

БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ



УДК 376.3

Характеристика речевых нарушений и этапы коррекции при динамической афазии

А.А. Дубенцева

Донской государственный технический университет, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Аннотация

Известно, что динамическая афазия после инсульта характеризуется распадом внутренней речи, сохранением письма и чтения, но трудностями в самостоятельном построении устных высказываний, аграмматизмом и глагольной бедностью. Исследуется вопрос систематизации характеристик нарушений и эффективности коррекции у пациентов с разными видами афазии (первичное нарушение программирования или грамматического конструирования). Проанализирована литература, описаны направления логопедической работы, обследовано 15 пациентов в Ростове-на-Дону с использованием карт диагностики и методик Шкловского–Визель, Цветковой, Шохор-Троцкой. Обнаружено преобладание 1-го вида тяжелой/средней степени (9 чел.); положительная динамика у 5 пациентов (чаще 2-го вида). Восстановление длительно, трудоемко, лучше у 2-го вида. Результаты подчеркивают необходимость индивидуальных подходов, что делает статью ценной для логопедов и реабилитологов.

Ключевые слова: динамическая афазия, степень речевой дисфункции, типы динамической афазии, характеристика пациентов с динамической афазией, этапы восстановительной работы с пациентами

Для цитирования. Дубенцева А.А. Характеристика речевых нарушений и этапы коррекции при динамической афазии. *Молодой исследователь Дона*. 2026;11(2):65–69.

Characteristics of Speech Disorders and Stages of Dynamic Aphasia Correction

Anastasia A. Dubentseva

Don State Technical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

Abstract

Post-stroke dynamic aphasia is known to be characterised by disintegration of inner speech. Although writing and reading capacities are preserved, the patients have difficulties in independent construction of oral utterances, and suffer from agrammatism and poor verb retrieval. The problem of systematising the features of speech disorders and efficient approaches to correctional work in patients with different types of aphasia (those with primary speech programming disorder or difficulties in grammar usage) was studied. Literature sources have been analysed, the directions for the speech therapy have been described. 15 patients in Rostov-on-Don have been examined using the diagnostic charts and Shklovsky-Wiesel, Tsvetkova, and Shokhor-Trotskaya techniques. The predominance of type-1 aphasia in severe/moderate stages was revealed (in 9 patients); positive dynamics of disease was observed in 5 patients (more often of type-2). It has been acknowledged that recovery is a long-lasting and labor-intensive process, which goes better in patients of type-2 aphasia. The results emphasize the need for individual approaches. The above findings make the article valuable for the speech therapists and rehabilitation specialists.

Keywords: dynamic aphasia, speech dysfunction severity, types of dynamic aphasia, characteristics of patients with dynamic aphasia, stages of rehabilitation work with patients

For Citation. Dubentseva AA. Characteristics of Speech Disorders and Stages of Dynamic Aphasia Correction. *Young Researcher of Don*. 2026;11(2):65–69.

Введение. Актуальность темы исследования обусловлена выраженными нарушениями речи, наблюдаемыми в начальный восстановительный период у пациентов после ишемического или геморрагического инсульта. Среди таких расстройств выделяется динамическая афазия, основной проблемой которой выступает распад внутренней речи. Данный вид афазии изучали Т.В. Ахутина [1], Л.С. Цветкова [2], В.М. Шкловский [3], Т.Г. Визель [3]. Основные этапы коррекционной работы описаны Л.С. Цветковой [2], а рекомендации и примеры заданий представлены в исследованиях В.М. Шкловского и Т.Г. Визель [3].

Цель статьи — систематизация ключевых характеристик речевых нарушений при динамической афазии и их применение в логопедической коррекции.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать психолого-педагогическую, научно-методическую и медицинскую литературу по теме;
2. Рассмотреть основные направления и содержание логопедической работы по коррекции динамической афазии;
3. Провести логопедическое обследование и дать количественную оценку уровня остаточной речевой функции у пациентов с динамической афазией.

Материалы и методы. База исследования: Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Городская больница № 4» г. Ростова-на-Дону. Объект исследования: 15 пациентов с динамической афазией.

Для диагностики применялась карта комплексной диагностики речевых и неречевых функций детей и взрослых с речевыми расстройствами Е.Д. Дмитриевой [4].

Методики, включённые в коррекционно-восстановительную работу:

- методические рекомендации по восстановлению речи у больных с разными видами афазий — В.М. Шкловского, Т.Г. Визель [3];
- методики восстановительного обучения больных с нарушениями речи (афазиями) Л.С. Цветковой [2];
- методика логопедической работы на раннем этапе восстановления М.К. Шохор-Троцкой [5].

Основная часть. Речевые нарушения при динамической афазии входят в синдром нарушения динамического праксиса, сопровождаясь двигательной и общей инактивностью, снижением интереса к окружающему, а также изменениями эмоциональной сферы. Сохранность письма и чтения позволяет в письменной речи перебирать и оценивать речевые средства для построения высказывания. В устной же речи эти процессы затруднены: выбор средств нарушен, что характерно для данного расстройства. Динамическая афазия представляет собой необычную форму афазии — с сохранёнными сенсорными и моторными механизмами, способностью к репродуктивной речи, но без самостоятельного конструирования высказываний. Пациенты с трудом вступают в контакт из-за трудностей подбора слов и построения конструкций [3].

Клиническое значение имеет определение этапа формирования высказывания, на котором возникает сбой. По современным представлениям отечественных логопедов, пациентов с динамической афазией делят на две группы по уровню дисфункции и потенциалу восстановления [1]:

– 1-я группа — больные с первичным дефектом внутреннего программирования высказывания. Отсутствует мотивация к реабилитации, процесс сложный и длительный. Часто отмечаются трудности включения в диалог, замкнутость, инактивность. Для успеха требуется первичное растормаживание психических процессов, улучшение эмоционального фона и условий речевой продукции.

– 2-я группа — пациенты с первичным расстройством грамматического конструирования. Критика сохраннее, мотивация присутствует, восстановление протекает проще и быстрее. Главная задача — возврат конструкций высказывания, предикативного словаря и его употребления.

Для выбора эффективных методик логопедической коррекции необходимо точно установить степень нарушения. В зависимости от выраженности дисфункции динамическая афазия классифицируется на три степени тяжести [6]:

– Лёгкая степень — возможны развёрнутые спонтанные высказывания с стереотипностью, аграмматизмами, глагольной слабостью; сложности с пониманием переносного смысла.

– Средняя степень — спонтанная речь состоит из коротких стереотипных фраз с аграмматизмом, без глаголов; низкая активность, преобладает диалогическая речь с помощью специалиста или стимуляцией оппонента.

– Тяжёлая степень — спонтанная речь практически отсутствует, возможны речевые штампы; требуется внешняя стимуляция, телеграфный стиль; диалог ограничивается односложными ответами «да»/«нет».

Пациенты критичны к дефекту, переживают его, проявляя негативизм и обесценивание достижений [3]. В речевой деятельности выявляются лексические нарушения [5]:

- трудности актуализации слов, преимущественно глаголов;
- сужение словарного запаса по данным свободных и направленных вербальных ассоциаций;
- замедление динамики ассоциаций при заданиях на вербальные связи;
- основной дефект в актуализации и употреблении предикатов;
- специфический аграмматизм на уровне предложений и высказываний: грамматическая неверность, недостаточность или избыточность конструкций.

Аграмматизм при динамической афазии проявляется следующим образом [1]:

- пропуск предиката;
- пропуск предлогов;
- пропуск субъекта;
- пропуск местоимений;
- избыточность субъекта;
- избыточность вводных слов и союзов;
- употребление фраз-шаблонов;
- неразвёрнутые короткие простые предложения;
- «рубленный» характер фраз как грамматически невзаимосвязанных;
- неразвёрнутые фразеологические обороты;
- преобладание именительного падежа.

В учебном пособии М.М. Щербаковой и С.В. Котова «Программы восстановления речевого мышления у больных с последствиями инсульта» представлены задания для речи пациентов с динамической афазией [7]. Применение одного комплекса приводит к заучиванию материала в фиксированной форме. Усложнение или переформулировка задания при сохранении цели делает его невыполнимым: пациент долго вчитывается в инструкцию, пытается воспроизвести «заученное» или отказывается от сложного.

В реабилитационное отделение больницы № 4 г. Ростова-на-Дону поступают пациенты с первым видом динамической афазии. Работа с ними длительная и сложная. Даже повторная реабилитация через 3 месяца не даёт динамики. Требуется трудоёмкое взаимодействие нейропсихолога и логопеда. Сложность восстановления усугубляет психоэмоциональное состояние: инертность, заторможенность, истощаемость; нередко — тяжёлая депрессия из-за коммуникативных трудностей.

Задания подбираются индивидуально: конструкции предложений, связанные с профессией; стихи на бытовые темы; тексты от простых к сложным (работа, транспорт, животные, бытовые приборы и т. д.).

Коррекционная работа по Л.С. Цветковой делится на три стадии. Первая стадия — растормаживание речевой продукции с использованием вербальных и невербальных методик для активации речи. Эффективны бытовые диалоги для контакта и невербальные приёмы с движением и высказыванием. Задания идут от простого к сложному [2]. Также применяются [8]:

- вставка пропущенного слова в предложение;
- вставка пропущенных слов в предложения или текст;
- чтение стихов с выделением глаголов;
- работа со словами-глаголами;
- работа с интонационной выразительностью;
- воспроизведение ритмической структуры фразы.

По окончании первого этапа проводится промежуточная диагностика для определения дальнейших направлений. Этот этап самый трудоёмкий, так как цель — активация речи. При успехе (построение простых бытовых фраз с глаголами, бытовые конструкции, примитивный диалог) переходят ко второму этапу — восстановлению предикативности [2]. Здесь актуализируют глаголы с предлогами, синонимами, в конструкциях; работают с предикативными связями и выводят конструкции в речь.

Третий этап — работа со структурой фразы, её использованием в диалоге и коммуникации [2]. Возможны индивидуальные и фронтальные занятия: групповые полезны для применения навыков в общении. Диалог включает простые, осложнённые и сложные конструкции.

В результате коррекции речевая продукция восстанавливается в достаточном объёме, но может обедняться в профессиональных темах (например, химическая инженерия или проектирование сооружений).

Результаты исследования. В отделение медицинской реабилитации «Городская больница № 4» г. Ростова-на-Дону чаще поступают пациенты с моторными или сенсорными афазиями, а с динамической — меньше. За год реабилитации пациентов с нарушениями ЦНС из 15 с динамической афазией 9 имели первый вид тяжёлой и средней степени, 6 — второй вид средней и лёгкой. На рис. 1 представлены данные о степени выраженности дефекта динамической афазии 1-го и 2-го вида.

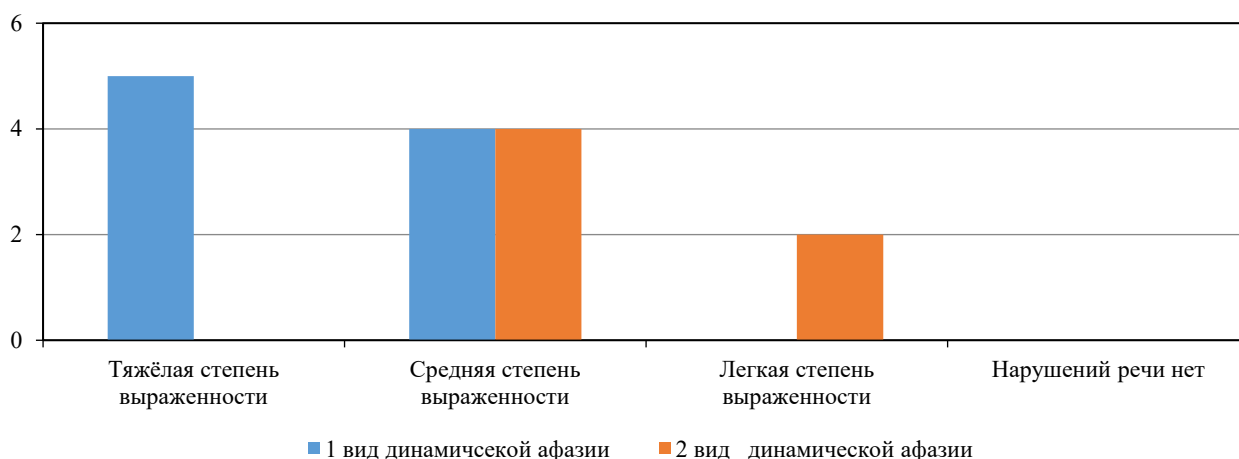


Рис. 1. Степень выраженности речевого дефекта пациентов

После реабилитации положительная динамика выявлена лишь у 5 из 15 пациентов. У 4 пациентов с вторым видом динамической афазии отмечено улучшение: речь нормализовалась у 3 человек, а степень дефекта снизилась до легкой у 1 обследуемого. У 1 пациента с первым видом динамической афазии также наблюдается регресс выраженности дефекта — с средней до легкой степени. Все данные представлены на рис. 2. В ходе реабилитации учитывались индивидуальные особенности пациентов, факторы, ограничивающие реабилитационный потенциал, и сопутствующие нарушения высших психических функций.

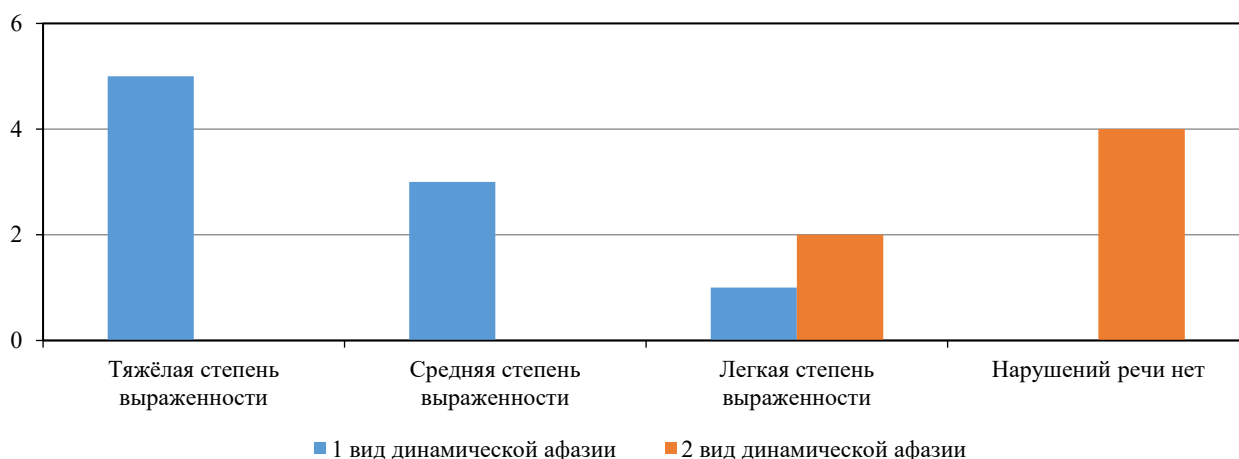


Рис. 2. Степень выраженности речевого дефекта пациентов после реабилитации

Заключение. Таким образом, проанализированы и систематизированы характеристики речевых нарушений при динамической афазии, а также этапы коррекционной работы. На основе исследования проведена реабилитация пациентов с динамической афазией с учётом всех выявленных в теоретической части особенностей и стадий восстановления речевой функции.

Восстановительное обучение лиц с динамической афазией представляет собой длительный и трудоёмкий процесс. Главные трудности речевой реабилитации обусловлены невозможностью для пациента самостоятельно выстроить грамматически правильное высказывание. На начальных этапах требуется растормаживание речевой продукции, затем последовательно ведётся работа с глаголами, формирование предикативных связей и построение предложений. Протяжённость процесса обусловлена заучиванием специфических программ действий для конструирования даже простых высказываний, их закреплением в речевой деятельности и последующим совершенствованием конструкций. Трудности реабилитации чаще всего связаны с сочетанием различных нарушений высших психических функций.

На базе исследования среди пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, динамическая афазия диагностирована у небольшого числа лиц, преимущественно с первым типом динамического речевого расстройства. Динамика восстановления у таких больных крайне низкая, поскольку реабилитация протекает длительно и затруднённо. Положительная динамика отмечена лишь у 1 из 9 пациентов. Более благоприятные результаты коррекционной работы наблюдаются при втором типе динамической афазии: из 6 пациентов улучшения выявлены у 4.

Список литературы

1. Ахутина Т.В. *Нейролингвистический анализ динамической афазии. О механизмах построения высказывания.* Учебное пособие. 2-е издание. Москва: Теревинф; 2002. 144 с.
2. Цветкова Л.С. *Нейропсихология и афазия: новый подход.* Учебно-методическое пособие. Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК»; 2001. 587 с
3. Шкловский В.М., Визель Т.Г. *Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии.* Москва: Ассоц. дефектологов, В.Ю. Секачев; 2000. 96 с.
4. Дмитрива Е.Д. *Логопедические карты для диагностики речевых расстройств.* Москва: Астрель; 2008. 144 с.
5. Шохор-Троцкая (Бурлакова) М.К. *Речь и афазия. Методологический подход к преодолению речевых расстройств.* Москва: Издательство ЭКСМО-Пресс; 2001. 416 с.
6. Иванова М.В., Ларина О.Д., Норвилс С.Н., Царева И.В. *Логопедическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями речи, голоса и глотания в остром периоде. Клинические рекомендации для логопедов.* Москва; 2016. 41 с.
7. Щербакова М.М., Котов С.В. *Программы восстановления речевого мышления у больных с последствиями инсульта.* Учебное пособие. Москва: МОНКИ; 2014. 43 с.
8. Волкова Л.С. (ред.), Лалаева Р.И., Мастюкова А.М. *Логопедия.* Учебное пособие. Москва: Просвещение; 1989. 528 с.

Об авторе:

Анастасия Алексеевна Дубенцева, магистрант кафедры «Дефектология и инклюзивное образование» Донского государственного технического университета (344003, Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, пл. Гагарина, 1), nast111002001@yandex.ru

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

About the Authors:

Anastasia A. Dubentseva, Master's Degree Student of the Department of Defectology and Inclusive Education, Don State Technical University (1, Gagarin Sq., Rostov-on-Don, 344003, Russian Federation), nast111002001@yandex.ru

Conflict of Interest Statement: the author declares no conflict of interest.

The author has read and approved the final manuscript.