

І.В. Сулятицький, Я.Г.Кравець

СОЦІОПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ РОБОТИ З АФАЗІЄЮ ЯК ТИПОВИМ ПОРУШЕННЯМ МОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

Анотація. *В статті розглянуто консолідований соціопсихологічний підхід у проведенні кваліфікованої реабілітаційної практики для людей, у яких спектр мовних порушень виник внаслідок перенесеного інсульту. В ній зроблено короткий огляд сучасних уявлень про порушення мови при локально-органічних ураженнях головного мозку, розкрито актуальні проблеми розробки адаптованих прийомів, технік і вправ для надання спеціальної психокорекційної допомоги особам з афазіями внаслідок уражень головного мозку, зокрема особам з афазіями постінсультного стану. Розглянуто нейропсихологічні класифікації афазійних розладів при органічному ураженні головного мозку в зарубіжній і вітчизняній літературі. Визначено підстави класифікації симптомів порушення когнітивної сфери при визначенні того чи іншого виду афазії. Прикладними завданнями статті було також розкриття необхідності використання сучасного міжкультурного (соціопсихологічного) досвіду методів роботи з афазією як напрямку психокорекційної допомоги особам постінсультного стану, дієвість якої випробувана нашою практикою і презентована у даному дослідженні.*

Ключові слова: *інсульт, постінсультний стан, порушення мови, афазія, нейропсихологічний підхід, класифікація афазій, агнозія, апраксія, імпресивне мовлення, експресивне мовлення, відновлювально-реабілітаційна практика, психокорекційна допомога, відновне навчання.*

Постановка проблеми. Реальність попасти людині в складну життєву ситуацію в сучасних умовах безперервно зростає, і це ставить перед спеціалістами різних профілів завдання розробки адекватних методів діагностики, реабілітації та лікування патологічних наслідків, що виникають внаслідок пережитої кризи чи перенесеної хвороби і втручання на шляху ви здоровлення. Не винятком є і категорія людей, які внаслідок інсульту зазнають різних психічних порушень. Особливим зламом психологічного комфорту є втрата здатності до нормальної комунікації, пов'язаної, зокрема, з виникненням афазії.

Особливо це стосується семантичного поля афазії та супутніх порушень, які виникають при механічних ураженнях головного мозку, а також проблем моделі залежності порушень від місця та ступеня ураження, проблем діагностування та надання коректної допомоги особам із порушеннями.

Сьогодні все частіше зустрічаються клінічні випадки інсультів у осіб середнього та старшого віку. Слід зазначити, що щороку в Україні стається понад 111 тисяч нових випадків інсульту. Як зазначила на прес-конференції в УНІАН головний позаштатний спеціаліст з питань неврології МОЗ України професор Тамара Міщенко, інсульти є основною причиною смертності та інвалідизації населення. За її словами, щороку у світі виникають 16 млн інсультів, третина усіх інсультів – у країнах із середнім або низьким рівнями прибутку. 10% населення помирає внаслідок мозкового інсульту, люди, які залишаються живими, стають інвалідами, 30% потребують сторонньої допомоги.[20]

Актуальність теми. Важливість дослідження зумовлена по-перше, соціально-медичною значимістю проблеми в сучасному суспільстві, по-друге, недостатнім розвитком цієї галузі логопедії у сучасній освіті та науці, по-третє, необхідністю створення нових методик та підготовці більшої кількості спеціалістів, як могли б надати потрібну допомогу особам із порушеннями мовлення.

Мета дослідження – розроблення покрокового алгоритму проведення корекційної – відновлювальної практики при системних мовленнєвих

порушеннях (на прикладі афазії) внаслідок ураження мозку та обґрунтування необхідності поглибленого вивчення цього напрямку.

Аналіз досліджень і публікацій. Вчені виділяють різні типи порушень осіб постінсультного стану, проте такі автори як О.Р. Лурія, Г.В.Морозов, Л.С. Цветкова, І.С. Зайцев, В.В. Колягін, Н.Н. Амосова, Н.І. Капліна визначають афазію як найбільш типове порушення після уражень головного мозку. До 40-их років ХХ століття існувало декілька класифікацій афазій. О.Р. Лурія ж розробив класифікацію опираючись на місце ураження головного мозку та симптоматику мовленнєвого порушення. Ця класифікація є актуальною і сьогодні.

Виклад основного матеріалу. Афазія – це системне порушення мовлення, яке охоплює різні рівні організації мовлення, впливає на його зв'язки з іншими психічними процесами та призводить до дезінтеграції всієї психічної сфери індивіда. Афазія - це повна або часткова втрата мовлення внаслідок органічного ураження головного мозку.

Систематизоване вивчення афазії почалось в другій половині 19 ст., і цей період Цветкова Л.С. та Зайцев І.С. виділяють як перший етап у розвитку вчення про афазію. В цей період вченими були виділені дві основні форми афазії: моторна афазія(або афазія Брока – 1861) і сенсорна афазія (або афазія Верніке - 1874) . П. Брока – відомий французький анатом – вперше описав моторну афазію як результат ураження задньої частини нижньої лобної звивини лівої півкулі. Десять років потому (в 1874) після відкриття П. Брока відомий німецький психолог К. Верніке дав перший деталізований опис порушень, які виникають при ураженні задньої третини верхньої скроневої звивини кори лівої півкулі мозку, які викликають порушення імпресивного та експресивного мовлення. Через ці симптоми К. Верніке назвав це сенсорною афазією. Г. Хед запропонував розглядати мовленнєві порушення з точки зору лінгвістики і виділив 4 форми афазій: вербальну, номінативну, синтаксичну і семантичну.

Другий етап, який розпочався з 40-х рр. ХХ століття – “сучасний”, пов'язаний з активним розвитком афазіології. Розвиток афазіології спричинений появою науки – нейропсихології, яка стала науковим підґрунтям вчення про афазії.

Засновником афазіології вважається О.Р.Лурія, який уточнив саме поняття афазії, яке почало розглядатися як системне порушення мовленнєвої функції, що виникає при локальному ураженні тієї чи іншої зони мозку. В цьому визначенні відображене ґрунтовне уявлення О.Р. Лурія про мозок як цілісний у функціональному відношенні орган, але такий, що складається з окремих ділянок, які мають свою специфічну функціональну спеціалізацію. Відповідно до цього вчення, структура мовленнєвого дефекту при афазії має системний характер, яка включає первинні симптоми у вигляді агнозій і апраксій, а також вторинні у вигляді порушень смислової сторони мовлення. Завдяки дослідженням О.Р. Лурія та його послідовників визначено, які саме зони задіяні в результаті безпосереднього ураження зон локалізації мовленнєвого гнозису та праксису, а які виявляються функціонально неповноцінними. Класифікація О.Р. Лурії відрізняється від попередніх класифікацій передусім тим, що в ній закладений принцип виокремлення механізму(фактору), який лежить в основі порушення функціональної системи, яка забезпечує мовлення та синдромний аналіз порушення мовлення [7]. Було виділено 7 форм афазії : еферентна моторна афазія, аферентна моторна афазія, сенсорна акустико-гностична афазія, сенсорна акустико-мнестична афазія, динамічна афазія, семантична афазія та амнестична афазія. Ми проаналізували вітчизняну та іноземну медико-психолого-педагогічну літературу з метою здобуття знань щодо діагностики та корекції різних форм афазії.

- Еферентна моторна афазія виникає внаслідок ураження нижніх відділів премоторної зони кори у лобній долі лівої півкулі(центр Брока). Як зазначають науковці, у пацієнтів спостерігаються експресивні аграматизми, з труднощами використовуються у мовленні прийменники, флексії іменників. Порушення предикативної функції. Хворий може вимовляти ізольовані звуки, грубо порушене звукове структурування слова. Характерними є елізії, контамінації, персеверації, антиципації, вербальні парафазії. Може відтворювати автоматизовані ряди. Мовлення уповільнено. Порушення слухо-мовленнєвої пам'яті.. Спостерігаються дисграфії, запис слова або фрази можливий лише при промовлянні слів

по складах[7]. При еферентній моторній афазії основним завданням є подолання патологічної інертності та відновлення динамічної схеми сказаного слова. Мета навчання – відновлення усного мовлення, письма, читання. Реалізація даної мети можлива при вирішенні наступних завдань: 1) загальне розгальмовування мовлення; 2) подолання персеверацій, ехолалій; 3) відновлення загальної психічної і вербальної активності . Виділено дві стадії навчання [14] . Завдання першої стадії – відновлення здатності активного виділення, сполучено-відбитого повторення слів і проголошення слова або ряду слів з усталених автоматизованих мовленнєвих рядів. Головне в тому, щоб перевести мовлення на довільний рівень, тобто відновити усвідомлення свого мовлення і довільне говоріння.

- Аферентна моторна афазія виникає внаслідок ураження нижньої частини задньої центральної звивини та тім'яної області кори лівої півкулі. Хворий більш –менш розуміє звернене мовлення. Говорить скандовано. Важко знайти точні артикуляційні пози і уклади для вимови звука. Характерними є парадоксальні заміни, вербальні парафазії. Плутають близькі звуки за звучанням та місцем творення; краще збережені окремі слова, фрази. Як свідчать науковці нерозуміння мовлення недовготривале, після цього швидко встановлення ситуаційного мовлення. Швидко відновлюється можливість виконувати нескладні інструкції[7]. Центральне завдання відновного навчання при моторній аферентній афазії – відновлення артикуляційної діяльності, а мета – відновлення усного експресивного мовлення. Основним методом відновлення мовлення при цій формі афазії є метод сенсо-слухової стимуляції слова. Даний метод передбачає вимову не звуку, а цілого слова. Відновлення звуко-артикуляційного аналізу і кінетичної основи слова проводиться на основі відновленого активного пасивного запасу слів [13,17].
- Динамічна афазія виникає внаслідок ураження кори головного мозку біля центру Брока. Характерним є порушення суцесивної (послідовної) організації мовленнєвого висловлювання. Порушений процес реалізації мовлення у зовнішнє середовище (внутрішня програма збережена).

Пацієнтам важко скласти речення, розставивши серію сюжетних малюнків. Наявна неможливість активно розгортати мовлення . Під час переходу немає послідовності ліній. Труднощі при називанні предмету, власних назв[7]. При динамічній афазії основним завданням корекційно-педагогічної роботи є подолання інертності в мовному висловлюванні. При першому варіанті це буде подолання дефектів внутрішнього мовленнєвого програмування, при другому варіанті – відновлення граматичного структурування. Подолання дефектів внутрішнього програмування здійснюється шляхом створення для хворих зовнішніх програм висловлювання за допомогою різних зовнішніх опор (схем, пропозицій, фішок), поступового скорочення їх числа і подальшої інтеріоризації, згортання цієї схеми всередину. На заняттях по стимулюванню мовленнєвої активності можна інсценувати бесіду з лікарем, в магазині, в аптеці, в гостях [14].

- Сенсорна акустико-гностична афазія виникає внаслідок ураження зони Верніке в скроневій долі лівої півкулі. Характеризується порушенням акустичного аналізу та синтезу звуків мовлення (порушення розуміння мовлення), що проявляється у порушенні фонематичного слуху. Таким чином, при цій формі афазії порушується фонетична організація мовлення, що створює труднощі процесу звукокорозрізнення . Звучання слова втрачає свою контрастність , стійкість, тому розуміння, а також повторення, вимова слів практично неможливі. Звернене мовлення, на ранніх етапах, сприймається як незрозумілий потік звуків. При цьому у пацієнтів відсутні явні рухові порушення, тому вони часто не усвідомлюють наявності мовленнєвого порушення. У клінічній картині це порушення проявляється у феномені “відчуження змісту слова” . Відмічається також велика кількість літеральних та вербальних парафазій. Внаслідок розпаду звукової структури слова для хворих характерне порушення предметної співвіднесеності слова, тобто відмічається розрив між його значенням та звучанням. На ранніх етапах мовлення пацієнтів складається з випадкового набору звуків , складів, що отримало назву “мовленнєва

окрошка” . Цей період триває 1.5-2 місяці, поступово видозмінюючись у логорею(надмірну мовленнєву активність) з вираженими аграматизмами. Спостерігається також порушення читання та письма у вигляді літеральних парафазій, літеральних параграфій і т.д.[13].

- Сенсорна акустико-мнестична афазія виникає внаслідок ураження третини середньої скроневої звивини скроневої доли лівої півкулі. Характерними є Порушення мовно-слухової пам'яті, порушення об'єму утримання мовленнєвої інформації, порушення зорової пам'яті, слабкість зорових образів слів. Спостерігаються труднощі при вимові серії слів, не здатність утворити словесну інструкцію, наявні словесні парафазії, контамінації. Для подолання порушення мовленнєвої пам'яті необхідно або відновлення системи зорових уявлень про предмет, його істотних відмінних ознак, або поступове розширення обсягу слухомовленнєвої пам'яті, порушеної суто за акустичними ознаками сприйняття словосполучення, а також подолання експресивного аграматизму, близького за своїми особливостями до експресивного аграматизму при акустико-гностичній афазії[7]. Для подолання мовленнєвих розладів у хворих з акустико-мнестичною афазією логопед опирається на опис ознак предмета, введення слова в різні контексти, на складання мовленнєвого навантаження. Особливу роль у процесі відновлення акустико-мнестичних мовленнєвих функцій грає письмова мова. При тій чи іншій мнестичній афазії звуко-буквений аналіз складу слова збережений, це дозволяє використовувати запис слів, що передують слуховій стимуляції, долати у хворих схильність до вербальних парафазій, а також характерні для їх усного мовлення аграматизми. Логопед не фіксує увагу хворого на необхідності показу предмета в показаному порядку. Для відновлення зорових уявлень можна провести ряд вправ, що включають аналіз близьких по малюнку, за формою предметів, що відрізняються одним-двома ознаками, в яких зміна або відсутність однієї деталі міняє функцію предмета, його зміст і призначення. Труднощі знаходження потрібного слова долаються шляхом розширення , а іноді і звуження смислових полів слова. Шляхом

уточнення і систематизації їх значень. Для цього конкретне слово обігрується в різних фразеологічних контекстах, звертається увага на багатозначність слова. Відновлення письмового висловлювання є однією з основних форм розширення лексичного складу мовлення. Зібраність звуко-літерного аналізу складу слова і значне збереження фонематичного слуху дозволяє з перших же днів роботи підключити хворих до складання письмових текстів, активної роботи по розширенню словникового запасу, з подолання аграматизму[15].

- Семантична афазія виникає при ураженні “зони перекриття” (перехрестя тім’яно-скронево-потиличних ділянок кори головного мозку у лівій півкулі). Характерними ознаками є: порушення симультанного аналізу та синтезу, одномоментного “схвачування” інформації. Провідним дефектом являється порушення розуміння складних логіко-граматичних структур. Словник збіднений. Спостерігаються порушені смислові звязки слів, які утворюють певні семантичні поля, специфічні труднощі при пошуках потрібного слова або довільного називання предмету. У мовленні мало синонімів та антонімів. Три найбільш важливі завдання відновного навчання при семантичній афазії визначені Л.С. Цветковою[13]: 1) здатність програмування і планування висловлювання, 2) предикативність мовлення, 3) активність мовлення. Вся відновлювальна робота ділиться на п’ять стадій навчання. Перша стадія в якості основного завдання має актуалізацію дієслів з метою розгальмовування проголошення стереотипних фраз. Використовуються невербальні, вербально-невербальні і вербальні методи. До невербальних методів відносяться настільні ігри, ходьба під музику, пантоміма, метод малюнка і т.д. Вербально-невербальні: промовляння жестів, мелодекламація. Вербальні: вербальні асоціації, інтонація при діалозі. Основне завдання другої стадії – відновлення функціональних зв’язків слів на фразах ускладненої конструкції (суб’єкт-предикат-об’єкт). Основний метод – метод багатозначності слова, який сприяє відновленню багатозначності предикативних зв’язків слова. На третій стадії в якості основного

вирішується завдання – відновлення більш широких зв'язків слів шляхом введення їх в інші смислові значення. Основний метод – збагачення (сітки значень) слів і збагачення предметно-функціональних зв'язків відпрацьованих раніше слів. Завдання четвертої стадії – відновлення власного зв'язного мовлення. Найбільш широко використовується метод доповнення заданої фрази до цілого. Спочатку пропонуються фрази, які не мають альтернатив, потім – кінець яких може бути неоднозначним. Це сприяє відновленню вміння активної побудови фрази. На п'ятій стадії в якості основного завдання виступає відновлення схеми цілого оповідання. Основний метод – складання плану висловлювання [13].

- Амнестична афазія. (ураження тім'яно-скронево-потиличної області). Проявляється в порушенні номінативної функції мовлення, порушенні предметних образів уявлень. Основним завданням є відновлення номінативної функції мовлення, що здійснюється шляхом виконання різноманітних вправ із вибором слова, підбором необхідного слова, відмінювання слів і т.д.[17].

На основі отриманої інформації ми провели дослідження. Наше дослідження складалося з трьох етапів: підготовчого, констатувального та формувального. На першому етапі вивчалась науково- методична, педагогічна та психологічна література, з метою розкриття питання про діагностику та корекцію афазій у осіб постінсультного стану. На другому етапі підбиралися методики, які б дозволили ефективно виявити у осіб з ураженнями мозку внаслідок інсультів афазій. Був проведений констатувальний експеримент, для цього підготовлена спеціальна методика для виявлення порушень мовлення. Третій етап характеризується підбором відповідних вправ для корекційної роботи. Далі проведено повторну діагностику осіб постінсультного стану та здійснено порівняльний аналіз результатів. Наша вибірка досліджуваних містила 18 пацієнтів експериментальної групи та 18 пацієнтів контрольної групи із сенсомоторними афазіями, з переважаючим моторним компонентом. Діагностика перед початком роботи підтвердила, що у людей із афазією порушуються усі сторони мовлення. У більшості наших досліджуваних імпресивне мовлення

переважає над експресивним, а читання над письмом у баловому співвідношенні.

Крім того, в сучасних нейролінгвістичних дослідженнях виявлено, що природа лексико-семантичних порушень при афазіях свідчить про недостатню обґрунтованість популярних дотепер модулярних моделей організації мови в мозку, що постулюють локальну послідовну обробку інформації. Переважна більшість дослідників серйозну увагу приділяє когнітивній обробці мовців-афатиків із залученням окремих слів, — аспектам їхньої активації або вилучення з пам'яті. Водночас недостатньо уваги приділено питанню інтегрування слова в ширший лінгвальний контекст, що є стрижневим моментом при побудові нейролінгвістичних семантичних моделей перероблення речення у виробленні колекційного прийому роботи з афазією.

Теоретичною основою відновного навчання при афазії є сучасні уявлення в психології про вищі психічні функції як функціональні системи, їх системні і динамічні локалізації, про прижиттєве їх формування, їх суспільно-історичне походження опосередковану будову. На підставі цих теоретичних позицій психологами, фізіологами, неврологами і логопедами був розроблений і практично застосований шлях перебудови функціональних систем методом відновного навчання. Цей шлях має два напрямки в практичній роботі: 1-е – порушена ланка в психологічній структурі заміщається іншим; 2-е – створення нових функціональних систем, що включають в роботу нові ланки, які не брали раніше участь в нині порушеній функції. Клінічна картина протікання афазії знаходить ряд симптомів, які можуть вказати на механізм порушення і можливу точку ураження мозку. Психологічна картина прояву дефекту дає можливість розкрити: 1) порушення психологічної структури мовлення; 2) які функції форми і види мовлення виявляються порушеними, а які збереженими при тій чи іншій формі афазії; 3) психологічні механізми порушення мовлення і способи подолання порушень. Нейропсихологічний аналіз порушень мовлення при афазії починається в діагностичній і реабілітаційній практиці з ретельного вивчення анамнезу захворювання, даних історії хвороби (неврологічний статус, дані ЕКГ, параклінічні методи обстеження хворих) і включає розгляд декількох аспектів, в

яких може виступати дефект. Передусім аналізу підлягається клінічна картина порушення мовлення [13].

Завдання відновного навчання при афазії Л.С. Цветковою названі соціально-психологічним аспектом відновного навчання. Даний аспект передбачає комплексний вплив на мовлення, поведінку і всю психічну сферу в цілому. Такий підхід вимагає рішення наступних завдань: 1) відновлення мовлення як психічної функції, а не пристосування особи з афазією до свого дефекту; 2) відновлення діяльності мовленнєвого спілкування, а не ізольованих сенсомоторних операцій мовлення; 3) відновлення, перш за все, комунікативної функції мовлення, а не окремих її сторін; 4) повернення особи з афазією в нормальні мовленнєві умови, а не в спрощені, тобто – повернення до професійної діяльності [14].

Виділяють два періоди в роботі з особами з афазією : гострий – до двох місяців після захворювання; резидуальний – після двох і далі. У гострий період основні завдання : 1) розгальмовування тимчасово пригнoblених мовленнєвих структур; 2) запобігання виникненню та фіксації деяких симптомів афазії: аграматизму, літеральних парафазій, мовленнєвого ембола; 3) запобігання ставлення особи з афазією до себе як до неповноцінного, до людини, яка не може говорити. Основним завданням в резидуальний період є загальмування патологічних зв'язків.

Матеріал підбирається по його смисловій та емоційній значущості для особи з афазією, а не за ознакою легкості або важкості вимови. Для цього слід познайомитися з історією хвороби, поговорити з лікарем, родичами для виявлення схильностей, захоплень, інтересів. Можна використовувати звичні мовленнєві стереотипи – рахунок, дні тижня, місяці, емоційно значущі уривки віршів, домовляння ходових фраз, виразів. Згодом робота з близького для того, хто навчається матеріалу перекладається на питання спеціальності, професії.

Так як відновне навчання спрямоване насамперед на відновлення комунікативних здібностей, необхідне залучення в спілкування не тільки на заняттях, але і в родині, громадських місцях. У комплексі відновлювальних

заходів при афазії велике місце займає психотерапевтична робота. У більшості випадків афазія призводить до непрацездатності та соціальної дезадаптації: позбавлення звичних норм комунікації, ускладнює взаємини з сім'єю і суспільством. У початковий період після інсульту і нейротравми можуть бути стани як гострого переживання того, що сталося, так і недостатнє усвідомлення тяжкості захворювання. Згодом "внутрішня картина" патологічного стану зазнає певної еволюції. У більшості випадків особи з афазією починають гостро переживати свої відчуття, що проявляється в невротичних реакціях вторинного характеру. Загострюються преморбідні риси особистості, іноді з'являються суїцидальні тенденції. При цьому психічні порушення можуть виникати на тлі як незначного відновлення мовлення та інших вищих психічних функцій, так і в тих випадках, коли відзначається позитивна клінічна динаміка. Сказане й обумовлене необхідність психотерапевтичного впливу на особистість з афазією [15].

Для корекційної роботи з пацієнтами ми розробили програму, яка містила ряд вправ необхідних для корекції тих чи інших сторін мовлення, в залежності від випадку та стану пацієнта. Вправи: повторення та проговорювання автоматизмів (днів тижня, місяців, пів року, прямий та зворотній рахунок в межах 10, називання імен найближчого оточення і т.д.) на початку та в кінці кожного заняття; називання картинок (з допомогою, в залежності від стану важкості пацієнта); обрати зайве; розповісти за сюжетним малюнком; вправи на розвиток граматичної та лексичної сторони мовлення, переписати слово; вставити букву; скласти слово з букв; вставити слово в речення; прочитати текст; переказати текст; зеднати зображення із словесним еквівалентом; артикуляційна гімнастика (для розвитку артикуляційного та орального праксису); написання певної кількості слів на задану букву і т.д. Робота починалась з вправ, які були максимально можливими для пацієнтів на початковому етапі реабілітації. Поступово вправи ускладнюються та додаються нові, які сприяють швидшому відновленню осіб постінсультного стану. Робота з усіма нашими пацієнтами тривала 4-5 тижнів. У більшості пацієнтів найкраще корекції піддалась імпресивна сторона мовлення, адже у пацієнтів при діагностиці спостерігалась

сенсо-моторна афазія із переважаючим моторним компонентом. Менше покращилась експресивна сторона мовлення, бо у більшості пацієнтів мовлення було утруднене ще й апраксією, яку вдалось частково усунути лише в деяких випадках. Значно гірше відновлювалось письмове мовлення, у більшості осіб показник змін мінімальний. З допомогою порівняльного аналізу результатів діагностики експериментальної групи до проведення корекційної роботи та після було виявлено, що середнє значення для усіх пацієнтів стало кращим по усіх показниках. З допомогою порівняльного аналізу ми також відстежили динаміку відновлення пацієнтів контрольної групи, які не піддавалися жодному реабілітаційному впливові. Зміна певних складових мовлення є мінімальною, а у деяких показниках взагалі відсутньою. Можна підкреслити, що показник наявності складової мовлення “письма” не набули жодних змін, а показники “читання” навіть погіршилися. Порівнюючи експериментальну та контрольну групи після проведеного експерименту можна стверджувати, що експериментальна група досягла позитивних результатів. У динаміці відновлення, особи цієї групи покращили свої результати у всіх показниках та явно перевищила результати групи, яка не піддавалась жодному корекційно-реабілітаційному впливові. Це свідчить, про необхідність та важливість цільової корекційно-реабілітаційної практики з особами з афазією внаслідок інсульту мозку, оскільки ймовірність відновлення нормального мовлення без втручання спеціалістів є надзвичайно малою.

Систематизований аналіз проводимої нами реабілітаційно-відновлювальної практики з використанням розроблених комбінованих прийомів і алгоритмів на науково-теоретичних засадах вчених-дослідників доводять, що проблеми відновлення мовлення та реабілітації осіб з післяінсультною афазією є дуже важливою для самих осіб і актуальною науково-прикладною проблемою.

Так зокрема, як свідчать статистичні дані, щороку кількість інсультів зростає та охоплює все більший віковий діапазон хворих. Процес реабілітаційного відновлення мовленнєвих порушень (афазії) осіб після уражень мозку є достатньо складним і довготривалим, оскільки потребує знаходження індивідуальних шляхів перебудови нейронних зв'язків задля відновлення

попереднього стану функціональності осіб. На даний час відомі різні методи корекції афазії, проте ми повинні пам'ятати, що кожен випадок є індивідуальним. Для кожного пацієнта повинен бути підібраний свій набір методик для реабілітації та обраний індивідуальний курс відновного лікування.

В подальшому ставимо перед собою завдання відстежити більш-менш результативні взаємозалежності між певним комплексом методів і прийомів відновлювальної практики осіб з афазіями внаслідок інсульту і показниками покращення мовних функцій. Результати проведеного нами дослідження безальтернативно довели, що особи, що перенесли інсульт потребують обов'язкового стороннього впливу спеціалістів для відновлення спектру мовних порушень.

ДЖЕРЕЛА

- 1.Амосова Н.Н. Практические упражнения для восстановления речи у больных после инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний головного мозга / Н.Н. Амосова, Н.И. Каплина.- Москва: АСТ,2007.
- 2.Атсаф'єва А.В. Нейропсихологическая характеристика нарушений речи при острых нарушениях мозгового кровообращения и проблемы их классификации в отечественной и зарубежной литературе / А.В. Астаф'єва., 2012
3. Бейн Е.С. Клиника и лечение афазий / Е.С. Бейн, П.А. Овчарова. – Москва : Книга по требованию, 2012.
4. Булахова Л.О. Довідник дитячого психіатра та невропатолога / Л.О. Булахова, О.М. Саган, С.Н. Зінченко. – Київ: Здоров'я, 1985.
5. Візель Т.Г. Основы нейропсихологии: учебник для студентов вузов / Т.Г. Візель. – Москва : АСТАстрельТранзиткнига, 2005.
6. Крітчлі М. Афазиология /М.Крітчлі. – Москва: Медицина,1974.
- 7.Лурія А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурія. – Москва: Академский проект, 2000.
8. Поваляєва М.А. Довідник логопеда / М.А. Поваляєва. – Р/на-Дону: Феникс, 2002.
9. Рябова Т.В. Механизм порождения речи по данным афазиологии / Т.В. Рябова. – Москва, 2012.

10. Столярова Л.Г. Особенности нарушения речи у больных с мозговым инсультом: некоторые прогностические факторы ее восстановления / Л.Г. Столярова // Оптимизация реабилитационного процесса при церебральном инсульте. – 1990.
11. Тейлор Д. Мой инсульт был мне наукой. История собственной болезни, рассказанная нейробиологом / Джил Тейлор. – США: Corpus, 2012.
12. Федорова О. А. Афазия – не приговор / О.А Федорова. – Нижний Новгород: Дрофа, 2005.
13. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение / Л.С. Цветкова. – Москва: МПСИ, 2001.
14. Цветкова Л.С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение / Л.С. Цветкова. – Москва, 2000.
15. Цветкова Л.С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения / Л.С. Цветкова. – Москва: МПСИ, 2010.
16. Шеремет М.К. Логопедія / М.К. Шеремет. – Київ: Слово, 2010.
17. Шохор-Троцька М.К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. / М.К. Шохор-Троцька. – Москва: <<Институт общегуманитарных исследований>>, 2002.
18. Шохор-Троцька М.К. Речь и афазия / М.К. Шохор-Троцька. – Москва: Эксмо-Пресс, 2001.
19. Chapey R. Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders / R. Chapey/ - Philadelphia : Lippincott William & Wilkins, 2008.
20. Щороку в Україні стається понад 111 тис випадків інсульту [Електронний ресурс] // УНІАН. – 2013. – Режим доступу до ресурсу: <http://health.unian.ua/country/846654-schoroku-v-ukrajini-staetsya-ponad-111-tis-vipadkiv-insultu.html>

СОЦИОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАБОТЫ С АФАЗИЕЙ КАК ТИПИЧНЫМ НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Аннотация. В статье рассмотрен социопсихологический подход в проведении квалифицированной реабилитационной практики для людей, у которых спектр речевых нарушений возник вследствие перенесенного инсульта. В ней сделан короткий обзор современных представлений о нарушении речи при локально-органических поражениях головного мозга, раскрыты актуальные вопросы разработки адаптированных приемов, техник и упражнений для оказания специальной психокоррекционной помощи лицам с афазиями вследствие поражений головного мозга, в частности лицам с афазиями постинсультного состояния. Рассмотрены нейропсихологические классификации афазийных расстройств при органическом поражении

головного мозга в зарубежной и отечественной литературе. Определено основания классификации симптомов нарушения когнитивной сферы при определении того или иного вида афазии. Прикладными задачами статьи было также раскрытие необходимости использования современного межкультурного (социопсихологического) опыта методов работы с афазией как направления психокоррекционной помощи лицам постинсультного состояния, действенность которой проверена нашей практикой и представлена в данном исследовании.

Ключевые слова: инсульт, постинсультный состояние, нарушение речи, афазия, нейропсихологический подход, классификация афазий, агнозия, апраксия, импрессивная речь, экспрессивная речь, восстановительно-реабилитационная практика, психокоррекционная помощь, восстановительное обучение.

Sulyatytsky I., Kravets Y.

SOCIOPSYCHOLOGICAL PRINCIPLES OF WORKING WITH AFGHANISTAN AS A TYPICAL DISPUTE OF LINGUISTICS AFTER STROKE

Abstract. In the article the consolidated sociopsychological approach in conducting qualified rehabilitation practice for people who have speech spectrum disorders arising due to stroke. The basic nosological phenomenon in our review was aphasia as the most typical form of postnatal speech disorder in the great categories of people who suffer from various mental disorders as a result of a stroke. Loss of ability to normal communication, related, in particular, to the occurrence of aphasia, puts before specialists the task of developing adequate methods of diagnosis, rehabilitation and treatment of pathological consequences.

The neuropsychological classifications of aphasia disorders with organic brain damage in the foreign and domestic literature are considered. The grounds for classifying the symptoms of cognitive defeat in determining one or another form of aphasia are noted.

The contents of the article covered the review of classical and modern theories of speech disorders in locally-organic lesions of the brain, and the problems and development of adapted methods of techniques and exercises to provide special psycho-corrective assistance to individuals with aphasia due to lesions of the brain, in particular those with aphasia post-stroke. Applied tasks of our article was disclosed necessities of the use of modern intercultural (sociopsychological) method along with experience working with aphasia as towards providing psycho assistance to people post-stroke condition, which tested the efficacy of our practice and presented in this study.

Key words : stroke, post-stroke condition, speech disorder, aphasia, neuropsychological approach, aphasia classification, agnosia, apraxia, impulsive speech, expressive speech, rehabilitation and rehabilitation practice, psychocorrectional aid, rehabilitation.