

Анишин Евгений Олегович,

аспирант,

Поликлиника «Полис»,

г. Санкт-Петербург

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В КОРРЕКЦИИ МОТОРНОЙ АФАЗИИ

Аннотация. В статье рассмотрено понятие, моторной афазии и нейропсихологических способах коррекции. Афазия развивается при поражении соответствующих областей коры головного мозга. Это состояние, при котором человек не может говорить. Другими словами, могут отмечаться следующие речевые трудности: спонтанная речь отсутствует, называние и повторение значительно затруднено, наблюдается речевой «эмбол».

Ключевые слова: афазия, эмбол, нейропсихологическая коррекция, эхолалии, нейропсихологическими методы.

Афазия – нарушение речи, обусловленное локальными поражениями головного мозга и проявляющееся в полной или частичной утрате способности пользоваться языковыми средствами при сохранении функции артикуляционного аппарата и слуха. До недавнего времени все эти виды афазии были приговором и человек получал свою высокую группу инвалидности. В настоящее время существуют афазиологи-логопеды, которые занимаются нарушением и лечением указанных речевых расстройств. Пластические возможности нашего мозга велики и при систематической работе речь восстанавливается полностью или частично [9].

Перед тем как приступить к рассмотрению методов коррекции необходимо отметить, что моторная афазия в свою очередь подразделяется на два вида: эфферентная моторная афазия и афферентная моторная афазия. При эфферентной афазии происходит поражение заднелобных отделов коры головного мозга. При

**Современная наука и образование:
новые подходы и актуальные исследования**

афферентной афазии происходит поражение задних постцентральных отделов двигательного анализатора, нижние теменные отделы [2].

Основной задачей при эфферентной моторной афазии является преодоление инертности в речевом процессе. Цель коррекционной работы состоит в восстановлении устной речи, письма и чтения, т. е. восстановление вербальных форм коммуникации. Эти цели достигают при решении следующих задач: общее расторможение речи, преодоление эхोलалий, восстановление общей психологической активности пациента, восстановление его вербальной активности [6].

На первой стадии нейропсихологической коррекции у пациента восстанавливают способность активного произнесения отдельных слов. Цель работы заключается в снятии эхोलалий. Специалисты используют нейропсихологическими методы:

1. Прием повторения. Может реализовываться совместно с афазиологом-логопедом (сопряжательный), может быть сопряжательно-отражательным и отражательным. Все эти приемы применяются в строгой последовательности. Повторение должно быть напевным, медленным, протяжным.

2. Ритмико-мелодический прием. Этот прием используют для преодоления инертности речи, для преодоления персевераций. Известно, что ритмика и мелодика речи являются наиболее ранними характеристиками речи. Афазиолог припевает своим голосом ритмическую структуру фразы, далее отстукивает своей рукой ритм слова или фразы, тесно взаимодействующую с ритмико-мелодической стороной речи. Больной слушает ритм слова или фразы, затем пробует сам отстучать ритм слова и старается одновременно пропевать голосом структуру слова. Это продельвается самостоятельно и совместно со специалистом [7].

После того как успешно усваиваются вышеперечисленные методы и приемы, можно переходить к отработке речевых действий, требующих от больного большей речевой активности. Используется прием закачивания фразы. Пациенту даются фразы и соответствующие картинки. Он должен закончить фразу нужным словом. Следующий прием, это прием порядкового счета. При этом

**Современная наука и образование:
новые подходы и актуальные исследования**

пациента учат счету не только с единицы, но и с любого числа. Например, счет от цифры 7. Пациент считает «семь», «восемь», «девять». Затем у него спрашивают, с какого числа он начал считать. Он должен ответить на этот вопрос [8].

Очень активно на первой стадии используется прием игр. Игра создает положительный эмоциональный фон, она растормаживает речь, снимает инертность речевой деятельности, делает речь произвольным и автоматизированным актом [11]. Афазиолог должен действительно играть с больным, а не делать вид. В свою очередь больной осознает, что игра способствует восстановлению его речи. Обычно игра проводится в начале и середине занятия. Стоит подчеркнуть, что начало каждого занятия является наиболее сложным, так как больной очень озабочен своей проблемой, он испытывает тревогу. В середине занятия больному следует устроить активный отдых. Это может быть ходьба под музыку, совместное пение, рассматривание картины. При выборе материала афазиолог-логопед учитывает индивидуальные особенности конкретного больного. Специалист должен быть уверен в успехе своей работы, а также должен укрепить эту уверенность у больного. Коррекционная работа начинается с использования доступных для больного заданий, методов и приемов [10].

Основная задача второй стадии заключается в восстановлении активного произнесения отдельных слов. Больного обучают сначала развернутому способу активного произнесения отдельных слов из тех же речевых рядов и автоматизированной речи, затем программам речевого действия, сложность которых постепенно возрастает. На этом этапе используют следующие приемы:

1. Морфологические прием. Больной подбирает исходные слова, к которым должны быть найдены однокоренные слова.

2. Прием оппозиции. Больной должен найти слово, противоположное по своему значению исходному. Этот метод снимает инертность речевых процессов, преодолевает персеверации, восстанавливает активность речи [12].

Задача третьей стадии нейропсихологической коррекции восстановить у больного предикативную речь. Коррекционная работа начинается с обучения

**Современная наука и образование:
новые подходы и актуальные исследования**

больного актуализации и произнесению слов, обозначающих действия, путем включения глаголов в разные ситуативные связи, начинается с простых и доступных для больного приемов [4]. Используется прием заканчивания фраз недостающим словом и прием вербализации собственных действий. Слово связывают с конкретным действием или предметом. В самом начале работы вербализация происходит с помощью специалиста, а затем уже самостоятельно [1].

Четвертая стадия заключается в восстановлении связной фразовой речи. Больному даются задания по составлению фраз по сюжетным картинкам. Постепенно сюжетные картинки усложняются. Больной начинает составлять предложения, разбирает предложения по частям речи [5].

Подводя итог всему вышесказанному, мы можем говорить о том, что моторная афазия – это, конечно же, очень непростое состояние, которое тяжело переживается человеком. Но это состояние не является приговором [3]. При систематической работе человеку можно полностью или частично вернуть речь. Необходимо помнить лишь о том, что вся коррекционная работа проводится на положительной эмоциональной основе. Работа кропотливая, монотонная и длительная.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васильев В. В. и др. Алгоритмы диспансерного наблюдения детей с врожденными инфекционными заболеваниями в поликлинических условиях // *Педиатрия. Журнал им. ГН Сперанского.* – 2017. – Т. 96. – №. 1. – С. 57-62.
2. Волков Л. С., Шаховской С. Н. *Логопедия.* – М.: ВЛАДОС, 2009.
3. Горячева Л. Г., Грешнякова В. А., Рогозина Н. В. Перинатальный гепатит С: эпидситуация и новые правила диспансерного наблюдения // *Инфектология.* – 2014. – Т. 6. – №. S3. – С. 57-57.
4. Ефремова Н. А. и др. Особенности течения и исходы неонатальных гепатитов различной этиологии // *Журнал инфектологии.* – 2014. – Т. 3. – №. 4. – С. 73-77.
5. Лобзин Ю. В., Горячева Л. Г., Рогозина Н. В. Возможности и перспективы лечения хронического гепатита С у детей и взрослых (обзор литературы) // *Медицина экстремальных ситуаций.* – 2015. – №. 2 (52). – С. 8-16.

**Современная наука и образование:
новые подходы и актуальные исследования**

6. Лурия А. Р. *Основы нейропсихологии: учеб. пособие для студентов вузов по направлению и спец. психологии* / А. Р. Лурия. – М.: Академия. – 2002. – С. 381.
7. Лурия, А. Р. *О двух классах афазических нарушений речи. [Текст] / А. Р. Лурия // Проблемы афазии и восстановительного обучения / Под ред. Л. С. Цветковой. – М.: МГУ, 2005. – С. 5-16.*
8. Пономарева М. А. и др. *Клинико-лабораторные особенности вирусных микст гепатитов у детей // Детские инфекции. – 2007. – Т. 6. – №. 3. – С. 19-23.*
9. Пронина Е. В. и др. *К вопросу об организации отделений реабилитации для детей-реконвалесцентов инфекционных заболеваний // Детские инфекции. – 2014. – Т. 13. – №. 4. – С. 50-55.*
10. Рогозина Н. В. и др. *Эффективность различных схем терапии при хроническом гепатите с у детей первых лет жизни // Детские инфекции. – 2007. – Т. 6. – №. 3.-С. 44-49*
11. Цветкова, Л. С., Ахутина, Т. В., Пылаева Н. М. *Методика оценки речи при афазии. – М.: МГУ, 2009. – 274 с.*
12. Шохор-Троцкая М. К. *Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. – М., 2002.*