

Министерство просвещения Российской Федерации  
Министерство образования и молодежной политики Свердловской области  
Уральский государственный педагогический университет  
Северо-Казахстанский университет им. М. Козыбаева  
Кыргызский государственный университет им. И. Арабаева

# ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ  
VII МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
(Екатеринбург, 8 апреля 2023 г.)

Выпуск 7



Екатеринбург 2023

УДК 37.013  
ББК Ч404.43  
Т65

*Рекомендовано Ученым советом Института общественных наук ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет» в качестве научного издания (протокол № 8 от 16.06. 2023 г.)*

*Рекомендовано Ученым советом ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет» в качестве научного издания (решение № 69 от 16.06.2023 г.)*

Рецензенты: Карнаух Н. В., доктор педагогических наук, профессор  
Новоселов С. А., доктор педагогических наук, профессор

Научный редактор: Галагузова Ю. Н., доктор педагогических наук, профессор

Ответственные редакторы: Донгаузер Е. В., кандидат педагогических наук, доцент (раздел «Профессиональное образование»)  
Дорохова Т. С., кандидат педагогических наук, доцент (раздел «Общее образование»)  
Андреева Е. Е., старший преподаватель (разделы «Инклюзивное образование», «Дошкольное образование»)

Т65 **Традиции** и инновации в педагогическом образовании : сборник научных трудов VII Международной конференции (Екатеринбург, 8 апреля 2023 г.). Выпуск 7 / Уральский государственный педагогический университет ; научный редактор Ю. Н. Галагузова. – Электрон. дан. – Екатеринбург : УрГПУ, 2023. – 1 CD-ROM. – Текст : электронный.

ISSN 2542-0534

Сборник научных трудов включает материалы VII Международной конференции «Традиции и инновации в педагогическом образовании», проведенной 8 апреля 2023 г. в Уральском государственном педагогическом университете. Материалы сборника раскрывают актуальные направления модернизации дошкольного образования, выявляют проблемы и перспективы развития современной школы и системы дополнительного образования детей, освещают вопросы инклюзивного образования, рассматривают специфику инновационных процессов в системе профессионального образования. Сборник адресован преподавателям и научным работникам, магистрантам и аспирантам, руководителям и практическим работникам сферы образования, заинтересованным в осмыслении инновационных процессов в педагогическом образовании в период его модернизации.

**УДК 37.013**  
**ББК Ч404.43**

ISSN 2542-0534

© ФГБОУ ВО «УрГПУ», 2023  
© Институт общественных наук, 2023

Бабанова М. И.

УДК 376.37:616.89-008.434.5

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ОБУЧЕНИИ ПРИ ЭФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИИ

Преподаватель кафедры специальных педагогических дисциплин, Брестский государственный университет имени А. С. Пушкина (Республика Беларусь, Брест). babanova\_maya@yandex.by

*Аннотация.* В статье отражены рекомендации по организации восстановительного обучения при эфферентной моторной афазии грубой степени выраженности с точки зрения комплексного подхода, содержащие инструкции к комплексной программе восстановительного обучения, разработанной по результатам нейропсихологического обследования, а также особенности организации занятий, распределения рабочего времени, речевого и неречевого материала, рекомендации по повышению эффективности восстановительной работы.

*Ключевые слова:* афазия; эфферентная моторная афазия; восстановительное обучение; восстановление речи; комплексный подход; лица с нарушениями речи

Maya I. Babanova

## METHODOLOGICAL RECOMMENDATIONS FOR THE IMPLEMENTATION OF AN INTEGRATED APPROACH IN RESTORATIVE LEARNING IN EFFERENT MOTOR APHASIA

Teacher of the Department of special pedagogical disciplines, Brest State A. S. Pushkin University (Brest, Republic of Belarus)

*Abstract.* The article reflects recommendations on the organization of restorative training in case of severe efferent motor aphasia from the point of view of an integrated approach, containing instructions for a comprehensive program of restorative training developed based on the results of a neuropsychological examination, as well as features of the organization of classes, the distribution of working time, speech and non-speech material, recommendations for improving the effectiveness of restorative work.

*Keywords:* aphasia; efferent motor aphasia; restorative learning; speech restoration; integrated approach; persons with speech disorders

Афазия относится к числу тяжелых нарушений речи органического центрального происхождения. Чаще она возникает у людей пожилого возраста на почве нарушений мозгового кровообращения [13].

Разработкой проблем афазии занимались крупнейшие неврологи и психологи XIX и начала XX столетий (М. И. Аствацатуров, Е. Бай, П. Брока, К. Вернике, К. Гольдштейн, С. Геншен, Г. Джексон, С. И. Давиденков, К. Клейст, М. Б. Кроль, А. Куссмауль, П. Мари, К. Монаков, А. Пик и др.) [14].

В настоящее время продолжают исследования в области афазии (М. К. Бурлакова, Л. С. Цветкова, В. М. Шкловский, Т. Г. Визель, Е. Н. Правдина-Винарская, И. Т. Власенко и др.).

Особый интерес к проблеме афазии неслучаен: изучение афазии приближает нас к пониманию мозговых основ психических функций, взаимодействия речи с другими высшими психическими процессами.

Основанием для исследования как речевых, так и неречевых психических функций является положение Л. С. Выготского о том, что все высшие психические функции объединяет тот общий признак, что они являются опосредствованными процессами, т. е. что они включают в свою структуру как центральную и основную часть всего процесса в целом употребление знака как основного средства направления и овладения психическими процессами. Таким знаком является слово, а значит, речь непосредственно связана со всеми неречевыми психическими функциями [2].

Актуальность данной проблемы заключается в необходимости расширения научно-методического аппарата восстановительного обучения при эфферентной моторной афазии, разработки вариативных программ и установления закономерностей в восстановительном процессе.

Методики по устранению речевых нарушений у детей включают работу с праксисом, вниманием, мышлением, памятью и восприятием, в то время как этапы и методики восстановления речи при афазии, в частности, эфферентной моторной, часто затрагивают только речевую функцию, хотя механизм взаимосвязи речи с остальными высшими психическими функциями сохраняется на протяжении всей жизни.

Эфферентная моторная афазия – это нарушение двигательного звена речи, обусловленное повреждением премоторной зоны церебральной коры и проявляющееся в затруднении перехода между артикуляционными позами, инертности речевых процессов, диспросодии, наличии персевераций, повторов, вторичного расстройства письменной речи.

Реализация кинетической программы речи является звеном сенсомоторного уровня ее организации, обеспечивающим последовательное и своевременное переключение с одного артикуляторного движения на другое. Выпадение этого звена ведет к дезинтеграции всей структуры речи и формированию ее дефекта, который получил название эфферентной моторной афазии (или кинетической).

Эта форма афазии возникает при поражении 44 поля (зона Брока), которое располагается в задней части третьей лобной извилины, при поражении перед-

них ветвей левой средней мозговой артерии (поля 44, 45) и проявляется в грубом нарушении устной экспрессивной речи. Она сопровождается, как правило, кинетической апраксией, выражающейся в трудностях усвоения и воспроизведения двигательной программы.

Поражение моторных отделов мозга вызывает патологическую инертность речевых стереотипов, приводящих к звуковым, слоговым и лексическим перестановкам и персеверации, повторам. Персеверации, непроизвольные повторы слов, слогов, являющиеся следствием невозможности своевременного переключения с одного артикуляторного акта на другой, затрудняют, а иногда делают полностью невозможными устную речь, письмо, чтение [6].

Нарушение кинетической стороны речи и своевременной денервации предыдущего и иннервации последующего речевого акта (произнесения звука, слова, предложения) является следствием нарушения тормозных процессов в сторону их инертности, в результате чего нарушается подвижность моторной стороны речи: появляются речевые стереотипы, персеверации.

Таким образом, центральным механизмом данной формы афазии является патологическая инертность раз возникших стереотипов, появляющихся из-за нарушений смены иннерваций, что ведет к нарушению своевременного переключения с одной серии артикуляторных (речевых) движений на другую. В этом случае дефект является центральным [3].

Причинами возникновения афазии являются нарушения мозгового кровообращения (ишемия, геморрогия), травмы, опухоли, инфекционные заболевания головного мозга. Афазии сосудистого генеза чаще всего возникают у взрослых людей. В результате разрыва аневризм сосудов головного мозга, тромбоэмболий, вызванных ревматическим пороком сердца, и черепно-мозговых травм афазии нередко наблюдаются у подростков и лиц молодого возраста. Афазия возникает примерно в трети случаев нарушений мозгового кровообращения, наиболее часто наблюдается моторная афазия.

У детей афазия возникает реже, как результат черепно-мозговой травмы, опухолевого образования или осложнения после инфекционной болезни [5]. Встречается в тот период онтогенеза, когда у ребенка уже сформированы упроченные речевые навыки [12].

У значительного процента больных с грубой степенью выраженности эфферентной моторной афазии нарушен оральный праксис. Больные могут справляться с воспроизведением отдельных поз, но затрудняются при переключении на следующую. В этих случаях возникают «застревания» на отдельных элементах действия, поиски поз. Это же происходит и с артикуляционным праксисом: изолированные звуки больные воспроизводят относительно свободно, однако инструкция по повторению серии звуков вызывает значительный артикуляционный сбой.

При меньшей степени выраженности речевого дефекта присутствуют нарушения орально-артикуляционного праксиса. Переключение с позы на позу, с артикулемы на артикулему затруднено, особенно в усложненных условиях. В символическом праксисе возможны персеверации.

У больных с легкой степенью данной формы афазии отмечаются негрубые расстройства в сфере орально-артикуляционного праксиса. Иногда они проявляются в виде псевдоскандированности речи, т. е. произнесении слов по слогам. Такой способ говорения увеличивает время на артикуляционные переключения и тем самым делает их легче [15].

С целью определения состояния импрессивной и экспрессивной речи, паралингвистических средств общения, кинестетического, кинетического и конструктивного праксиса, гнозиса, чтения и письма, интеллекта и памяти у лица с эфферентной моторной афазией был организован эксперимент. Констатирующий этап эксперимента проводился с пациентом УЗ «Брестская городская больница СМП» с эфферентной моторной афазией. На момент его проведения в феврале 2022 г. состояние речи и психических функций соответствовало стадии грубых расстройств при эфферентной моторной афазии. Для обследования на организационном этапе были определены лонгитюдный и комплексный методы исследования одного человека.

Для осуществления исследования речевых и неречевых психических функций было использовано «Нейропсихологическое блиц-обследование» Т. В. Визель, состоящее из 5 блоков: предварительная общая характеристика больного, состояние движений и действий, исследование гнозиса, исследование речи, исследование интеллекта и памяти [1].

В процессе проведения констатирующего этапа было выявлено, что у исследуемого присутствуют негрубые нарушения праксиса, в частности кинестетического, а также негрубые нарушения гнозиса, а именно оптико-пространственного и соматосенсорного. Ряд результатов выполнения диагностических заданий свидетельствует о нарушениях импрессивной речи, практически полном отсутствии экспрессивной речи, наличии дислексии и дисграфии. Экспрессивная речь нарушена по эфферентному моторному типу. В полной мере сохранно лишь глобальное чтение, а также сохранна способность к списыванию. Можно говорить о нарушениях категориального мышления, зрительной памяти и присутствии акалькулии.

Исходя из полученных результатов следует вывод о том, что для осуществления восстановительной работы необходима разработка комплексной программы, которая включала бы не только восстановление речевых функций, но и совершенствование праксиса, гнозиса, интеллекта и памяти. Именно в системной комплексной работе можно получить стойкий результат, поскольку речевая деятельность играет огромную роль в психической интеллектуальной деятельности человека, что делает эти процессы неразрывными.

С целью осуществления восстановительного обучения лица с эфферентной моторной афазией грубой степени выраженности разработана комплексная программа, основанная на принципах системности и комплексности, с учетом логопедического заключения, степени выраженности нарушения, состояния высших психических функций и индивидуальных особенностей. Программа представляет собой систему восстановления и развития взаимосвязанных между собой процессов и функций: речи, праксиса, гнозиса, мышления и памяти, а также навыков

письма и чтения, функций дыхания и небо-глоточного смыкания. Все направления работы, предусмотренные программой, ведут к достижению единой цели – восстановления функции речи. Программа предусматривает развитие отдельных видов праксиса, гнозиса, речи и мышления, которые нуждаются в восстановительной и коррекционной работе по результатам проведенного обследования. Каждое направление имеет цель и содержание работы, а также конкретные примеры упражнений, способствующих восстановлению нарушенных функций. К упражнениям даются ссылки на учебно-методические и наглядно-методические пособия, которые содержат пояснительный и иллюстративный материал, что упрощает поиск и подбор методических материалов к занятию.

По результатам формирующего и контрольного этапов эксперимента можно сделать вывод, что динамика течения нарушения может оцениваться как положительная. В результате целенаправленной длительной коррекционной работы были устранены речевой эмбол и «полевое» поведение. Были отмечены высокий уровень критичности исследуемого и большой объем используемых паралингвистических средств общения на протяжении всего исследования. Результатом занятий по восстановительному обучению является восстановление кинестетического праксиса, улучшение всех показателей гнозиса, приближенных к норме (соматосенсорного, пальцевого и оптико-пространственного), восстановление импрессивной речи, появление свистящего, шипящего, сонорного звуков и зубных, губно-зубных звуков, всех гласных, а также способности их объединять в слоги и короткие слова, но лишь при помощи логопеда, а также положительная динамика дислексии и дисграфии, улучшение зрительной памяти и категориального мышления.

В качестве итога проведенного исследования разработаны методические рекомендации, содержащие инструкции и уточнения к комплексной программе восстановительного обучения, а также особенности организации занятий, распределения рабочего времени, речевого и неречевого материала, рекомендации по повышению эффективности восстановительной работы.

В основе комплексной программы восстановительного обучения при эфферентной моторной афазии лежат следующие психолого-педагогические принципы [3]:

- принцип учета личности – комплексная программа строится из задач лечения человека, восстановления нарушенной функции у больного, а не из задач изолированного восстановления отдельных умений, опирается на мотивационную сферу деятельности и интересы больного;
- принцип опоры на сохранные формы деятельности – комплексная программа предполагает опору на упроченные в прошлом опыте действия, протекающие на менее произвольном уровне: счет, перечисление дней недели, месяцев, пение хорошо знакомых песен;
- принцип организации деятельности или принцип программированного обучения – предполагает разработку комплексной программы, состоящей из ряда последовательных действий, выполнение которых под контролем педагога приводит к восстановлению нарушенных способностей;

– принцип системного воздействия на дефект (не только на речь, но и на другие психические функции) – комплексная программа включает в себя не только методы восстановления импрессивной и экспрессивной речи, чтения и письма, но и совершенствование праксиса, гнозиса, интеллекта и памяти;

– принцип учета социальной природы человека – отражается в восстановлении нарушенных функций посредством взаимодействия с педагогом, а также в упоре на первичное восстановление социально значимых слов, фраз, являющихся основной ситуативной и бытовой речи;

– принцип «от простого – к сложному» – находит отражение в построении системы восстановления экспрессивной речи, начиная с доступных гласных звуков и постепенно переходя к плавному проговариванию их сочетаний, затем введению согласных звуков, начиная с наиболее простых по артикуляции, включению их в слоги с гласными, образованию простых слов из одинаковых слогов и т. д.; при восстановлении импрессивной речи работа начинается с понимания отдельных слов, простых ситуативно-бытовых диалогов, затем вводятся слова-квазиомонимы, сложные логико-грамматические конструкции и т. д.;

– принцип учета объема и степени разнообразия материала (вербального и картиночного) – комплексная программа предполагает равноценное соотношение речевых и неречевых заданий, речевого и наглядного материала во избежание перегруженности внимания;

– принцип сложности вербального материала – в комплексной программе учитывается частотность лексики, то есть первоначально вводятся наиболее часто используемые в повседневной жизни слова, сложность звуков, слов, фраз и их длина, начиная с более простых по артикуляции звуков, с односложных-двусложных слов, состоящих из одинаковых слогов и т. д.;

– принцип учета эмоциональной стороны материала – предполагает создание положительного эмоционального фона, например, сочетанием речевых и неречевых заданий, массажа и логических игр, которые снимают напряжение при переутомлении речевой деятельностью. Также учитываются интересы и личностные особенности больного, так, в занятиях с пациентом часто использовались тема музыки (использование предметных картинок с музыкальными инструментами для восстановления понимания речи, глобального чтения), пение хорошо знакомых песен, так как он занимался музыкальным бизнесом. Учет таких деталей и подбор тематики в соответствии со значимыми для больного сферами жизни обеспечивают положительный эмоциональный фон занятий и вовлеченность.

Восстановительное обучение при эфферентной моторной афазии реализуется в комплексе логопедических занятий, которые проводятся 2 раза в неделю по 60 минут. Речевые и неречевые задания должны находиться в соотношении 70/30 или 60/40 соответственно в зависимости от речевой и голосовой утомляемости пациента, постепенно можно увеличивать речевую нагрузку.

Комплексная программа обучения, как и система восстановительной работы, предполагает высокую степень подвижности, изменяемости и индивидуализированности, что означает возможность менять содержание программы обучения

в зависимости от степени выраженности нарушения, его динамики, индивидуальных возможностей и потребностей обучающегося на любом этапе восстановительного обучения.

В связи с этим, количество занятий, их продолжительность, сочетание речевых и неречевых нагрузок, а также содержание первых могут быть подстроены под состояние и потребности обучающегося. Приведенные инструкции являются рекомендациями и усредненной системой восстановительного обучения.

Структура занятий зависит от выбранного направления работы, например, больший упор на восстановление понимания речи и, как следствие, большее количество этапов и заданий, направленных на это, а также от поставленных целей и задач. Некоторые этапы могут меняться местами, исключаться из ряда занятий, но есть этапы, которые обязательно должны присутствовать на каждом занятии и проводиться в определенной последовательности.

Примерная схема занятия по восстановительному обучению при эфферентной моторной афазии на начальных этапах может быть представлена тремя частями.

I. Подготовительная часть.

II. Основная часть.

1. Артикуляционная гимнастика.

2. Тренировка мышц глотки и мягкого неба.

3. Дыхательная гимнастика.

4. Работа с гласными звуками.

5. Сопряженное и отраженное произнесение автоматизированных речевых рядов.

6. Раствормаживание речи на материале известных песен.

7. Восстановление понимания ситуативной и бытовой речи.

8. Развитие пространственного мышления.

9. Расширение предметного словаря.

10. Развитие графомоторных навыков.

III. Заключительная часть.

На подготовительном этапе занятия устанавливается контакт с обучаемым, осуществляется краткий диалог для восстановления понимания ситуативной речи о самочувствии, настроении, готовности заниматься и т. д.

Основной этап занятия обязательно содержит артикуляционную и дыхательную гимнастику, тренировку мышц глотки и мягкого неба, так как подобные упражнения формируют произвольность артикуляции и речевого дыхания.

Артикуляционная гимнастика состоит из упражнений для губ и языка, сначала выполняются статические упражнения, затем – динамические. Каждое упражнение выполняется 5–7 раз на занятии и столько же дома 3–4 раза в день.

После артикуляционной и дыхательной гимнастики можно приступать к речевым упражнениям. Работа со звуками строится по принципу «от простого – к сложному», осуществляя переход от простых фонетических и слоговых структур к более сложным. Важно, чтобы больной мог опираться на максимальное число стимулов при произнесении звуков: артикуляция логопеда, карточки со схемой

артикуляции, карточки с буквами и слогами, собственная артикуляция в отражении зеркала.

Начиная с гласных звуков, следует произносить их сопряженно с логопедом: «а-э-и-о-у», постепенно увеличивая скорость переключения между ними, так как именно переключение между разными элементами артикуляции является особенностью и главной сложностью эфферентной моторной афазии. Далее звуки можно объединять в пары, при этом сначала использовать звуки, схожие в артикуляции, например, лабиализованные «оу», а затем звуки, значительно отличающиеся по артикуляции: «ои-эу-иэ», постепенно увеличивая темп.

Далее гласные звуки включаются в слоги, содержащие доступные больному согласные: «ба-бу-бо-бе-бы-би-бэ-бя-бё-бю», «да-ду-до-де-ды-ди-дэ-дя-дё-дю». На данном этапе целесообразно использовать слоговые таблицы в качестве опоры, при этом логопед так же дает опору на свою артикуляцию. Затем слоги можно комбинировать, читая их попарно в различных комбинациях: «би-бэ», «бо-бу» и т. д. И в конце включаются слоги с различными согласными звуками: «ба-да», «бо-до», постепенно подключая слоги не только с различными согласными, но и гласными.

При стойких затруднениях больному оказывается механическая помощь: постановка органа артикуляции в необходимое для произнесения звука место при помощи шпателей, зондов или рук в одноразовых перчатках.

В растормаживании речи большое значение имеет работа по произнесению автоматизированных, упроченных в памяти рядов: прямой и обратный счет до 10, перечисление дней недели, месяцев в прямом и обратном порядке. Данная работа строится в следующей последовательности:

1. Логопед дает образец: громко считает, отстукивая каждое слово ладонью. Больной слушает.
2. Сопряженное произнесение ряда, при этом каждое слово отсчитывается ударом руки по столу.
3. Сопряженное произнесение ряда без отстукивания ритма.
4. Дискретное проговаривание: логопед шепотом начинает ряд, прерывается. Пациент продолжает.
5. Самостоятельное проговаривание ряда.

Данная работа должна проводиться на каждом занятии и, как правило, занимает не больше 5 минут.

Растормаживание речи также осуществляется на материале значимых слов, часто используемых в быту и жизни, известных поговорок, пословиц, стихов и песен. На данном этапе качество произнесения звуков и слов имеет второстепенное значение, поскольку целью растормаживания является не совершенствование звукопроизношения, а возбуждение в памяти хорошо известных, часто повторяющихся элементов речи в жизни человека до заболевания и на их основе построение, восстановление речи.

На данном этапе большое значение имеет учет социальной жизни человека, его профессии, увлечений и значимых событий. Так, первоначально для растормаживания речи используются группы слов из категорий «Одежда», «Посуда»,

«Продукты питания», «Животные», «Транспорт» и т. д. Исходя из интересов человека, можно включать более узкие категории, например, марки машин для автолюбителя или музыкальные инструменты. По этой же причине в эксперименте использовалось большое количество песен, которые исполнялись как на один слог, так и со словами в соответствии с теми возможностями, которые были у больного.

Учет индивидуальных особенностей не только ускоряет восстановительную работу, делает ее более качественной и направленной, но и создает положительный эмоциональный фон, отвлекает от неудач и благотворно влияет на нервную систему человека и его общую удовлетворенность от занятий.

На этом же этапе при использовании предметных изображений целесообразно подключать другие виды работ, например, раскладывание подготовленных подписей под изображения, их чтение и списывание названий предметов с них, что будет способствовать растормаживанию речи, совершенствованию глобального чтения и восстановлению навыков письма в рамках одного задания и этапа.

Такая же комплексная работа проводится при растормаживании речи на материале чтения простых бытовых предложений, в которых каждое слово иллюстрируется изображением или пиктограммой: «Я хочу пить», «Я ем кашу», «Дай мыло» [4]. Можно задействовать сразу несколько процессов, читая вслух сопряженно с логопедом предложения, иллюстрированные схемами.

Восстановление понимания ситуативной и бытовой речи осуществляется не только на материале простых диалогов, но и с использованием тех же предметных изображений. Так, обучающемуся задаются вопросы о назначении предметов, их внешнем виде и т. д.: «Покажите, чем вы едите», «Покажите, у чего есть струны», «Покажите, где находится одежда». Затем к изображениям можно так же подбирать подписи, читать их и списывать. Таким образом, несколько групп предметных изображений могут использоваться для решения широкого круга задач. На каждом этапе они будут иметь разное назначение и выполнять разные функции, но не будут утомлять больного постоянной сменой наглядных пособий и стимулов.

Примерно после 35–45 минут речевых и письменных упражнений больной начинает утомляться, могут появляться несвойственные ему ошибки и затруднения, поэтому оставшая часть занятия отводится совершенствованию праксиса, гнозиса, интеллекта и памяти посредством дидактических игр, логических заданий. Важно вовремя отследить высокую степень утомления и не перегружать больного, переключив его внимание на задания другого плана. В этом промежутке времени можно использовать задания, предложенные в комплексной программе восстановительного обучения. Также уместными будут массаж кистей и пальцев с помощью массажера Су-Джок, задания по совершенствованию графомоторных навыков: обведение фигур, линий, изображений по точкам, лабиринты.

Таким образом, методические рекомендации содержат инструкции и уточнения к комплексной программе восстановительного обучения, а также особенности организации занятий, распределения рабочего времени, речевого и неречевого материала, рекомендации по повышению эффективности восстановительной

работы. Их использование обеспечивает качество и результативность восстановительного обучения при эфферентной моторной афазии.

### Список литературы

1. Визель Т. Г. Нейропсихологическое блиц-обследование. М., 2005. 24 с.
2. Выготский Л. С. Мышление и речь. М.; Л. 1934. 321 с.
3. Зайцев И. С. Афазия: учеб.-метод. пособие. Мн., 2006. 36 с.
4. Кошелева Н. В., Кочеткова Н. А. Активизация речевой коммуникации у детей и взрослых с патологией речи: практ. пособие для организации занятий по восстановлению речи у взрослых и детей после инсульта и черепно-мозговых травм. М., 2021. 200 с.
5. Логопедия: учебник для студентов пед. вузов / под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. М., 1998. 680 с.
6. Логопедия: учебник для студентов пед. высш. учеб. заведений / Л. С. Волкова [и др.]; под ред. Л. С. Волковой. М., 2006. 703 с.
7. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., 2012. 432 с.
8. Лурия А. Р. Основные проблемы нейролингвистики. М., 2009. 256 с.
9. Лурия А. Р. Травматическая афазия. М., 1947. 367 с.
10. Орбели Л. А. К вопросу о локализации условных рефлексов в центральной нервной системе: доложено в торжественном в память И. М. Сеченова заседании Общества рус. врачей 20 марта 1908 г. СПб., 1908. 17 с.
11. Семаго М. М., Семаго Н. Я. Диагностический альбом для оценки развития познавательной деятельности ребёнка. Дошкольный и младший школьный возраст. М., 2005. 46 с.
12. Филичева Т. Б., Чевелевой Н. А., Чиркиной Г. В. Нарушения речи у детей: пособие для воспитателей дошкол. учреждений. М., 1993. 232 с.
13. Филичева Т. Б. Основы логопедии: учеб. пособие для студентов пед. ин-тов. М., 1989. 224 с.
14. Цветкова Л. С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Речь и интеллектуальная деятельность: учеб. пособие. М.; Воронеж 2004. 424 с.
15. Шкловский В. М., Визель Т. Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии: метод. пособие. М., 2000. 96 с.