

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ**

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

**«Красноярский государственный педагогический университет  
им. В.П. Астафьева»**

(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий

Кафедра коррекционной педагогики

**Щепочкина Елена Игоревна**

**МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ**

Особенности нарушений письма у взрослых пациентов с эфферентной  
моторной афазией средней степени тяжести

направление подготовки 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование  
направленность (профиль) образовательной программы  
Логопедическая работа с лицами, имеющими речевые нарушения

**ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ**

И.о. зав. кафедрой  
коррекционной педагогики

к.п. н., доцент

\_\_\_\_\_ О.Л.Беляева

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г.

Руководитель магистерской программы

к.п.н., доцент кафедры кор.пед-ки,

\_\_\_\_\_ Г. А. Проглядова

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г.

Научный руководитель

к.п.н., доцент кафедры кор.пед-ки,

\_\_\_\_\_ Л.А Брюховских

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г.

Обучающийся Е.И.Щепочкина

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г.

Красноярск 2017

<b>Введение</b> .....	2
<b>Глава 1. Теоретико-методологические основы изучения особенностей нарушений письма у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести исследования</b> .....	8
§ 1.1 Нейропсихологический подход к изучению механизмов письма. Кинетическая основа письма.....	8
§ 1.2 Виды нарушений письма у пациентов с эфферентной моторной афазией.....	19
§1.3 Анализ методик восстановительной логопедической работы направленных на устранение нарушений письма у пациентов с эфферентной моторной афазией.....	21
<b>Глава 2. Экспериментальное изучение нарушений письма у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией</b> .....	30
§ 2.1 Организация, цели, задачи и методика исследования.....	30
§ 2.2 Анализ результатов констатирующего эксперимента у группы взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести.....	40
§ 2.3 Методические рекомендации по устранению нарушений письма у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести.....	57
<b>Заключение</b> .....	75
<b>Библиографический список</b> .....	78
<b>Приложение</b> .....	84

Поиск путей восстановления устной и письменной речи у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией является актуальной и еще мало разработанной проблемой в современной логопедии. Актуальность исследования определена на а государственно-правовом уровне, социально-педагогическом и научно-методологическом уровнях. Рост количества афазий сосудистого и травматического генеза приводит к инвалидности и потере трудоспособности пациентов, коммуникативным и когнитивным расстройствам, при этом человек тяжело переживает свое состояние. Правильно организованная речевая реабилитация позволяет вернуть человека в окружающую его среду, и сделать его трудоспособным, решая тем самым задачи социальной и государственной значимости. Право на реабилитацию пациентов с афазией регулирует Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 №181 ФЗ ст 11 (ред.от.20.10.2017).

«Афазия – системное нарушение речи, вызванное органическим нарушением центрального характера, при котором наблюдается частичный или полный распад речи» (Л.С. Цветкова).

Тяжесть проявления речевого нарушения обусловлены преимущественной локализацией и размером очага поражения, характером нарушения, сохранностью отделов мозга, их возможностям осуществлять компенсаторные функции, физическим состоянием больного. Тяжесть нарушения приводит к инвалидности, потере трудоспособности, невозможности коммуникаций пациентов, ухудшая тем самым качество жизни не только самого пациента, но и его близких.

Восстановление нарушенных функций после локальных поражений мозга является сложным процессом, требующим замещения выпавшего звена иным, сохранным звеном и перестройки всей функциональной системы на новых основах. Спонтанное восстановление нарушенной функции

невозможно, нарушение сохранит свой дефект, если не будет оказана специальная помощь. Только в результате дифференцированной, рационально построенной лечебно-педагогической работы нарушенная функциональная система может быть перестроена, а дефектная функция – восстановлена. Для восстановительного обучения необходимо квалифицировать дефект у пациента, установить лежащее в его основе нарушение, выделить функциональное звено которое распалось и далее выбрать пути и приемы перестройки функциональной системы.

Восстановительное обучение проводится по специальной, заранее разработанной программе, и включает определённые задачи и соответствующие им методы работы, дифференцированные в зависимости от формы афазии, степени выраженности дефекта, этапа заболевания, индивидуальных особенностей нарушений речи. Кроме того, восстановительное обучение, должно быть направлено на восстановление коммуникативных способностей больных. В соответствии с этим определены цель, задачи и гипотеза нашего исследования.

**Цель исследования** – изучение нарушений письма у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести для разработки методических рекомендаций по восстановлению письма.

**Объект исследования:** письмо, кинетическая основа письма, как первично нарушенный фактор при эфферентной моторной афазии.

**Предмет исследования :** особенности письма у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести.

**Гипотезой исследования.** Исходя из положения (А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова, Т.Г. Визель) о том, что при эфферентной моторной афазии первично нарушенным фактором является нарушение кинетической основы речи мы предполагаем что:

- у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести нарушения письма будут проявляться на разном уровне в зависимости от ряда факторов;

- ошибки на письме у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести будут проявляться преимущественно в виде персевераций, пропусков, перестановок (букв, слогов, слов);

- выявленные особенности нарушений письма у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней тяжести позволят составить нам дифференцированные методические рекомендации по восстановлению нарушенной функции письма.

Для достижения поставленной цели нам предстояло решить следующие **задачи:**

1. Изучить и проанализировать теоретические источники по проблеме исследования.

2. Подобрать диагностический комплекс с целью выявления нарушений письма.

3. Провести констатирующий эксперимент, проанализировать полученные результаты.

4. Разработать дифференцированные методические рекомендации по восстановлению письма у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией с учетом остаточных навыков.

**Теоретико-методологической основой исследования** нашей работы составили научно-теоретические положения о системной организации высших психических функций (П.К. Анохин, Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, П.Я. Гальперин); о системно-динамической локализации психических функций (А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова, Е.Д. Хомская); концепция речевой деятельности как сложного системного функционального единства (Т. В. Ахутина, Р. Е. Левина, А.А. Леонтьев, А.Р. Лурия); о синдромно-факторном подходе к нарушениям при афазиях (Т.Г. Визель, Л.С. Цветкова, М.К. Шохор-Троцкая, Э.С. Бейн, В.М. Шкловский).

Решение поставленных задач осуществлялось с помощью таких **методов исследования**, как:

– теоретические методы: анализ литературы, изучение медико-

психолого-педагогической документации пациентов (личные дела, протоколы, медицинские, речевые карты);

– эмпирические методы: беседа с логопедом, наблюдение за пациентами на занятиях, в процессе обследования, создание диагностических ситуаций, проведение констатирующего эксперимента;

– количественный и качественный анализ результатов исследования.

**Экспериментальная база исследования:** экспериментальная работа проводилась на базе Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Сибирский клинический центр Федерального медико-биологического агентства» России в отделении Восстановления высших психических функций (г. Красноярск). В эксперименте приняли участие 20 пациентов в возрасте от 52-65 лет, имеющих клинический диагноз эфферентная моторная афазия.

Выбранная теоретико-методологическая основа и поставленные задачи определили ход исследования.

#### **Этапы проведения исследования:**

Первый этап (октябрь 2015 г. – сентябрь 2016 г.) – подготовительный, в течение которого осуществлялся анализ психолого-педагогической литературы, формулировались проблема, гипотеза исследования, определялись его теоретические основы, цель и задачи, разрабатывался понятийный аппарат.

Второй этап (октябрь 2016 г. – сентябрь 2016 г.) – апробация диагностического комплекса в медицинском учреждении.

Третий этап (октябрь 2016 г. – май 2017 г.) – обобщающий, в процессе которого осуществлены анализ, обобщение, систематизация и описание полученных результатов, оформление работы и методических рекомендаций.

**Научная новизна** исследования нашей работы заключается в следующем:

- представлены уровни остаточных навыков письма у взрослых с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести;
- подобран диагностический комплекс для выявления нарушений

письма у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести;

- выявлены особенности восстановления письма и состояния его остаточных навыков у пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести;

- определен критерий оценок для данного исследования, подобраны лексические материалы, зрительные опоры с учетом возрастных и индивидуальных особенностей пациентов;

- теоретически обоснованы необходимости дифференцированного подхода к процессу коррекции нарушений письма у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести с разным уровнем остаточных навыков письма.

**Теоретическая значимость** нашей работы заключается в подтверждении и уточнении зависимости процесса восстановления письма и его остаточных навыков у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести.

Проблема исследования заключается в изучении разработке научно-практических материалов по восстановлению письма у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести, дифференцированного подхода с учетом остаточных навыков.

**Практическая значимость** нашей работы заключается в том, что:

- представлены дифференцированные методические рекомендации по восстановительному обучению и коррекции нарушений письма у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией;

- подобранный методический комплекс восстановительного обучения может быть использована в работе логопедов реабилитационных центров, неврологических отделений и в логопедических кабинетах поликлиники;

- апробирован диагностический комплекс для выявления остаточных навыков и особенностей нарушений письма у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести.

**Апробация результатов исследования** осуществлялась, через:

выступление на Международном научно-практическом форуме студентов, магистрантов, аспирантов и молодых ученых «Молодежь и наука XXI века». (Красноярск, 2017). Выступление на Международном научно-образовательном форуме «Человек, семья и общество: история и перспективы развития». (Красноярск, 26.10.2017). Публикаций основных положений и результатов исследования в сборниках научных трудов, материалов научно-практических конференций (Красноярск, 2017). По теме магистерской диссертации опубликована одна статья.

**Структура работы:** данные исследования представлены в таблицах, графиках. Изучены рефераты, диссертационные работы, статьи. Исследовательская работа состоит из введения, двух глав, заключения, библиографического списка литературы и приложений.

## **Глава 1. Теоретико-методологические основы изучения особенностей нарушений письма у взрослых пациентов с эфферентной**



## **моторной афазией средней степени тяжести**

### **§ 1.1 Нейропсихологический подход к изучению механизмов письма. Кинетическая основа письма**

Для формирования полного и верного представления о структуре нарушений письма (уровнях и характере их организации, нарушениях физиологических механизмов) обратимся к его нейропсихологической основе.

*Психологический уровень* организации письма включает несколько последовательных этапов:

- 1) возникновение стимула – потребности (мотива – в письменном речевом высказывании);
- 2) формирование смысла письменной речи;
- 3) продумывание деталей, содержания письма на базе общего смысла;
- 4) контроль за выполняемыми двигательными действиями.

*Психолингвистический уровень* представляет собой непосредственную реализацию задуманного (плана, программы) и включает следующие этапы:

1) процесс звукобуквенного анализа слов фразы, при помощи которого осуществляется восприятие звукового состава слова, его акустической окраски и сенсорной, моторной основы. На данном этапе происходит анализ более крупных составляющих речи и главных характеристик фразы, предложения: количества лексических единиц в фразе и ее звуковой, визуальный абрис;

2) свойства восприятия (объем) и слухоречевой памяти способствует усвоению определенного количества информации, и ее запечатлению при помощи оперативной памяти;

3) анализ состава фразы: акустического и визуального, а также перевод полученных данных в визуальные образы букв, слогов и далее – слов при помощи функции представления, воображения;

4) актуализация кинестетических ощущений при произнесении той или иной буквы, ее акустического и визуального образа, сложившегося на предыдущем этапе и их трансформация в соответствующие тонкие движения руки;

5) непосредственная реализация предыдущих этапов в написании букв, слов, фраз, предложений [7,45,46].

*Нейропсихологический* уровень организации письма заключается в следующих действиях, реализующихся в определенной последовательности:

1) в ходе звукобуквенного анализа осуществляется взаимосвязанная работа речедвигательного, зрительного и акустического анализатора;

2) формирование акустического образа слова, фразы осуществляется при помощи слухового анализатора с одновременным включением в данный процесс иконической памяти, обеспечивающей кратковременный отбор и сохранение необходимой информации для ее дальнейшей обработки;

3) перевод более мелких лексических единиц речи – звуков или фонем в соответствующий визуальный образ буквы на основе слуховой, зрительной и кинестетической анализаторных систем, которые имеют определенную физиологическую основу – локализацию в коре головного мозга – ТРО (temporalis – parietalis - occipitalis) – височно – теменно – затылочная зона;

4) непосредственное написание буквы осуществляется при помощи согласованной работы зрительного и двигательного анализатора [46].

Можно сделать вывод, что процесс письма осуществляется при помощи взаимодействия нескольких анализаторных систем и активизации связей между ними на разных уровнях (психологическом, лингвистическом, физиологическом). Необходимо учитывать, что при формировании замысла речевого высказывания на первичном этапе все вышеописанные уровни

вступают в работу в строгой последовательности. Однако при непосредственном осуществлении письма происходит их совместная работа (совместное взаимодействие) согласно соподчиненным связям, благодаря которым на первый план выходит то один, то другой уровень.

Нейропсихологическая основа письма имеет сложную организацию, в которую включены различные зоны коры головного мозга – передние, задние и медио - базальные. Психофизиологический уровень осуществляется за счет активизации задне - лобных, нижнетеменных, височных, задневисочных, передне - затылочных отделов (зона ТРО). На лингвистическом уровне происходит актуализация передней и задней речевой зоны, которые отвечают за смысл высказывания (синтагматика) и его согласование с общим контекстом ситуации, различными внешними факторами (парадигматика). Гармоничная работа всех данных отделов коры головного мозга является нейропсихологической основой процесса письма.

В систему обеспечения реализации функции письма входят не только речевые характеристики данного процесса, работа зрительного и двигательного анализатора. Письмо – это многокомпонентный процесс, осуществляющийся на базе как вербальных, так и невербальных форм психической активности – внимания, различных видов восприятия, памяти, мышления, тонкой моторики рук, предметных действий и т.д [45,46].

У взрослого человека психофизиологический уровень автоматизации речи настолько высоко развит, что позволяет сконцентрировать внимание на проработке ее смысла, интонационной окраски. Таким образом, в более позднем возрасте, прежде всего при формировании письменного высказывания активизируется психологический уровень его организации.

При развитии навыков письма у детей, напротив, все этапы реализации письма осуществляются произвольно (с применением волевых усилий) с актуализацией преимущественно лингвистического уровня организации. Методика преподавания письма в школе во многом не учитывает

психологический уровень формирования письменного высказывания, так как в основном направлена на обеспечение операционального этапа процесса письма (обучение навыкам воплощения графического образа буквы, слова при помощи движений руки). В тоже время обучение приемам формирования смысла высказывания, его содержания (например, при помощи сюжетных картинок), навыкам обдумывания, построения фраз и контроля над их моторной реализацией – способствует более емкому и правильному усвоению русского языка (в том числе - грамоты). Тем более что данный метод обеспечивает рост познавательной активности, развитие мотивации к изучению правил восприятия и воспроизведения речевых высказываний в письменной форме.[10,13].

Длительное время ученые-психологи не могли ответить на вопрос о взаимосвязи устной и письменной речи. Например, в XIX веке многие разработчики данной проблемы рассматривали письмо, как систему из трех компонентов: визуального, моторного и компонента образования слов (L.Lihtheim, C. Wernicke, 1874 и др.). Позднее возникло представление о письме как моторном акте, за который ответственны средние отделы премоторной зоны (центр Экснера, 1881). Ближе к настоящему периоду (40-50-е годы XIX столетия) часть специалистов-психологов остались верными теории о сущности письма, как только лишь моторного акта, физиологическая основа которого находится в премоторной зоне двигательного анализатора. В настоящее время большинство исследователей также включают в систему письма не только движение и восприятие, память, мышление, но и устную речь.

Современная психологическая наука подразумевает под механизмом письма совсем другие процессы, которые укладываются в сложную систему речи и речевой деятельности, важным элементом которой является осознанность, воля, контроль. Следует учитывать, что письменная речь является более сложной формой психической активности, нежели просто

устная речь. Помимо построения речевого высказывания, в структуру процесса письма входит восприятие (зрительное, слуховое, пространственное), двигательные акты в их звене приема, переработки и ответной двигательной реакции, функция актуализации зрительных образов и сохранения информации, а также воображение, представление, оперативная память. О взаимосвязи данных процессов, участвующих в формировании письменного речевого высказывания говорит ход его развития и особенности нарушений письма при различных видах афазии (например, эфферентной моторной афазии)[46,47].

Сложность и неоднозначность письма обнаруживается при сравнении характеристик устной и письменной речи. Многочисленные исследования показали, что данные два вида речи – устная и письменная – имеют много отличительных признаков – в формировании и протекании, психологическом содержании и функциях.

Если рассматривать происхождение этих двух видов речи, то становится понятным, почему устная речь формируется у ребенка на втором году жизни, а письмо – на пятом-седьмом. Устная речь развивается благодаря взаимодействию с взрослым, письменная речь усваивается в результате собственных волевых усилий, то есть осознанно, с включением в данный процесс операций анализа, синтеза, контроля, абстрагирования. По началу письмо является осознанным волевым актом, по мере повторения которого превращается в психический и двигательный автоматизм, предоставляя большое пространство для продумывания смысла и содержания письменного речевого высказывания – так письмо превращается в навык. В этом состоит основное отличие письменной речи от устной, которая формируется произвольно и приобретает автоматический характер в более сокращенный временной период, нежели письменная. На начальном периоде усвоения письменных операций воспроизведение каждого отдельного действия для ребенка является самостоятельной задачей. Так, написание слова включает в

себя выделение звука, его сохранение в кратковременной памяти, перевод в соответствующий графический образ – графему и непосредственное ее написание. По мере развития способности к письму, его психологическая структура претерпевает ряд существенных изменений. Некоторые особенно прочно запечатленные в памяти операции выпадают из под сознательного контроля, становятся автоматическими, komponуются и реализуются в моторных действиях, постоянное воспроизведение которых представляет собой моторный навык письма – сложного нейропсихологического процесса.

Наиболее явные отличия устной и письменной речи прослеживаются в звене психологического содержания данных процессов. Устные речевые высказывания, как правило, подразумевают под собой определенный контекст, который становится явен при осознании речевой ситуации в целом, позволяющего воспринимать и передавать информацию более упрощенными средствами и посредством краткого логически обоснованного описания. Второе отличие устной речи от письменной заключается в особенностях применения эмоционально-выразительных приемов, способствующих возникновению более ценной коммуникации и точной, экономной передаче информации. Так, в устной речи, средствами эмоциональной выразительности являются жесты, мимика, расстановка пауз в определенных местах фразы, предложения, которые и определяют контекст устного речевого высказывания.[7, 23, 45]

Явным отличием устной и письменной речи является последовательность не формализуемых действий, которые зависят от силы побуждения к речевому высказыванию и визуально представляют собой проявление общей и вербальной активности. Непосредственно мотивы письменной речи имеют более позднее возникновение и не лишены абстрактного и интеллектуального характера. Привить мотивы к осуществлению письменной речи у ребенка очень трудно, так как для него

данная деятельность является поначалу противоестественной, то есть той, без которой он может обойтись [13,23].

Письменная речь – это индивидуальный речевой процесс; данная речь имеет монологический характер, который имеет осознанную и произвольную природу. Не смотря на то, что эти два вида речи тесно взаимосвязаны, тем не менее, письменная речь имеет свой ход развития, полностью отличный от исторического формирования устной речи. «Письменная речь не есть также простой перевод устной речи в письменные знаки, и владение письменной речью не есть просто усвоение техники письма» (Выготский Л.С. Мышление и речь). В основе сходства устной речи и письменной лежат внешние, симптоматические признаки, но не существенные отличия. Письменная речь абстрактнее, нежели устная – во-первых для того, чтобы понять смысл устного высказывания необходимо оторваться от чувственного компонента с одновременным переходом к сигналу сигналов (графическому образу устного слова). Одним из главных отличительных признаков письменной речи от устной является ее преимущественно внутренний мыслительный характер. В данной особенности заключается также существенная трудность в формировании письменной речи [12,23].

Письменная речь обладает своими характерными отличительными признаками – она строится на произвольной основе вследствие того, что даже звуковой образ слова, который в устной речи воспринимается автоматически, при усвоении навыка письма требует всестороннего анализа, как и синтаксис фразы и фонетика слова, предложения.

Письменная речь – это алгебра речи, сложная форма сознательной речевой деятельности. Как арифметика не сопоставима с высшей математикой (алгеброй), которая представляет собой высший уровень развития абстрактного мышления, так и письмо представляет для ребенка наивысший абстрактный план речи, влияющий в свою очередь на более элементарно, устроенную устную речь. Письмо – это не вторая сигнальная

система – это сигнальная система второй сигнальной системы, базирующейся на употреблении «символов» символов – вторичных по отношению к звукам устной речи знаков. Письмо – это самая развернутая и многословная форма речи, так как то, что может быть передано при устном высказывании с использованием интонационно-выразительных средств и в контексте определенной ситуации, в письменных обращениях строится более сложным и детальным образом. Так же большое значение имеет различие в употреблении внутренней речи при формировании устных и письменных сообщений. По мнению многих специалистов (Х. Джексона) – письменная речь – это ключ к внутренней речи [11,26].

Нейропсихологические основы речи.

Психологический анализ письма представляет собой изучение механизмов, лежащих в основе письменного высказывания, которые делают его доступным для понимания читающим. Так, письменное сообщение формируется в результате взаимодействия различных высших психических функций и, прежде всего, первоначального восприятия различной модальности, внутренней речи и памяти, а также предметных действий. Согласованное взаимодействие данных функций обеспечивают звукобуквенный анализ (фонематический слух), актуализации визуального образа букв, которые хранятся в памяти и перешифровку их в двигательный акт – непосредственное письмо букв, слов, расстановку знаков пунктуации и т.д [33.45]

Психологическое содержание письма включает не только эмоционально-волевые процессы, мотивацию и определенным образом организованное поведение, но и генетические основания. Так, многие специалисты учитывают то, что письменная речь начинает формироваться за долго до того, как ребенок берет в руку шариковую ручку. Начальный этап письменной речи – рисование, когда от начертания абриса различных предметов ребенок переходит к осознанию возможности рисовать буквы



(рисование речи). Усвоение письма представляет собой овладение сложной структурированной символической системой знаков, которые находятся во взаимосвязи. Таким образом, письмо является результатом прогрессивного развития ВПФ (высших психических функций), а также личности и способностей ребенка в целом.

В настоящий период в психологии были изучены и приведены к единому основанию данные о психологических предпосылках формирования этого вида речевой активности, нарушение которых способствует возникновению различного рода нарушений письма и трудностям его формирования у детей и восстановления у взрослых. Такими предпосылками являются:

- сформированность и сохранность устной речи, осознанное построение устного речевого высказывания, аналитико-синтетические способности, применяемые к построению устных фраз;

- формирование (сохранность и достаточное развитие в соответствии с возрастными показателями, подразумевается в том числе одаренность, наличие высокоразвитых способностей, превышающих возможности, складывающиеся в рамках определенного возрастного периода в норме) различных ВПФ, которые лежат в основе организации письменного речевого высказывания;

- формирование абстрактного мышления при помощи поэтапного усвоения предметных действий и их дальнейший перевод в символическое обозначение (абстракции);

- развитие поведения в целом – волевой регуляции, самоконтроля, саморефлексии, мотивации к письму, способности удерживать намерения [23].

Все вышеперечисленные предпосылки, а также элементы системы письма участвуют в осуществлении данного процесса (письменного) и наиболее явно наблюдаются при его нарушениях.

*Кинетические основы письма.* В анализе работ многих специалистов учитывается необходимость сохранности различных звеньев структуры письменного высказывания, о которых говорилось выше. Для осуществления письма необходимо нормальное функционирование слухового и двигательного анализатора, а также артикуляционного аппарата, на основе ощущений от которого строится моторный (кинестетический) образ звука и с другой стороны – уточнение места фонемы в звуковом абрисе слова. А.Р. Лурия, Р.Е. Шиф, С.И. Кауфман говорят о необходимости нормального функционирования зрительных и мнестических процессов восприятия пространства. Данные механизмы имеют большое значение для формирования сенсомоторного уровня письма, в результате овладения которым ребенок или взрослый первично или повторно усваивает навык письма. Все данные психические механизмы формируют ядро личности, которая представляет собой многокомпонентное (мультиморфное) образование. Развитие личности идет под воздействием деятельности, ее определенной организации (поэтапности с выделением планирования, реализации, самоконтроля); важное значение в данном случае имеет усвоение навыка письма, строящееся в соответствии с общими принципами построения любой деятельности.

Лингвистический уровень письма обеспечивается взаимодействием различных по модальности анализаторных систем, которое происходит благодаря установлению межанализаторных связей различной сложности и локализации (первичные, вторичные, третичные поля) [16,35].

Нейропсихологическая основа письма представляет собой реализацию ВПФ и различных взаимосвязей между ними на базе различной локализации в коре головного мозга. Таким образом, тот физиологический механизм, который обуславливает реализацию письменного речевого акта, не локализован в строго определенном участке головного мозга. Так решали проблему возникновения письма психологи прошлого столетия, которые

считали письмо преимущественно моторным актом, за который ответственна премоторная часть речедвигательного анализатора. В настоящий период стало ясно, что при реализации письменного речевого высказывания ответственны многие участки мозга, каждый из которых играет свою роль в обеспечении того или иного условия формирования и реализации письма.

По данным научных исследований нейронная основа письма локализована в нижнелобной, нижнетеменной и затылочной зоне коры левого полушария головного мозга, между которыми имеются нейронные связи. Таким образом, для развития письма большое значение имеет именно своевременная активизация данных участков коры головного мозга. Необходимо обеспечить как сохранность взаимодействия данных очагов возбуждения, так и их автономную работу [11,46,].

Процесс письма, включающий в свой состав много различных звеньев, нельзя локализовать в ограниченном участке коры головного мозга. В настоящее время известно, что протекание процесса письма осуществляется совместной работой корковых отделов ряда анализаторов. В функциональную систему, обеспечивающую нормальный процесс письма, входят разные участки коры левого полушария мозга, каждый из которых обеспечивает нормальное осуществление лишь одного какого-либо звена процесса, все вместе они обеспечивают нормальные условия для осуществления сложного полноценного акта письма.

Письмо существует в нескольких видах:

- письмо со слуха (диктант);
- письмо со зрения (списывание);
- самостоятельное письмо (изложение, сочинение).

Первые два вида письма у взрослых выполняются на сенсомоторном уровне, и требуют лишь навыка письма. Для осуществления самостоятельного письма требуется включение более высокого уровня, перешифровки

собственного замысла (или знаний) в графические знаки. На этом уровне включаются семантический, синтаксический и грамматический коды языка.

Можно сделать вывод, что письмо – один из сложнейших видов психических процессов, имеющее сложную структуру и обширную локализацию в коре мозга. Письмо это сложная форма речевой деятельности, представляющая собой многоуровневый процесс. В нем принимают участие различные анализаторы: речеслуховой, речедвигательный, зрительный, общедвигательный. Между ними в процессе письма устанавливается тесная взаимосвязь. Данное заключение выводится благодаря изучению способов и времени возникновения письменной речи, ее взаимосвязи с устной речью и другими высшими психическими функциями, а также психологического содержания и физиологической основы письма. И как следствие при поражении любого участка речевой и зрительной зоны коры, нарушаются соответствующие компоненты, выпадает определенное звено, без которого невозможно полноценное осуществление письма [47].

## **§ 1.2 Виды нарушений письма у пациентов с эфферентной моторной афазией**

Восприятие и воспроизведение последовательности звуков при написании слова является одной из главных задач, и представляет одну из самых существенных трудностей при первоначальном развитии навыка письма в онтогенезе и в восстановлении письма. Нарушение или неправильное функционирование передних отделов речевой зоны, включающей и премоторную область коры левого полушария мозга, ведет к нарушению протекающих во времени двигательных навыков, их плавности. В основе дефектов лежит повреждение денервационных механизмов, механизма переключения, письмо нарушается как высокоавтоматизированный двигательный навык. Процесс написания букв

не является при этих нарушениях особой трудностью, сложность заключается в написании слога, слова. Данное нарушение возникает вследствие затруднений при переключении с написания одной графемы на другую (или переключения в рамках написания более крупных единиц речи – слов, предложений). Нарушения письма, в основе которого лежат трудности осознания последовательности звуков в слове, входят в синдром эфферентной моторной афазии и называются эфферентной моторной аграфией. Письмо страдает из-за нарушения внутренней сукцессивной схемы слова, в результате чего больной не может проанализировать последовательность звукобуквенного состава, и определить место каждого звука /буквы при письме [8,47].

Основным нейропсихологическим механизмом, который вызывает нарушения письма, возникающие при эфферентной моторной афазии, является нарушение кинетических процессов обеспечения механизма письма вследствие дефекта последовательной и совместной иннервации - денервации предыдущего и последующего акта устной или письменной речи. Данный дефект вызывает сложности при переключении с одного символа на другой при осуществлении процесса письма (слова, фразы).

Дефект процесса переключения – это основное нарушение при эфферентной моторной афазии. В симптоматике данного расстройства нарушение переключения с одного символа на другой способствует возникновению ряда ошибок при письме, вплоть до невозможности осуществить его [49].

Для этой формы нарушения характерны следующие ошибки:

- написание букв и более крупных единиц становится замедленным с одновременным наличием гиперконтроля за процессом письма. Данные симптомы также проявляются в изменении почерка – он, становится либо чересчур мелким, либо наоборот буквы, входящие в состав слов

неоправданно укрупняются (макро- и микрография), приобретают угловатость, либо даже пишутся отдельно, без элементов согласования;

- одной из характерных ошибок является повторение одних и тех же элементов письма – персеверации. Данный дефект может вызвать распад письма полностью, который визуально выражается в повторении одной и той же буквы, части или слова в целом (на уровне букв или более крупных единиц речи);

- характерны перестановки букв, пропуски гласных и согласных при их стечении, не дописывание слов;

- существенные трудности больные испытывают при задании составить слово из букв разрезной азбуки.

возможно и сочетание этих видов ошибок).

У больных с эфферентной моторной афазией отсутствуют все виды письма, за исключением идеограммного (символическое письмо). Даже при списывании, которое наиболее сохранно, эти больные допускают много ошибок, сам же процесс списывания приобретает характер развернутого, осознанного и побуквенного письма, больные проговаривают при этом каждый звук, слог. Процесс написания отдельных букв с долгими паузами между написанием каждой графемы более доступен для данных больных, так как центральный дефект лежит в звене переключения, а не в звене звуко различения [47,55].

### **§ 1.3 Анализ методик восстановительной логопедической работы направленных на устранение нарушений письма у пациентов с эфферентной моторной афазией**

Анализ публикаций показал, что к настоящему времени определена методология восстановительного обучения при афазии, разработаны методы работы с больными. Они описаны в публикациях различных авторов (М.К.

Шохор - Троцкая, 2003; Э.С.Бейн, 1964, 1970; Л.С.Цветкова, 1972; Э.С.Бейн, М.К.Бурлакова, Т.Г.Визель, 1982; В.М.Шкловский, Т.Г. Визель. 1999; М.К. Бурлакова, 1999и др.).

Является общепризнанным, что в основе восстановления нарушенной функции письма и других ВПФ лежит явление компенсации, которая имеет два основных вида - прямой и обходной. Этот факт обуславливает наличие двух основных видов направленного воздействия на нарушенные функции. Первый связан с применением прямых растормаживающих методов работы. В основном они используются в инициальной стадии (острый период) заболевания и рассчитаны на использование резервных внутри функциональных возможностей, на «выход» клеток из состояния временного угнетения, связанного, как правило, с изменениями процессов нейродинамики. Второй вид направленного преодоления расстройств высших психических функций подразумевает два подвида:

- замещение нарушенной функции (в случае письма при эфферентной моторной афазии это может быть складывание слов из букв разрезной азбуки, выкладывание фразы с помощью полосок заменяющих слова с опорами на картинки, отстукивание слов, составление слов из различных, предъявленных в разброс слогов и запись их);

- компенсация дефекта на основе механизма межфункциональных перестроек, благодаря которым восстановительный эффект достигается за счет введения новых, "обходных" способов выполнения тех или иных речевых или же гностико-праксических операций - как внутри одного анализатора, так и с привлечением других неповрежденных анализаторов (поэлементное проговаривание, количественный анализ и запись слова, с применением внешних средств, последовательное заполнение схемы слова соответствующими буквами ).

Является важным, что прямые методы обучения рассчитаны преимущественно на произвольную деятельность, т.е. на оживление в

памяти упроченных навыков. Обходные методы предполагают, напротив, произвольные виды деятельности, поскольку способ их осуществления отличается от привычного, упроченного в речевой практике. Как правило, в рамках компенсации по типу перестройки подключаются внешние опоры, которые в речевом онтогенезе являлись лишь дополнительными. Благодаря этому структура действия, т. е. иерархия составляющих его компонентов, меняется. Действие в этих случаях может потребовать последовательного выполнения всей серии операций, делающей письмо слова чрезвычайно развернутым и вынесенным вон процессом (проговаривание каждого слога, затем отстукивание ритмическую структуру слова, далее выкладывание нужное количество фишек, соответствующее количеству слогов, проговаривание и в конце списывание этого слова, затем письмо по следам).

Среди этих методов особой популярностью пользуются сопряженное, отраженное и самостоятельное произнесение автоматизированных речевых рядов, однако эти методы далеко не исчерпывают потребности клинической практики [47,49,54.]

В.М.Коган (1962) описал методику, основной идеей которой является «соединение мира слов; с миром предметов». Он считал, что дезавтоматизация слова и предмета имеет место при всех формах афазии. Воссоздание вербально-невербальных ассоциаций он рассматривал как основную базисную форму работы, без которой невозможно использование других методов. В качестве ведущего приема В.М. Коган предлагал показ предметов и картинок не только по названию этих предметов, но и по их различным признакам. Например, он использовал такой прием как: «Покажите, где нарисовано то, чем можно есть; где та птица, которая будит по утрам» (В.М.Коган) и т. д. При этом важным условием использования метода было постепенное увеличение числа предъявляемых стимулов. В случаях грубой афазии следует начинать с двух-трех предметов или



картинок. Прием показа предметов по их смысловым признакам получил название «смыслового обыгрывания» [17].

Э.С. Бейн (1964, 1982) не только описала методы преодоления разных форм афазии, но и представила концепцию разных видов компенсации нарушений письма и других высших психических функций при локальном поражении мозга [3].

В концепции восстановительного обучения Л.С.Цветкова (1972, 1975, 1979, 1988) исходит из общепсихологических представлений (П.Л.Гальперин, А.Н.Леонтьев и другие) о том, что при всяком обучении вначале осваиваемая функция письма делится между обучающим и обучаемым. Тем самым облегчается её осуществление, с течением времени роль обучающего должна становиться все менее заметной, а активность и состоятельность обучаемого возрастать. Предлагаемые Л.С.Цветковой методы систематизированы в соответствии с этим принципом. Другое важное положение методики Л.С.Цветковой состоит в необходимости максимального вынесения наружу (экстериоризации) алгоритма письма с использованием разнообразных внешних опор, а затем постепенного его сворачивания, убирания во внутрь (интериоризация), путем сокращения числа внешних опор. Этот метод получил широкое распространение и обозначение как «метод фишек». Например: при работе над фразовой речью предлагается символическое изображение предложений в виде разноцветных полосок, квадратиков и т.д., соответствующих отдельным словам, слогам, звукам речи. Постепенно число этих маркеров уменьшается, то есть способы актуализации высказывания переводятся во внутриречевой план. На конечных этапах работы способ порождения письма фразы должен быть усвоен больным и необходимость в «фишках» отпасть вовсе. Особенно важно, указывает Л.С.Цветкова, ярко обозначить предикат в предложении, поскольку он является центром, выполняющим динамическую функцию построения письменного высказывания. Это указание основано на психолингвистических теориях

порождения фразовой речи (N.Chomsky, 1965; D.Slobin, 1997 и др.) [46, 47, 48].

Значима, для восстановительного обучения письма при афазии и роль работ Т.В.Ахутиной (1967, 1989), посвященных динамической афазии. Автор уделяет особое внимание грамматической стороне письма как речевой деятельности. Она, вслед за психолингвистами, делит основные грамматические операции на внутриречевое программирование и грамматическое структурирование. Первое соответствует операциям глубинного синтаксиса, второе - поверхностного. Несмотря на то, что Т.В.Ахутина не пишет прямо об индивидуальных особенностях эфферентной моторной афазии у наблюдаемых ею больных, клинические примеры, которые ею приводятся, содержат ценные сведения об индивидуальной вариативности письма больных. Из исследований Т.В.Ахутиной, являющихся нейролингвистическими по своей сути, вытекают соответствующие специфические методические подходы к преодолению аграмматизмов письма при эфферентной моторной афазии [1,2].

В рамках системы восстановительного обучения письма при эфферентной моторной афазии определены приемы работы с больными с на раннем этапе восстановления (М.К.Шохор-Троцкая (Бурлакова), 1991, 1997,2002 и др.)[54,55].

Значительный вклад в изучение аграмматизмов при письме у больных с эфферентной моторной афазией и методов их преодоления внесла Ж.М.Глозман (1978). Автором проанализированы особенности компенсации нарушений грамматического строя письма у больных, в том числе явление вторичной этимологизации, которое необходимо учитывать в восстановительной работе с больными [4].

Ценным вкладом в афазиологию являются и работы практических специалистов (Л.Б. Клепацкая 1998, 2000, 2015, В.В.Оппель, 1962; А.Д.Чернова, 1962 и др.).

В работах В.М.Шкловского, Т.Г.Визель (1982, 1983, 1989, 1995, 1997, 1998, 2000) основной акцент сделан на восстановительном обучении как разделе комплексной нейрореабилитации при афазии. Методы этой работы апробированы в Московском центре патологии речи и нейрореабилитации, являющимся уникальной моделью учреждений такого рода [48, 49, 50].

В пособии по восстановлению речи при афазии В.М.Шкловского и Т.Г.Визель (2000) представлены обобщения литературных данных и собственного опыта в области восстановительного обучения и нейрореабилитации при афазии. Авторы отмечают, что в отличие от острого периода, на заключительной стадии работы с больным более актуальны произвольные методы обучения, особенно при восстановлении развернутой фразовой письменной речи, восприятия на слух текстов, понимания логико-грамматических конструкций и т.п. Однако произвольный характер восстановительного обучения достигается не всегда за счет перестройки способа действий, а нередко и за счет того, что занятия проводятся под усиленным контролем сознания. Подчеркивается, что правильная организация восстановительного обучения требует также и строгого учета особенностей каждого конкретного случая заболевания, а именно индивидуальных свойств личности, тяжести соматического состояния, условий жизни и т.д.

Современное состояние восстановительного обучение письма при эфферентной моторной афазии предполагает также ряд обязательных условий:

- Работа проводится по специальной, заранее разработанной программе, которая включает задачи и методы работы, дифференцированные в зависимости, степени выраженности дефекта, этапа заболевания.

- Программа обучения строится с соблюдением принципа системности. Это значит, что восстановительная работа должна вестись над всеми

сторонами нарушенной функции, а не только над теми, которые пострадали первично [48,49].

Несмотря на существующий теоретический и практический литературный материал по проблеме восстановительного обучения при афазии, практически отсутствуют разработки, посвященные проблеме восстановления письма с поэтапными инструкциями, заданиями, с учетом дифференцированного подхода в зависимости от уровня остаточных навыков письма у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией. Исключение составляют работы Л.С. Цветковой, Т.Г. Визель, в которых показаны особенности восстановления письма у больных, конкретизированы приемы восстановительного обучения. Из этого нами сделан вывод, что выявление особенностей восстановительного обучения письма у взрослых пациентов, имеющих эфферентную моторную формы афазии средней степени тяжести находящимися в раннем периоде заболевания, является актуальным.

## Выводы по 1 главе

Проанализировав психолого-педагогическую литературу, мы пришли к выводу, что к особенностям нарушения письменной речи у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести можно отнести трудности, в основе которых лежит повреждение денервационных механизмов, механизма переключения, письмо нарушается как высокоавтоматизированный двигательный навык. Трудности осознания последовательности звуков, объединенных в слоге или слове, приводят к грубейшим ошибкам, пропускам гласных и согласных в стечениях, персеверациям, перестановке звуков (букв) в словах. В основе нарушения связной речи лежат еще и глубокие дефекты грамматической и синтаксической структуры фразы, экспрессивный аграмматизм проявляется в дефектах согласования слов в предложении, в нарушении порядка слов, упрощении его структуры. Импрессивный аграмматизм проявляется в неумении дифференцировать (со слуха) правильно построенное предложение от ошибочного.

При восстановлении письменной речи у взрослых пациентов значительная роль принадлежит принципу прямой перестройки пораженной функции на основе сохранных анализаторов. Важное и ведущее значение при восстановлении письма, имеют методы в которых используются зрительные и слуховой анализаторы. Необходима перестройка функциональной системы письма с тем, что бы пострадавший анализатор был замещен другим, сохранным, чтобы письмо могло выполняться даже при наличии грубого дефекта.

Нами были проанализированы методики направленные на восстановление письма, способствующие преодолению аграмматизмов и персевераций, стимулированию пациентов к активному анализу слова и закреплению знания последовательности звуков в словах. В ряде разработок,

направленных на преодоление дефектов кинетической организации речи при письме, трудностей переключения, персевераций, восстановлению плавности речи и восстановлению структуры фразы со стороны кинетической и грамматической схемы, важная роль в восстановительной работе отводится вынесению вовне операций, составляющих процесс письма. Развернутая осознанная работа над последовательностью звуков внутри слова, осуществление процесса письма как осознанного акта, с привлечением внешних опор, все это приводит к эффективному устранению основного дефекта, и осознанию пациентами динамической схемы слова и фразы. Последовательная работа и постепенное исключение внешних опор приводит к относительному сокращению и автоматизации письма.

## **Глава 2. Экспериментальное изучение нарушений письма у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести**

### **§ 2.1 Организация, цели, задачи и методика исследования**

Для решения задачи по выявлению особенностей нарушений письма у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией, нами был проведен констатирующий эксперимент.

Экспериментальная работа проводилась на базе Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Сибирский клинический центр Федерально медико-биологического агентства» России (г. Красноярск) в отделении восстановления высших психических функций. Прием пациентов осуществлялся по ОМС, на основании направления невролога поликлиники. В отделении реабилитации находятся взрослые пациенты разного возраста, с различными речевыми патологиями. Данное медицинское учреждение реализует восстановительную образовательную реабилитационную программу комплексного подхода для взрослых с тяжелыми нарушениями речи.

В исследовании приняли участие 20 взрослых пациентов 52-67 лет, с поражением нижних отделов коры премоторной области левого полушария в результате нарушения мозгового кровообращения (инсульт). У данной группы пациентов в анамнезе, одинаковый клинический диагноз – эфферентная моторная афазия средней степени тяжести дефекта. Девять пациентов (45%) находились на повторном курсе речевой реабилитации. Анамнестические сведения на участников эксперимента представлены в приложении Б.

*Цель констатирующего эксперимента* было: выявление особенностей нарушения письма у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести.

Исходя из цели исследования, в рамках констатирующего эксперимента решались следующие *задачи исследования*:

- сформировать экспериментальную базу;
- подобрать экспериментальные методики для исследования письменной речи у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести;
- провести исследование письме различной структурной сложности у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести;
- провести анализ полученных результатов исследования.

Итогом научно-исследовательской работы станут дифференцированные методические рекомендации по устранению нарушений письма у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести с учетом сохранных анализаторов.

Подобранный нами диагностический комплекс проведения констатирующего эксперимента основывается на актуальных научно-исследовательских публикациях ведущих специалистов в рамках проблемы исследования. Проанализированы работы Л. С. Цветковой, Т. Г. Визель, Л. Б. Клепацкой, М. К. Шохор-Троцкой (Бурлаковой) и других авторов, занимающихся изучением нарушений письма при эфферентной моторной афазии. За основу принята методика обследования письменной речи при афазии Т. Г. Визель, В.М. Шкловского. Данная методика модифицирована и адаптирована к возрасту обследуемых пациентов, а именно:

- добавлены методы обследования письма с применением опор, для выявления уровня сохранных звеньев и обходных путей используемых при восстановлении письма;
- увеличен объем заданий (видов письма) на обследование письменной речи;
- частично изменена структура проведения диагностики;



- изменен лексический материал, добавлен ряд самостоятельно разработанных заданий, подобран картинный материал, подготовлены протоколы обследования;

- разработаны критерии и балльная шкала оценивания.

В соответствии с заявленной целью исследования, разработанный *диагностический комплекс*, включает в себя шесть методик обследования письменной речи различной структуры сложности, обследование остаточных сохранных звеньев письма, важных для формирования новых опор, выявление количества и характера ошибок. Для *оценки успешности* мы использовали модифицированную балльно-уровневую систему оценивания:

3-4 балла за задание соответствовало среднему уровню успешности;

2 балла за задание соответствовало уровню успешности ниже среднего;

0-1 балл за задание соответствовало низкому уровню успешности.

*Критерии оценивания заданий* были также трех уровневыми и оценивались по одинаковой системе. В каждом из заданий предлагается четырех балльная сложность. Ниже подробно рассматривается содержание каждого компонента диагностического комплекса, а также балльная шкала оценивания на каждую из методик обследования. Разработанный нами протокол обследования представлен в приложении.

*1.Методика. Обследование автоматизированного письма*, состоит из двух заданий, направленных на выявление характера ошибок и на выявление уровня сохранности двигательных автоматизмов при автоматизированном письме. В данном обследовании письмо выступает как автоматизированный навык и выполняется на сенсомоторном уровне. Графический образ слова в данном случае, воспроизводится не по отдельным элементам (буквам), а как единое целое. Слово воспроизводится единым моторным актом. Процесс письма осуществляется автоматизировано и протекает под двойным контролем: кинестетическим и зрительным. Для выполнения этого задания

не требуется включения перешифровки собственного замысла, включения семантических, синтаксических и грамматических кодов языка. Для выявления сохранного уровня автоматизмов при письме, в этой методике обследования предлагались два задания, разные по уровню сложности:

Автоматизированное письмо (самостоятельное записывание своих ФИО, домашнего адреса).

*Задание № 1.* Самостоятельное записывание своего имени фамилии и отчества .

Инструкция: «Напишите Ваше ФИО».

*Задание № 2.* Самостоятельное записывание домашнего адреса (город, улица, дом, квартира).

Инструкция «напишите Ваш домашний адрес»

*Критерии оценки:*

1 балл – за каждое правильно записанное слово

0 баллов – отказ от выполнения задания.

3 балла – максимальное количество баллов за 1 задание

3 балла – максимальное количество баллов за и 2 задание

*2.Методика. Списывание текста (с проговариванием, без проговаривания),* комплекс обследования состоит из двух заданий на выявление нарушений письма как навыка с дополнительной опорой в виде проговаривания и без опоры (без проговаривания). Методика направлена на выявление уровня сохранного самоконтроля зрительного анализа, синтеза, пространственных представлений, и кинестетического контроля (воспроизведение с помощью движений руки зрительного образа букв). Проговаривание в данной методике выступает как вспомогательная опора на речеслуховой анализатор и служит для уточнения характера звуков, отличия от сходных звуков, определении последовательности звуков в слове.

*Задание № 1.* Списывание текста, с проговариванием.

Инструкция: «Спишите текст, с проговариванием того что пишете»

Речевой материал : текст «Курица и золотые яйца».

*Задание № 2.* Списывание текста без проговаривания.

Инструкция: «Спишите текст без проговаривания вслух»

Речевой материал: текст «Курица и золотые яйца».

*Критерии оценки:*

3 балла – списывание всего текста с сохранением структуры текста и единичными ошибками ( не более 10);

2 балла – списывание текста с множественными ошибками (более 10) и аграмматизмами;

1 балл – частичное списывание текста;

0 баллов – отказ от выполнения задания;

3 балла максимальное количество баллов за 1 задание;

3 балла максимальное количество баллов за и 2 задание.

*3.Методика. Письмо под диктовку (с проговариванием, без проговаривания).* Комплекс обследования состоит из двух заданий на выявление характера и уровня, нарушений осознания последовательности порядка звуков в слове, и выявления уровня сохранности слуховой дифференциации звуков, то есть сохранного сенсорного самоконтроля письма под диктовку с привлечением речеслухового анализатора как дополнительной опорой в виде проговаривания и без. Для выполнения этого задания требуется включение сенсорного самоконтроля и грамматических кодов языка, не требуется включения перешифровки собственного замысла, включения семантических, синтаксических кодов языка. Задания расположены по степени слоговой трудности слов – «от более легких к более трудным», то есть с учетом классификации типов слоговой структуры слова А. К. Марковой.

*Задание №1* Записывание слов разной слоговой структуры под диктовку.

Инструкция: «Слушайте и записывайте слова»

Речевой материал: слова (дом-парта-картина-демократия).

*Задание №2* Записывание слов разной слоговой структуры под диктовку, с проговариванием.

Инструкция: «Слушайте и записывайте слова»

Речевой материал: слова (дом-парта-картина-демократия).

*Критерии оценки:*

1 балл – за каждое правильно записанное слово

0 баллов – отказ от выполнения задания.

4 балла максимальное количество баллов за 1 задание

4 балла максимальное количество баллов за и 2 задание

*4.Методика.* Звукобуквенный анализ и синтез слов состоит из трех комплексов заданий, направленных на выявление характера ошибок при звуковом анализе слова, умении выделять отдельные звуки из звучащего слова и превращать их в устойчивые фонемы и операций установления последовательности порядка звуков в слове. И одного задания по составлению слов из изолированно предъявленных букв, которое направлено на выявление характера нарушений в операциях по соотнесению каждой выделенной из слова буквы с соответствующим ей звуком и установлению последовательности порядка букв в слове при записывании слов. Задания расположены по степени слоговой трудности слов – «от более легких к более трудным», то есть с учетом классификации типов слоговой структуры слова А. К. Марковой. Данный диагностический комплекс направлен на выявление состояния более высокого уровня процесса письма который, требует перешифровки собственного замысла в графические знаки, и умении осуществлять звуковой анализ слова.

а) *Задание №1* Определение количества букв, в словах (на слух) разной слоговой структуры

Инструкция: «Послушайте внимательно, и скажите какое количество букв в слове»

Речевой материал: слова (час- лето- картина- лестница)

б) *Задание №2* Определение позиции звука в словах (на слух) разной сложности

Инструкция: «Послушайте слово, и определите, какой по счету заданный звук в слове»

Речевой материал: слова (дым-зима-сумка-солнце)

в) *Задание №3* Перечисление по буквам слов (устно) разной слоговой структуры

Инструкция: «Назовите по буквам слово»

Речевой материал: слова (река-романтика-балалайка)

г) *Задание №4* Составление слов из изолированно предъявленных букв, разной слоговой структуры

Инструкция: «Из предложенных букв составте слово и запишите его»

Речевой материал: изолированно на листе, линейно предъявлены группы букв для каждого слова (т,к,о - е,н,г,с - п,р,т,о,е,р,т)

*Примечание: каждая проба по звукобуквенному анализу начинается с самых простых односложных по своей структуре слов. Критерии оценивания*

1 балл – за каждое правильно выполненное задание

0 баллов – отказ от выполнения задания.

4 балла – максимальное количество баллов за комплекс заданий

5. *Методика. Спонтанное письмо*, состоит из заданий, направленных на выявление характера ошибок при самостоятельном письме. Методика направлена на выявление способности к перешифровке собственного замысла или знаний (опорные картинки) в графические знаки, самоконтроля письма с привлечением опор в виде зрительного анализатора, и самоконтроля. В задании предъявляются слова с разной по сложности слоговой структурой, со стечением согласных, для того что бы выявить характерные трудности и уровень успешности в самостоятельном письме на уровне слова.

а) *Задание №1* Написание названия предметов (с опорой на изображения)

Инструкция: «Под предложенными изображениями записать название предметов»

Речевой материал: картинки с изображениями предметов ( очки, дом, машина, дверь, верблюд, ножницы).

*Критерии оценки:*

0-1 балл - отказ от выполнения задания, или неправильно выполненное задание.

2 балла - за выполнение половины задания (написание правильно трех слов).

3-4 балла – за выполнение всего задания

3-4 балла максимальное количество баллов за 1 задание

б. *Методика письмо фразы* направлена на выявление способности к перешифровке собственного замысла в графические знаки, самоконтроля письма с привлечением опор в виде слухового анализатора, включения осознания сложных отношений слов, способности создания «в уме» схемы целой грамматической конструкции, построения фразы, на выявление характера ошибок и уровня успешности при самостоятельном письме фразы. Комплекс состоит из двух заданий с увеличением сложности.

*Задание №1.* Написать самостоятельно любую фразу.

Инструкция: «Напишите самостоятельно любую фразу».

*Критерий оценивания:*

За задания №1, №2

0 баллов – отказ от выполнения задания;

1 балл – попытка написания фраз из двух слов с аграмматизмом;

2 балла – самостоятельное написание фраз (словосочетаний) из двух слов;

3 балла – самостоятельное написание фраз из трех и более слов;

максимальное количество баллов за задание – 3 балл.

*Задание №2.* Задать вопрос в письменной форме

Инструкция: «Задайте вопрос в письменной форме (на любую тему) и запишите его»

По результатам двух заданий высчитывается средний балл за комплекс заданий.

Критерий определения уровня успешности выполнения по каждой методике из общего комплекса, берем единый для всех заданий:

0-1балл за выполнение задания - низкий уровень успешности:

2 балл за выполнение задания – уровень ниже среднего успешности:

3-4 балла за выполнение задания – средний уровень успешности.

Подобранный диагностический комплекс состоит из заданий, направленных на выявление характера ошибок, уровня сохранных звеньев в структуре письма, а также уровня владения разными видами вспомогательных опор при письме обследуемой категории пациентов. Задания подобраны разной степени сложности, по слоговой структуры слов – «от более легких к более трудным», с учетом классификации типов слоговой структуры слова А.К.Марковой. Некоторые методики диагностического комплекса, такие как списывание текста и письмо под диктовку проводятся с добавлением дополнительных опор в виде проговаривания, что позволяет увидеть необходимость внешних опор для дальнейшей восстановительной работы.

По результатам обследования, определяются уровни успешности пациентов по каждому из заданий методики. Выявляется средний общий уровень успешности каждого из пациентов по всему обследованию. Итогом констатирующего эксперимента является распределение обследуемых пациентов по группам с разными уровнями успешности. Критерием для определения успешности являются количественные и качественные характеристики ошибок.

Описание уровней успешности в зависимости от набранных баллов:

**Средний уровень успешности (27 баллов и выше)** отражает сохраненные двигательные автоматизмы в рамках данного обследования, сохраненную функцию списывания текста, списывание в данном случае носит побуквенный или послоговой характер, с возможностью самоконтроля, исправлениями своих ошибок. Возможность письма слов под диктовку с слоговой структурой из трех слогов, звукобуквенный анализ и синтез слов с слоговой структурой из трех слогов и стечением согласных, возможностями письма фраз из трех слов и более. Трудностями в письме под диктовку, заданиях по звукобуквенному анализу в словах со слоговой структурой больше трех слогов.

**Уровень успешности ниже среднего (18-26 баллов)** отражает сохраненные двигательные автоматизмы только в виде своих ФИО, трудности при списывании текста проявляющиеся в виде характерных ошибок (более 10), персевераций, пропусков, перестановках. Списывание носит побуквенный характер списывания; доступности письма слов под диктовку не более чем из двух простых слогов. Доступный звуковой анализ и синтез слов с слоговой структурой из двух простых слогов, и количества букв в слове не превышающих четырех, трудности в анализе при стечении согласных и гласных звуков. Трудностями в самостоятельном письме в записывании слов с слоговой структурой больше чем из двух простых слогов. Записывание фраз доступно только в виде словосочетаний, с характерными ошибками.

**Низкий уровень успешности (17баллов и меньше)** характеризуется относительно сохраненными двигательными автоматизмами, пациенты могут записать свое имя и фамилию, иногда с ошибками. Списывание вызывает трудности, пациенты этой группы сбиваются с сохранения структуры не только текста, но и списываемого предложения, в результате множественных ошибок. Очень часто отказ от выполнения задания. Письмо под диктовку, звукобуквенный анализ и синтез возможен только в рамках односложных



простых слов. Самостоятельное письмо возможно только в случае простых и часто используемых слов. Самостоятельное письмо фраз не доступно.

Результаты выполнения заданий фиксируются в протоколах (приложение 1), который представлен в таблицах по каждому пациенту (приложение 2). Все результаты сводятся в общую таблицу (приложение 3), где наглядно видно распределение по дифференцированным уровням успешности в зависимости от результатов обследования.

## **§ 2.2 Анализ результатов констатирующего эксперимента в группе взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести**

Количественный и качественный анализ результатов констатирующего эксперимента, направленного на выявление особенностей нарушений письма слов, фраз различной структурной сложности, осуществлен с учетом следующих критериев:

- уровень сложности слоговой структуры слова, доступный для написания и звукобуквенного анализа, наличие стечений гласных и согласных в словах;

- количество и характер ошибок при письме и звукобуквенном анализе;

- уровень сложности перешифровки собственного замысла и знаний в графические знаки, на уровне самостоятельного записывания слов и самостоятельного записывания фраз;

- темпинговые характеристики воспроизведения слов (скорость, латентный период, количества повторений инструкции).

*1.Методика. Обследование двигательных автоматизмов.* По результатам обследования самостоятельное записывание хорошо знакомых слов (автоматизированное письмо) сложной слоговой структуры без опор,

испытуемые с эфферентной моторной афазией согласно критериям оценивания распределились по уровням успешности следующим образом:

Задание №1

Средний уровень – 55% испытуемых;

Уровень ниже среднего– 30 % испытуемых;

Низкий уровень – 15 % испытуемых.

Задание №2

Средний уровень – 35% испытуемых;

Уровень ниже среднего– 15 % испытуемых;

Низкий уровень – 50 % испытуемых

Состояние автоматизированного письма при самостоятельном записывании относительно сохранно, за счет сохраненных автоматизированных звеньев в структуре письма. Часть пациентов способны записать свои ФИО и домашний адрес, хотя и с редкими ошибками специфического характера, персеверациями, пропусками, не дописыванием слова. Анализируя результаты можно сказать, что у большей половины обследуемых двигательные автоматизмы при письме первично сохранены. При выполнении задания №1 чуть больше половины обследуемых пациентов, 11 человек показали средний уровень успешности, справились с заданием (55%), Более успешными по результатам задания № 2 этой методики оказались пациенты которые находились на повторном курсе речевой реабилитации, они показали средний уровень , что составило 35% от общего числа результатов. Это пациенты, которые находились на повторном курсе речевой реабилитации, их возраст не превышал 50 лет. Но даже им не удалось справиться с заданием на высоком уровне, так как в данном задании требовалось воспроизвести автоматизмы более сложного уровня, то есть менее частотные чем в первом задании. Это говорит о том, что двигательные автоматизмы у обследуемых пациентов сохранены частично.

Уровень ниже среднего в первом задании (30%) показали 6 пациентов, все из которых находились на речевой реабилитации в первый раз. В эту группу попали пациенты, возраст которых не превышал 55 лет.

Труднее всех справиться с заданием было тем пациентам, у которых это был первый курс речевой реабилитации и возраст был старше 55 лет. Эта группа составила 15% и показала низкий уровень. По заданию №2 показатели среднего уровня успешности составили 15% , что в половину меньше чем в первом задании, показатели низкого уровня успешности в этом задании составили 50% , это говорит о том что данный уровень автоматизмов более сложный и не доступен для большей половины обследуемых.

Характер ошибок на всех трех уровнях был одинаковый:

- персеверации;
- пропуски гласных и согласных при стечении;
- перестановки букв;
- не дописывание слов.

Качественный характер ошибок представлен в приложении в виде таблицы.

Такой характер ошибок говорит о нарушении звукобуквенного анализа слова, о проблеме удержания порядка звуков (букв ) в словах , нарушено осознание последовательности звуков в слогах и словах, это обусловлено нарушением центрального механизма кинетической схемы письма в результате центрального дефекта.

Распределение испытуемых по уровням успешности в ходе выполнения заданий № 1, методики №1 представлены на рисунке 1.

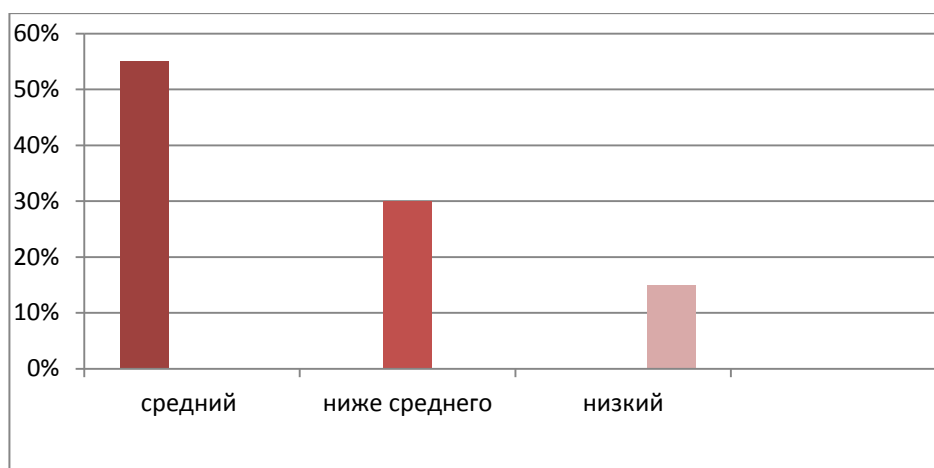


Рисунок 1 – Распределение взрослых по уровням успешности при выполнении самостоятельно автоматизированного письма. Задание №1.

Распределение испытуемых по уровням успешности в ходе выполнения заданий № 2, методики №1 представлены на рисунке 2.

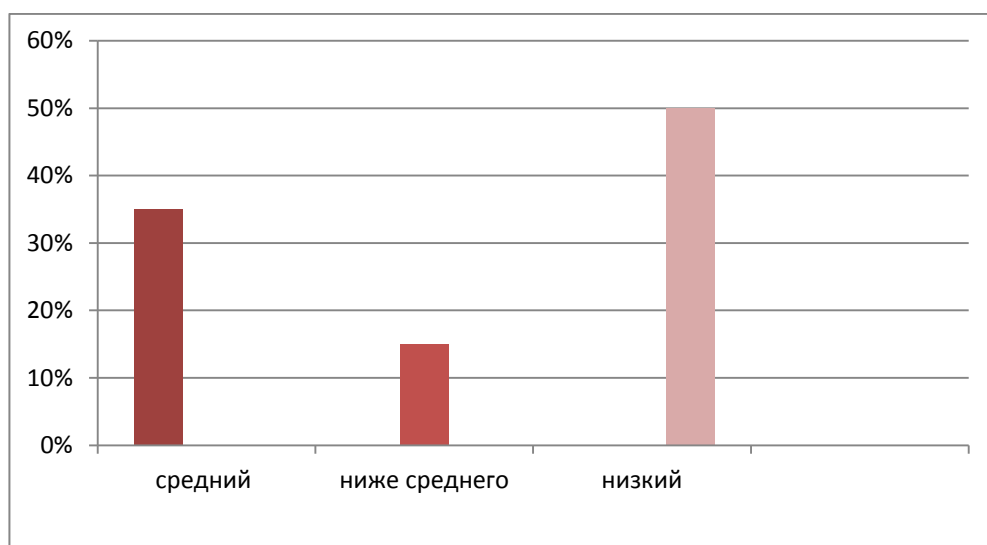


Рисунок 2 – Распределение взрослых по уровням успешности при выполнении самостоятельно автоматизированного письма. Задание №2.

*2.Методика. Списывание текста.* Списывание текста из 4 предложений «Курица и золотые яйца» двумя способами:

*Задание №1* списывание без проговаривания вслух;

*Задание №2* списывание с дополнительной опорой в виде проговаривания.

По результатам обследования было выявлено три уровня успешности. По уровням успешности пациенты разделились следующим образом:

*Задание №1:*

Средний уровень – 30% испытуемых;

Ниже среднего – 40% испытуемых;

Низкий уровень – 30 % испытуемых.

*Задание №2:*

Средний уровень – 60% испытуемых;

Ниже среднего – 35% испытуемых;

Низкий уровень – 5 % испытуемых.

В первом задании средний уровень показали 6 пациентов (30%) пациентов, все имели высшее образование, и большинство из них находились на повторном курсе речевой реабилитации, возраст пациентов был разный. Пациенты справились с заданием, с редкими ошибками, которые были исправлены самостоятельно в процессе письма с помощью самоконтроля. Но даже у этой категории пациентов списывание текста носило по буквенный характер, что говорит о трудностях осознания последовательности букв (звуков) в словах, успешность пациентов на этом уровне определяется более сохранным уровнем самоконтроля который опирался на зрительные опоры. Количество ошибок при списывании не превышало десяти.

Уровень ниже среднего в первом задании показали 8 человек (40%) пациентов. Трудности выполнения задания заключались в большом количестве ошибок (более 10), которые допускали пациенты и не замечали их. В эту группу попали пациенты с достаточно смешанными характеристиками, и те кто впервые проходили курс реабилитации, и те кто был повторно, возраст и образование тоже были не однородны, таким образом показатели этого уровня являются усредненным значением для данной функции письма, данной категории пациентов. Низкий уровень

успешности показали 6 (30%) пациентов. Трудности выполнения задания заключались в безуспешных попытках списывания текста, или было возможно списывание только части текста, с множественными ошибками. Этот уровень успешности показали пациенты впервые находящиеся на курсе речевой реабилитации, и их возраст превышал 60 лет.

Во втором задании с использованием дополнительной опоры в виде проговаривания, и включением самоконтроля с помощью слуховых и зрительных анализаторов распределение по уровням успешности получилось следующее:

Средний уровень успешности показали 12 (60%) обследуемых, что значительно больше чем в первом варианте обследования, в данную группу добавились почти все пациенты (кроме 2-х человек) которые в первом варианте показали уровень ниже среднего, для них добавление дополнительной опоры в виде проговаривания помогло справиться с трудностями осознания последовательности букв (звуков) в словах, они с помощью опор и включением самоконтроля выполнили задание с меньшим количеством ошибок (до 10), возраст пациентов данной группы был разный. Перемещение пациентов в данном задании, наглядно показывает важность вынесения опор при письме во вне, в результате помощи в виде проговаривания уровень успешности вырос в два раза.

Уровень успешности ниже среднего при выполнении второго задания показали 7 (35%) обследуемых. В эту группу попали пациенты, у которых было среднее образование, и они впервые находились на реабилитационном курсе, их возраст не был в одной возрастной группе. При выполнении данного задания наблюдалась динамика, пациенты которые в первом задании показали низкий уровень успешности, (только частично справились со списыванием текста), при добавлении проговаривания смогли полностью справиться с заданием, хоть и с множественными ошибками (более 10).

Низкий уровень успешности (5%) показал один пациент, при выполнении второго задания этот пациент смог списать текст частично (заголовок и часть первого предложения) с множественными ошибками, в первом варианте попытки списывания у этого пациента были безуспешные. Возраст пациента 67 лет, образование высшее, впервые проходит реабилитационный курс.

Проанализировав данную методику можно выявить, что списывание относительно доступно для взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией. Характер и количество ошибок не смотря на наличие опоры в виде текста обусловлено центральным дефектом, трудностями осознания порядка букв (звуков) в словах, слов в предложении. У испытуемых показавших средний уровень успешности количество ошибок небольшое, единичные персеверации из предыдущих слов, очень редко не дописывание слов, пропуски в сложных стечениях согласных и гласных, тоже в единичных случаях. Пациенты опирались на две опоры, зрительную и на слуховую, это помогло справиться с заданием. Таким образом, в выполнении заданий этой методики виден пример как внутренняя схема процесса письма (в нашем случае кинетический механизм письма) выносится наружу и осуществляется за счет внешних опор на сохранные анализаторы, и постоянного самоконтроля.

На уровне ниже среднего пациенты совершали редкие ошибки в виде персевераций букв, слогов и в некоторых случаях слов.

Например: *была была одна такая.*

На низком уровне у испытуемых наблюдались множественные ошибки, персеверации букв, слогов, пропуски союзов. Другим пациентам было затруднительно выполнять задание, они сбивались и не дописывали текст. Наблюдались ошибки в виде персевераций.

Например повторения слога: *получичить* (получить), *у нее не не было* (у нее не было), *захозателось* (захотелось).

Данный уровень показали пациенты с более старшим возрастом (60-67 лет) по отношению к другим, а также впервые поступившие на речевую реабилитацию. Наиболее часто фиксировались следующие типы нарушений:

- персеверации букв, слогов, слов (*золотые*);
- сокращения количества слогов, пропуски (*корая-которая*);
- пропуски гласных и согласных в стечениях (*яца-яйца, курица-курица, неса-несла*).

Списывание на всех уровнях успешности носило характер переписывания по буквам и слогам. Текст, для списывания представлен в Приложении А.

Анализ данного обследования показал, что у пациентов увеличилось количество специфических ошибок, увеличивалось время обдумывания при записи букв слогов, особенно при стечении гласных и согласных, в написании слов с трехсложной и более слоговой и структурой так же увеличен латентный период. Убрав одну из опор, пациентам становится труднее удерживать кинетический механизм письма, и в результате более явно проявляется нарушение процесса переключения что является центральным дефектом в основе эфферентной моторной афазии.

На рисунках 3, 4 сравним эти два обследования.



Рисунок 3. - Списывание текста пациентами с эфферентной моторной афазией, без проговаривания.





Рисунок 4 - Списывание текста пациентами с эфферентной моторной афазией, с проговаривания.

Сравнивая эти результаты, мы видим, что часть пациентов справилась хуже с заданием, появились ошибки: perseverации, пропуски, не дописывание слова.

Анализируя эти два обследования, можно сказать, что вынос дополнительных опор при письме, во вне дает возможность, пациентам анализировать последовательность звуков, букв, слогов и слов. Что является трудно доступным или совсем недоступным в спонтанном письме. Эти приемы будут основой в разработке программ восстановительного обучения.

### *3.Методика. Письмо под диктовку.*

#### *Задание№1* письмо под диктовку без проговаривания

При обследовании письмо под диктовку без проговаривания пациенты показали такие уровни успешности выполнения задания:

Средний уровень -0%

Уровень ниже среднего – 45%

Низкий уровень – 55%

Средний уровень успешности в данном задании был не доступен для всех пациентов. В задании предлагались для написания под диктовку слова разной слоговой структуры. Слова из трех слогов со стечением согласных

вызывали трудность написания, в результате центрального дефекта (осознания сукцессивной схемы слова) у всех пациентов.

Уровень ниже среднего показали 9 человек (45%), все из которых имели высшее образование, большинство (7 человек) находились на повторном курсе речевой реабилитации, возраст их находился в пределах от 52-63 лет. Пациентам были доступны для написания под диктовку слова из одного, двух слогов, в словах более сложной слоговой структура у большинства пациентов были трудности написания, а в некоторых случаях совсем недоступны.

Низкий уровень успешности показали 9 человек (45%), для данной группы обследуемых были доступны для написания под диктовку слова из одного слога, пациенты в основном (7 человек) имели среднее образование, все они находились на первичном курсе реабилитации. Возраст их был не однороден.

Характер ошибок при письме под диктовку: нарушение последовательности в стечении гласных и согласных, пропуски в стечении гласных и согласных, персеверации букв слогов.

Например (*катина-картина, сонце-солнце, балалалайка-балалайка*).

При обследовании письмо под диктовку с проговариванием *Задание №2* пациенты показали такие уровни:

Средний уровень -45%

Ниже среднего – 45%

Низкий уровень – 10%

Небольшое улучшение результатов успешности среднего уровня можно объяснить добавлением опоры в виде проговаривания, выносом вовне механизма письма.

Характер ошибок не изменился, только в ряде случаев стало возможным для некоторых пациентов написание более сложных по слоговой структуре слов то, что в задании №1 этого комплекса вызывало

затруднения. Распределение по уровням получило такую динамику: все пациенты показавшие в первом задании уровень успешности ниже среднего, с добавлением опоры в виде проговаривания в задании №2 показали средний уровень успешности, все справились с написанием слов из трех слогов под диктовку с проговариванием, но слова более сложной слоговой структуры все так же остались для них недоступными. Ошибки имели тот же характер как в других заданиях.

Уровень успешности ниже среднего в данном задании показали те пациенты, 9 человек (45%), которые в первом задании смогли написать односложные слова. Для них опора в виде проговаривания помогла справиться с написанием слов из двух слогов.

Низкий уровень успешности показали 2 обследуемых человека (10%). Эти пациенты были самые старшие в нашей группе обследуемых (67, 66 лет), оба они были первично на курсе речевой реабилитации. Один из данных пациентов имел высшее образование и даже на низком уровне смог показать динамику при добавлении опоры в виде проговаривания, написав во втором задании простое слово из одного слога, что при выполнении в первом задании было для него не доступно.

На рисунке 4, 5 рассмотрим два варианта обследования письма под диктовку:

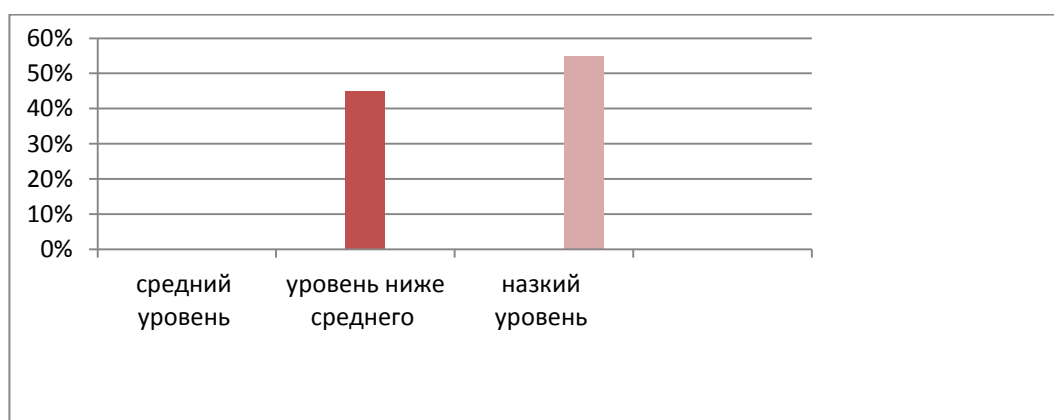


Рисунок – 4. Распределение по уровням успешности при письме под диктовку пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести, без проговаривания.



Рисунок 5. - Распределение по уровням успешности при письме под диктовку пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести, с проговаривания.

В результате данного обследования видно, что увеличение внешних опор повышает качество письма и показателей успешности у пациентов с эфферентной моторной афазией. Здесь в качестве вспомогательной опоры используется слуховой анализатор в виде дополнительного проговаривания, тем самым выносится процесс звукобуквенного анализа во внешнюю схему, и это позволяет частично справиться с трудностями, которые возникают в результате центрального дефекта (осознания последовательности букв/звуков в слове).

*4. Методика. Звукобуквенный анализ и синтез.* В эту методику вошло четыре задания на обследование звукобуквенного анализа слова.

1. Определение количества букв в слове.
2. Определение позиции звука в слове.
3. Перечисления по буквам слова.
4. Составление слова из изолированно предъявленных букв.

Во всех заданиях данного комплекса предлагались слова с разной по сложности слоговой структурой, слова предлагались трех, четырех уровневой сложности.

Распределение испытуемых по уровням успешности в ходе выполнения задания произошло следующим образом :

Средний уровень – 0%;

Уровень ниже среднего – 25 %.

Низкий уровень-75%.



Рисунок 6. – Распределение испытуемых с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести, по уровням успешности при выполнении заданий на звукобуквенный анализ и синтез.

При выполнении данного комплекса заданий, пациенты распределились следующим образом.

Средний уровень успешности выполнения этой методики подразумевал владение звукобуквенным анализом на уровне слов из трех слогов со стечением согласных и гласных и анализом слов из пяти букв. Данный уровень успешности не показал ни кто из обследуемых.

Наибольшие трудности при выполнении данного задания, пациенты испытывали в подсчете количества букв в более длинных словах и словах со сложной слоговой структурой. Подсчет велся пациентами в уме без опоры на

образ слова, трудность выполнения задания обусловлена по мимо звуко-буквенного анализа, удерживать в уме порядковый счет. Все эти трудности обусловлены центральным дефектом, нарушением осознания порядка расположения букв, в словах. Только 5 пациентов (25%) показали уровень успешности ниже среднего, это значит, что для них было доступно выполнение заданий на уровне одного двух сложных слов, и разбор по порядку, собиание слов из 4-5 букв. Этот уровень успешности показали пациенты все проходившие повторный курс реабилитации, все они имели высшее образование, возраст их не превышал 63 лет. Трудности в выполнении данного комплекса заданий обусловлены центральным дефектом и нарушены первично. Успех в выполнении заданий некоторыми пациентами в большей степени объясняется, результатом обученности в процессе восстановительного обучения.

15 пациентов (75%) показали низкий уровень успешности выполнения задания, в большинстве пациентам были недоступны даже самые простые задания этого комплекса, звуко-буквенный анализ вызывал трудности даже в односложных простых словах. Это прежде всего обусловлено центральным механизмом дефекта, кинетической апраксией.

Характерными ошибками и трудностями в этом обследовании были застревания на предыдущих звуках, застревании в стечениях, пропуски звуков, удлинённый латентный период. Абсолютно все обследуемые пациенты при определении позиции звука вели подсчет вслух проговаривая каждый звук, иногда помогая себе считая на пальцах, привлекая тем самым на помощь себе все возможные внешние опоры, это говорит о трудностях в осознании позиции звука в слове, и обусловлено это нарушением кинетического механизма переключения и осознания последовательности звуков в слове, для реализации которого, для пациентов с эфферентной моторной афазией требуется вынос его схемы из внутреннего процесса во внешний, с привлечением внешних опор. У пациентов были ошибки такого

характера: при перечислении слов по буквам, пациенты пропускали согласные в стечении ( например романтика – р-о-м-а-....т..а...т..к-а) , персеверации букв внутри слова ( балалайка- б-а-л-л...-л..). В результате персевераций в начале слова пациенты теряли порядок и при неоднократных попытках не могли его восстановить.

*Методика №5. Спонтанное письмо. Написание названия предметов под опорными картинками.*

Распределение испытуемых по уровням успешности в ходе выполнения задания произошло следующим образом:

средний – 10%;

уровень ниже среднего – 30%;

низкий уровень- 60%.

И представлено на рисунке 8.



Рисунок 8. – Распределение испытуемых по уровням успешности при написании названия предметов с опорой на картинный материал.

Анализ данной методики показал, что средний уровень успешности показали только два человека (10%), оба этих человека имели высшее образование и находились на повторном курсе речевой реабилитации, у остальных пациентов были уровни ниже среднего и низкий уровень соответственно 5 человек(30%) и 12 человек (60%).

Характеристика ошибок на всех уровнях типичный для данного нарушения это - персеверации из предыдущих слов , внутри слова ; пропуски при стечении; не дописывание слова. Пациенты среднего уровня совершали ошибки в словах с более сложной слоговой структурой (например ножницы-НОЖНИЦЫ, верблюды - ВЕРЛЮД), замечали и исправляли некоторые ошибки, пациенты которые показали результаты ниже среднего уровня затруднялись в написании таких названий как ВЕРБЛЮД, НОЖНИЦЫ, ДВЕРЬ, им были доступны более частотные и простые слова (МАШИНА, ДОМ), большей части пациентам с низким уровнем успешности данное задание было затруднительно и недоступно, обусловлено это тем что функция письма этих пациентов страдает способности к перешифровке собственного замысла ( опорные картинки) в графические знаки.

*Методика №5. Спонтанное письмо.*

*Задание №1.* Написать самостоятельно любую фразу.

*Задание №2.* Задать вопрос в письменной форме

Распределение испытуемых по уровням успешности в ходе выполнения задания произошло следующим образом:

Средний уровень - 0%;

Ниже среднего уровень- 5%

Низкий уровень - 95%

В данной методике обследования, средний уровень успешности был недоступен для всех пациентов. Только один из пациентов смог записать две фразы из двух слов каждая и показал уровень ниже среднего. Этот пациент и во всех предыдущих обследованиях показывал лучшие результаты, возраст этого пациента 54 года, он имеет высшее образование, и неоднократно проходил курсы речевой реабилитации. Все эти совокупные факторы , а также предыдущее восстановительное обучение , дает такие хорошие результаты. У всех остальных 19 пациентов письмо фраз вызывает большие трудности. В лучшем случае у некоторых пациентов выявлены попытки



записывания словосочетания из двух слов, с множественными аграмматизмами.

Распределение пациентов по уровням успешности в выполнении заданий на самостоятельное письмо фраз представлено на рисунке 9.

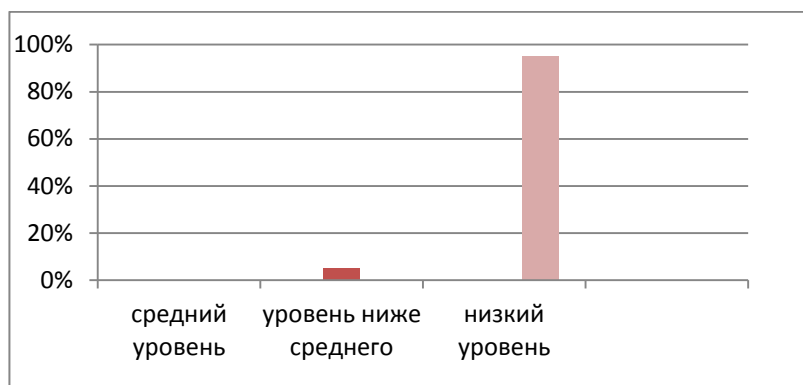


Рисунок 9. - Распределение пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести по уровням успешности в выполнении заданий при самостоятельном письме фраз.

Проанализировав все протоколы обследования письма пациентов с эфферентной моторной афазией, согласно нашим критериям оценивания, мы выявили по результатам всего протокола средний уровень успешности каждого пациента по данной методике обследования. Результаты по каждому пациенту представлены в таблицах, в Приложении Б. Распределение пациентов произошло следующим образом:

Средний уровень успешности владения письменной речью был недоступен данным пациентам; уровень успешности ниже среднего показали 7 пациентов и составили 35%; низкий уровень успешности показали 13 пациентов и составили 65%. Такое распределение отражено на рисунке 10.

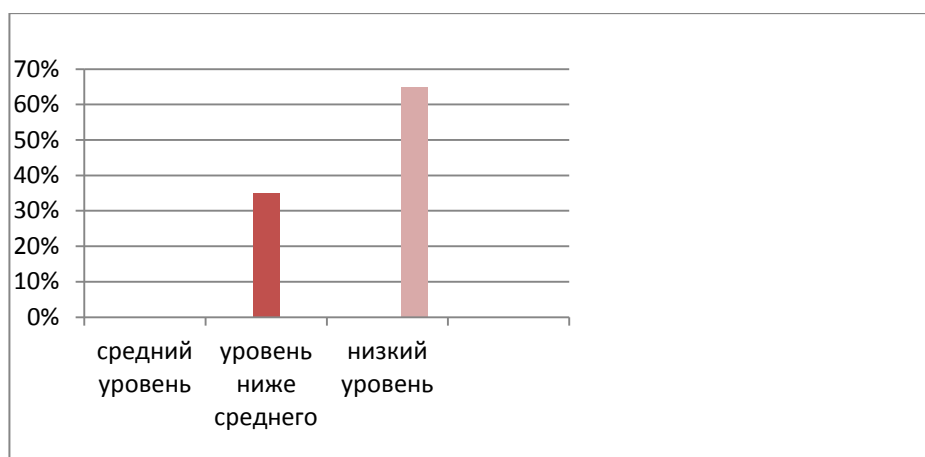


Рисунок 10 - Распределение обследуемых пациентов по уровням успешности выполнения заданий, по результатам всего протокола.

Группу с уровнем успешности ниже среднего составили пациенты возраст которых находился в пределах от 52 до 57 лет; все пациенты имели высшее образование; шесть из семи пациентов находились на повторном курсе реабилитации. Из этого можно сделать вывод о важности таких факторов как возраст пациента и его образование.

Низкий уровень успешности выполнения заданий обследования показали пациенты, более старшего возраста, от 57-67 лет, в большинстве имели среднее образование и в первые, поступили на речевую реабилитацию. Сочетание хотя бы двух из этих факторов, значительно снижает уровень успешности при письме. Такое распределение позволяет нам предложить дифференцированные методические рекомендации по восстановлению письма с учетом остаточных навыков пациентов, и достигать еще более лучших результатов по восстановлению письма у взрослых с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести.

### **§ 2.3 Методические рекомендации по устранению нарушений письма у взрослых с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести**

Проблема дифференцированного восстановительного-логопедического воздействия при афазии остается актуальной и неразрывно связана с диагностикой и изучением структуры дефекта. В связи с этим на основании анализа литературы по проблеме исследования и результатов констатирующего эксперимента определено содержание логопедической работы по коррекции нарушений письма у взрослых с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести.

При составлении методических рекомендаций мы опирались на работы Л.С. Цветковой, Т.Г. Визель, Л.Б. Клепацкой, М.К. Шохор-Троцкой (Бурлаковой) и др.

Цель методических рекомендаций - постепенное и последовательное восстановление структуры письменного высказывания, преодоление персевераций и аграмматизмов при письме.

Основными задачами восстановительной педагогической работы при эфферентной моторной афазии являются:

1.преодоление патологической инертности в звене порождения слоговой структуры слова (восстановление плавного, аналитического письма);

2.восстановление у больных осознания динамической схемы слова при письме;

3.восстановление чувства языка, преодоление аграмматизмов и персевераций при письме фразы, обучение письму фразы);

4.преодоление инертности выбора слов, аграмматизма.

При эфферентной моторной афазии работа опирается на сохранную парадигматическую систему и на привнесение извне логопедом программы и схемы речевого высказывания, начиная от программирования и планирования слоговой структуры слова и заканчивая восстановлением планирования фразы и текста. Именно привнесенные извне средства, программирующие структуру слова и фразы (схемы, планы, программы),

позволяют преодолеть у больных с эфферентной моторной афазией трудности переключения с одного слога или слова на другое, восстановить кинестетическую мелодику речи, преодолеть персеверации, эхолалии, трудности слогов, входящих в слово, и слов, входящих во фразу.

Преодоление нарушенной произносительной стороны речи при эфферентной моторной афазии начинается с восстановления ритмико-слоговой схемы слова, его кинетической мелодики.

При нарушении письма работа начинается со слияния звуков в слоги. Больной, повторяя слог, складывает его из букв разрезной азбуки. Затем из освоенных слогов составляется простое слово типа ру-ка, во-да, мо-ло-ко и т. д. с опорой на ритмически отхлопываемую слоговую структуру слова, а также на схемы слова. Используется работа по автоматизации слов с определенной ритмической структурой: предлагается читать серии слов с одной слоговой структурой, написанных столбиком. Постепенно слоговая структура слова усложняется. Больной сопряженно с логопедом, а затем самостоятельно читает разделенные на слоги рифмующиеся слова.

Для восстановления плавного письма больного обучают многократно писать левой рукой сначала отдельные прописные буквы, затем слова и фразы. Полезно провести курс подготовительных прописных упражнений, предупреждающих персеверации элементов букв при записи слов. На стадии частичного восстановления звукобуквенного анализа состава слова от разрезной азбуки переходят к записи слов и легких фраз во время слуховых диктантов. При этом больной должен проговаривать каждое слово по звукам, иногда предварительно складывать трудные слова из разрезной азбуки.

На поздних этапах восстановления звукобуквенного анализа состава слова решаются простые кроссворды, составляются короткие слова из букв многосложного слова, пишутся разной степени сложности письма и сочинения, ведутся дневники и т. п. Логопед в процессе индивидуальной и

коллективной работы с больными с афазией, модифицирует имеющиеся в арсенале дефектологии приемы и методы коррекционно-педагогической работы, привнося свой индивидуальный опыт.

При составлении методических рекомендаций нами учитывались следующие принципы:

- принцип использования сохранных анализаторных систем (афферентаций) в качестве опоры при обучении. Этот принцип основывается на учении о функциональных системах и их пластичности, на представлении о полирецепторности их афферентного поля и о «запасном фонде» афферентаций;

- принцип создания новых функциональных систем, включающих в работу новые звенья на основе других афферентаций, не принимавших прежде прямого участия в отправлении пострадавшей функции. Включение таких звеньев заново конструирует функциональную систему. Функция начинает осуществляться на иных мозговых основах и отличается от прежней не только по психологической структуре (по составу звеньев), но и по внешнему ее протеканию;

- принцип опоры на разные уровни организации технической функции, в том числе и речи. Восстановительное обучение должно учитывать наличие разных уровней организации функциональной системы, на которых может быть реализована пострадавшая функция. При афазии чаще всего страдает более высокий и произвольный уровень речи, остаются сохранными упроченные, автоматизированные ее уровни. Опора на них позволяет восстановить более высокие уровни речи;

- принцип контроля. Этот принцип, введенный П. К. Анохиным, Н. А. Бернштейном и А. Р. Лурией, исходит из положения, что лишь постоянный поток обратной информации обеспечивает слияние выполняемого действия с исходным намерением и своевременную коррекцию допускаемых ошибок. Отсюда становится понятным

использование ряда средств (магнитофон, зеркало, указания педагога на успешность выполнения задания и др.);

- принцип учета личности больного. Восстановительное обучение должно исходить из задач лечения человека, восстановления функций у больного человека, а не из задач изолированного восстановления каких-либо умений. Для того чтобы успешно восстановить функцию, нужно прежде всего восстановить деятельность самого человека, снять мешающие ему установки, организовать и направить его активность. Характер деятельности субъекта определяется в первую очередь мотивами, лежащими в ее основе, т. е. тем, ради чего человек осуществляет эту деятельность. Мотивы могут быть различны, различна эффективность деятельности, поскольку она зависит от мотива. Поэтому в восстановительном обучении необходимо формировать нужные мотивы деятельности больных. Учет личности больного, индивидуальности должен проходить красной нитью через восстановительное обучение;

- принцип опоры на сохранные формы вербальной и невербальной деятельности больного. Больной человек в прошлом имел широкий социальный опыт, в частности опыт интеллектуальной, речевой, трудовой, игровой деятельности. Этот опыт не исчезает, остаются сохранными многие формы деятельности человека. Чаще всего сохраняются упроченные в прошлом опыте действия, которые протекают на менее произвольном уровне. Поэтому использование остаточных возможностей наиболее упроченных форм деятельности должно стать одним из важных принципов обучения. Опора на сохранные формы деятельности (игровая деятельность, пение, чтение стихов, счет и др.) в процессе обучения позволяет временно перевести пострадавшую функцию на другой, более низкий и доступный больному уровень ее осуществления.

- принцип программированного обучения. Принцип программирования

(или систематического управления извне) восстановления пострадавшей функции является одним из способов реализации четвертого принципа. Больной с афазией нуждается в такой организации его деятельности и в таких методах, которые бы позволили ему самостоятельно выполнять сначала операции, а затем и действия с целью выполнения задач (говорения, понимания, письма и др.). Этот принцип предусматривает разработку программ, состоящих из ряда последовательных операций, выполнение которых больным (сначала с педагогом, а позже и самостоятельно) приводит к реализации нарушенного умения (способности) говорить, понимать, писать и т. д;

- принцип «от простого — к сложному». Формальная сложность вербального материала не всегда совпадает с его психологической сложностью при восстановлении речи. Поэтому известный дидактический принцип «от простого — к сложному» должен учитываться и в восстановительном обучении, однако при этом должен быть подвергнут тщательному анализу вопрос о сложности материала в каждом случае и при каждой форме афазии;

- учет объема и степени разнообразности материала — вербального и картиночного. Объем должен быть «комфортным », т. е. не загружать внимания и не становиться его предметом. Нужно работать на малом объеме и малом разнообразии материала. И только после относительного восстановления того или иного умения (говорить, понимать, классифицировать и т. д.) можно увеличивать объем материала и его разнообразие;

- учет сложности вербального материала, учет объективной и субъективной (для данного больного) частотности лексики, фонематической сложности, длины слов, фраз, текста;

- учет эмоциональной сложности материала. Вербальный (и невербальный) материал должен создавать благоприятный эмоциональный фон для занятий, стимулировать положительные эмоции [33,47].

Требования:

Перечисленные принципы восстановительного обучения, являясь его научной основой, выдвигают ряд требований к методам, применяемым в практике обучения больных с афазией.

Первым требованием к методам восстановления речи при афазии является их адекватность механизму нарушения речи. В процессе восстановительного обучения психолог должен идти не от симптома (больной «не говорит» или «не понимает речь» и т. д.), а от его механизма. Механизм симптома будет разный, поэтому и методы восстановления должны быть разными, но соответствующими механизму дефекта.

Второе требование — обходные методы. Методы должны воздействовать на дефект не прямо («в лоб»), а обходя непосредственный дефект с целью его преодоления с опорой на сохранные уровни и звенья в структуре функции.

Третье требование — применение опосредствованных методов, воздействующих на нарушенную при афазии речь через другие психические процессы и образования: восприятие, память, мышление, предметные представления, эмоционально-волевою сферу, личность [36,47,49].

Методы должны быть не изолированными, а системными. Системность методов обеспечивает системное воздействие на дефект и восстановление не частных речевых операций, а вербального поведения в целом. Наиболее оптимальными методами обучения, приводящими к стойкому восстановительному эффекту, могут стать такие методы, которые позволяют воссоздать в развернутом виде внутреннюю структуру нарушенного звена в распавшейся функции с помощью вынесения наружу отдельных операций, строго соответствующих структуре дефекта,



последовательное выполнение которых может привести к осуществлению пострадавшей деятельности.

В восстановительном обучении, необходимо учитывать избирательность в содержании методик, последовательность в выполнении операций, многократную повторяемость (упражняемость) программы в процессе обучения, опору на внешние вспомогательные средства. Это создает условия для высокой степени активности и самостоятельности больного в преодолении дефектов. Сначала правильно составленные методические рекомендации будут являться средством управления восстановлением функции, а после овладения ею она выступит для больного как средство самоуправления, как способ выполнения тех или других действий [47].

Учитывая результаты проведенного обследования, опираясь на выше перечисленные принципы и требования восстановительного логопедического воздействия по устранению нарушений письма у взрослых пациентов, с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести, выделяем три группы:

- 1) пациенты, показавшие при диагностике уровень успешности ниже среднего;
- 2) пациенты, показавшие при диагностике низкий уровень успешности.

Подобранный нами комплекс, методических рекомендаций по восстановлению письменной речи, у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести, имеет два этапа работы, которые включают направления работы, с дифференцированными по уровням успешности заданиями, направленными на восстановление структуры письменного высказывания и восстановление плавного письма, преодолениеperseverаций. Комплекс методических рекомендаций представлен в виде таблицы в Приложении В.

Опишем последовательно два представленных этапа работы подробнее.

***Первый этап.*** Восстановление и обучение анализу структуры слова, осознанию и удержанию последовательности звуков внутри слова.

Данный этап включает в себя следующие направления работы:

- *восстановление способности к звукобуквенному анализу состава слова.*

На данном направлении работы предлагаем следующие, дифференцированные по уровням успешности пациентов, задания.

Задание направленные на поэлементный анализ слова с использованием внешних опор.

Для низкого уровня успешности предлагается следующий ход занятия:

- 1) сначала пациент должен прослушать звучащее слово (*КОШКА*);
- 2) затем проговорить слово, отстукивая его ритмичную структуру (*КОШКА*);
- 3) с помощью букв разрезной азбуки подсчитать количество звуков в слове, сложить слово (*КОШКА*);
- 4) составить схему слова (*КОШКА*) и последовательно ее заполнить буквами;
- 5) списать слово (*КОШКА*)
- 6) записать по памяти слово (*КОШКА*)

Для уровня успешности ниже среднего предлагается следующий ход занятия:

- 1) пациент слушает, затем проговаривает слово (*КОРОБКА*);
- 2) составить схему слова (*КОРОБКА*) и последовательно ее заполнить буквами;
- 3) записать по памяти слово (*КОРОБКА*).

На данном уровне опускаются складывание слова из разрезной азбуки и списывание. Работа ведется со словами из 2-х, 3-х слогов со стечением согласных и гласных.

После достаточного количества упражнений с этой программой можно начинать работу над придумыванием слов к готовой схеме.

Для низкого уровня успешности предлагается следующий ход занятия:

1) пациенту дается схема из трех квадратиков, предлагается придумать слово из трех букв и заполнить схему соответствующими буквами. Для облегчения нахождения слова называем обобщенную группу предметов «ЖИВОТНЫЕ», из которой пациент может выбрать слово;

2) пациент списывает составленное слово;

3) пациент пишет по памяти составленное слово, тщательно проговаривая;

Для уровня успешности ниже среднего предлагается следующий ход занятия:

1) пациенту дается схема из 4-5 квадратиков, пациент придумывает и в слова и заполняет схему, с опорой на обобщающее слово «ЕДА».

2) Пациент записывает слово самостоятельно по памяти без зрительной опоры, но тщательно проговаривая.

*Задания на звуковой анализ слов, состоящих из слов, отличающихся одним звуком или различным порядком звуков в слове.*

Для низкого уровня успешности предлагается следующий ход занятия:

Задание: подчеркните буквы, от замены которых меняется смысл слова.

Спишите эти слова.

*Дом-дым, бак-бок, бык-бук, год-гид, пить-петь, нес-нес, нес-тес мак-рак-бак-лак-так, дуб-чуб-куб-зуб, дом-том-ком-ром-бом-сом, зов-ров-лов, рот-кот, пуп-суп, зуд-пуд-суд, день-пень-тень-лень, мука-рука, Маша-Даша, каша-Саша-Паша-чаша, поза-доза, Маня-Ваня-Саня-Таня, Мила-сила-шила-била.*

Для уровня успешности ниже среднего предлагается следующий ход занятия:

Задание: исправьте ошибки в данных словах, объясните ее, запишите в тетрадь правильное и неправильное слова. Слова: *оргада, порной, огрод, афавит, ябоко, портерт, карадаш, пепепница.*

Следующее направление работы первого этапа:

- *восстановление навыка слияния букв в слоги, слогов в слова.*

Задания для низкого уровня успешности.

Задание: прочитайте слоги и переставьте их так, чтобы получилось слово, запишите полученные слова, с проговариванием:

*Ша-ка, ка-сум, жа-лу,но-ок, па-ла, ва-со, ки-оч, ка-му, ло-мы, да-во, ла-ти, ка-вил.*

Задание: составить слово, ориентируясь на направления стрелок, записать в тетрадь все полученные слова, с проговариванием:

Р	КО	ЛА
У --- СЫ    Н	РО    ЗА --- БОР	БЫ    ЗУ    БР
Т	Л	РЬ

Задание: составить как можно больше слов из исходного слова «МОЛОКО» путем перестановки букв, слогов, составляющих его. Записать в тетрадь все полученные слова, с проговариванием

Задания для уровня успешности ниже среднего.

Задание: прочитайте слоги и переставьте их так, чтобы получилось слово, запишите полученные слова, с проговариванием:

*Ва-ко-ро, рек-ди-тор, ко-ло-мо, во-ро-да-ско, ку-ца-ри, га-ма-зин, даш-ка-ран, да-ро-бо.*

Задание: составить как можно больше слов из исходного слова «ТИПОГРАФИЯ» путем перестановки букв, слогов, составляющих его. (усложняется слоговой структурой слова);

Задание: составить разные слова на основе данного общего слова «КОЛ» с последующим звукобуквенным анализом. Записать в тетрадь все составленные слова ( Например: кол-хоз, кол-ба-са, кол-лек-тив, кол-дун и т.д.)

На первом этапе пациенты должны овладеть программой выполнения действия письма, научиться умению пользоваться системой вспомогательных средств, писать с их помощью слова, используя проговаривание и прибегая к помощи остальных средств в трудных словах. Затем переходят к обучению письму фразы.

**Второй этап. Восстановление письма фразы.**

Данный этап включает в себя следующие направления работы:

*Восстановление навыка развернутой письменной речи: преодоление аграмматизма, персевераций при письме фраз.*

Направления работы: преодоление дефектов внутреннего планирования и программирования внешнего высказывания, актуализация глаголов.

Задания для низкого уровня успешности :

Задание : составление фразы согласно схеме заменяя слова графическими изображениями, картинками, полосками.

Кто? Что?	Что делает?	Что? Во что?
Подлежащее	Сказуемое	Дополнение

Задание делается с проговариванием, сначала без записи, позже картинки заменяются проговариванием и записью слов.

Задание: пациенту дается слово – глагол «идет» и ряд картинок, из которых, пациент должен выбрать картинки, изображающие предметы явления, которым присуще это общее действие «идти». Нужно назвать эти предметы (явления) и записать в тетрадь отношения слов в виде схемы:

- время  
 - дождь  
 идет - снег

- (кто? что?) - человек  
 - горе  
 - дело

Затем пациенту предлагается составить «сетку» предикативных связей для слов, предмет-явление. Пациент сначала выбирает нужные картинки, на которых изображены необходимые действия, затем находит их вербальное выражение и записывает слова в виде следующей схемы:

- идет  
 - шумит  
 дождь - льет  
 (что делает?) - капает  
 - моросит

Затем предлагается составить предложения и записать в тетрадь . Например : «Идет человек. Идет снег».

Задание: дополнение фразы до целого, Предложения с пропущенным словом записывается пациентом, записывается и найденное слово. (Пациенту предлагается дополнять (дописать), такие фразы, заканчивание которых имеет однозначный характер.

- Ветер ветер ты могуч, ты гоняешь стаи ....
- Маленькая собачка до старости щенок.....

Задания для уровня успешности ниже среднего:

Задание : составить предложение с проговариванием, и записью слов согласно схеме, с опорой на сюжетную картинку.

Кто? Что?	Что делает?	Что? Во что?	Куда? Где?
Подлежащее	Сказуемое	Дополнение	Дополнение

Задание: пациент создает обогащенную сетку значений, методом последовательного наращивания смысловых связей и значений слов:

	- человек	-----	работает-----	рабочий
	- время		- отдыхает	- художник
	- идет-----	- поезд	- говорит	- ученик
	- снег		- дышит	- станок
	- дело		- ест	- время
дождь -	- льет-----	садовник		
(что делает?)	- сталевар-----	варит		
	- доярка		- берет	
	- свет		- пробивает	
	- шумит-----	гроза		
	- поезд			
	- улица			
	- ребенок			

Записать отрабатываемые сетки записать в тетрадь, составить в устной и письменной форме различные по содержанию предложения. Например: «Идет дождь. Человек идет на работу».

Задание: дополнение фразы до целого, Предложения с пропущенным словом записывается пациентом, записывается и найденное слово (дополнение фраз, конец которых не однозначен).

Используемая нами и описанная система приемов способствует восстановлению у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией осознания динамической схемы слова. Последовательность в работе, постепенное исключение внешних опор приводит к восстановлению возможности письма и к относительному сокращению и автоматизации этого действия. Важное значение, имеют те методы, которые используют слуховой и зрительный анализаторы в качестве ведущих. В связи с этим, работу по восстановлению письма у пациентов с низким уровнем показателей успешности следует начинать с этапа слияния звуков в слоги. Так как многим были доступны для письма только слова из одного двух

простых слогов. Для преодоления персевераций, трудностей звукобуквенного анализа предлагается: использовать внешние опоры при письме в виде зрительного и слухового анализатора, выносить процесс письма во вне используя все доступные для пациентов опоры. Для облегчения нахождения границ слога, можно использовать отбивание тактов, раскладку «фишек», соответствующих числу слогов в слове. В восстановлении письма фразы начинать работу с невербальных методов. Работать по схеме с использованием сюжетных картинок. Создавать и отрабатывать простые схемы предмет - действия, и наоборот действие – предметы. При работе с пациентами показавшими уровень успешности ниже среднего, можно начинать работу по восстановлению звукобуквенного анализа со словами из трех и более слогов, со сложными стечениями гласных и согласных, с постепенным убиранием (сворачиванием) внешних опор, в виде списывания и складывания слов из разрезной азбуки, чаще используя письмо по памяти. В работе по восстановлению слияния слогов в слова тоже нужно учитывать сохранность анализаторов, и доступность слоговой структуры, а так же добавлять задания, где пациент может попытаться сам образовывать слова, давая ему для этого только опорный слог, тем самым уменьшая вспомогательные опоры. В восстановлении фразовой речи при письме, следует учитывать доступность для данного уровня письма фраз из двух слов. На этом уровне можно сразу начинать работу с создания обогащенных сеток *предмет-действие-признаки*, выполнять задания на самостоятельное заканчивание фраз с неоднозначным ответом. Основными формами работы являются восстановительные логопедические индивидуальные занятия (три раза в неделю, продолжительностью 40 минут), наряду с занятиями проводимыми с пациентами логопедом, предусматривается выполнение домашних заданий (два раза в неделю).



Предложенные нами методические рекомендации по восстановлению письменной речи взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести имеют практическую значимость и могут быть востребованы специалистами в восстановлении письма у взрослых пациентов с моторной афазией.

## Выводы по 2 главе

1. В проведенном нами исследовании приняло участие 20 взрослых пациентов в возрасте 52-67 лет, находящиеся на курсе речевой реабилитации в отделении восстановления высших психических функций, нейрореабилитационного центра, имеющими заключение невролога «эфферентная моторная афазия средней степени тяжести».

2. Для проведения констатирующего эксперимента разработан диагностический комплекс на основе общепринятых в логопедии методик обследования письма, а также авторской методики обследования письменной речи при афазии Т.Г. Визель, В.М. Шкловского. Данная методика модифицирована и адаптирована к возрасту обследуемых пациентов. Самостоятельно разработаны критерии, балльная шкала оценивания и протоколы обследования.

3. Диагностический комплекс, включает в себя 6 методик, состоящих из 9 заданий. Проведен количественный и качественный анализ результатов по каждой методике с разным уровнем сложности заданий по каждой методике, и в целом по результатам обследования письма.

4. Сделаны следующие выводы:

– у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести, письмо нарушено не одинаково: различается как количество ошибок, так и состояние сохранных анализаторов;

– состояние сохранных анализаторов и возможности письма различной структурной сложности изолированно и во фразовой речи у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией зависит от ряда факторов, таких как: возраст, уровень образования, период восстановительного обучения.

– в основе нарушения письма у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести, лежат трудности осознания последовательности звуков в слове, в основе этих дефектов лежит нарушение

механизма переключения, и письмо нарушается как высокоавтоматизированный двигательный навык. Нарушение динамической схемы слов, связано с повреждением денервационных механизмов и является ведущим в структуре речевого дефекта.

6. Исходя из представленных выводов, составлены дифференцированные методические рекомендации по устранению нарушений письменной речи и приведены примеры конкретных упражнений.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нарушение письма является устойчивым и труднопреодолимым дефектом, последствия которого могут привести к инвалидизации пациента и ограничению его коммуникаций. В связи с этим, преодоление нарушений письма, у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести, одна из важнейшей задач восстановительного логопедического процесса.

На современном этапе, недостаточно проработан вопрос о дифференцированном подходе к восстановлению нарушений письма у пациентов с эфферентной моторной афазией, с учетом опор на сохранные анализаторы. Обращение к теме исследования обусловлено ее сегодняшней актуальностью как в связи с недостаточностью научно-теоретической и научно-методической базы, так и с увеличением количества взрослых пациентов с эфферентными моторными афазиями сосудистого и травматического характера.

Проведению констатирующего эксперимента предшествовал анализ литературных источников, который помог обобщить мнение разных авторов об особенностях нарушений письма у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести, а так же о факторах влияющих на состояние сохранных анализаторов, которые в свою очередь влияют на состояние функции письма у взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести. Это такие факторы как возраст пациентов, уровень образования, период продолжительность речевой реабилитации.

Качественный анализ письма пациентов, подтвердил выдвинутую нами гипотезу о механизме нарушения письма при эфферентной моторной афазии, в основе которого лежат трудности осознания последовательности звуков/букв в слове, в результате повреждения денервационных механизмов переключения, и письмо нарушается как высокоавтоматизированный навык.

По результатам проведенного анализа литературных источников по теме исследования был составлен диагностический комплекс и проведен констатирующий эксперимент, в котором участвовали 20 пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести.

Количественный и качественный анализ результатов обследования проводился по нескольким направлениям:

- обследования письма по 6-ти методическим комплексам. Задания, которые включала каждая из методик, имели разную степень сложности, в зависимости от предоставления или не предоставления сохранных опор;

- определения уровней успешности пациентов в выполнении заданий в зависимости от возможностей сохранных анализаторов, по каждой из методик и в целом по обследованию. Количественные результаты обследования показали что уровень нарушений при письме у пациентов не однородный, уровень успешности ниже среднего показали 7 пациентов и составили 35%; низкий уровень успешности показали 13 пациентов и составили 65%. Группу с уровнем успешности ниже среднего составили пациенты возраст которых находился в пределах от 52 до 57 лет; все пациенты имели высшее образование; шесть из семи пациентов находились на повторном курсе реабилитации. Из этого можно сделать вывод о важности таких факторов как возраст пациента и его образование. Такое распределение позволяет нам предложить дифференцированные методические рекомендации по восстановлению письма с учетом остаточных навыков пациентов, и достигать еще более лучших результатов по восстановлению письма у взрослых с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести.

- определении наибольших трудностей. Пациенты испытывали трудности в заданиях на звукобуквенный анализ и синтез, при самостоятельном спонтанном письме слов и написании фраз. Сложность для написания представляли слова различной структурной сложности,

имеющие в своем составе стечения согласных звуков; самыми распространенными типами нарушений в письме были персеверации, пропуски перестановки согласных и гласных звуков в стечениях.

Исходя из представленных выводов, составлены дифференцированные методические рекомендации по устранению нарушений письменной речи и приведены примеры конкретных упражнений.

Таким образом, гипотеза исследования доказана, поставленные задачи выполнены, цель достигнута.

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

1. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ динамической афазии / Т.В. Ахутина. - М.: МГУ, 1975.
2. Ахутина Т.В. Порождение речи: Нейролингвистический анализ синтаксиса. / Т.В. Ахутина. - М.: МГУ, 1989.
3. Бейн, Э.С., Шохор –Троцкая, М.К. и др. Пособие по восстановлению речи у больных с афазией. / Э.С. Бейн, М.К. Шохор-Троцкая и др. - М.; «Медвуз», 1962.
4. Бубнова, В.К. Нарушение понимания грамматических конструкций при мозговых нарушениях и его восстановление в процессе обучения: Дис. ... канд. пед. наук / В.К. Бубнова. – М., 1946.
5. Бурлакова, М.К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии. / М.К. Бурлакова. - М.; «Просвещение», 1991.
6. Бурлакова, М.К. Речь и афазия. / М.К. Бурлакова - М.; «Медицина», 1997.
7. Визель, Т.Г. Основы нейропсихологии: учебник для студентов / Т.Г. Визель. – М.: В. Секачев, 2016. – 264 с., цветная вклейка 12 с.
8. Визель, Т.Г. Как вернуть речь / Т.Г. Визель. – М.: В. Секачев, 2015. – 215 с., рис.
9. Выготский, Л. С. Мышление и речь / Л. С. Выготский. - М.: Изд-во АПН РСФСР, 1956.
10. Выготский, Л. С. Развитие высших психических функций / Л. С. Выготский. - М.; Изд-во АПН РСФСР, 1960.
11. Выготский, Л. С. Мышление и речь / Л. С. Выготский. – 5 изд., испр. – М. : Лабиринт, 1999. – 352 с.
12. Гальперин, П. Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий / П. Я. Гальперин // Исследования мышления в советской психологии. - М., 1996.

13. Гвоздев, А. Н. Вопросы изучения детской речи / А. Н. Гвоздев. – М. : Просвещение, 1964. – 87 с.
14. Гребенникова, Н.В. Динамика восстановления высших психических функций после травматического поражения лобных долей мозга: Автореф. дисс. канд. психол. наук./Н.В. Гребенникова. – М.:1985.
15. Дианова, О.Н. Расскажи мне. Сборник текстов для восстановления речи, письма и чтения после инсульта и черепно-мозговой травмы (средняя и средне-грубая степень выраженности)/О.Н. Дианова. – М.: В.Секачев,2015.-68с.
16. Кауфман, О. П. Восстановление речевого процесса при моторной афазии / О.П. Кауфман// Учен.зап. МГУ.-1947.-Вып.111.
17. Коган В. М.. Восстановление речи при афазии / В. М.Коган.- М.: Изд-во ЦИЭТИН, 1962.
18. Клепацкая, Л.Б. Восстановление речи. Упражнения и тексты (средняя и легкая форма афазии)/ Л.Б. Клепацкая. - М.: В. Секачев,2015. - 240с.
19. Клепацкая, Л.Б. Внимание, мышление, речь. Комплекс упражнений. Часть 2/ Л.Б. Клепацкая. - М.: В. Секачев,2015. - 108с.
20. Клепацкая, Л.Б. Понимание и формирование речи (грубая форма афазии)/ Л.Б. Клепацкая. - М.: В. Секачев,2015 - 208с.
21. Крупенчук, О.И. Комплексная методика коррекции нарушений слоговой структуры слова / О. И.Крупенчук. – М.:Литера,2013. – 96 с.
22. Лалаева, Р. И. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников (формирование лексики и грамматического строя) / Р. И. Лалаева, Н. В. Серебрякова. – СПб. :Союз, 2001. – 160 с.
23. Левина, Р. Е. Нарушение речи и письма у детей: избранные труды / Р. Е. Левина; ред.-сост. Г. В. Чиркина, П. В. Шошин. – М.: АРКТИ, 2005. – 224 с.



- 24.Левина,Р.Е. Опыт изучения неговорящих детей (алаликов)/ Р. Е. Левина. – М.: Изд-во министерства просвещения РСФСР.–1951 –121 с.
- 25.Левяш,С.Ф.Развитие мнестической деятельности у детей с тяжелыми нарушениями речи / С. Ф. Левяш // Дефектология. – 2003. – № 1.– С.96–103.
- 26.Леонтьев, А.А. Психолингвистические единицы и порождение речевого высказывания / А. А. Леонтьев. – М.: Академия,1991. – 305с.
27. Леонтьев, А.А. Слово в речевой деятельности / А.А. – М.: Наука, 1965.
28. Леонтьев, А.Н. Обучение как проблема психологии / А.Н.Леонтьев// Вопр.психологии. – 1957. - №1.
- 29.Леонтьев, А.Н.Теория усвоения знаний и программированное обучение /А.Н. Леонтьев, П.Я.Гальперин//Сов.педагогика. –1964 -№ 10.
- 30.Лурия, А. Р. Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка. В 2 т. / А. Р. Лурия. – М. : Изд-во АПН РСФСР, 1959. – Т. 1. – С. 316 с.
- 31.Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. – М.,1975.
- 32.Логопатопсихология : учеб. пособие для студентов / под ред. Р. И. Лалаевой, С. Н. Шаховской. – М. : ВЛАДОС, 2011. – 317 с.
- 33.Логопедия : учебник для студентов дефектол. фак-в / под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – М. : ВЛАДОС, 1998. – 680 с.
- 34.Лопатина, Л. В. Приемы обследования детей со стертой формой дизартрии и дифференциация их обучения / Л. В. Лопатина // Дефектология. – 1986. – № 2. – С. 67-70.
35. Лурия, А.Р. Мозг человека и психические процессы / А.Р.Лурия. – М.;Изд-во АПН РСФСР, 1963.

36. Лурия, А.Р. Восстановительное обучение и его значение для психологии и педагогики / А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова // Сов.педагогика. – 1965. - №12.
- 37.Лурия, А.Р. Нейропсихологический анализ решения задач / А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова . – М.: Просвещение,1966
- 38.Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека / А.Р. Лурия, -Изд-во МГУ, 1969.
- 39.Назарова, Л. К. О роли речевых кинестезий в письме / Л.К. Назарова// Сов.педагогика.- 1952 .- №6.
- 40.Ткачев, Р.А. О классификации и прогнозе афазических расстройств/Р.А.
- 41.Ткачев// Вопросы клиники и пато физиологии афазии. – М.:Медгиз, 1961.
- 42.Ткаченко, Т. А. Звуки и знаки. Гласные / Т. А. Ткаченко. – М. : ЮНВЕС, 2002. – 24 с.
- 43.Ткаченко,Т.А. Коррекция фонетических нарушений у детей. Подготовительный этап : пособие для логопеда. – М. : Владос, 2014. – 112с.
- 44.Ткаченко, Т. А. Методика коррекции нарушений слоговой структуры слова. Альбом для индивидуальной работы с детьми / Т. А. Ткаченко. – М. : Владос, 2002. 65 с.
- 45.Филиппова, Е. Е. Сборник упражнений для восстановления речи/ Е.Е. Филиппова. - М.: В. Секачев,2013 - 208с.
- 46.Хомская Е.Д. Нейропсихология: учебник для вузов.4-е изд. (+CD)/ Е.Д. Хомская.- СПб.: Питер, 2016.-496с.: ил.- ( Серия «Классический университетский учебник).
- 47.Цветкова, Л.С. Афазиялогия: современные проблемы и пути их решения/Л.С.Цветкова. – М.: МПСИ Воронеж : МОДЭК, 2010 – 744 с.- ( Серия «Психологи России»).

48. Цветкова, Л.С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга: Учеб. пособие/Л.С.Цветкова. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2010.-376с. – (Серия «Библиотека психолога»).
49. Шкловский, В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии, ч.1 и ч.2.(Методические рекомендации)/В.М.Шкловский, Т.Г. Визель.-М.:1985.
50. Шкловский, В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой речи у больных с афазией./В.М.Шкловский, Т.Г. Визель.-М.:1997.- С.108
51. Шкловский, В.М., Визель Т.Г. Карта нейропсихологического обследования больных с нарушениями высших психических функций. Прилож. Иллюстрированный альбом./В.М.Шкловский, Т.Г. Визель.-М.:1995
52. Шкловский, В.М., Визель Т.Г. Проблемы патологии речи органического и функционального генеза. В сб. научных трудов МНИИ Психиатрии МЗ РФ «Патология речи органического и функционального генеза (клинико-психологический аспект)»./В.М.Шкловский, Т.Г. Визель.-М.:1985.- С.2-12
53. Шкловский, В.М., Визель Т.Г., Боровенко Т.Г. К возможности использования неречевых (символических) уровней коммуникации при афазии. «Дефектология». /В.М.Шкловский, Т.Г. Визель., Т.Г. Боровенко.-М.:1982.№2
54. Шкловский, В.М., Визель Т.Г. Организация специализированной службы по оказанию помощи больным с патологией речи органического и функционального генеза. Методические рекомендации. /В.М.Шкловский, Т.Г. Визель.-М.:1997.
55. Шохор-Троцкая, М.К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления./М.К. Шохор-Троцкая. – М.:1972.

56. Шохор-Троцкая (Бурлакова ), М.К. Коррекция сложных речевых расстройств/М.К. Шохор-Троцкая( Бурлакова). – М.: Изд-во В. Секачев, 2015.- 368 с.



## 2.Списывание (с проговариванием, без проговаривания)

### Курица и золотые яйца

У одного хозяина была курица, которая несла золотые яйца. Ему захотелось получить больше золота, и он убил курицу. Он думал, что у нее внутри большой ком золота. А внутри у нее не было ничего, была она такая же, как все куры.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

#### *Критерии оценки:*

- 3 балла – списывание всего текста , количеством ошибок ( не более 10);
- 2 балла – списывание текста с множественными ошибками (более 10)
- 1 балл – частичное списывание текста;
- 0 баллов – отказ от выполнения задания;

**3. Под диктовку слова (дом-парта-картина--демократия)  
(с проговариванием, без проговаривания)**

---



---



---



---

*Критерии оценки:*

1 балл – за каждое правильно записанное слово

0 баллов – отказ от выполнения задания.

4 балла максимальное количество баллов за 1 задание

4 балла максимальное количество баллов за и 2 задание

**4. Звукобуквенный анализ и синтез слов**

1) определить количество букв в словах (на слух):

час-                      лето-                      картина-                      лестница-

2) определить позицию звука в слове (на слух):

дым-                      зима-                      сумка-                      солнце-

3) перечислить по буквам слова (на слух, без зрительных опор):

**РЕКА – РОМАНТИКА – БАЛАЛАЙКА**

4) составить слово из изолированно предъявленных букв:

Т, К, О

Е, Н, Г, С

П, Р, Т, О, Е, Р, Т

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Критерии оценивания:*

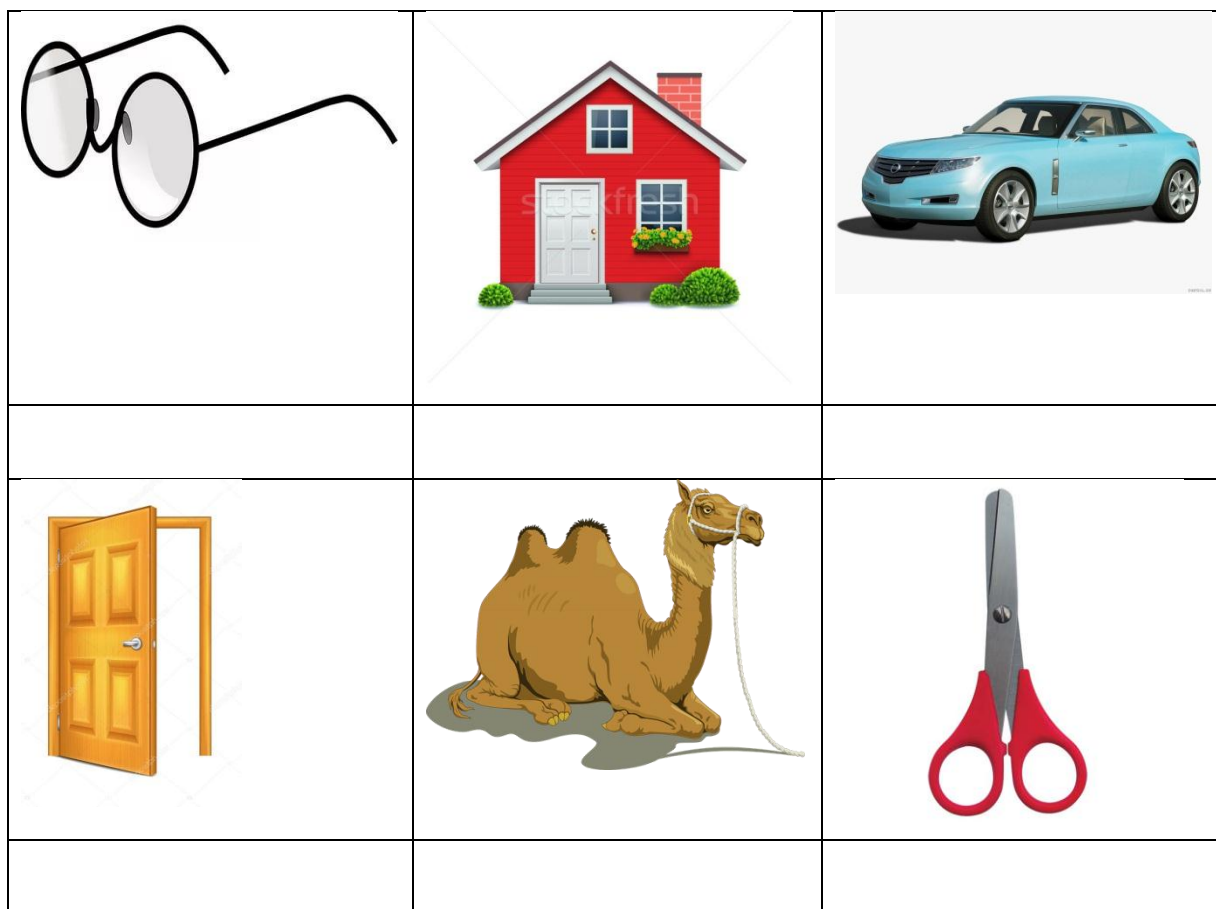
1 балл – за каждое правильно выполненное задание

0 баллов – отказ от выполнения задания.

4 балла – максимальное количество баллов за комплекс заданий

### 5. Спонтанное письмо

написать название предметов



*Критерии оценки:*

0-1 балл - отказ от выполнения задания, или неправильно выполненное задание.

2 балла - за выполнение половины задания (написание правильно трех слов).

3-4 балла – за выполнение всего задания

3-4 балла – максимальное количество баллов за 1 задание



**6.Письмо фразы.**

1) написать фразу

---

---

---

2) задать вопрос в письменной форме

---

---

---

*Критерии оценки:*

0-1 балл - отказ от выполнения задания, или неправильно выполненное задание.

2 балла - за выполнение половины задания (написание правильно трех слов).

3-4 балла – за выполнение всего задания

3-4 балла максимальное количество баллов за задание

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таблица 1.- Результаты обследования автоматизированного письма.

уровень задания	Двигат. автоматизмы					
	средний		ниже среднего		низкий	
баллы	1	2	1	2	1	2
	3	3	2	2	0-1	0-1
Пациент1	3	3				
Пациент2	3					
Пациент3	3					
Пациент4	3	3				
Пациент5	3	3				
Пациент6					1	0
Пациент7					1	0
Пациент8			2			0
Пациент9	3			2		
Пациент10	3	3				
Пациент11			2			0
Пациент12	3	3				
Пациент13			2			0
Пациент14	3	3				
Пациент15	3			2		
Пациент16	3	3				
Пациент17			2	2		
Пациент18			2			1
Пациент19					1	0
Пациент20			2			0
Итого9(чел-к)	11	7	6	3	3	10
% успешности	55	35	30	15	15	50

Таблица 2. - Результаты обследования списывания текста «Курица и золотые яйца» (без проговариванием, проговариванием).

уровень задания	списывание текста					
	средний		ниже среднего		низкий	
	без прогов- ния	с прогов- нием	без прогов- ния	с прогов- нием	без прогов- ния	с прогов- нием
баллы	3	3	2	2	0-1	0-1
Пациент1	3	3				
Пациент2	3	3				
Пациент3		3	2			
Пациент4		3	2			
Пациент5		3	2			
Пациент6				2	1	
Пациент7				2	1	
Пациент8			2	2		
Пациент9		3	2			
Пациент10	3	3				
Пациент11					0	1
Пациент12		3	2			
Пациент13		3	2			
Пациент14	3	3				
Пациент15	3	3				
Пациент16	3	3				
Пациент17				2	1	
Пациент18				2	1	
Пациент19				2	1	
Пациент20			2	2		
Итого9(чел-к)	6	12	8	7	6	1
% успешности	30	60	40	35	30	5

Таблица 3. - Результаты обследования письма под диктовку (без проговариванием, проговариванием).

уровень задания	списывание текста					
	средний		ниже среднего		низкий	
	без прогов- ния	с прогов- нием	без прогов- ния	с прогов- нием	без прогов- ния	с прогов- нием
баллы	3	3	2	2	0-1	0-1
Пациент1		3	2			
Пациент2		3	2			
Пациент3		3	2			
Пациент4					0	0
Пациент5				2	1	
Пациент6				2	1	
Пациент7				2	1	
Пациент8				2	0	
Пациент9		3	2			
Пациент10		3	2			
Пациент11					0	1
Пациент12		3	2			
Пациент13				2	1	
Пациент14		3	2			
Пациент15		3	2			
Пациент16		3	2			
Пациент17				2	1	
Пациент18				2	1	
Пациент19				2	1	
Пациент20				2	0	
Итого9(чел-к)	-	9	9	9	11	2
% успешности	-	45	45	45	55	10

Таблица 4. - Результаты обследования звукобуквенного анализа и синтеза.

уровень задания	Звукобуквенный анализ и синтез		
	средний	ниже среднего	Низкий
	баллы	3-4	2
Пациент1			0
Пациент2		2	
Пациент3			0
Пациент4			0
Пациент5			0
Пациент6			0
Пациент7			0
Пациент8			0
Пациент9			0
Пациент10		2	
Пациент11			1
Пациент12		2	
Пациент13			0
Пациент14		2	
Пациент15			1
Пациент16		2	
Пациент17			0
Пациент18			0
Пациент19			0
Пациент20			0
Итого9(чел-к)		5	15
% успешности		25	75

Таблица 5. - Результаты обследования спонтанного письма, с опорой на предметные картинки.

уровень задания	спонтанное письмо слов		
	средний	ниже среднего	Низкий
	баллы	3-4	2
Пациент1		2	
Пациент2		2	
Пациент3			0
Пациент4			0
Пациент5			0
Пациент6			1
Пациент7			1
Пациент8			0
Пациент9		2	
Пациент10			0
Пациент11		2	
Пациент12		2	
Пациент13			1
Пациент14	3		
Пациент15		2	
Пациент16	3		
Пациент17			0
Пациент18			1
Пациент19			0
Пациент20			0
Итого9(чел-к)	2	6	12
% успешности	10	30	60

Таблица 6. - Результаты обследования спонтанного письма фраз.

уровень задания	спонтанное письмо фраз		
	средний	ниже среднего	Низкий
баллы	3-4	2	0-1
Пациент1			1
Пациент2			1
Пациент3			1
Пациент4			0
Пациент5			0
Пациент6			0
Пациент7			0
Пациент8			1
Пациент9			0
Пациент10			0
Пациент11			0
Пациент12			0
Пациент13			0
Пациент14			1
Пациент15			0
Пациент16		2	
Пациент17			0
Пациент18			0
Пациент19			0
Пациент20			0
Итого9(чел-к)	-	1	19
% успешности	-	5	95

Таблица 7. - Общие результаты по всему обследованию. Анамнез пациентов.

	Анамнестические данные (возраст, образование, курс реабилитации)	Баллы за полное обслед-е	Сред. балл	Уровень успешност и пациента
Пациент1	65л., в.образ.1 курс.реаб.	16	1,8	Низкий
Пациент2	56л,в.образ,повт.курс реаб.	22	2,4	ниже среднего
Пациент3	52г.,в.образ,повт.курс реаб.	19	2,1	ниже среднего
Пациент4	67 л,ср.образ.1курс реаб.	11	1,2	Низкий
Пациент5	66л,в.образ,повт.курс реаб.	14	1,5	Низкий
Пациент6	67л,ср.образ.повт.курс раеб.	9	1	Низкий
Пациент7	66л,ср.обр.,1 курс реаб.	8	0,9	Низкий
Пациент8	61г.,ср.образ.,1курс реаб.	8	0,9	Низкий
Пациент9	54г.в.образ.,повт. курс реаб.	18	2	ниже среднего
Пациент10	55л.,в.образ.,повт.курс реаб.	19	2,1	ниже среднего
Пациент11	67л.в.образ.,1 курс реаб.	6	0,7	Низкий
Пациент12	52л.,ср.образ.,повт.курс реаб.	16	1,8	Низкий
Пациент13	52г.ср.образ.,1 курс реаб.	11	1,2	Низкий
Пациент14	60л.,в.образ.,повт.курс реаб.	22	2,4	ниже среднего
Пациент15	52г.,в.образ.,1 курс реаб	19	2,1	ниже среднего
Пациент16	54г.,в.образ.,повт.курс реаб.	23	2,5	ниже среднего
Пациент17	57л.,ср.образ.,1 курс реаб.	7	0,8	Низкий
Пациент18	61г.,ср.образ.,1 курс реаб.	10	1,1	Низкий
Пациент19	60л.,ср.образ.,1 курс реаб.	7	0,8	Низкий
Пациент20	61г.,ср.образ.,1 курс реаб.	8	0,9	Низкий



## ПРИЛОЖЕНИЕ В

Таблица 8 – Дифференцированные по уровням методические рекомендации, по восстановлению письма для взрослых пациентов с эфферентной моторной афазией средней степени тяжести.

Этапы работы	Направления работы	Задания для уровня ниже среднего	Задания для низкого уровня
1	2	3	4
1. Восстановление и обучение анализу структуры слова, осознанию и удержанию последовательности звуков внутри слова	1. Восстановление способности к звукобуквенному анализу состава слова.	<p>На данном уровне работу предлагается начинать с послогового проговаривания:</p> <p>1.1. Поэлементный анализ слова:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- слушает на слух</li> <li>- проводит анализ состава слова</li> <li>- пишет по памяти (опускаются списывание и складывание слов из разрезной азбуки)</li> </ul> <p>1.2. Придумывание слов к готовой схеме (опора обобщающее слово)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- придумывается</li> <li>- запись без зрительной опоры (проговаривая)</li> </ul> <p>1.3. Прием исправления ошибок (характерные для данной формы аграфии) в данных слова ( для этого уровня используются слова 2 слога и более)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- исправить ошибку, объяснить</li> <li>- записать правильно и неправильно</li> </ul>	<p>На этом уровне письмо выполняется в развернутом виде, с побуквенным проговариванием</p> <p>1.1. Поэлементный анализ слова (проговаривание, прочитывание кол-во звуков, с испол-м внешних опор)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- слушает на слух</li> <li>- проводит анализ состава слова</li> <li>- составление схемы слова на основе анализа (складывает из букв)</li> <li>- списывает</li> <li>- пишет по памяти</li> </ul> <p>1.2. Придумывание слов к готовой схеме (опора обобщающее слово)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- придумывается</li> <li>- складывается из букв</li> <li>- списывается</li> <li>- запись без зрительной опоры (проговаривая)</li> </ul> <p>1.3. Прием исправления ошибок в данных слова (для этого уровня используются слова из 1-2 слогов)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- исправить ошибку, объяснить</li> <li>- записать правильно и неправильно</li> </ul>

1	2	3	4
	<p>2. Восстановление навыка слияния букв в слоги, слогов в слова.</p>	<p>2.1. Составление нескольких слов из одного (путем перестановки букв, слогов) - записать все слова, с проговариванием (для этого уровня можно брать слова из 3 слогов)</p> <p>2.2. Составление разных слов на основе общего слога - с помощью схем (основной слог и варианты слогов) слоги могут быть закрытыми и слова могут получаться из 2-3 слогов) записывание полученных слов с проговариванием - без помощи схем (дается только основной слог, пациент сам придумывает, проводит анализ и записывает с проговариванием)</p> <p>2.3. Составления слов на основе общего слога (без графических схем) (анализ морфологического состава) - однокоренные слова - общий суффикс Проводится анализ, записывается с проговариванием</p>	<p>2.1. Составление нескольких слов из одного (путем перестановки букв, слогов) - записать все слова, с проговариванием (для этого уровня нужно брать слова из 1-2 слогов)</p> <p>2.2. Составление разных слов на основе общего слога - с помощью схем (основной слог и варианты букв или открытых слогов) схемы самые простые, для образования 1-2 сложных слов. записывание полученных слов с проговариванием</p>

продолжение таблицы 8

1	2	3	4
2. Восстановление письма фразы	<p>Восстановление навыка развернутой письменной речи:</p> <p>Преодоление аграмматизма, персевераций при письме фраз</p>	<p>Использование внешних опор:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «Дискретное» письмо</li> <li>- письмо со слуха с увеличением пауз между словами и фразами;</li> <li>- письмо фраз с пропусками слов;</li> <li>- составление и запись фраз по заданным сюжетным картинкам;</li> <li>- метод «фишек»;</li> <li>- составление сеток «предмет-действие» с последующим наращиванием, запись фраз по ним.</li> </ul>	<p>Составление схемы фразы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- с помощью картинок, полосок фишек, обозначающих объекты действия, дополнения;</li> <li>- письменное заканчивание фразы;</li> <li>- составление сеток «предмет-действие», «действие-предмет», отработка этих схем и запись фраз по ним.</li> <li>- метод «фишек»;</li> <li>- составление фраз, вписывание в схему.</li> </ul>