстановлению речи у больных с афазией. // «Медгиз», 1962.
5. Э.С. Бейн, П.А. Овчарова/ клиника и лечение афазий: Книга по требованию, 2012 - с 208.
6. Боголепова, И.Н. Архитектоника корково-подкорковых формаций человека в различные возрастные периоды в норме и патологии / И.Н. Боголепова // Вопросы психологии. – 2015. – №2. – С. 96-99.
7. Виленский Б.С./ Инсульт: профилактика, диагностика и лечение.// С.-Петербург, 1999г., 336с.
8. Власова, А.В. Теоретические аспекты технологии реабилитации больных после острого нарушения мозгового кровообращения / А.В. Власова, А.И. Кузнецов // Медсестра. – 2018. – № 8. – С. 31-33.
9. Воронов, Н.А. Новые технологии в реабилитации и инновационной терапии пациентов / Н.А. Воронов // Форум молодых ученых. – 2018. – № 8 (24). – С. 146-150.
10. Глозман Ж.М./ Количественная оценка данных нейропсихологического

- обследования.//– М.: Центр лечебной педагогики, 1999. – 158 с
11. Горбунов, А.В. Варианты развития артерий головного мозга человека и цереброваскулярные нарушения / А.В. Горбунов; МВД РФ, ГОУ ВПО Моск. ун-т. – Тамбов: Изд-во Першина Р.В., 2009. – 310 с.
12. Грищенко, Ю.С. Терапия постинсультной депрессии как фактор улучшения качества жизни пациентов на реабилитационном этапе / Ю.С. Грищенко // Якутский медицинский журнал. – 2013. – № 3 (43). – С. 46-49
13. Глозман Ж.М./ Количественная оценка данных нейропсихологического обследования.//– М.: Центр лечебной педагогики, 1999. – 158 с
14. Гуреева И.Л., Гомзякова Н.А., Селькин М.Д., Исаева Е.Р., Голиков К.В./ Нейропсихологические изменения у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения // Вестник психологии- 2017-Т.10, №4. С.28-36
15. Денисова, М. И. Преодоление расстройств произносительной стороны речи у пациентов с эфферентной моторной афазией / М. И. Денисова. - Молодой ученый. 2017г., №31 – стр. 56-59.
16. Ермакова, Н.Г. Психологическая коррекция самооотношения у больных с когнитивными нарушениями после инсульта / Н.Г. Ермакова // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2014. – № 167. – С. 90-104.
17. Ермакова, Н.Г. Психологическая реабилитация больных с последствиями инсульта в условиях восстановительного лечения / Н.Г. Ермакова // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10. – № 2 (49). – С. 9.
18. Кадыков, А.С. Основные факторы, определяющие прогноз восстановления после ишемического инсульта / А.С. Кадыков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – Т. 119. – № 5-2. – С. 333-334.
19. Ковальчук, В.В. Пациент после инсульта. особенности ведения и принципы реабилитации / В.В. Ковальчук // Эффективная фармакотерапия. – 2018. – № 24. – С. 68-81.
20. Королева, Е.С. Принципы и опыт применения роботизированных

- реабилитационных технологий у пациентов после инсульта / Е.С. Королева // Бюллетень сибирской медицины. – 2019. – Т. 18. – № 2. – С. 223-233.
21. Кулишова, Т.В. Эффективность ранней реабилитации больных с ишемическим инсультом / Т.В. Кулишова // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2014. – Т. 91. – № 6. – С. 912.
22. Лопатина, Т.Н. Реабилитация больных после ишемического инсульта / Т.Н. Лопатина, О.В. Терентьева // Медицинская сестра. – 2018. – № 5. – С. 27-30.
23. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии /А.Р. Лурия. – М.: Академия. 2013. – 368 с.
24. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека / А.Р. Лурия. – СПб.: Питер, 2018. – 768 с
25. Максимова, М.Ю. Постинсультная депрессия как частая медико-социальная проблема / М.Ю. Максимова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – Т. 116. – № 3. – С. 96-103.
26. Маслова, Н. Инсульт – мультидисциплинарная проблема / Н. Маслова // Врач. – 2017. – № 9. – С. 22-25.
27. Одинак, М.М. Инсульт. Вопросы этиологии, патогенеза, алгоритмы диагностики и терапии / М.М. Одинак, И.А. Вознюк, С. Н. Янишевский. – М.: Издательство Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова, 2005. – 192 с.
28. Опель В.В. Восстановление речи при афазии./методические указания/ Л., 1963.
29. Парфенов, В.А., Ведение больного, перенесшего ишемический инсульт / В.А. Парфенов, С.В. Вербицкая // Клиническая геронтология. – 2012. – Т. 18. – № 11-12. – С. 3-10.
30. Петрова, М.М. Когнитивные нарушения после инсульта: происхождение, выявление, лечение / М.М. Петрова // Consilium Medicum. – 2014. – Т. 16. – № 5. – С. 100-104.

31. Пизова, Н.В. Вопросы реабилитации пациентов после инсульта в амбулаторных условиях / Н.В. Пизова // Медицинский совет. – 2018. – № 12. – С. 18-22.
32. Репина Н. В., Воронцов Д. В., Юматова И. И. / Основы клинической психологии// Ростов н/Д: Феникс, 2003.
33. Рузиев, Ф.Г. Совершенство реабилитации больных после инсульта / Ф.Г. Рузиев // В сборнике: Наука и инновации – современные концепции. Сборник научных статей по итогам работы Международного научного форума. Отв. редактор Д.Р. Хисматуллин. – 2020. – С. 90-102.
34. Свеженцева В.А. Комплексная реабилитация после инсультных больных с моторной эфферентной афазией пожилого и старческого возраста. / Международный научно-практический конгресс «научно – педагогические школы в сфере физической культуры и спорта». 2018г – стр: 269-272.
35. Шахпаронова, Н.В. Реабилитация больных, перенесших инсульт. восстановление двигательных, речевых, когнитивных функций / Н.В. Шахпаронова // Трудный пациент. – 2012. – Т. 10. – № 11. – С. 22-27.
36. Шишкова, В. Основы профилактики инсульта в современной клинической практике / В. Шишкова, Т. Адашева, Л. Капустина // Врач. – 2018. – № 7. – С. 3-12.
37. Щеколова, Н.Б. Результаты нейроортопедической реабилитации пациентов с последствиями инсульта / Н.Б. Щеколова // В сборнике: Неврологические чтения В Перми. сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции. – 2017. – С. 164-172.
38. Фадеев, П.А. Инсульт: моногр. / П.А. Фадеев. – М.: Оникс, Мир и Образование, Астрель, 2011. – 160 с.
39. Фонякин А.В., Гераскина Л.А., Магомедова А.Р., Атаян А.С. Сердечнососудистые заболевания и нарушение когнитивных функций. 75 Профилактика и лечение // Русский медицинский журнал, 2011, Т. 19, № 9 (403). – с. 538-544.
40. Хасанова, Д.Р. Комплексная реабилитация пациентов с постинсультными

- синдромами / Д.Р. Хасанова // Медицинский совет. – 2016. – № 8. – С. 18-23.
41. Хатькова, С.Е. Немедикаментозные методы в реабилитации больных с постинсультной спастичностью / С.Е. Хатькова // Физиотерапевт. – 2019. – № 5. – С. 44-52.
42. Хатькова, С.Е. Современные подходы к реабилитации больных после инсульта / С.Е. Хатькова // Нервные болезни. – 2016. – № 3. – С. 27-33.
43. Хомская, Е. Д. Проблема факторов в нейропсихологии / Е. Д. Хомская. - С .90-94
44. Л.С. Цветкова/ «Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение»// М.: МПСИ, 2000. — 148 с
45. Ючино, К. Острый инсульт = Acute stroke care / К. Ючино, Д. Пари, Д. Гротто; пер. с англ. К.В. Шеховцовой ; под ред. В.И. Скворцовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 240 с.
46. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное/Н.Ф. Шахматов. – М.: Медицина, 1996. – 304с.
47. Шахпоронова Н.В., Кашина Е.М., Кадыков А.С. Когнитивные нарушения у постинсультных больных с глубокой локализацией полушарного очага // Клиническая неврология-2010. - Т.4.- №3.-С. 4-8
48. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1985. -Т.85. - №9.- С.1281-1288
49. Шохор – Троцкая М.К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. М., 1972
50. Шкловский В.М., Визель Т.Г./ Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии//— М.: «Ассоциация дефектологов», В Секачев, 2000. — 96 с.



## Приложение

### Приложение №1.

Критерии оценки состояния речи постинсультных пациентов с комплексной моторной афазией.

Название критерия	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
1. Состояние орального и артикуляционного праксиса	1. Грубые нарушения движения артикуляционных органов, неспособность выстраивать правильную артикуляционную позу, произвольные артикуляции недоступны. 2. Доступно лишь воспроизведение отдельных артикуляционных поз, с трудностями перехода от одной артикулемы к другой.	1. Доступно выполнение отдельных поз по образцу и устной инструкции. Наблюдаются ошибки при поиске правильной артикуляционной позы; путаница близких по способу артикулирования звуков. 2. Затруднено переключение с одной артикулемы на другую. В символическом праксисе возможны perseverации.	1. Незначительные нарушения орального артикуляционного праксиса в усложнённых условиях: совершение ошибок при произнесении сложных слов (например, кораблекрушение, бронетранспортёр) с возможностью самокоррекции 2. Псевдоскандирование речи - произнесение слов по слогам.	1,2. Нарушений орального артикуляционного праксиса не обнаруживается. Пациент доступно проговаривание любых сложносоставленных слов.
2. Спонтанная речь	1. Спонтанная речь недоступна или полностью заменена	1. Спонтанная речь обеднена, состоит в основном из	1,2. Доступна фразовая простая по синтаксической	1,2. Спонтанная речь ненарушена.

	<p>речевым экспрессивно насыщенным эмболом. Обнаруживаются речевые аграмматизмы по типу согласования частей речи: ошибки при сопряжении глаголов, постановке слов в правильном падеже и склонении. 2. Продукция спонтанной речи скудная, преобладают слова, наиболее часто употребляемые до инсульта, в основном номинативного характера.</p>	<p>отдельных слов или примитивных по синтаксису конструкций. Обнаруживаются нарушения в согласовании речи. Активный словарь состоит из высокочастотных слов. Трудности произношения проявляются латеральными парафразиями. 2. Пациенту доступна простая нефразовая речь. Обнаруживается сложнопреодолимый аграмматизм по типу "телеграфного" стиля. Присутствуют нарушения просодики речи - нарушения интонационной структуры речи: отсутствие плавности и разорванный характер речи.</p>	<p>структуре речь с наличием множественных речевых штампов. Речевая продукция в основном представляет ситуационный характер.</p>	<p>Пациенту доступна распространённая, сложная по синтаксической структуре фразовая речь. Активный словарь богат внеситуационными словами.</p>
3. Речевые автоматизмы	<p>1. Использование речевых автоматизмов недоступно. 2. Обнаруживаются некоторые формы речевых автоматизмов: сопряжённый</p>	<p>1. Доступны речевые автоматизмы, при произношении которых пациент совершает артикуляционные ошибки. 2. Речевые</p>	<p>1,2. Речевые автоматизмы сохранены. При их произнесении встречаются редкие ошибки 1. - артикуляционного характера, 2. -</p>	<p>1,2. Речевые автоматизмы ненарушены. Трудностей при их произношении не</p>

	или отражённый прямой счёт.	автоматизмы доступны, встречаются сложности при переходе от артикулемы к артикулеме.	при переключении с одной части слова на другую, что не сильно влияет на речь в целом.	наблюдается .
4. Повторная речь	1. Повторная речь недоступна. Иногда возможно повторение отдельных артикулем гласных звуков с опорой на артикуляционный образ звука и по акустическому образцу. 2. Пациенту доступно повторение отдельных звуков либо с опорой на моторный образ звука, либо по акустическому образцу.	1. Доступна повторная речь отдельных звуков, слов и простых фраз. Паузы при произнесении обусловлены поиском правильной артикуляционной позы. 2. Доступно повторение звуков, слогов, слов и простых по синтаксической структуре фраз, допускаются аграмматизмы. Наблюдаются артикуляционные сложности при произношении, нарушения просодики речи: пациент не может передавать вопросительную и восклицательную интонацию.	1,2. Повторная речь доступна. Отсутствует плавность артикуляционных переходов внутри слова (произношение по слогам).	1,2. Повторная речь не нарушена. Пациент без затруднений справляется с повторением сложных речевых конструкций.
5. Диалогическая речь	1. Отсутствует. Отдельные большие способны на ответы "да", "нет". 2.	1. Диалогическая речь характеризуется тенденцией к стереотипным ответам, и	1. Диалогическая речь отличается самостоятельными ответами, с тенденцией	1,2 Диалогическая речь ненарушена. Ответы на вопросы

	Диалогическая речь невозможна.	использованием слов, содержащихся в вопросе. 2. Пациент способен участвовать в ситуативном диалоге, однако речь будет насыщена эхолиями и персеверациями. Также обнаруживается стереотипность ответов. Наблюдаются трудности при переходе от одной части слова к другой.	использовать в построении фраз слова из вопроса. 2. Доступна диалогическая речь. Хотя наблюдается тенденция к стереотипности формулировок мысли.	носят индивидуальный характер. Тема диалога не определяется ситуацией.
6.Понимание речи	1.Пациент понимает обращённую речь, в частности, ситуативно-бытовую. Однако недоступно понимание развёрнутой монологической речи и диалогической речи окружающих. Наблюдаются трудности в понимании сложных логико-грамматических оборотов. Возможны элементы	1,2.Пациент понимает обращённую к нему речь, справляется с названием показанных предметов, а также с выполнением последовательных устных инструкций. Развёрнутая монологическая речь, и речь, записанная на носитель не доступна. Также пациент встречается с трудностями при понимании	1,2. Пациент понимает обращённую речь, выполняет последовательные простые инструкции, понимает речь, записанную на носитель, диалоговую речь и сложные логико-грамматические конструкции (возможен небольшой латентный период для осмысления услышанного).	1,2. Понимание речи не нарушено. Пациенту доступно понимание всех видов устной речи и выполнение сложных непоследовательных инструкций.

	<p>отчуждения слов от предмета. Пациент не понимает записанную на носитель речь.</p> <p>2. Первичные нарушения понимания речи не встречаются. Имеются невыраженные трудности понимания сложных конструкций, по причинам инертности при переключении слухового внимания и отсутствия полноценных артикуляционных опор.</p>	<p>сложных логико-грамматических структур.</p>		
7.Объём слухоречевой памяти	<p>1,2.Невозможно определить: повторение отсутствует, а использование условных моторных реакций осложнено наличием изменений нейродинамики, как правило, сопутствующих грубому речевому дефекту.</p>	<p>1,2. Объём слухоречевой памяти заметно сужен(4-бединицы)за счёт трудностей проговаривания, подкрепляющего процесс удержания воспринимаемого акустического ряда.</p>	<p>1,2. Объём слухоречевой памяти сужен (7-8 единиц).</p>	<p>1, 2. Объём слухоречевой памяти ненарушен. Пациенту доступно запоминание 9-10 структурных единиц.</p>

8.Чтение	1.Чтение вслух недоступно, по причине распада ассоциативной связи "графема-артикулема". Возможно обнаружение глобального чтения "про себя". 2. Грубые нарушения чтения: возможно прочтение лишь отдельных букв, поскольку связь "артикулема-графема" не нарушена.	1,2. Доступно чтение букв, слов и коротких текстов, предложения в которых просты по синтаксической структуре. Обнаруживается способность к чтению "про себя".	1.2. Грубых нарушений чтения нет. Возможны небольшие артикуляционные сложности при переходе от слова к слову. Чтение по слогам.	1,2.Чтение не нарушено. Пациенту доступно эмоционально окрашенное чтение длинных сложных по синтаксической структуре текстов.
9.Письмо	1, 2.Недоступно вследствие распада ассоциативной связи "фонема-графема". Возможно списывание путём копирования. Грубо нарушен звуко-буквенный анализ. Пациент не способен определить количество буквы в слове.	1.Пациенту доступно списывание слов и простых фраз, однако недоступно написание аналогичного материала под диктовку. Письмо на свободную тему почти недоступно.2. При письме под диктовку пациент допускает множество ошибок по типу литеральной парафазии, выступающей в виде персевераций,	1. Пациенту доступно списывание, письмо простых текстов под диктовку. При письме на свободную тему пациент испытывает трудности в составлении правильных речевых конструкций необходимого склонения и сопряжения. 2. Письмо доступно, однако встречаются ошибки по типу	1,2.Письмо не нарушено. Пациенту доступно списывание, письмо длинных и сложных по синтаксической структуре текстов. При написании текстов на свободную тему пациент не испытывает серьёзных трудностей.

		пропусков согласных и гласных букв.	пропусков или замены букв.	
--	--	---	-------------------------------	--

**ПОСЛЕДНИЙ ЛИСТ  
ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЫ**

Выпускная квалификационная работа выполнена мной совершенно самостоятельно. Все использованные в работе материалы и концепции из опубликованной научной литературы и других источников имеют ссылки на них.

«18» января 2021 г.

\_\_\_\_\_ / Ширнина Светлана Сергеевна.  
(подпись) (Ф.И.О. полностью)