

УДК 376.37:616.83
ББК Р684

DOI 10.26170/sp19-03-06
ГСНТИ 14.29.29

Код ВАК 13.00.03

О. Д. Ларина
Г. К. Гераскина
Москва, Россия

O. D. Larina
G. K. Geras'kina
Moscow, Russia

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРИМЕНЕНИЕ ОПТИКО- ТАКТИЛЬНОГО МЕТОДА ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ РЕЧИ БОЛЬНЫХ С МОТОРНОЙ АФАЗИЕЙ

OPTICO-TACTILE METHOD OF SPEECH REHABILITATION IN PATIENTS WITH MOTOR APHASIA: MODERN APPROACH

Аннотация. Рассматриваются терминологические и методические аспекты логопедической работы по преодолению нарушений речи у взрослых больных с моторной афазией в результате очаговых поражений головного мозга, в историческом контексте описан и проанализирован «оптико-тактильный метод». Отмечается неправомерность традиционного применения данного метода на современном этапе развития медицинской реабилитации в России. Основной акцент делается на недопустимости использования методов и приемов детской логопедии при восстановлении речи у взрослых пациентов, необходимости решать коммуникативные проблемы больных, а не работать над технической стороной речевого акта. Обращается внимание на то, что содержанием оптико-тактильного метода являются актуализация, реконструкция и уточнение звуков, а не их постановка с использованием зеркал, зондов и шпателей. Подчеркивается, что содержание и методы работы при афазии должны основываться на результатах выявления особенностей социально-коммуникативной сферы пациентов,

Abstract. The article deals with terminological and methodological aspects of logopedic work on overcoming speech disorders in adult patients with motor aphasia as a result of focal brain lesions and describes and analyzes the optico-tactile method in historical context. The authors note that at the current stage of development of medical rehabilitation in Russia, this method cannot be used in its traditional way. They specially emphasize the impossibility to use the methods and techniques of pediatric logopedics for rehabilitation of speech in adult patients, and stress the need to solve the communicative problems of patients, and not just work on the technical side of the speech act. Attention is drawn to the fact that the content of the optico-tactile method is made up by actualization, reconstruction and perfection of speech sounds and is not limited to teaching articulation using mirrors, probes and spatulas. It is highlighted that the content and methods of work in cases of aphasia should be based on the results of identification of the specific features of the patients' socio-communicative sphere, on the assessment of their socio-communicative potential on the basis of the parameters of the Inter-

оценки их социально-коммуникативного потенциала на основе параметров Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Авторами предлагается алгоритм логопедической работы при грубой моторной афазии, который апробирован в процессе логопедических занятий более чем с 1500 пациентами с грубой моторной афазией и внедрен в практику логопедов.

Ключевые слова: логопедия; нейрореабилитация; нарушения речи; восстановление речи; логопедическая работа; речевые нарушения; очаговые поражения головного мозга; моторная афазия; оптико-тактильный метод.

Сведения об авторе: Ларина Ольга Данииловна.

Место работы: доцент, кафедра логопедии, Московский государственный педагогический университет; старший научный сотрудник, Федеральный центр цереброваскулярной патологии и инсульта Минздрава РФ.

Контактная информация: 119571, Россия, Москва, пр-т Вернадского, 88 (МГПУ); 117342, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр. 10 (Федеральный центр цереброваскулярной патологии и инсульта Минздрава РФ).

E-mail: oldanlar@gmail.com.

Сведения об авторе: Гераськина Галина Казисовна, логопед высшей категории.

Место работы: Институт дефектологии и медицинской психологии (Москва).

Контактная информация: 109240, Россия, Москва, ул. Николаямская, д. 18/1, стр. 2.

E-mail: G-aGK@yandex.ru.

national Classification of Functioning, Disability and Health. The authors suggest an algorithm of speech therapy in cases of severe motor aphasia, which has been tested during logopedic sessions with more than 1,500 patients with severe motor aphasia and introduced into the practical activity of many speech therapists.

Keywords: logopedics; neurorehabilitation; speech disorders; speech rehabilitation; logopedic work; speech impairments; focal brain lesions; motor aphasia; optico-tactile method.

About the author: Larina Ol'ga Daniilovna, Associate Professor.

Place of employment: Department of Speech Therapy, Moscow State Pedagogical University; Senior Researcher, Federal Center for Cerebrovascular Pathology and Stroke, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

Place of employment: Institute of Defectology and Medical Psychology, Moscow, Russia.

About the author: Geras'kina Galina Kazisovna, Senior Logopedist.

Place of employment: Institute of Defectology and Medical Psychology, Moscow, Russia.

За последние годы в связи с развитием медицинской реабилитации в России увеличилось количество специалистов, осу-

ществляющих реабилитационные мероприятия. Авторами предлагается алгоритм логопедической работы при грубой моторной афазии, который апробирован в процессе логопедических занятий более чем с 1500 пациентами с грубой моторной афазией и внедрен в практику логопедов.

ществляющих дефектологическую помощь пациентам разного возраста с ограничениями жизнедеятельности, нарушением функций и структур организма человека.

К настоящему времени произошло переосмысление практического опыта, что потребовало создания единого методического пространства во всех медицинских реабилитационных учреждениях, единого методологического подхода к пониманию и толкованию терминов, традиционно применяющихся в восстановительном обучении. Особо хочется уделить внимание использованию в современной логопедической практике терминологии, отражающей методы работы, в первую очередь «оптико-тактильному методу» (ОТМ).

До начала XX в. не существовало стройной системы восстановительной работы по преодолению нарушений речи у данной категории больных. Имелись лишь единичные описания приемов и методов работы с крайне ограниченным контингентом больных. Становление методологии логопедии связано с общими концепциями дефектологической науки, сложившимися в 20-х гг. XX в. как в России, так и за рубежом. Первыми принципы дефектологии реализовывали в своей практической деятельности врачи, занимавшиеся лечением и

научным изучением больных с локальными поражениями головного мозга. Неврологи, стремясь вернуть речь больным, обращались к опыту формирования речи у глухонемых (Broca (1901), Gutzmann (1901, 1924), Kussmaul (1910), Froschels (1919, 1928)), применяя оптико-тактильный метод постановки и автоматизации звуков с использованием зеркал, шпателей, графических артикуляционных профилей и т. п.

После Первой мировой войны, когда возросло число раненых, потерявших речь, появились попытки расширить методы ее восстановления. Так, Райхман и Райхау (Reichmann, Reichau, 1919) использовали автоматизированные речевые ряды наряду с ОТМ и отмечали, что восстановительный процесс становится эффективнее. Элиасберг (Eliasberg, 1922) предлагал восстанавливать речь у пациентов с моторной афазией с использованием «погружения слова в различные ряды понятий» [22, с. 6], активизируя смысловые связи слова.

В середине XX в. стала признаваться приоритетность **коммуникативной** функции речи и необходимость создания методов восстановления речи, отличающихся от методов ее формирования.

Goldstein (1948), оставаясь приверженцем ОТМ, предлагал использовать «тренировку мускулов в *неречевой* деятельности

и подражание движениям губ, языка, нёба педагога», при этом отмечая, что «вначале гораздо важнее использовать речь для общения, добиться какой-то степени понимания больным чужой речи, нежели восстановить четкое произношение» [22, с. 7].

Ж. Вэпман (J. Verman) в статье «Концептуальная модель процессов, участвующих в восстановлении при афазии» (1953) предложил общие принципы восстановительного обучения больных с афазией. Проанализировав практический опыт работы с пациентами после ранений, он заметил, что при всем разнообразии используемых методов в действительности с больными с афазией занимаются процессом стимуляции, а не обучения, который не должен приводить к появлению новых навыков и нового словаря. Вслед за Ж. Вэпманом нам хочется подчеркнуть, что «восстановление при афазии становится по своей концептуальной структуре процессом обеспечения терапевтом (логопедом. — О. Л., Г. Г.) стимулирующего материала в области наибольших *потребностей* больного в то время, когда его нервная система способна использовать этот материал для фацилитации корковой интеграции в речевой сфере» [7, с. 203].

Ф. Лермитт (F. Lermitt) отмечал: «Восстановление речи при афазии отличается от преподава-

ния иностранного языка здоровым. Афазик когда-то уже умел говорить. Восстановительное обучение должно быть направлено на вызывание, спонтанную и произвольную актуализацию нарушенной или утраченной психолингвистической активности, а не на обучение элементам языка. *Преодоление расстройств артикуляции при афазии отличается от тех приемов, которые применяются к ребенку с функциональными расстройствами речи.* У афазика эти способы неэффективны» [12, с. 190]. Он описал приемы восстановления артикулированной речи у больных с моторной афазией. Мы тоже считаем, что в грубых случаях моторной афазии и орально-артикуляционной апраксии восстановление необходимо начинать с беззвучных упражнений на оральный праксис. Как показывает наш опыт, не следует долго останавливаться на одном удавшемся движении, чтобы избежать персеверации. Необходимо одновременно ассоциировать звуки не только с артикуляторными движениями, но и со смысловыми контекстами. При вызывании первых звуков для облегчения артикулирования логопед должен сопровождать произнесение жестами руки, специфичными для каждой фонемы и способа ее произнесения. Например, для произнесения звука «а» логопед

может развести руки (пальцы, показать раскрытую ладонь), изобразить мимику приятного удивления или зевка, при которой рот открыт, а язык опущен. При этом не следует употреблять в инструкции слова «скажите, произнесите, говорите», правильнее предлагать больному: «Сделайте вместе со мной, сделайте так же», изображать ситуацию, подражать речевым звукам — явлениям природы и шумам [см.: 8].

В 20—30-е гг. XX века в СССР началось бурное развитие логопедии. ОТМ, широко использовавшийся в сурдопедагогике, стал применяться при коррекции речевых нарушений у детей и взрослых.

Ю. А. Флоренской была разработана методика логотерапевтической помощи больным с речевыми нарушениями, в основном в условиях детских поликлиник, а для взрослых — в психоневрологических диспансерах и логопедических кабинетах больниц (Флоренская, 1934) [17].

В годы Второй мировой войны отечественными логопедами и психологами был накоплен значительный опыт диагностической и восстановительной работы с больными с афазией, что привело к модификации ОТМ, были созданы и апробированы новые методики по восстановлению речи у больных с моторной афазией.

Развитие логопедии шло па-

раллельно с образованием новой науки — нейропсихологии. А. Р. Лурия предложил структурно-функциональную модель работы мозга, разработал теорию системной динамической локализации ВПФ, ввел синдромный анализ последствий локальных поражений головного мозга, разработал новую классификацию нарушений речи (афазий), что сделало возможным не только эмпирический, но и научно обоснованный анализ методов, применяемых в отечественной дефектологии и логопедии.

Т. М. Мохова, критикуя использование ОТМ, писала, что «в лечебно-педагогической работе с моторными афазиками более целесообразными являются такие приемы, которые не фиксируют внимания больного на артикуляционных движениях. Принципиально важным представляется выработка таких методов, которые направлены на развитие побуждений к речи при полном и последовательном отказе от любых приемов, отвлекающих внимание больного от значения и смысла произносимых им слов и фраз» [14, с. 132].

Ю. А. Флоренская, обобщая опыт практической работы с больными и признавая приоритет, особенно на первых этапах, растормаживания речи больного, писала: «У некоторых больных, страдающих моторной афазией, в

начальном периоде заболевания настолько затруднено звукообразование, что, прежде чем применить указанные выше приемы (по растормаживанию), оказывается необходимым проделать большую и длительную работу по формированию речевых звуков» [18]. «Однако, — подчеркивала Юлия Александровна, — эту работу нельзя отождествлять с постановкой звуков, принятой при различных формах косноязычия. Больной с афазией не может произнести нужное ему слово, а не тот или иной отдельный звук. Появляющаяся возможность произнесения начального звука иногда сразу позволяет произнести простое слово» [18].

В. К. Орфинская (1960), сравнивая методы работы с афазиками и алаликами, предлагала методику восстановительной терапии, при которой работают «не над воспитанием новых навыков, а над восстановлением функции методом активации сохранных ее компонентов... Таким путем оживляются речевые стереотипы и функция восстанавливается в целом. При афазии... проводится систематическая работа над восстановлением языковых систем методом растормаживания, при алалии — методом воспитания навыков» [16, с. 207—208].

В. М. Коган предложил (вслед за Eliasberg) принципиально иной подход к восстановительному

обучению, который отличался от обычной в то время логопедической практики тем, что в нем отсутствовала поэлементная постановка и автоматизация звуков и слогов, а внимание обращалось на осознанное отношение больного к смысловому содержанию слова в связи с предметом. В своей книге «Восстановление речи при афазии» (1962) он писал, что «для проторения слова в экспрессивной речи необходимо стремиться к созданию большего соответствия между потребностью и готовностью, для чего обычные средства артикуляционной подготовки необходимы, но недостаточны. Намерение больного никогда не выражается в стремлении произнести звук, слог или даже слово — оно всегда содержит некоторый замысел, а значит, хотя бы небольшой, но все же контекст» [11].

Все ученые, занимающиеся изучением речи, подчеркивали и подчеркивают до сих пор, что требование выполнения определенного артикуляционного уклада (положения губ, языка, щек) предполагает доступность для пациента произвольных актов поведения, которые осуществить невозможно, в особенности на первых этапах восстановительного обучения. Поэтому такая деятельность не может являться проявлением его собственной активности, необходимой для коммуникации.

Л. С. Цветкова разработала научные основы восстановительного обучения, предложила методы его реализации и ввела термин «нейропсихологическая реабилитация». Любовь Семеновна отмечала, что традиционный ОТМ привнесен в афазиологию из дефектологии и не соответствует механизмам нарушения речи при афферентной моторной афазии. Объясняя свою точку зрения, она писала: «Ведущим звеном в этой методике является организация осознанной артикуляторной деятельности больного: все внимание его направлено на освоение и применение движений губ и языка в процессе речевого общения. Поэтому работа с афферентными моторными афазиками и начинается (после предварительной стадии) с восстановления произнесения целого слова без специальной работы над четкой его артикуляцией. Достигается это путем переключения внимания больного с артикуляторной стороны речи на общую смысловую и звуковую структуру слова» [20, с. 102]. Мы, как и огромное число логопедов, работающих с больными с афазиями, всецело разделяем эту точку зрения.

В. В. Оппель считала, что использование ОТМ «сводит на нет весь речевой опыт больного и ведет больного по очень трудному пути построения новой речевой системы, исходящей не из

смысловых словесных единиц, а из звуков. До сих пор мы наблюдаем, как при таком методе работы у больных как бы сосуществуют две речевые системы: одна — формируемая заново, искусственная система активно осознаваемой артикуляции и вторая, старая, больше или меньше пострадавшая в результате органического поражения головного мозга. В результате настойчивых требований логопеда произносить только „поставленные“ звуки и слова больной остается с несколькими тяжело артикулируемыми, поставленными словами, которые практически никак не могут заменить ему речь» [15, с. 10].

Э. С. Бейн отмечала, что «простое перенесение в работу со взрослыми больными приемов, разработанных для исправления и развития речи у детей, недопустимо. При выборе или разработке методик необходимо учитывать, что при афазиях приходится иметь дело с тем или другим видом распада уже сложившейся речевой функции» [4, с. 47]. Она писала, и здесь мы являемся ее последователями, что «надо прежде всего восстанавливать прямыми методами растормаживания и стимулирования временно заторможенные функции пострадавшего участка, так как только этим путем можно достичь *подлинного восстановления*» [3, с. 118]. При невозможно-

сти растормаживания речи Эсфирь Соломоновна считала возможным использовать ОТМ, называя этот процесс «постановкой звуков». Но методы, описанные ею в книге «Афазия и пути ее преодоления», отличаются от классической постановки звуков у детей. Как и Ф. Лермитт, она предлагала больному подражать действиям логопеда, например, при актуализации звука «А» послушать звук, широко открыть рот, подкрепляя действие опорой на графическое изображение большого круга и изображением буквы и т. п. Это, конечно же, вызов (*актуализация*) звука, а не его постановка. Вызванные звуки сразу же вводились в коммуникативно значимую ситуацию (*У девочки разбилась чашка: — Ах.*), что подробно описала работавшая вместе с Э. С. Бейн долгие годы М. К. Шохор-Троцкая (Бурлакова). Марианна Константиновна предложила систему надстрочных знаков, кодирующих фонему при переводе ее в артикулему, а затем в графему, что значительно упрощает процесс восстановления речи, как устной, так и письменной, особенно у больных с моторной афазией. Используя название «оптико-тактильный метод», М. К. Шохор-Троцкая вкладывала совершенно другое наполнение в его содержание. В своей монографии она писала: «...что касается

больных, у которых невозможно использовать для растормаживания речи пение и автоматизированные речевые ряды из-за наличия амузии, речевой аритмии или стойкого речевого эмбола, ...все звуки вводятся в речь с опорой на зрительное и слуховое восприятие (отраженная и сопряженная речь), но без логопедических приемов постановки (как это делается в работе при дислалии и дизартрии), без использования шпателей, графических звуковых схем, слоговых упражнений» [22, с. 39]. Она подчеркивала, что, как написал А. Н. Соколов еще в работе 1941 г., лишь иногда артикуляция уточняется с помощью показа положения языка и губ логопедом при произнесении того или иного звука, так как задача восстановления заключается не в том, чтобы заставить больного «сознательно координировать какими бы то ни было мышечными группами, а в том, чтобы создать такие условия, при которых бы нужная координация естественно функционировала». Описывая свою методику восстановления устной речи у больных, Марианна Константиновна предложила закрепление звуков осуществлять не в бессмысленных слогах и словах-существительных, а в словах предикативного характера. Следуя ее методике, мы еще раз подчеркиваем, что при грубой моторной афазии и апрак-

сии артикуляционного аппарата (при отсутствии дизартрии) нет необходимости в постановке и автоматизации актуализированных звуков. Отработка их произнесения в слоговых упражнениях вызывает стойкие персеверации, невозможность их введения в речь и формирует стойкий негативизм вплоть до отказа от продолжения логопедических занятий. Сама «постановка звуков» у больных с моторной афазией носит характер «оживления» артикуляционных стереотипов, уже имевшихся артикуляционных навыков и проходит довольно быстро при введении их в смысловой и коммуникативный контекст с опорой на оптическое восприятие («считывание» с губ, мануальное и графическое изображение), тактильное подкрепление и стимулирование слухового внимания.

Продолжая традиции Э. С. Бейн и М. К. Шохор-Троцкой в использовании логопедической терминологии, Т. Г. Визель ввела понятие «спонтанное артикулирование», применив его для описания методов и приемов логопедической работы при грубой моторной афазии. Раскрывая данное понятие, автор подчеркивала необходимость реализации «обходных способов артикулирования с привлечением разномодальностных опор: 1) акустических образов звуков речи и слов; 2) особенностей слогоритмической структуры слов; 3)

оптических образов артикуляционных укладов (оптико-тактильный метод); 4) возвращения артикулемам их смысловой роли путем возвратной выработки артикулемно-фонемных ассоциаций» [6, с. 269—270].

Как показал опыт работы логопедов учреждений здравоохранения, в первую очередь Центра патологии речи и нейрореабилитации, особое значение на этом этапе имеет «стимуляция речи на слух». Это целая система заданий с опорой на пиктограмму, жесты, глобальное письмо и чтение, позволяющая больным схватывать на слух предложения и слова различной длины, сложности и содержания. Больной начинает улавливать общий смысл фразы (часто парадоксальные вопросы бывают крайне эффективны и эмоциональны), и задача логопеда состоит в том, чтобы, преодолевая нарушения понимания ситуативно-бытовой речи, вызвать произвольные ответы, адекватные вопросу, без фиксации на звукопроизношении.

XXI в. продолжает традиции своих предшественников, еще и еще раз подтверждая неправомерность применения ОТМ с классической постановкой звуков в нейрореабилитации больных с моторной афазией.

М. К. Шохор-Троцкая, Т. В. Ахутина и Н. М. Пылаева, Л. С. Цветкова, Ж. М. Глозман, М. Е. Бай-

лина обращают внимание специалистов на недопустимость использования методов и приемов детской логопедии при восстановлении речи у взрослых пациентов, призывают не отрабатывать техническую сторону речевого акта, а предлагают решать их коммуникативные проблемы.

Таким образом, в настоящее время возникла острая необходимость модернизации и изменения содержания «оптико-тактильного метода» для применения в современной нейрореабилитации. Необходимо отметить, что в процессе логопедической реабилитации пациентов с последствиями локального органического повреждения мозга содержанием ОТМ являются актуализация, реконструкция и уточнение звуков, а не их постановка.

В соответствии с формирующейся современной концепцией медицинской реабилитации, содержание и методы работы при афазии должны основываться на результатах выявления особенностей социально-коммуникативной сферы пациентов, оценки их социально-коммуникативного потенциала на основе параметров Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Мы предлагаем следующий **алгоритм работы** при грубой моторной афазии.

Начинать работу с активизации

слухового внимания при одновременном побуждении к речевой деятельности, для чего стимулировать как вербальные, так и невербальные ответы в простом диалоге (с опорой на пиктограммы «да», «нет», простые символические и указательный жесты). Возможно проведение процедуры «массажа» (для стимулирования проприоцептивных ощущений) в ходе выполнения упражнений с целью преодоления орально-артикуляторной диспраксии и предупреждения персевераций (без контроля в зеркале) и вызов звукоподражаний в неречевых ситуациях. Вызывать вербальные ответы (вне зависимости от качества произнесения) в процессе неречевой деятельности, экстерииоризации слогоритмической структуры слова и фразы, растормаживания (автоматизированные ряды, но не алфавит, сверхжесткие контексты, ситуативно-бытовой диалог); одновременно с этим проводить работу по предупреждению аграмматизма с опорой на глобальные чтение и письмо, параллельно осуществлять подготовку к восстановлению аналитического письма. Как только в собственной речи появляются отдельные слова и короткие фразы (фрагменты фраз), начинается работа по уточнению артикулирования звуков с опорой на письменную речь и слуховой

контроль. Для дифференциации артикулем рекомендуем вводить слова в смысловые контексты, эмоционально и премоурбидно значимые для пациента.

Логопедическая работа по восстановлению речи более чем с 1500 пациентами с грубой моторной афазией доказала эффективность предлагаемого подхода. В заключение хочется отметить, что использование термина «ОТМ» в значении «постановка звуков» является неприемлемым при описании методик восстановительной работы с больными с афазией. Это вводит в заблуждение специалистов, провоцируя их автоматически применять приемы и методы логопедической работы, к которым обращаются при дизартрии или дислалии.

Литература

1. Ахутина, Т. В. Восстановительное обучение при грубой сенсорной афазии / Т. В. Ахутина, Н. М. Пылаева // Актуальные проблемы логопедической практики / Центральные механизмы речи. — СПб., 2004.
2. Баулина, М. Е. Нейропсихология / М. Е. Баулина. — М.: ВЛАДОС, 2018.
3. Бейн, Э. С. Афазия и пути ее преодоления / Э. С. Бейн. — Л.: Медицина, 1964.
4. Бейн, Э. С. Пособие по восстановлению речи у больных с афазией / Э. С. Бейн. — М.: Медгиз, 1962.
5. Бурлакова (Шохор-Троцкая), М. К. Еще раз о преодолении апраксии артикуляционного аппарата у больных с афферентной моторной афазией / М. К. Бурлакова (Шохор-Троцкая) // Проблемы патологии развития и распада речевой функции / Центральные механизмы речи. — СПб., 2001.

6. Визель, Т. Г. Приобретение и распад речи / Т. Г. Визель. — Барнаул: АлтГПУ, 2016.
7. Вэпман, Ж. Концептуальная модель процессов, участвующих в восстановлении при афазии / Ж. Вэпман // Афазия и восстановительное обучение. Тексты. — М.: МГУ, 1983.
8. Гераськина, Г. К. Об особенностях восстановительного обучения при грубой афферентной афазии / Г. К. Гераськина // Современные подходы к диагностике и коррекции речевых расстройств / Центральные механизмы речи. — СПб., 2001.
9. Глозман, Ж. М. Общение и здоровье личности / Ж. М. Глозман. — М.: Юрайт, 2018.
10. Глухов, В. П. Основы психолингвистики / В. П. Глухов. — М.: АСТ, 2005.
11. Коган, В. М. Восстановление речи при афазии / В. М. Коган. — М.: Труды ин-та экспертизы и трудоспособности, 1962.
12. Лермитт, Ф. Восстановление больных с афазией / Ф. Лермитт, Б. Дюкарн // Афазия и восстановительное обучение. Тексты. — М.: МГУ, 1983.
13. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции и их нарушение при локальных поражениях мозга / А. Р. Лурия. — М.: МГУ, 1962.
14. Мохова, Т. М. Восстановление речи при моторной афазии / Т. М. Мохова // Расстройства речи при черепно-мозговых ранениях и ее восстановление. — М., 1948. — (Изв. Акад. пед. наук РСФСР; вып. 15).
15. Оппель, В. В. Восстановление речи при афазии / В. В. Оппель. — Л.: Медгиз, 1963.
16. Орфинская, В. К. Сравнительный анализ нарушений речи при афазии и алалии / В. К. Орфинская // Хрестоматия по логопедии. — М.: Владос, 1997. — Т. 2.
17. Флоренская, Ю. А. Общая характеристика нарушений речи военного времени / Ю. А. Флоренская // Избр. работы по логопедии. — М.: АСТ — Астрель, 2006.
18. Флоренская, Ю. А. Клиника и терапия нарушенной речи / Ю. А. Флоренская. — М.: Медгиз, 1949. — 120 с.
19. Цветкова, Л. С. К вопросу о задачах, теории и методах восстановительного

обучения / Л. С. Цветкова // Проблемы афазии и восстановительного обучения. — М. : МГУ, 1975.

20. Цветкова, Л. С. Основы смыслового подхода к восстановительному обучению / Л. С. Цветкова, А. В. Цветков // Наследие А. Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте / Фак. психологии МГУ. — М. : МГУ, 2012.

21. Шохор-Троцкая (Бурлакова), М. К. Стратегия и тактика восстановления речи / М. К. Шохор-Троцкая (Бурлакова). — М. : Эксмо-Пресс, 2001.

22. Шохор-Троцкая, М. К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления / М. К. Шохор-Троцкая. — М. : Медицина, 1972.

References

1. Akhutina, T. V. Vosstanovitel'noe obuchenie pri gruboy sensomotornoy afazii / T. V. Akhutina, N. M. Pylaeva // Aktual'nye problemy logopedicheskoy praktiki / Tsentral'nye mekhanizmy rechi. — SPb., 2004.

2. Baulina, M. E. Neyropsikhologiya / M. E. Baulina. — М. : VLADOS, 2018.

3. Beyn, E. S. Afaziya i puti ee preodoleniya / E. S. Beyn. — L. : Meditsina, 1964.

4. Beyn, E. S. Posobie po vosstanovleniyu rechi u bol'nykh s afaziey / E. S. Beyn. — М. : Medgiz, 1962.

5. Burlakova (Shokhor-Trotskaya), M. K. Eshche raz o preodolenii apraksii artikulyatsionnogo apparata u bol'nykh s afferentnoy motornoy afaziey / M. K. Burlakova (Shokhor-Trotskaya) // Problemy patologii razvitiya i raspada rechevoy funktsii / Tsentral'nye mekhanizmy rechi. — SPb., 2001.

6. Vizel', T. G. Priobretenie i raspad rechi / T. G. Vizel'. — Barnaul : AltGPU, 2016.

7. Vepman, Zh. Kontseptual'naya model' protsessov, uchastvuyushchikh v vosstanovlenii pri afazii / Zh. Vepman // Afaziya i vosstanovitel'noe obuchenie. Teksty. — М. : MGU, 1983.

8. Geras'kina, G. K. Ob osobennostyakh vosstanovitel'nogo obucheniya pri gruboy afferentnoy afazii / G. K. Geras'kina // Sovremennye podkhody k diagnostike i korrekcii rechevykh rasstroystv / Tsentral'nye mekhanizmy rechi. — SPb., 2001.

9. Gluzman, Zh. M. Obshchenie i zdorov'e lichnosti / Zh. M. Gluzman. — М. : Yurayt, 2018.

10. Glukhov, V. P. Osnovy psikhologingvistik / V. P. Glukhov. — М. : АСТ, 2005.

11. Kogan, V. M. Vosstanovlenie rechi pri afazii / V. M. Kogan. — М. : Trudy in-ta ekspertizy i trudospobnosti, 1962.

12. Lermitt, F. Vosstanovlenie bol'nykh s afaziey / F. Lermitt, B. Dyukarn // Afaziya i vosstanovitel'noe obuchenie. Teksty. — М. : MGU, 1983.

13. Luriya, A. R. Vysshie korkovye funktsii i ikh narushenie pri lokal'nykh porazheniyakh mozga / A. R. Luriya. — М. : MGU, 1962.

14. Mokhova, T. M. Vosstanovlenie rechi pri motornoy afazii / T. M. Mokhova // Rasstroystva rechi pri cherepno-mozgovykh raneniyakh i ee vosstanovlenie. — М., 1948. — (Izv. Akad. ped. nauk RSFSR ; vyp. 15).

15. Oppel', V. V. Vosstanovlenie rechi pri afazii / V. V. Oppel'. — L. : Medgiz, 1963.

16. Orfinskaya, V. K. Sravnitel'nyy analiz narusheniy rechi pri afazii i alalii / V. K. Orfinskaya // Khrestomatiya po logopedii. — М. : Vados, 1997. — Т. 2.

17. Florenskaya, Yu. A. Obshchaya kharakteristika narusheniy rechi voennogo vremeni / Yu. A. Florenskaya // Izbr. raboty po logopedii. — М. : АСТ — Astrel', 2006.

18. Florenskaya, Yu. A. Klinika i terapiya narushennoy rechi / Yu. A. Florenskaya. — М. : Medgiz, 1949. — 120 s.

19. Tsvetkova, L. S. K voprosu o zadachakh, teorii i metodakh vosstanovitel'nogo obucheniya / L. S. Tsvetkova // Problemy afazii i vosstanovitel'nogo obucheniya. — М. : MGU, 1975.

20. Tsvetkova, L. S. Osnovy smyslovogo podkhoda k vosstanovitel'nomu obuchenyu / L. S. Tsvetkova, A. V. Tsvetkov // Nasledie A. R. Lurii v sovremennom nauchnom i kul'turno-istoricheskom kontekste / Fak. psikhologii MGU. — М. : MGU, 2012.

21. Shokhor-Trotskaya (Burlakova), M. K. Strategiya i taktika vosstanovleniya rechi / M. K. Shokhor-Trotskaya (Burlakova). — М. : Eksmo-Press, 2001.

22. Shokhor-Trotskaya, M. K. Logopedicheskaya rabota pri afazii na rannem etape vosstanovleniya / M. K. Shokhor-Trotskaya. — М. : Meditsina, 1972.