**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**РЕСПУБЛИКИ КРЫМ «КРЫМСКИЙ ИНЖЕНЕРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ФЕВЗИ ЯКУБОВА»**

Факультет психологии и педагогического образования

Кафедра специального (дефектологического) образования

**ДОМАШЕНКО ЮЛИЯ ВИТАЛЬЕВНА**

направление подготовки 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование

профиль «Логопедия»

группа З-СД (О) Л – 17

Курсовая работа по логопедии

**ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ПРИ АФАЗИИ У ДЕТЕЙ**

|  |  |
| --- | --- |
| К защите допускаю:  Канд. пед. наук,  доцент кафедры С(Д)О  Андрусёва И.В. | Научный руководитель:  Преподаватель кафедры С(Д)О  Абибуллаева Л.Ш. |

Оценка:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата защиты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Симферополь, 2020 г.

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ВВЕДЕНИЕ......................................................................................................** | 3 |
| **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ КОРРЕКЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ** **ПРИ АФАЗИИ У ДЕТЕЙ…………………………………..** | 6 |
| * 1. Проблема изучения афазии в общей и специальной психолого-педагогической литературе……………………………………………… | 6 |
| * 1. Психолого-педагогическое понятие детской афазии…………………. | 12 |
| **Выводы по главе 1..........................................................................................** | 15 |
| **ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ ПРИ АФАЗИИ…………………………………………………..** | 17 |
| * 1. Особенности коррекционно-логопедической работы с детьми при афазии……………………………………………………………………... | 17 |
| * 1. Методы и приемы коррекционно-восстановительного обучения при афазии у детей……………………………………………………………. | 21 |
| **Выводы по главе 2..........................................................................................** | 25 |
| **ЗАКЛЮЧЕНИЕ..............................................................................................** | 27 |
| **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ................................** | 29 |

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность исследования.** Афазия относится к числу наиболее сложных патологий речи центрального органического генеза. Вопросы восстановления речи при локальных поражениях структур головного мозга интересуют ученых уже более ста лет. Целый ряд проблем, связанных с изучением афазий, до сих пор остается актуальной как для науки, так и для практики.

Но, на фоне значительного числа исследований афазии у взрослых, за многолетнюю историю существования афазиологии, значительно меньше внимания уделялось вопросам изучения особенностей течения этого заболевания у детей при локальных поражениях структур головного мозга. Недостаточно освещенной в научно-теоретических источниках осталась специфика коррекционно-восстановительной работы при афазиях у детей дошкольного возраста.

Изучение нарушений речи при афазии проводилось в рамках психолингвистики и нейролингвистики такими авторами как: Ю. Д. Апресян, Н. А. Бернштейн, Т. Г. Визель, А. А. Леонтьев, А. Р. Лурия, Е. Ф. Соботович, нейропсихологии: П. К. Анохин, С. В. Бабенкова, А. В. Запорожец, Н. Н. Трауготт и др.

Так, отдельные данные относительно течения этого заболевания у детей представлены в исследованиях Н. Г. Манелис, Н. К. Корсаковой, Ю. В. Микадзе, А. В. Семенович, Е. Г. Симерницкой, Д. А. Фарбер.

На сегодняшний день особую актуальность приобретает проблема разработки современных эффективных методик коррекционно-восстановительной работы с детьми, страдающими афазией, в процессе специально организованного коррекционно-восстановительного обучения.

Вместе с тем следует отметить, что в практике коррекционной работы по восстановлению как двигательной, так и речевой функций детей до сих пор используются методы и формы, которые преимущественно базируются на неврологической и нейропсихологической концепциях коррекционно-восстановительной работы со взрослыми и существенно не отличается от них. Названы отличия прежде всего касаются сроков восстановления речи и быстрой перестройки мозговых механизмов, которые являются еще достаточно пластичными.

Таким образом, все вышеуказанное свидетельствует о необходимости проведения комплексного изучения состояния нарушенных речевых и двигательных функций у детей с афазией, и разработки на этой основе содержания коррекционно-восстановительного обучения, которое должно строиться с позиций нейропсихологического и нейролингвистического анализа речевой деятельности, нейрофизиологических механизмов построения произвольных движений и закономерностей развития мозга при нормальном и нарушенном онтогенезе у детей дошкольного возраста.

Выше обоснованная актуальность изучаемой проблемы позволила определить тему для исследования в рамках данной курсовой работы: «Особенности коррекционно-восстановительного обучения при афазии у детей».

**Цель исследования** – теоретическое изучение особенностей коррекционно-восстановительного обучения при афазии у детей.

**Задачи исследования:**

1. На основе анализа общей и специальной психолого-педагогической литературы обосновать проблему изучения афазии;

2. Изучить психолого-педагогическое понятие детской афазии;

3. Рассмотреть особенности работы с детьми при афазии;

4. Охарактеризовать методы и приемы коррекционно-восстановительного обучения при афазии у детей.

**Объект исследования** – развитие речи у детей с афазией.

**Предмет исследования** – особенности коррекционно-восстановительного обучения при афазии у детей.

**Методы исследования:** теоретический анализ и обобщение общей и специальной психолого-педагогической литературы по проблеме исследования.

**Структура и объём курсовой работы.** Данная курсовая работа состоит из введения, двух глав, выводов по главам, заключения, списка использованной литературы. Объем работы 31 страница.

**ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ КОРРЕКЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ПРИ АФАЗИИ У ДЕТЕЙ**

**1.1 Проблема изучения афазии в общей и специальной психолого-педагогической литературе**

Проблема динамической локализации высших психических функций в мозге человека в специальной литературе является одной из широко исследуемых (Л. С. Выготский, А. Р. Лурия, Н. А. Бернштейн, А. А. Смирнов, Д. А. Фарбер и др.) [7; 15; 20; 23; 24].

Так особенно значимыми были данные, относительно мозговой организации речи, которая рассматривается как результат деятельности не отдельного участка мозга, а целого ряда областей, связанных между собой системными отношениями (по А. А. Ухтомскому) [23].

Большое значение для понимания мозговой организации высших психических функций имеют вопросы формирования речевой и двигательной функций у детей представленные в трудах Т. В. Ахутиной и Т. А. Фотековой [26].

Как отмечал Л. С. Выготский, «зоны локализации поражения той или иной психической функции на разных этапах онтогенеза приводит к появлению различных системных дефектов, при этом в раннем возрасте оно обусловливает поражение высшего, а при поражении в более зрелом возрасте – нижнего центра. По нашему мнению, это положение недостаточно оценено, и поэтому не всегда является отправной точкой сравнительных исследований патологии речи и других высших психических функций у детей и взрослых» [7, c. 29].

Основываясь на результатах исследований детей и взрослых с локальными поражениями мозга, описанными в трудах Л. С. Цветковой, А. Р. Лурия, выяснено, что основные отличия афазии у этих больных базируются на индивидуальном коэффициенте межполушарной асимметрии при организации речевой и других высших психических функций [1; 15].

По мнению Э. Г. Симерницкой нестандартные формы взаимодействия полушарий мозга играют значительную роль в индивидуализации дефектов речи. Вопрос о мозговой организации речевой функции, хотя и представлена многочисленными исследованиями, но требует частичного уточнения относительно механизмов мозговой компенсации при локальных поражениях у детей до семи лет [19].

Разделение коры мозга на блоки и описание их функциональной специализации, проведенный А. Р. Лурия, является для нейропсихологической концепции речевой функции у детей дошкольного возраста достаточно важным [15].

Во-первых, он, на наш взгляд, является значимым для уточнения мозговых механизмов речевых операций, а во-вторых, что нарушение парадигматической и синтагматической сторон речи приводят к афазии, которые имеют разные механизмы возникновения [15].

Таким образом, проведенный анализ показал, что недостаточно освещенной в отечественной и зарубежной литературе оказалась проблема детской афазии. По данным ученых, полученные в ходе исследования факты подтверждают лишь то, что мозговые механизмы, обеспечивающие осуществление речевой функции у детей, является специфически иными, чем у взрослых.

Так, различия в мозговой организации речевых процессов у детей и взрослых, считает Э. Г. Симерницкая, могут быть объяснены изменениями внутренней психологической структуры речевой деятельности и, в частности, специфической детской речи, в котором компоненты правого полушария занимают больше места и являются более значимыми, чем у взрослых [19].

Выяснено, что в специальной литературе отсутствуют данные о комплексные исследования состояния нарушенных речевых и двигательных функций у дошкольников с афазией и соответствующие системы коррекционно-восстановительного обучения, построенные с учетом мозговой организации речи в онтогенезе и дифференцированных нейропсихологических механизмов, лежащих в основе нарушений речевой и двигательной сферы у дошкольников с афазией.

Вместе с тем в литературе существуют отдельные разрозненные данные о межполушарной мозговой организации психических функций у дошкольников и развития мозговых структур в онтогенезе.

Вышеизложенное свидетельствует о необходимости проведения специального исследования с изучения как состояния нарушенных речевых и двигательных функций у дошкольников с афазией, так и разработки комплексной системы коррекционно-восстановительного обучения, построенного с учетом современных научных данных о нарушениях мозговой организации речевой и двигательной деятельности у дошкольников и пути ее восстановления при локальных поражениях головного мозга.

Проанализировав общую и специальную психолого педагогическую литературы может выделить определение характеризующее афазию.

Логопед Г. А. Волкова дает следующее определение понятия: «Афазия – это нарушение уже сформированной речевой деятельности, при котором частично или полностью утрачивается способность пользоваться собственной речью и/или понимать обращенную речь, что вызывается локальным органическим поражением речевых зон головного мозга. Проявления афазии зависят от формы нарушения речи; специфическими речевыми симптомами афазии являются речевые эмболии, парафазии, персеверации, контаминации, логорея, Алексия, аграфия, акалькулия и др. больные с афазией нуждаются в обследовании неврологического статуса, психических процессов и речевой функции. При афазии проводится лечение основного заболевания и специальное восстановительное обучение» [6, c. 37].

А. Р. Лурия ученик и сотрудник Л. С. Выготского внес фундаментальный вклад в диагностику, исследование и восстановление различных видов афазий. При этом А. Р. Лурия опирался на выдвинутую Л. С. Выготским концепцию системной локализации психических функций в коре. То есть на идею, что речевая (и любая другая) деятельность физиологически обусловлена взаимодействием различных участков коры головного мозга, и разрушение одного из этих участков может быть компенсировано за счет включения в единую систему других участков [15].

Им была составлена классификация афазических расстройств. Нейропсихологическая методика, предложенная А. Р. Лурией, позволяет исследовать различные симптомы и синдромы, закономерные сочетания симптомов, возникающих при поражении тех или иных структур мозга.

Применение этой методики позволяет не только делать вывод о наличии той или иной формы афазии, но и диагностировать место поражения головного мозга. Им показано, что при любой форме афазии нарушается реализация речевой деятельности [15].

А. Н. Корнев к причинам возникновения афазии относит:

– сосудистые заболевания головного мозга – геморрагические и ишемические инсульты;

– черепно-мозговые травмы;

– воспалительные заболевания мозга (энцефалит, лейкоэнцефалиты, абсцесс);

– опухоли головного мозга;

– демиелинизирующие заболевания, сопровождающиеся распадом миелина, например, рассеянный склероз, рассеянный энцефаломиелит.

– эпилепсия – заболевание, характеризующееся наличием так называемого эпилептогенного очага в головном мозге: он периодически спонтанно генерирует электрический разряд, нарушая функционирование головного мозга.

– отравление солями тяжелых металлов, промышленными ядами.

– хронические прогрессирующие заболевания ЦНС (очаговые варианты болезни Альцгеймера и болезни Пика);

– операции на головном мозге [13].

К факторам риска, повышающим вероятность возникновения афазии, относятся пожилой возраст, семейный анамнез, атеросклероз сосудов головного мозга, гипертоническая болезнь, ревматические пороки сердца, перенесенные транзиторные ишемические атаки, травмы головы.

Тяжесть синдрома афазии зависит от локализации и обширности очага поражения, этиологии нарушения речи и компенсаторных возможностей, возраста пациента. Заболевание может иметь постепенное начало, характеризуется медленным появлением первых признаков расстройства, или быстрый ход.

Н. Н. Трауготт в зависимости от места локального поражения различает следующие виды афазии:

– моторная афазия – характерна неспособность к выражению, построения слов и предложений (выраженная апраксия), трудности в воспроизведении двигательной программы речи.

– акустико-гностическая афазия – нарушение понимания речи, ее фонетики, предметности слова.

– акустико-мнестическая афазия –это расстройство речи, обусловленное неполноценностью слухоречевой памяти.

– семантическая афазия – одна из форм афазии, которая связана с нарушением понимания логико-грамматических структур [22].

А. Р. Лурия различает шесть форм афазий: акустико-гностическая и акустико-мнестическая афазия, возникающие при поражении височных отделов коры головного мозга, семантическая афазия и афферентная моторная афазия, возникающие при поражении нижних теменных отделов коры головного мозга, эфферентная моторная афазия и динамическая афазия, возникающие при поражении премоторных и заднелобных отделов коры головного мозга (слева у правшей) [15].

Комплекс нарушений при афазии охватывает большую группу симптомов как речевых, так и младенческих расстройств. Симптоматика афазии зависит от локализации очага поражения, его массивности, от причины и характера повреждения, от возраста больного, его индивидуальных особенностей.

Существуют различные формы афазии, которые характеризуются определенной симптоматикой, но можно выделить и симптомы, характерные для афазии в целом.

Для всех форм болезни характерны такие признаки:

– немотивированные длинные паузы;

– переход на шепот во время разговора;

– нарушения письменной речи;

– произношение невнятных звуков;

– сбой ритма и темпа при разговоре;

– нарушение счета;

– бессознательное повторение чужого высказывания;

– забывание названий предметов.

Таким образом, проблема афазии и восстановительного обучения все больше привлекает внимание исследователей – логопедов, нейропсихологов, лингвистов и др. Интерес к ней основан, с одной стороны, на значимости ее изучения для углубления представлений о законах работы мозга, о связи речи с мозгом, о ее психофизиологических основах, о взаимодействии речи с другими психическими процессами.

С другой стороны, возрастающий интерес к этой области знания обусловлен ее социальной и практической значимостью в связи с вопросами восстановления полноценной жизнедеятельности таких больных.

**1.2 Психолого-педагогическое понятие детской афазии**

Современные требования к воспитанию и обучению детей дошкольного возраста выдвигают на первый план задачу создания оптимальных условий для социального становления ребенка в этот период его жизни. Важнейшее условие всестороннего полноценного развития ребенка – правильная и грамотная речь.

Чем богаче и совершеннее речь ребенка, тем легче ему высказывать свои мысли, тем шире его возможности в познании окружающей действительности, намного содержательнее и полноценнее отношения со сверстниками и взрослыми, тем активнее осуществляется его развитие.

По мнению Р. Е. Левиной: «Речь – это сложная функциональная система, для формирования которой требуется своевременное развитие мозговых структур и их согласованная работа в сочетании с условиями социально-психологического воздействия на развитие ребенка» [17, c. 46].

Речь согласно взглядам М.Е. Хватцева – «это система мышления и общения с окружающей средой. Выделяют специфические психологические операции, которые обеспечивают усвоение речи и навыки ее использования. Так, формирование звуковых образов слов связано с развитием способностей различать по звучанию слоговой и фонемный состав слова, запоминать определенную последовательность фонем в словах и звуковые образы слов. Немалую роль в этом играет и способность мозговых механизмов анализировать мышечные ощущения, которые возникают при имитации ребенком отдельных звуков и слов, а также сохранять их (двигательная память)» [27, c. 70].

В формировании речевой функциональной системы участвуют мозговые анатомические структуры:

– акустический анализатор - предопределяет гнозис речи - узнавание различных звуков и звуковых строк. Он размещается в заднем отделе верхней височной закрутки (зона Вернике) ведущего полушария;

– кинестетический анализатор - отвечает за праксис речи, размещается в заднем отделе нижней лобной закрутки (зона Брока), ведущей полушария.

Для организации речевого акта существуют первичные, вторичные и третичные поля перекрытия, которые размещены на границе анализаторов, в основном это височная и теменная доли.

Исследователь Э.Г. Семерницкая отмечает: «В организации функции речи одновременно участвуют левое и правое полушария, независимо от их доминирования. В детском возрасте, примерно до 5 лет, ведущей в организации речевого процесса является правое полушарие» [19, c. 49].

Исследователи Д. А. Фарбер и М. М. Безруких подчеркивают, что афазия является одной из самых сложных речевых аномалий. Она характеризуется частичной (в редких случаях полной) утратой речи у ребёнка, которая была уже полностью сформирована. Данной патологией страдает 1% всех детей на планете. При афазии в первую очередь нарушается коммуникативная речевая функция, также происходит дезинтеграция всей психоэмоциональной сферы ребёнка [24].

Степень тяжести афазии и возможности её устранения зависят от того, какой участок коры головного мозга повреждён, каковы причины синдрома и насколько сильны компенсаторные функции организма. У маленьких детей в силу несформированности центральной нервной системы афазийные процессы могут начать своё обратное развитие.

У детей чаще всего встречаются моторная и сенсорная формы афазийного расстройства. Рассмотрим их основные признаки и особенности.

Моторную афазию разделяют на афферентную и эфферентную.

Признаки афферентной речи (устной и письменной):

– невозможность спонтанной речи;

– развитие литеральных парафазий (замена звуков, слогов, перестановка их местами);

– трудности со звукоразличием;

– сохранение навыков автоматизированной речи (имена близких, выученные наизусть стихи и песни).

Признаки эфферетной речи: патологическое повторение одного слова, слога, звука, невозможность конструирования предложений, полное отсутствие устной речи, нарушаются правила ударения, интонации, трудности включения в диалог.

Сенсорная афазия (она же акустико-гностическая) проявляется следующей картиной: грубые нарушения понимания слов и речи, нарушение чтения и письма, потеря ритмичности, тревожность, возбудимость, перепады настроения [29].

Данные признаки могут быть проявлениями клинической картины и других детских заболеваний, связанных с восприятием устной и письменной речи (тугоухость, алалия).

Для точной постановки диагноза необходима полная проверка детской речи, слуха, памяти, других интеллектуальных процессов. Для этого используются специальные тесты:

– Диагностика устной речи. Проводит её логопед в ходе беседы с ребёнком. Во время общения выясняются способности к пониманию слов и предложений, построению фраз. Определяется связность детской речи, её динамические характеристики и особенности голоса у ребёнка.

– Диагностика письменной речи. Проводится в форме изложения, диктанта, чтения и пересказа.

– Диагностика слухоречевой памяти. Самая распространённая методика - тесты на запоминание цепочки слов.

– Для определения поражённых участков и выявления первопричины синдрома необходимо проведение клинических исследований: магнитно-резонансная и компьютерная томография головного мозга, ангиография, ультразвуковое диагностирование кровеносных сосудов головы и шеи, дуплексное сканер мозговых сосудов, биопсия [31].

При несвоевременном обращении к логопеду афазийные процессы могут стать необратимыми и приведут к более серьёзным речевым нарушениям и даже полной потерей речи.

При резком выходе из синдрома (при моторных видах афазии) возможно развитие заикания.

Таким образом, детям с проблемами речи будет сложно общаться со сверстниками и другими людьми. Это может повлечь за собой психологические расстройства.

Что касается профилактики детской афазии то тут не существует специфических мер. Во избежание данного синдрома родители должны:

– регулярно проходить профилактические осмотры ребёнка,

– своевременно лечить инфекционные и воспалительные заболевания;

– обезопасить ребёнка от черепно-мозговых травм, укреплять детский иммунитет;

– при жалобах ребёнка (особенно после сильных ударов или стрессов) обращаться к педиатру.

**Выводы по главе 1**

В первой главе курсовой работы были освещены теоретические аспекты изучения проблемы коррекционно-восстановительного обучения при афазии у детей. Далее будут обоснованы выводы, полученные по результатам исследования.

Афазия – это полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга. На сегодняшний день эта болезнь является наиболее распространенной среди людей с нарушением мозгового кровообращения, Множество психологов, ученых, врачей разрабатывали и разрабатывают все новые технологии для преодоления последствий этой болезни.

Афазия очень сложная проблема, если возникает у ребенка. Детские афазии – это гетерогенная группа патологий центральной нервной системы, которые проявляются частичной или полной потерей ранее присутствовавшей речи. Кроме того, они могут сопровождаться нарушениями чтения, письма, восприятия, счета, эмоциональными и поведенческими реакциями. В педиатрии такие состояния встречаются редко – данные патологии больше распространены у взрослых. В детском возрасте афазии проявляются менее разнообразно, чем у взрослых, поскольку речь у детей не столь развита. Чем младше ребенок – тем менее разнообразны клинические симптомы детской афазии. Также для пациентов детского возраста характерен быстрый регресс возникших симптомов – спустя несколько месяцев речевые функции могут полностью восстановиться.

**ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ ПРИ АФАЗИИ**

**2.1 Особенности коррекционно-логопедической работы с детьми при афазии**

В последние годы в логопедической практике значительно возросло число случаев афазии у детей. Несмотря на большое количество исследований в области изучения и восстановительного обучения взрослых больных с афазией, вопрос диагностики и коррекционно-восстановительной работы при афазии у детей практически неизученным. Афазия у детей характеризуется специфичностью проявлений, значительной индивидуальной вариабельностью, что вызывает необходимость в разработке целенаправленных методов восстановления речи у этой категории больных.

Исследователями А. Р. Лурией, Л. С. Цветковой были сформулированы научные принципы восстановительного обучения: психофизиологические, психологические, психолого-педагогические [1; 15].

К психофизиологическим принципам относятся принципы квалификации дефекта, использования сохранных и создания новых функциональных систем, принцип опоры на разные уровни организации психических функций и на всю психическую сферу, а также контроль за своей деятельностью.

Базисными психологическими принципами служат принципы учета личности больного, опоры на сохранные формы деятельности больного, организации деятельности больного и программированного обучения, системного воздействия на дефект и учета социальной природы человека.

Разработаны и психолого-педагогические принципы: от простого - к сложному, с учетом объема и степени разнообразия материала, учета сложности вербального материала и его эмоциональной стороны [10].

Главными характеристиками методов, применяемых в восстановительном обучении, являются их адекватность механизму нарушения, обходность, опосредованность, системность.

В отечественном учении об афазии и восстановительном обучении задачей ставится преодоление дефекта, восстановление пострадавшей функции, в том числе и речи, в отличие от практики приспособления больных к дефекту, имеющей место за рубежом.

Далее на основании проработанных научных публикаций Т. П. Хризман, В. Д. Еремеевой, Т. Д. Лоскутовой охарактеризуем особенности работы с детьми при афазии:

– На первом этапе предполагается знакомство с родителями больного ребенка, с данными истории болезни и проведения серии проб, с целью выявления состояния разных сторон его психической. Изучаются возможности для получения предварительных данных о состоянии работы отдельных анализаторов (зрительного, слухового, кинестетического, двигательного) и выявить степень расстройства или сохранности их деятельности.

– На втором этапе проводится детальное изучение тех психофизиологических процессов, которые при предыдущем исследовании оказались нарушенными.

– На третьем этапе ставится задача составить нейропсихологическое заключение по итогам полученных результатов, что в свою очередь дает возможность квалифицировать дефект и определить патофизиологический фактор, который лежит в его основе.

Получив первичную информацию о ходе болезни и выяснив, какие изменения произошли в личности ребенка можно устанавливать непосредственный контакт с ребенком.

Исследование патологического состояния ребенка как правило начинается с анализа его двигательных функций, что не нуждается в речевых формах общения.

В процессе обследования обращается внимание на общее эмоциональное состояние ребенка, что должно быть учтено в дальнейшей коррекционно-восстановительной работе.

На фоне патологического состояния ребенка нужно максимально толерантно провести обследование орального праксиса и экспрессивного состояния речи ребенка, что дает основания для уточнения лишь формы афазии и классификации речевого нарушения [5].

При визуальном наблюдении за состоянием мышц лица многих детей можно определить значительную амимичность лица детей с афазией.

Исследование орального праксиса должно отвечать тем же требованиям, что и методы исследования нарушенных двигательных функций руки. Существенной является разница, что в организации движений артикуляционного аппарата зрительно-пространственная афферентация играет несравненно меньшую роль чем кинестетическая афферентация. Поэтому основное внимание при проведении проб, анализирующих состояние орального праксиса, должно быть направлено на изучение сохранности кинестетической и динамической организации соответствующего движения [29].

Второй этап нейропсихологического исследования посвящен детальному изучению нарушенных психофизических функций ребенка.

К изучению расстройства речевых функций приступают после анализа данных исследования состояния двигательной и сенсорной сферы ребенка. Дальнейшее исследование происходит на основе синтеза этих данных с учетом особенностей поведения ребенка [19].

Исследование импрессивной и экспрессивной составляющей речи происходит параллельно, что дает возможность одновременно проверять степень восприятия и реализации речи.

При исследовании состояния понимания слов ребенку предлагается выполнять определенные движения по словесной инструкции (коснуться левой рукой своего носа, уха, глаза; показать пальцем голову, руки, ноги у игрушки).

После проведения первичных исследований этой категории детей, на основании полученной информации, можно предварительно классифицировать форму патологического состояния у детей, что является третьим этапом нейропсихологического исследования. Анализ полученных данных при проведении функциональных проб для определения степени поражения двигательной сферы ребенка дает четкую картину расстройства не только ощущений в контралатеральных конечностях, а и нарушение локомоторных процессов.

Основными направлениями коррекционно-восстановительной работы при афазии у детей являются: преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой речи, растормаживание произносительной стороны речи, накопление словаря, восстановление фразовой речи, преодоление аграмматизма на морфологическом, синтаксическом и грамматическом уровнях, работа над семантикой слова, преодоление расстройств речевого программирования, восстановление чтения и письма.

Для достижения эффективности коррекционного воздействия используются индивидуальные и групповые комплексы логопедического и психотерапевтического воздействия, речевые игры, логоритмика, ручной труд, арттерапия в ее различных видах.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют правильно квалифицировать дефект ребенка, выявить нарушения двигательной, речевой, познавательной, личностной сфер, что должно быть учтено при организации дифференцированной коррекционно-восстановительной работы с детьми с афазией.

**2.2 Методы и приемы коррекционно-восстановительного обучения при афазии у детей**

Анализ литературы по проблеме коррекционно-восстановительного обучения больных афазией взрослых и отдельные данные о ходе этого процесса у детей с органическими поражениями головного мозга разного генезиса, дают возможность констатировать, что качественное и быстрое восстановление нарушенных двигательных и речевых функций зависит от обеспечения в коррекционно-реабилитационной работе ряда условий.

В частности, переход от традиционной системы коррекционного воздействия, который используется при работе со взрослыми пациентами, к:

– специально организованному комплексному коррекционно-восстановительному обучению детей, с учетом особенностей мозговой регуляции речевой функции (Т. В. Ахутина, Ю. В. Микадзе, Е. Ф. Соботович, Э. Г. Симерницкая и др.) [16; 19; 21; 26],

– взаимодействию и межполушарной асимметрии детского мозга (А. Р. Лурия, М. К. Шохор-Троцкая и др.) [15; 30],

– к особенностям физической реабилитации (Н. А. Бернштейн, А. В. Запорожец) [4; 18],

– к компенсаторным возможностям детского мозга (О. С. Адрианов, Т. Г. Визель, Н. Н. Трауготт и др.) [2; 5; 22].

Эти теоретические положения, а также учет единства двигательной и речевой деятельности, специфики пластичности мозга ребенка и возможностей компенсаторной перестройки моторных зон мозга могут быть положены в основу адаптированной программы коррекционно-реабилитационной работы по восстановлению речедвигательной деятельности дошкольников с детской афазией.

В основу методики коррекционно-восстановительного обучения может быть положен принцип компенсаторного формирования, применение которого предусматривает достижение основной цели – восстановление нарушенных функций речевой и двигательной сферы у старших дошкольников с детской афазии. В качестве опоры для формирования нарушенных функций речевой и двигательной сферы дошкольников в восстановительном обучении используются сохранение функции левой руки и автоматизированные движения артикуляционной деятельности [13].

При проведении коррекционно-восстановительной работы учитывается тот факт, что при ранняя организация обучения с сочетанием методик логопедической и физически-реабилитационной работы позволит значительно повысить результативность восстановительной работы.

Главной задачей начального этапа коррекционно-восстановительной работы является активизация процесса восстановления речи. Это предполагает использование методик расторможенность и стимулирования нарушенных речевых функций у ребенка. Работа по этой методике осуществлялась по пассивному участию больного ребенка в процессе обучения [3].

Одной из основных особенностей разработанной системы является ее превентивный характер. Эта предупредительная направленность восстановительной работы, основывается на учете системного построения речевого синдрома нарушение дает возможность избежать возникновения устойчивых симптомов и состояний, которые сложно преодолеть на поздних стадиях афазии у детей.

Важным в использовании методики расторможенность экспрессивной стороны речи и стимулирование устной речи является то, что восстановление происходило не от слова к фразе, а от фразы к слову. Такой подход оказался оправданным, поскольку позволит быстро восстанавливать развернутое высказывание и речевое мышление ребенка с афазией [17].

Логопедические методы работы на раннем этапе направлены на расторможение и стимулирование нарушенных сторон речи. В связи с этим ранний этап значительно короче последующих, на которых весь процесс восстановления проводится уже на основе компенсаторной перестройки органично нарушенных функций с использованием сохранившихся сторон.

Большой вклад по разработке принципов и приемов преодоления афазии внесли Э С. Бейн, М.К. Бурлакова (Шохор-Троцкая), Т.Г. Визель, А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова [1; 15; 30].

В логопедической работе по преодолению афазии используются общие дидактические принципы обучения (наглядность, доступность, сознательность и т.п.). Однако в связи с тем, что восстановление речевых функций отличается от формирующего обучения, что высшие корковые функции уже говорит и пишет человека организованы несколько иначе, чем у начинающего говорить ребенка (А.Р. Лурия, Л.С. Выготский), при разработке плана коррекционно-педагогической работы следует придерживаться следующих положений:

1. После завершения обследования больного, логопед определяет, какая область второго или третьего «функционального блока» мозга больного пострадала в результате инсульта или травмы, какие области мозга больного сохранены. Именно сохранение функций правого полушария и третьего «функционального блока» левого полушария позволяет воспитать у больного установку на восстановление нарушенной речи.

2. Выбор приемов коррекционно-восстановительной работы зависит от этапа, или стадии восстановления речевых функций

3. Коррекционно-восстановительная система занятий предполагает такой выбор приемов работы, который позволил бы либо восстановить первично нарушенную предпосылку, либо реорганизовать сохранившимся звенья речевой функции. Например, компенсаторное развитие акустического контроля при афферентной моторной афазии – это не просто замещение нарушенного кинестетического контроля акустическим для восстановления письма, чтения и понимания, а развитие сохраненных периферийно расположенных элементов анализаторов, постепенное накопление возможности их использования для деятельности дефектной функции. При сенсорной афазии процесс восстановления фонематического слуха осуществляется путем использования сохранной оптической, кинестетический, а главное, смысловой дифференциации слов, близких по звучанию [10].

4. Независимо от того, какая первичная нейропсихологическая предпосылка оказывается нарушенной, при любой форме афазии ведется работа над всеми сторонами речи: над экспрессивной речью, пониманием, письмом и чтением.

5. При всех формах афазии восстанавливается коммуникативная функция речи, развивается самоконтроль за ней. Лишь при понимании больным характера своих ошибок можно создать условия для его контроля за своей речью, за планом повествования за коррекцией постоянных или вербальных парафазии и т.п.

6. При всех формах афазии ведется работа над восстановлением словесных понятий, включением их в различные словосочетания.

7. В работе используются развернутые внешние опоры и постепенная их интериоризация по мере перестройки и автоматизации нарушенной функции. К таким опорам относятся при динамической афазии схемы предложения и метод фишек, позволяющих восстанавливать самостоятельное развернутое высказывание, при других формах афазии – схема выбора способов артикуляции при произвольной организации артикуляторных укладов фонем, схемы, используемые для преодоления импрессивного аграматизма [7].

Раннее начало восстановительной работы предотвращает фиксацию патологических симптомов и направляет восстановления с наиболее целесообразного пути. Восстановление нарушенных психических функций достигается при длительных логопедических занятиях [22].

При афазии проводятся индивидуальные и групповые логопедические занятия. Индивидуальная форма работы считается основной, так как именно она обеспечивает максимальный учет речевых особенностей детей, тесный личный контакт с ним, а также большую возможность психотерапевтического воздействия. Продолжительность каждого занятия на раннем этапе в среднем от 10 до 15 минут 2 раза в день, на поздних этапах – 30-40 минут не реже 3 раз в неделю. Для групповых занятий (три – пять человек) с однотипными формами речевых расстройств и относительно одинаковой стадией восстановления языка время занятий 45-50 минут.

Таким образом, логопед должен разъяснить родным особенности личности больного ребенка, связанные с тяжестью заболевания. На конкретных примерах объясняется обязательность его посильное участие в жизни семьи. Даются инструкции для работы по восстановлению речи.

**Выводы по главе 2**

Вторая глава курсовой работы была нацелена рассмотрение особенностей восстановительной работы с детьми при афазии. По результатам исследования можем сформулировать следующие выводы.

За более чем столетний период своего развития афазиология собрала огромный теоретический и практический материал по методике восстановительного обучения и нейропсихологической реабилитации больных афазии. Однако, несмотря на большое количество доследований, рассматриваемая отрасль нуждается в дальнейшем развитии исследований, особенно это касается проблем афазии у детей. Ведь феномен потери уже сформированной речи и постепенное возвращение речевых функций у детей происходят хотя и по очень схожему сценарию, по сравнению с взрослыми, но, в то же время, весьма специфически и парадоксально.

Выработка плана коррекционно-восстановительной работы при афазии у детей всегда требует индивидуального подхода. Составлению плана работы предшествует тщательное исследование речевых возможностей ребенка с учетом стадии его заболевания и формы афазии, а также интересов, его преморбидного уровня, взаимоотношений с членами семьи и т. п. Общие задачи восстановительного обучения – восстановить понимание и воспроизведение речи, попутно корригируя сопутствующие патологии артикуляционного аппарат. Коррекция афазии зависит от ее вида. Восстановительное обучение при афазии у детей начинается в остром периоде, после стабилизации больного. Чем быстрее начнется коррекционная работа, тем выше вероятность успеха и реабилитации речи.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В данной курсовой работе было проведено исследование по теме: «Особенности коррекционно-восстановительного обучения при афазии у детей». Результаты полученные в ходе исследования отражены в выводах согласно решенным задачам.

На основе анализа общей и специальной психолого-педагогической литературы в ходе исследования была обоснована проблема изучения афазии. Так было выявлено что изучением проблемы афазии занимались такие авторы как: Т.В. Ахутина, Н. А. Бернштейн, Л. С. Выготский, А. Р. Лурия, А. А. Смирнов, А. А. Ухтомский, Т. А. Фотекова, Д. А. Фарбер. Обобщив научные взгляды ученых было определено, что под афазией понимаются тяжелые последствия мозговых поражений, когда системно нарушаются все виды речевой деятельности. В основе любой формы афазии лежит та или иная первично повреждённая нейрофизиологическая и нейропсихологическая предпосылка, которая вызывает специфическое системное нарушение понимания речи, речеобразования, письма, чтения, счета. При афазии специфически системно нарушается реализация разных уровней, аспектов, видов речевой деятельности.

Изучив психолого-педагогическое понятие детской афазии, мы пришли к выводу, что актуальной и мало изученной остается проблема особенностей психического развития детей и подростков, больных детской афазией. Детская афазия – это нарушение, концентрирующееся в центре коры головного мозга. Эти центры ответственны за речевую функцию. Чаще всего расстройства концентрируются в проводящих путях мозга. Так же как у взрослых, оно характеризуется нарушением восприятия речи. Нарушение может быть, как частичным, так и полным. Так как заболевание связано с повреждением головного мозга, у детей оно диагностируется намного реже чем у взрослых.

Рассмотрев особенности работы с детьми при афазии можем констатировать, что проблема афазии и восстановительного обучения в течение уже многих лет остается актуальной и все больше привлекает внимание специалистов в области психологии, нейропсихологии, нейролингвистики, логопедии. Восстановительное обучение основано на одном из самых важных свойств головного мозга – способности к компенсации. Программа обучения должна 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.

В ходе исследования были также охарактеризованы методы и приемы коррекционно-восстановительного обучения при афазии у детей, так было определено, что восстановительное обучение направлено прежде всего на восстановление коммуникативных способностей, необходимо вовлечение в общение не только на занятиях, но и в семье, общественных местах. Для преодоления афазии у детей используются те же приемы коррекционно-восстановительной работы, которые применяются в работе со взрослыми на раннем этапе восстановления. В связи с несформированностью у детей различных навыков значительное внимание надо уделять психической деятельности, обучать ребенка планировать свои действия, отрабатывать некоторые движения. Занятия с детьми должны быть интересными, разнообразными. Лексика и семантика дидактического материала должны соответствовать возрасту ребенка. Особое место в преодолении речевых расстройств у детей занимают различные речевые игры, рисование, лепка, конструирование из элементов различных детских поделок.

Таким образом, сложность и высокая вариативность афазических синдромов требует признания того, что ни одну из существующих методик, включая настоящую, нельзя считать окончательной. Необходим дальнейший поиск новых приемов работы, которые соответствовали бы современному уровню учения об афазии у детей.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста. Уч. Пос. / Под ред. Л. С. Цветковой. – М. : МОДЭК, 2016. – 296 с.
2. Адрианов, О. С. О принципах структурно-функциональной организации мозга: Избр. науч. тр. / О. С. Адрианов. - М. : Академия, 2018. – 251 с.
3. Белова-Давид, Р. А. Нарушение речи у дошкольников / Р. А. Белова-Давид. – М. : Наука, 2012. – С. 9-31
4. Бернштейн, Н. А. Физиология движений и активность / Н. А. Бернштейн. – М. : Наука, 2015. – 494 с
5. Визель, Т. Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов / Т. Г. Визель. – М. : АСТ Астрель Транзиткнига, 2015. – 384 с.
6. Волкова, Г. А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики: учебно-методическое пособие / Г. А. Волкова. – Санкт-Петербург : Детство-Пресс, 2018. – 133 с.
7. Выготский, Л. С. Мышление и речь: психологические исследования / Л. С. Выготский. – М. : Наука, 2014. – 324 с.
8. Глозман, Ж. М. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте / Ж. М. Глозман, А. Ю. Потанина, А.Е. Соболева. – СПб. : Амтер, 2016. – 80 с.
9. Жукова, Н. С. Логопедия: Преодоление общ. недоразвития речи у дошкольников / Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева. – Екатеринбург : Литур, 2013. – 317 с.
10. Зееман, М. Расстройства речи в детском возрасте / Пер. с чешского Е. О. Соколовой. – М. : Академия, 2012. – 299 с.
11. Зуева, Л. Н. Занимательные упражнения по развитию речи. Логопедия для дошкольников / Л. Н. Зуева, Н. Ю. Костылева, О. П. Солошенко. – М. : АСТ, Астрель, 2013. – 80 c.
12. Калягин, В. А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В. А. Калягин, Т. С. Овчинникова. – М. : Академия, 2016. – 320 с.
13. Корнев, А. Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты / А. Н. Корнев. – СПб. : Речь, 2016. – 380 с.
14. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – М. : ВЛАДОС, 2018. – 680 с.
15. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А. Р. Лурия. – М. : Наука, 2017. – 504 с.
16. Микадзе, Ю. В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. / Ю. В. Микадзе. – СПб.: Питер, 2018. – 288 с.
17. Никашина, Н. А. Устранение недостатков произношения и письма у младших школьников // Недостатки речи у учащихся начальных классов массовой школы / под ред. Р. Е. Левиной. – М. : Просвещение, 2015. – С. 46-66
18. Психология детей дошкольного возраста. Развитие познавательных процессов / Под ред. А. В. Запорожца, Д. Б. Эльконина. – М. : Просвещение, 2014. – 352 с.
19. Симерницкая, Э. Г. Нейропсихологическая методика экспресс-диагностики «Лурия-90» / Э. Г. Симерницкая. – М.: Знание, 2011. – 44 с.
20. Смирнов, А. А. Психология запоминания / А. А. Смирнов. – М.:  Академия, 2016. – 328 с.
21. Соботович, Е. Ф. Речевое надоразвитие у детей и пути его коррекции (Дети с нарушением интеллекта и моторной алалией) / Е. Ф. Соботович. – М. : Классикс Стиль, 2013. – 160 с.
22. Трауготт, Н. Н. Как помочь детям, которые плохо говорят / Н. Н. Трауготт. – СПБ. : Гармония, 2014. – 59 с.
23. Ухтомский, А. А. Очерк физиологии нервной системы / А. А. Ухтомский. – М. : Наука, 2015. – 263 с.
24. Фарбер, Д. А. Развитие мозга и формирование познавательной деятельности ребенка / под ред. Д. А. Фарбер, М. М. Безруких. – М. : Наука; 2015. – 430 с.
25. Филичева, Т.Б. Основы логопедии: Учеб. пособие / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М. : Просвещение, 2017. – 223 с.
26. Фотекова, Т. А. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов: методическое пособие / Т. А. Фотекова, Т. В. Ахутина. – М. : Айрис-Пресс, 2017. – 172 с.
27. Хватцев, М. Е. Логопедия: учеб. пособие / М. Е. Хватцев. – М. : Наука, 2017. – 275 с.
28. Хризман, Т. П. Эмоции, речь и активность мозга ребенка / Т. П. Хризман, В. Д. Еремеева, Т. Д. Лоскутова. – М. : Педагогика, 2014. – 231 с.
29. Чутко, Л. С. Специфические расстройства речевого развития у детей: учебно-методическое пособие. / Л. С. Чутко, А. М. Ливинская. – СПб : Питер, 2016. – 48 с.
30. Шохор-Троцкая, М. К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления: методические рекомендации / М. К. Шохор-Троцкая. – М. : Секачев, 2012. – 128 с.
31. Щерба, Л. В. Языковая система и речевая деятельность: Сборник работ / Ред. Л. Р. Зиндер, М. И. Матусевич. – М. : Наука, 2014. – 427 с.