

**Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка**  
**МОН України**  
**Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова**  
**МОН України**

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**Лянна Ольга Володимирівна**

УДК 376-056.264:81'234.2:616.831-005.1-021.68

**ДИСЕРТАЦІЯ**  
**ВІДНОВЛЕННЯ МОВЛЕННЄВОГО СПІЛКУВАННЯ**  
**ПРИ АФАЗІЇ У ОСІБ ПІСЛЯІНСУЛЬТНОГО СТАНУ**

13.00.03 – корекційна педагогіка

Галузь знань – 0101 – Педагогічна освіта

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ О. В. Лянна  
(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

**Науковий керівник**  
Синьов Віктор Миколайович,  
доктор педагогічних наук, професор,  
дійсний член НАПН України

**Суми – 2018**

## АНОТАЦІЯ

*Лянна О. В.* Відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук (доктора філософії) за спеціальністю 13.00.03 «Корекційна педагогіка» (016 – Спеціальна освіта). – Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка, МОН України, Суми. – Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова, МОН України, Київ. 2018 рік.

Дисертаційна робота присвячена проблемі відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану. Уперше здійснено комплексне вивчення особливостей порушення мовленнєвого спілкування осіб з післяінсультною афазією з урахуванням складної психологічної структури готовності до мовленнєвого спілкування, механізмів мовлення та особливостей їх порушення при афазії, а також з урахуванням особистісних реакцій на різку зміну мовленнєвого статусу осіб з афазією; розроблено, теоретично обґрунтовано та експериментально перевірено методику відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану; визначено педагогічні умови оптимізації процесу відновлення мовленнєвого спілкування осіб з післяінсультною афазією.

Уточнено та розширено наукові уявлення про причини, механізми, характер та прояви порушень мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану; про компенсаторні механізми відновлення мовленнєвого спілкування при післяінсультній афазії. Удосконалено зміст, форми і методи корекційно-відновлювального навчання при афазії.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що розроблена експериментальна методика відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану та визначені педагогічні умови оптимізації цього процесу дозволили суттєво підвищити результативність корекційно-відновлювального навчання. Матеріали

дослідження можуть бути використані логопедами, корекційними педагогами, реабілітологами та ерготерапевтами під час організації корекційно-реабілітаційної роботи з хворими, які страждають на афазію; можуть стати підґрунтям для вдосконалення програм відновлення мовленнєвої функції при афазії в системі надання послуг закладами охорони здоров'я; можуть бути впроваджені в лекційні курси предметів корекційної спрямованості для студентів спеціальності «Спеціальна освіта (логопедія)» та «Фізична терапія, ерготерапія», у системі підвищення кваліфікації логопедів закладів охорони здоров'я та освіти.

У дисертації подано результати аналізу розробленості проблеми відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану в загальній та спеціальній педагогічній, психологічній, нейропсихологічній, психолінгвістичній науковій та методичній літературі. Розкрито науково-теоретичні засади сучасних уявлень про післяінсультну афазію. Встановлено сучасні напрями і методи відновлення мовлення при афазії у осіб післяінсультного стану. Розкрито патогенетичні механізми та специфіку мовленнєвих і гностико-практичних порушень при афазії, що стала наслідком церебрального інсульту. Проаналізовано концептуальні засади та практичний досвід відновлення мовлення при афазії. Розроблено діагностичний інструментарій та виявлено особливості порушень мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану. Подано теоретичне обґрунтування та зміст педагогічних умов і методики відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану; здійснено аналіз та узагальнення результатів експериментального дослідження.

З'ясовано, що у вітчизняній та зарубіжній науковій літературі вивчення проблем спілкування ускладнюється як його трактуванням, так і наявністю різних підходів до пізнання його сутності. Найбільш досконалою формою спілкування науковці виділяють мовленнєве спілкування і трактують його як спрямовану на взаємодію з іншою особою самотійну комунікативну діяльність (або складову іншої діяльності), що здійснюється шляхом обміну

інформацією, діями, почуттями й емоціями, має складну структурну організацію, основним механізмом реалізації якої є мовлення, а також експресивно-мімічні та предметно-дійові засоби, та передбачає застосування комунікативних умінь; ефективність якої визначається мотивацією та впливовістю особистісних рис, які утворюють комунікативний арсенал особистості.

Однією з головних умов мовленнєвого спілкування є зворотній зв'язок, що забезпечується актами передачі й отримання мовленнєвого повідомлення. Розрив зв'язку між вказаними механізмами при локальних ураженнях головного мозку, який призводить до руйнування мовленнєвої діяльності та унеможлиблює мовленнєве спілкування, лежить в основі виникнення афазії.

Встановлено, що центральним дефектом при всіх формах афазії є порушення комунікативної функції мовлення, яке в складних випадках призводить до повної нездатності хворих до вербальної форми спілкування, до зміни соціального і сімейного статусу хворого, його ставлення як до своєї особистості, так і до навколишньої дійсності.

Конкретизовано особливості проявів синдрому афазії, що спричинені церебральним інсультом, та визначено сучасні підходи до організаційно-методичного забезпечення відновлювального навчання осіб цієї нозології.

Подано теоретичне обґрунтування діагностичної методики констатувального етапу експерименту, яка передбачала виявлення в осіб з експерименту, яка передбачала виявлення в осіб з післяінсультною афазією особливостей порушення мовленнєвого спілкування, зокрема: в ланках готовності до реалізації в смисловому й операційному відношенні, функціонування імпресивного та експресивного мовлення, механізмів гностико-праксичного забезпечення мовлення, усвідомленості хворим дефектів свого мовлення та особистісної реактивності на різку втрату або порушення мовлення, яка супроводжує синдром афазії та безпосередньо впливає на мовленнєвий статус хворого.

Виявлено варіабельність, неоднорідність і стійкість психолого-фізіологічних, мовленнєвих й особистісних розладів, що визначають стан мовленнєвого спілкування у осіб з післяінсультною афазією.

Обґрунтовано педагогічні умови, що забезпечують оптимізацію процесу відновлення мовленнєвого спілкування при післяінсультній афазії, в перелік яких увійшли: диференційовано-інтегрований підхід до визначення напрямів впливу на дефект (передбачає індивідуальне поєднання диференційованих та загальних впливів); організація спеціального педагогічного середовища (інтегрований вплив соціальних, побутових, організаційних та особистісних умов відновлювальної діяльності); опора на спільну діяльність (як різновид взаємодії хворих з іншою особою); організація взаємодії з сім'єю.

Розроблено методику відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану, відмінними рисами якої стали: системне, безперервне, комплексне застосування розроблених заходів у процесі логопедичних та самостійних занять у домашніх умовах; підготовча робота з відновлення базового обсягу інваріативних дій та операцій з метою забезпечення здатності до мовленнєвого спілкування; використання комплексного впливу індивідуальних та малогрупових занять; урахування взаємозв'язку та комплексний підхід до нівеляції порушень мовлення й особистісних реакцій на різку зміну мовленнєвого статусу осіб з афазією; доповнення педагогічних заходів засобами загальної стимуляції та активізації мовленнєвої діяльності, спонукання до комунікації, розширення можливостей комунікації та самовизначення особистості хворого; залучення членів ближнього соціального оточення хворого до активної участі в реалізації розроблених заходів корекційно-відновлювального навчання та продуктивна взаємодія з ними у форматі консультативно-просвітницької роботи.

Реалізація методики відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану здійснювалася в два умовно виділені етапи. На першому етапі корекційно-відновлювального навчання в структурі

індивідуальних занять, які проводились за типовими програмами, основна увага акцентувалася на цілеспрямованому формуванні в осіб з післяінсультною афазією одночасних та послідовних синтезів мнемічного, перцептивного та інтелектуального рівня. Другий етап реалізації експериментальної методики передбачав проведення занять малогруповим методом із застосуванням спільної предметно-практичної, творчої, імітаційно-ситуативної діяльності та емоційно-сенсорних ігор для активізації внутрішньогрупової комунікації, підвищення загальної активності хворих, розширення меж мовленнєвого спілкування, усунення різного роду фобій комунікації, створення максимально сприятливого емоційного фону, оптимізації здатності хворих адаптуватися в суспільстві, сприяння самовизначенню особистості в групі, тренування соціальних навиків спілкування в колективі, відновлення побутових навиків спілкування.

У процесі корекційно-відновлювального навчання також відбувалася постійна взаємодія з сім'ями хворих: визначалися потреби сім'ї в логопедичному супроводі; здійснювалось інформування членів сім'ї з питань взаємодії з логопедом, взаємодії з хворим, з питань особливостей проявів афазії та особистісних реакцій хворого на різку зміну мовленнєвого статусу, методів логопедичної та нейропсихологічної діагностики, методів, засобів та прийомів відновлювального навчання.

Під час формувального експерименту виявлено та статистично підтверджено вірогідно більшу позитивну динаміку у відновленні мовленнєвого спілкування в основній групі, де навчання відбувалося за розробленою методикою відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану та з запровадженням педагогічних умов оптимізації процесу навчання.

*Ключові слова:* афазія, післяінсультний стан, відновлювальне навчання, корекційно-педагогічна робота, відновлення мовленнєвого спілкування, педагогічні умови відновлювального навчання.

*Lianna O. V.* The Speech Communication Restoration at Aphasia of Patients in Post-Stroke Condition. – Qualification Research Work. Manuscript.

Thesis for a Pedagogical Sciences Candidate Degree (PhD) in Speciality 13.00.03 "Correctional Pedagogy" (016 – Special Education). – Sumy State Pedagogical University named after A.S. Makarenko, Ministry of Education and Science of Ukraine, Sumy. – National Pedagogical Dragomanov University, Ministry of Education and Science of Ukraine, Kyiv, 2018.

The dissertation is devoted to the analysis of speech communication restoration at aphasia of patients in post-stroke condition. A comprehensive study of the peculiarities of speech communication disorder of patients at post-stroke aphasia considering complex psychological structure of readiness for speech communication, speech mechanisms and characteristics of their disorders at aphasia, as well as the personal reactions to the abrupt change of speech status of persons with aphasia has been conducted for the first time. The methods of speech communication restoration at aphasia of patients in post-stroke condition have been worked out, theoretically determined and experimentally tested. The pedagogical conditions to optimize the process of restoration at aphasia of patients in post-stroke condition have been defined.

The scientific understanding of the causes, mechanisms, the nature and manifestations of disorders of speech communication at aphasia of patients in post-stroke condition, as well as the understanding of compensatory mechanisms of speech communication restoration at post-stroke aphasia have been specified and expanded. The content, forms and methods of correction and rehabilitation training with aphasia have been improved.

The practical significance of the results accounts for the fact that the elaborated experimental methods of speech communication restoration at aphasia of patients in post-stroke condition and the pedagogical conditions to optimize this process allowed to significantly increase the effectiveness of correction and rehabilitation training. The research materials can be used by speech therapists,

resource teachers, rehabilitation therapists and ergotherapists at correctional and rehabilitation work with patients suffering from aphasia. These materials may as well serve to improve the programs of restoring speech function with aphasia in the system of health care services; and may be implemented in lecture courses for the students majoring in "Special Education (Speech Therapy)", "Physical Therapy, Ergotherapy" and in the system of speech therapists advanced training for health care and educational institutions.

The dissertation presents the results of the analysis of the problem of speech communication restoration at aphasia of patients in post-stroke condition in general and special pedagogical, psychological, neuropsychological, psycholinguistic scientific and methodological literature. The scientific and theoretical principles of modern ideas of post-stroke aphasia have been revealed. The modern trends and methods of speech restoration at aphasia of patients in post-stroke condition have been introduced. The pathogenetic mechanisms and specificity of speech and gnostic-praxia disorders at aphasia resulted by a cerebral stroke have been scrutinized. The conceptual principles and practical experience of speech restoration at aphasia have been analyzed. The diagnostic tools have been developed and the peculiarities of speech communication disorder at aphasia of patients in post-stroke condition have been revealed. The theoretical grounding, the content of pedagogical conditions and methods of speech communication restoration at aphasia of patients in post-stroke condition have been presented. The analysis and results generalization of the experimental research have been conducted.

It has been determined that in the national and foreign scientific literature the study of communication problems is aggravated by its interpretation and the variety of different approaches to understand its essence. The scholars identify speech communication as the most perfect form of communication and treat it as an independent communicative activity (or a part of another activity) to interact with another person. The interaction is realized by means of the exchange of information, actions, feelings and emotions; it has a complex structural



organization; the main realization mechanism of which is speech. Here belong expressive-mimic and object-active means, what involves the use of communication skills. The effectiveness of the therapy is determined by motivation and influence of personality traits that form the individual communicative potential.

One of the main conditions of speech communication is the feedback provided by acts of transmission and receiving a verbal message. The communication gap between these mechanisms at the local brain damage, that leads to the distortion of speech activity and prevents communication, underlies the emergence of aphasia.

It has been proved that the central defect in all forms of aphasia is a disorder of the communicative functions of speech, which in severe cases leads to complete failure of patients to verbal forms of communication, to changes in social and family status of the patient, his attitude to his personality and to reality.

The peculiarities of aphasia syndrome caused by cerebral stroke have been specified and modern approaches to organizational and methodological support of restoration training for individuals of this nosology have been defined.

The diagnostic methods of the ascertaining stage of the experiment have been theoretically grounded. These methods presupposed to detect disorders of speech communication of patients with post-stroke aphasia. They include the areal preparedness to be realized in semantic and operational terms, the functioning of impressive and expressive speech, the mechanisms of gnostic-praxia speech providing, patient awareness of his speech defects and personal responsiveness to abrupt loss or disorder of speech that underlies aphasia syndrome and directly affects the patient's speech status.

The variability, heterogeneity and stability of psychological, physiological, speech and personality disorders that define the state of speech communication of individuals with post-stroke aphasia have been revealed.

The pedagogical conditions that ensure the optimization of the restoration process of speech communication at post-stroke aphasia have been grounded. They include a differentiated and integrated approach to identify areas of influence on the

defect (it presupposes individual combination of differential and common impacts); organization of special educational environment (integrated impact of social, household, institutional and personal conditions of restoration activity); reliance on common activity (as a kind of interaction of patients with other people); interaction with family.

The methods of speech communication restoration at aphasia of patients in post-stroke condition have been elaborated. The differential features are: systemic, continuous, comprehensive application of the forms of activity in speech therapy and individual classes at home; preparatory work to restore basic invariant actions and operations to ensure the ability for speech communication; use the complex effect of individual and small group classes; taking into account the relationship and comprehensive approach to reduce speech disorders and personal reactions to the abrupt change of speech status of patients with aphasia; supplement of educational activities by means of general stimulation and activation of speech activity, an encouragement to communication, increasing communication possibilities and personal identity of the patient; involving the members of close social environment of the patient to active participation to realize corrective restoration measures and productive interaction with them in the form of consulting and educational work.

The realization of the methods of speech communication restoration at aphasia of patients in post-stroke condition was carried out at two stages. At the first stage of correction and restoration training in the structure of individual lessons, conducted by typical programs, the main attention was paid to the targeted formation of simultaneous and consecutive synthesis of mnemonic, perceptual and intellectual level of patients with post-stroke aphasia. The second stage of the experimental method presupposed conducting classes by small group method using common object-practical, creative, simulation-situational activities and emotional-sensory games to promote intra-group communication, improving the overall activity of patients, expanding the boundaries of speech communication, eliminating all sorts of communication phobias, creation of the most favorable

emotional background, optimizing the patients' ability to adapt to society, promote personal self-determination in the group, social skills of communication training in the team, the restoration of household communication skills.

In the process of correction and restoration training the constant interaction with the patients' families took place. The needs of the family in speech therapy support were determined. Information sharing between family members considering interaction with a speech therapist, carried on, interaction with a patient about peculiarities of aphasia manifestations and individual reactions of the patient to an abrupt change of speech status, methods of speech therapy and neuropsychological diagnostics, methods, means and techniques of restoration training.

During the formation experiment significantly more positive dynamics to restore speech communication in the treatment group was revealed and statistically confirmed. The training in this group was conducted by the method of speech communication restoration at aphasia of patients in post-stroke condition and with the introduction of pedagogical conditions of the learning process optimization.

**Key words:** aphasia, post-stroke condition, restoration training, correctional and pedagogical work, speech communication restoration, pedagogical conditions of restoration training.

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

*Наукові праці, в яких опубліковані основні результати дисертації*

1. Лянна О. В., Лянной Ю. О. Становлення системи реабілітації хворих та інвалідів // Проблеми сучасної педагогічної освіти. Серія : Педагогіка та психологія : зб. наук. статей. Ялта : РВВ КГУ, 2006. Вип. 12. Ч. 2. С. 231-241.
2. Лянна О. В. Взаємозв'язок корекційно-педагогічної діяльності та фізичної реабілітації при відновленні мови у хворих з афазією // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : наук.-метод. зб. / за ред. В. І. Бондаря, В. В. Засенка. К. : Інститут спеціальної педагогіки АПН України, 2006. Вип. 8. Т. II. С. 203-206.
3. Лянна О. В. Динаміка наукового висвітлення проблеми теорії і методики відновлення мовлення при афазії // Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту школярів та студентів України : мат. VII всеукр. наук. конфер. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2007. С. 149-157.
4. Лянна О. В. Особливості атиповних форм афазії та методик відновлення мовленнєвої функції // Сучасні проблеми логопедії та реабілітації : мат. I міського наук.-практ. семінару. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2009. С. 98-107.
5. Лянна О. В. Застосування точкового масажу для нормалізації психоемоційного стану осіб з післяінсультною афазією // Сучасні проблеми логопедії та реабілітації : мат. II міського наук.-практ. семінару. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2010. С. 227-234.
6. Лянна О. В. Мовленнєва діяльність як спосіб реалізації мовленнєвого спілкування // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології (Index copernicus) / голов. ред. А. А. Сбруєва. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. № 5 (49). С. 143-150.
7. Лянна О. В. Сучасні уявлення щодо патогенезу та проявів афазії при мозковому інсульті // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології (Index copernicus) / голов. ред. А. А. Сбруєва. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. № 7 (51). С. 359-368.

8. Лянна О. В. Аналіз сучасних напрямів і методів відновлення мовлення при афазії у осіб післяінсультного стану // Науково-методичний журнал «Логопедія». 2016. № 8. С. 34-41.

*Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації*

9. Лянна О. В. Ідентифікація проблеми як педагогічна умова відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2016. Вип. 31. С. 55-60.

10. Лянна О. В. Педагогічні умови відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2016. Вип. 32. С. 180-185.

11. Лянна О. В. Компоненти педагогічного середовища в логопедичній реабілітації хворих з афазією // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології (Index copernicus) / голов. ред. А. А. Сбруєва. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. № 1 (65) С. 260-270.

12. Лянна О. В., Толбатова С. В. Застосування ерготерапії в логопедичній реабілітації осіб з афазією // Сучасні проблеми логопедії та реабілітації : мат. VI всеукр. наук.-практ. конференції. Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. С. 169-173.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	15
<b>РОЗДІЛ 1. ПОРУШЕННЯ МОВЛЕННЄВОГО СПІЛКУВАННЯ У ХВОРИХ З АФАЗІЄЮ ЯК ЛОГОПЕДИЧНА ПРОБЛЕМА</b> .....	22
1.1. Проблема мовленнєвого спілкування в науковій літературі.....	22
1.2. Науково-теоретичні засади сучасних уявлень про післяінсультну афазію.....	37
1.3. Історичні аспекти та сучасні напрями і методи відновлення мовлення при афазії.....	49
Висновки до першого розділу.....	64
<b>РОЗДІЛ 2. СТАН ТА ОСОБЛИВОСТІ МОВЛЕННЄВОГО СПІЛКУВАННЯ ОСІБ ІЗ ПІСЛЯІНСУЛЬТНОЮ АФАЗІЄЮ</b> .....	66
2.1. Теоретико-методичне підґрунтя дослідження особливостей мовленнєвого спілкування осіб із післяінсультною афазією.....	71
2.2. Аналіз результатів констатувального експерименту.....	88
Висновки до другого розділу.....	120
<b>РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕТОДИКА ВІДНОВЛЕННЯ МОВЛЕННЄВОГО СПІЛКУВАННЯ ПРИ АФАЗІЇ У ОСІБ ПІСЛЯІНСУЛЬТНОГО СТАНУ</b> .....	123
3.1. Педагогічні умови оптимізації процесу відновлення мовленнєвого спілкування.....	123
3.2. Теоретичні засади, організація та структура експериментальної методики відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану.....	136
3.3. Аналіз результатів формувального експерименту.....	173
Висновки до третього розділу.....	189
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	192
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	195
<b>ДОДАТКИ</b> .....	223

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Концепція корекційної освіти виникла ще у 20-х роках минулого століття, проте до сьогодні предметом обговорення і дискусій науковців галузі спеціальної педагогіки залишаються питання, пов'язані з теоретичними та організаційно-методичними аспектами навчання осіб з обмеженими психофізичними можливостями різних вікових категорій. Однією з найбільш поширених нозологічних груп, яка характеризується високим рівнем інвалідизації осіб працездатного віку, є група цереброваскулярних патологій, пов'язаних з локальним ураженням головного мозку, що супроводжуються порушенням вищих психічних функцій. У структурі порушень вищих психічних функцій при локальних церебральних ураженнях особливою складністю в аспекті відновлення і корекції відзначається афазія (Ю. Я. Варакін, Т. Г. Візель, А. М. Савицький, В. В. Тарасун, Л. С. Цветкова, М. К. Шеремет, В. М. Шкловський та ін.).

Афазія спостерігається більше ніж у третини всіх випадків церебрального інсульту (О. С. Кадиков, М. Крітчлі, Ю. Б. Мещерякова, В. М. Шкловський, R. Chen, R. David, S. Engelter, M. Gostynski, M. Hoffmann, P. Pedersen) і часто інтегрується з різними видами агнозій, апраксій, правосторонніми геміпарезами, залишаючи тяжкі наслідки, що обмежують працездатність хворого, призводячи до інвалідності.

Зниження або втрата можливості спілкування й обмеження контактів з оточуючими при афазії, на фоні збереженої особистості та адекватної поведінки, призводить до фрустрації, депресій, і в кінцевому підсумку, соціальної депривації та дезадаптації хворих (О. Н. Вінарська, А. В. Густов, В. В. Оппель, В. Д. Трошин, О. В. Трошин, М. К. Шохор-Троцька, A. Ardila, F. Benson, C. Starostzik та ін.).

В умовах глобалізаційних та інтеграційних процесів актуальним питанням для України постає орієнтація на передовий світовий досвід та міжнародні стандарти надання комплексної допомоги особам з обмеженими можливостями, що детермінує потребу в реформуванні вітчизняної системи

медико-соціальної реабілітації, зокрема, ланки міжгалузевої взаємодії у досягненні поставлених цілей (Г. П. Мозгова, М. Є. Поліщук, Л. М. Руденко, В. М. Синьов, Є. П. Синьова). Натомість, на сьогодні в Україні відсутня єдина організаційна система комплексної медико-соціальної та корекційно-педагогічної допомоги особам післяінсультного стану.

У нашій державі основні засади створення правових, соціально-економічних та організаційних умов для нівеляції та компенсації наслідків, спричинених стійким порушенням здоров'я, функціонування системи забезпечення особам з інвалідністю фізичного, психічного та соціального благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності, ґрунтуються на Конституції України і Конвенції ООН про права інвалідів (ратифікована Верховною Радою України 16 грудня 2009 року) та регулюються законами «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», Указом Президента України від 03.12.2015 № 678 «Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю».

Питання теоретико-педагогічних основ комплексної реабілітації осіб з обмеженими можливостями та науково-методичні засади корекційно-реабілітаційної діяльності розкриті у працях В. І. Бондара, О. П. Глоби, В. М. Синьова, А. Г. Шевцова та ін. Науковці відзначають, що важливим аспектом у системі комплексної медико-соціальної реабілітації осіб з обмеженими можливостями різних вікових категорій є корекційно-відновлювальне навчання, яке інтегрує засоби і методи логопедичної, нейропсихологічної, психологічної, педагогічної, соціально-психологічної допомоги тощо.

Провідні методологічні підходи, принципи і практична змістовність відновлювального навчання осіб з афазією висвітлено в наукових працях О. С. Берднікович, Т. Г. Візель, Д. Ш. Газізуліної, Н. В. Кошелевої, Н. М. Лапіної, О. Р. Лурія, Л. С. Цветкової, В. М. Шкловського, М. К. Шохор-Троцької та ін. Науковці акцентують увагу на тому, що афазія є наслідком



локального ураження мозку і розлад мовленнєвої функції виникає на тлі раніше повноцінно сформованого мовлення, і специфіка корекційно-відновлювальної роботи обумовлюється відсутністю первинних розладів мислення, пам'яті, уваги, які спостерігаються при дифузних ураженнях мозку (Т. Г. Візель, С. Ю. Конопляста, О. Р. Лурія, І. В. Мартиненко, А. М. Савицький, Л. С. Цветкова, М. К. Шеремет та ін.).

Різні аспекти проблеми мовленнєвого спілкування в контексті психолого-педагогічного напрямку дослідження розладів мовлення вивчались Л. Є. Андрусишиною, Н. В. Кабельніковою, С. Ю. Коноплястою, І. В. Мартиненко, О. М. Мастюковою, О. Г. Приходько, Н. В. Савіною, Н. Я. Семаго, Є. Ф. Соботович, В. В. Тарасун, Т. Б. Філічевою, Л. І. Фомічовою, Т. А. Фотековою, Г. В. Чиркіною, С. М. Шаховською, М. К. Шеремет та ін. Натомість переважну кількість наукових праць присвячено питанням розвитку та формуванню вербального спілкування в дитячому віці. Особливості відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану залишаються поза увагою науковців.

Отже, актуальність означеної проблеми, її практична значущість та недостатня науково-теоретична розробленість у галузі спеціальної педагогіки, зумовили вибір теми дослідження: **«Відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану»**.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційну роботу виконано відповідно до тематичного плану науково-дослідної роботи кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка «Теоретико-методологічні та організаційно-методичні проблеми здоров'я, фізичної реабілітації та корекційної педагогіки» (державний реєстраційний № 0115U005933). Тему дисертаційного дослідження затверджено Вченою радою Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка (протокол № 9 від 26.03.2007 року) й узгоджено в

Міжвідомчій Раді з координації наукових досліджень із педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 4 від 04.04 2007 року).

**Мета дослідження** полягає в науковому обґрунтуванні, розробці й експериментальній перевірці педагогічних умов і методики відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану.

Для досягнення мети дослідження були поставлені такі **завдання**:

1. Проаналізувати стан дослідженості проблеми відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану в загальній та спеціальній педагогічній, психологічній, нейропсихологічній, психолінгвістичній науковій та методичній літературі.

2. Розробити діагностичний інструментарій, дослідити стан та виявити особливості порушень мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану.

3. Визначити педагогічні умови оптимізації процесу відновлення мовленнєвого спілкування осіб з післяінсультною афазією.

4. Обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити методику відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану в процесі корекційно-відновлювального навчання.

**Об'єкт дослідження** – мовленнєве спілкування осіб з післяінсультною афазією.

**Предметом дослідження** є педагогічні умови та методика відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану.

**Теоретико-методологічну основу дослідження склали:** положення філософії про діалектичний підхід до пізнання явищ педагогічного процесу (В. П. Андрущенко, І. А. Зязюн, В. Г. Кремень), єдності та взаємообумовленості якісних і кількісних змін та процесів; концепція мовленнєвої діяльності як складної системної функціональної єдності (Л. С. Виготський, Н. І. Жинкін, О. Р. Лурія та ін.); положення психології і психолінгвістики про мовлення як про найважливіший засіб спілкування і пізнання (О. Р. Лурія); дослідження в галузі неврологічної реабілітації

хворих, які перенесли інсульт головного мозку (Л. О. Бадалян, Т. А. Доброхотова, Г. А. Педаченко та ін.); теоретичні засади клінічної нейропсихології (Н. К. Корсакова, Л. І. Москвічюте та ін.) та корекційно-відновлювального навчання хворих з афазією (Т. В. Ахутіна, Т. Г. Візель, В. В. Оппель, Л. С. Цветкова, В. М. Шкловський та ін.); науково-теоретичні нейрофізіологічні і нейропсихологічні положення про роль діяльності, активності й спілкування у формуванні особистості (Т. В. Ахутіна, Л. С. Виготський, Ж. М. Глозман, Н. І. Жинкін, І. А. Зимня, Г. С. Костюк, С. Д. Максименко, В. М. Синьов, В. В. Тарасун М. К. Шеремет та ін.).

**Методи дослідження.** Для розв'язання окреслених завдань було використано наступні методи:

- *теоретичні* – вивчення, аналіз та узагальнення теоретичних та методичних засад дослідження для визначення стану розробленості проблеми і перспективних напрямів її вирішення;

- *емпіричні* – педагогічне спостереження, інтерв'ювання, тестування, анкетування, вивчення медичної документації, узагальнення практичного досвіду в закладах охорони здоров'я, констатувальний і формувальний етапи психолого-педагогічного експерименту з метою вивчення стану та особливостей мовленнєвого спілкування осіб з післяінсультною афазією та перевірки ефективності розробленої методики корекційно-відновлювального навчання;

- *методи статистичної обробки даних* – якісний аналіз та кількісна обробка одержаних результатів дослідження за допомогою методів математичної статистики з метою забезпечення достовірності та об'єктивності результатів експерименту.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає у тому, що *вперше*:

- здійснено комплексне вивчення особливостей порушення мовленнєвого спілкування осіб з післяінсультною афазією з урахуванням складної психологічної структури готовності до мовленнєвого спілкування, механізмів мовлення та особливостей їх порушення при афазії, а також з

урахуванням особистісних реакцій на різку зміну мовленнєвого статусу осіб з афазією;

- розроблено, теоретично обґрунтовано та експериментально перевірено методику відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану;

- визначено педагогічні умови оптимізації процесу відновлення мовленнєвого спілкування осіб з післяінсультною афазією;

*уточнено та розширено наукові уявлення*

- про причини, механізми, характер та прояви порушень мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану;

- про компенсаторні механізми відновлення мовленнєвого спілкування при післяінсультній афазії;

*удосконалено* зміст, форми і методи корекційно-відновлювального навчання при афазії.

**Практичне значення** одержаних результатів полягає в тому, що розроблена експериментальна методика відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану та визначені педагогічні умови оптимізації цього процесу дозволили суттєво підвищити результативність корекційно-відновлювального навчання. Матеріали дослідження можуть бути використані логопедами, корекційними педагогами, реабілітологами та ерготерапевтами під час організації корекційно-реабілітаційної роботи з хворими, які страждають на афазію; можуть стати підґрунтям для вдосконалення програм відновлення мовленнєвої функції при афазії в системі надання послуг закладами охорони здоров'я; можуть бути впроваджені в лекційні курси предметів корекційної спрямованості для студентів спеціальності «Спеціальна освіта (логопедія)» та «Фізична терапія, ерготерапія», у системі підвищення кваліфікації логопедів закладів охорони здоров'я та освіти.

Результати дослідження впроваджено в практику діяльності КУ «Сумська міська клінічна лікарня № 5» (довідка № 01-27/1/327 від 12.02.2018

року), Науково-практичного центру логопедії СумДПУ імені А. С. Макаренка (довідка № 406 від 12.02.2018 року), а також у навчальний процес підготовки фахівців спеціальності «Спеціальна освіта (логопедія)» НПУ імені М. П. Драгоманова (довідка № 12/18 від 12.02.2018 року) та СумДПУ імені А. С. Макаренка (довідка № 422 від 13.02.2018 року).

**Особистий внесок здобувача.** У спільних публікаціях автора здійснено аналіз становлення системи реабілітації хворих та інвалідів в Україні [1], обґрунтовано теоретико-прикладні аспекти застосування ерготерапії в логопедичній реабілітації осіб з афазією [12].

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення і результати дослідження репрезентовано та обговорено на Міжнародних науково-практичних конференціях: «Актуальні проблеми корекційної педагогіки та психології» (Кам'янець-Подільський, 2007), «Корекційно-реабілітаційна діяльність: стратегії розвитку в національному та світовому вимірі» (Суми, 2015); на Всеукраїнських науково-практичних конференціях: «Сучасні проблеми логопедії та реабілітації» (Суми, 2012); «Проблеми здоров'я людини та фізичної реабілітації» (Суми, 2016), «Актуальні питання корекційної педагогіки, психології та реабілітації» (Суми, 2017); на регіональній науково-практичній конференції «Вища освіта інвалідів: рівні права – рівні можливості» (Ялта, 2006); на науково-практичному семінарі «Арт-терапія та ерготерапія: теорія і практика» (Суми, 2017).

**Публікації.** Основні результати дослідження висвітлено у 12 публікаціях автора, з них: 3 статті у фаховому виданні, зареєстрованому в наукометричній базі Index Copernicus; 4 – у наукових фахових виданнях, 5 – у інших виданнях.

**Структура та обсяг дисертації.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (296 найменувань, із них 31 – іноземною мовою) та додатків. Загальний обсяг роботи – 269 сторінок, із них 183 сторінки основного тексту. Дисертація містить 8 таблиць та 5 рисунків.

## РОЗДІЛ 1.

### ПОРУШЕННЯ МОВЛЕННЄВОГО СПІЛКУВАННЯ У ХВОРИХ ІЗ АФАЗІЄЮ ЯК ЛОГОПЕДИЧНА ПРОБЛЕМА

#### 1.1. Проблема мовленнєвого спілкування в науковій літературі

Наукова зацікавленість проблемою спілкування зародилася в минулому столітті й відобразилась у великій кількості вітчизняних та зарубіжних робіт з: філософії (А. А. Брудний, Л. П. Буєва, М. С. Каган, Б. Д. Паригін та ін.) [31; 32; 86; 176], соціології (Г. М. Андреева, О. В. Луньова та ін.) [5; 135], психології (Б. Г. Ананьєв, О. О. Бодальов, А. І. Волкова, Є. П. Ільїн, В. А. Калягін, Г. С. Костюк, О. М. Леонтєв, М. І. Лісіна, Б. Ф. Ломов, В. І. Лубовський, А. В. Петровський, Т. А. Пироженко, А. А. Реан, В. М. Синьов, Л. І. Фомічова та ін.) [4; 26; 46; 84; 91; 104; 128; 134; 179; 180; 188; 207; 233], психолінгвістики (Т. В. Ахутіна, А. А. Залевська, О. О. Леонтєв, Д. А. Слобін, Є. Ф. Соботович, В. В. Тарасун, Р. М. Фрумкіна, А. М. Шахнорович та ін.) [13, 74, 126; 212; 210; 223; 236; 250], педагогіки (І. О. Зимня, А. В. Мудрик, Ф. А. Сохін та ін.) [77; 159; 216], логопсихології (С. Ю. Конопляста, І. В. Мартиненко) [133; 154] та логопедії (Л. Є. Андрусишин, Л. В. Волкова, С. Ю. Конопляста, Н. В. Манько, І. В. Мартиненко, О. М. Мастюкова, О. Г. Приходько, Н. В. Савінова, Ю. В. Рібцун, В. В. Тарасун, М. К. Шеремет та ін.) [47; 131; 154; 142; 198]. Предметом вивчення науковців стала природа спілкування, його індивідуальні особливості, механізми перебігу та змін.

Через відсутність загальноприйнятого визначення поняття «спілкування», його розглядають як складний і багатогранний процес, який може виступати і як процес взаємодії індивідів, і як інформаційний процес, і як ставлення людей один до одного, і як процес взаємовпливу один на одного, і як процес співпереживання і взаємного розуміння один одного [46, 50-51]. Це зумовило виникнення різних підходів до визначення категорії спілкування

та відсутність єдиного, уніфікованого поняття цього феномену. А. І. Волкова (2007) зазначає, що переважна кількість трактувань поняття «спілкування» вказує на основні функції або сторони спілкування та носить описовий характер [46].

Вивчення проблем спілкування ускладнюється не лише неоднозначністю трактування його сутності і змісту, а й наявністю різних підходів до співвіднесення понять «спілкування» і «комунікація», «спілкування» і «діяльність».

В англomовній культурі відсутнє слово «спілкування», натомість вживається термін «комунікація», що позначає власне комунікативні процеси. Зазначене свідчить про синонімічність понять «комунікація» і «спілкування», однак деякі російські і вітчизняні науковці диференціюють зміст цих понять.

У зарубіжних джерелах вже до 60-х років минулого століття налічувалося понад сотні визначень комунікації. Практично одночасно її вивченням займалися американські філософи: J. Dewey, G. Mead, Ch. Peirce; соціологи: Н. Blumer, P. Lazarsfeld, R. Merton, T. Parsons; та психологи: Ch. Cooley, K. Lewin, J. Moreno, F. Perls, C. Rogers, J. Watson та ін. Завдяки цьому імпульсу проблемами комунікації зацікавилися і в європейській науці: J. Habermas, K. Jaspers, T. Luckmann, A. Schütz, C. Weber та ін.

Навіть основоположники трактували поняття комунікації невизначено – в загальному контексті. Американський психолог Ch. Cooley під поняттям «комунікація» розумів механізм, за допомогою якого забезпечується існування й розвиток людських відносин, що має в собі всі розумові символи, засоби їх передачі в просторі й збереження в часі. Цей механізм включає міміку, спілкування, жести, тон голосу, слова, писемність, і водночас найостанніші досягнення із завоювання простору та часу [188].

В ідеях німецького філософа J. Habermas розглядається поняття «комунікативна дія», яке «... у цілому належить до інтеракції як мінімум двох здатних до мовлення і дії суб'єктів, які – вербальними або екстравербальними засобами – вступають в інтерсуб'єктивні відносини» [246, 26].

Загалом у більшості зарубіжних публікацій йдеться про комунікацію як надання інформації, з огляду на що, як зазначає І. В. Мартиненко (2015), її теоретичні моделі розкривають зміст явищ, які безпосередньо забезпечують пересилання та прийом даних [154].

Якщо виходити з етимології терміна «комунікація», то в перекладі з латині *communicatio* означає «робити загальним, пов'язувати, спілкуватися». Зважаючи на зазначене, одним з найпоширеніших значень поняття комунікація є спілкування [45; 247].

Використання різної термінології авторами призвело до різноманіття в позначенні явищ «комунікація», «комунікативна діяльність», «спілкування», що свідчить не лише про змістовні відмінності в тлумаченні цих понять, а й про методологічні розбіжності, які, до речі, спостерігаються й у дослідженнях генези та чинників, що ускладнюють перебіг вказаних процесів (Ж. М. Глозман, Н. В. Манько, С. Ю. Конопляста, В. І. Лубовський, І. В. Мартиненко, Н. В. Савінова, В. М. Синьов, В. В. Тарасун, М. К. Шеремет) [58; 89; 153; 155; 200; 204; 217; 257].

Аналіз літературних джерел вказує, що результатом уваги до проблеми вивчення кола цих явищ стало утворення декількох підходів до її вирішення. Перший з них пов'язаний з диференціацією означених понять.

Так, М. С. Каган (1988) виокремив і систематизував відмінні ознаки спілкування та комунікації і зазначив, що спілкування носить практичний і духовний характер, тоді як комунікація є суто інформаційним процесом; спілкування є міжсуб'єктною взаємодією, структура якого здебільшого є діалогічною, тоді як комунікація – це інформаційний зв'язок з суб'єкт-об'єктною взаємодією [86, 143-146].

Є. П. Ільїн (2009), Є. В. Ключев (2003), Ж. В. Ніколаєва та інші вбачають між цими поняттями відношення загального (комунікація) і приватного (спілкування) [84; 93; 171]. На думку Є. П. Ільїна, не всі види комунікації є спілкуванням, але будь-яке спілкування є приватним видом комунікації. Спілкування визначається ним як приватний вид комунікації, специфічний



для високорозвинених живих істот, у тому числі – для людини. Під комунікацією розуміється зв'язок, взаємодія двох систем, у ході якої від однієї системи до іншої передається сигнал, що несе інформацію, Комунікація властива і технічним системам, і взаємодії людини з машиною, і взаємодії людей. Останній вид і належить до спілкування. При взаємодії людей комунікація отримує новий якісний зміст [84, 18-19].

Водночас, вчений наголошує, що в процесі спілкування відбувається не просто отримання інформації або обмін нею, але і виклик емоцій, їх обмін – співчуття або прояв негативного ставлення до партнера. Зважаючи на що, людське спілкування, за визначенням автора – це зв'язок між людьми, що призводить до виникнення взаємного психічного контакту, який проявляється в передачі партнеру по спілкуванню інформації (вербальної і невербальної) і має на меті встановлення порозуміння і взаємного переживання [84, 205].

Як зазначають В. І. Фефелова (2007), М. М. Філоненко (2008), А. С. Львова (2011), у понятті «спілкування» закладений більш особистісний, духовний контакт партнерів, а «комунікація» передбачає ділову, раціональну смислово спрямованість взаємодії суб'єктів [138; 231; 232].

Представники другої групи вчених ототожнюють означені поняття (Л. І. Божович, Л. С. Виготський, І. О. Зимня, В. І. Курбатов, О. О. Леонт'єв, О. Р. Лурія, В. М. Мясіщев, Т. Parsons, Е. Cherry та ін.). На їх думку, комунікація носить характер діяльності, має діалогічну структуру і може розглядатися як спілкування, взаємодія між суб'єктами [7; 27; 50; 77; 119; 125; 137; 161].

На думку Т. Parsons (1951), комунікацію можна розглядати як спілкування, взаємодію між людьми. Е. Cherry (1972) відзначає, що комунікація – «це за суттю соціальне явище», «соціальне спілкування» з використанням численних систем зв'язку, вироблених людьми, серед яких головними, «без сумніву, є людська мова і мовлення» [175, 23-24].

Аналогічних поглядів дотримуються В. М. Соковнін (1974) та А. А. Брудний (1989). Ототожнюючи поняття «спілкування» та

«комунікація», вчені розглядають їх як єдиний акт спілкування, а саме як обмін інформацією засобами мови між динамічними системами і підсистемами, як мовленнєве повідомлення [31; 215].

Спробу інтегрувати протилежні точки зору на спілкування здійснила Г. М. Андреева (2009), оскільки, на думку вченої, спілкування є ширшою категорією, ніж комунікація [5].

Часто спілкування розуміється вченими як взаємодія суб'єктів. Натомість, на думку Є. П. Ільїна (2009), не у всякій взаємодії присутнє спілкування [84, 22]. Б. Ф. Ломов (2009) уточнює це поняття і зазначає, що спілкування – це не будь-яка взаємодія, а специфічна форма взаємодії людини з іншими людьми. В аналізі цих відносин розкриваються не просто дії того чи іншого суб'єкта або впливу одного суб'єкта на іншого, а процес їх взаємодії, у якому виявляються сприяння або протидія, згода або протиріччя, співпереживання тощо [134, 249].

О. О. Леонтьєв вважає взаємодію з іншими людьми ядром спілкування, як внутрішній механізм життя колективу, обмін думками, формування установок, засвоєння суспільно-історичного досвіду. Отже спілкування, на думку науковця, є соціальним феноменом, суб'єкт якого не можна розглядати ізольовано.

Головними питаннями у проблемі спілкування В. М. Мясіщев (1995) вважає єдність взаємодії між людьми і взаємини між ними, що визначило його цілісний погляд на спілкування – як процес взаємодії конкретних особистостей, які певним чином ставляться один до одного і впливають один на одного [84].

О. В. Петровський (1982) також визначає спілкування як здійснення взаємодії між індивідами через знакові засоби, що викликана потребою спільної діяльності і спрямована на значущі зміни станів, поведінки, і особистісно-змістовного утворення індивіда [179].

Інші дослідження в галузі психології у співвідношенні спілкування і взаємодії розглядають останню лише як одну зі сторін спілкування. Так,

Г. М. Андрєєва (2009) виділяє в спілкуванні три взаємопов'язані компоненти: комунікативний, інтерактивний та перцептивний. Комунікативний компонент спілкування (комунікація) полягає в обміні інформацією між особами, що спілкуються. Інтерактивний компонент – це організація взаємодії між особами, що спілкуються, тобто обмін діями. Перцептивний компонент полягає в сприйнятті один одного партнерами по спілкуванню і встановленні на цій основі взаєморозуміння. Кожен з цих компонентів у реальному спілкуванні існує не ізольовано від інших, а проявляється спільно з ними більшою чи меншою мірою виразності [5].

Є. П. Ільїн (2009) виділяє ще один компонент спілкування – емоційний, і вважає, що цій стороні спілкування приділяється недостатньо уваги [84].

Узагальнюючий погляд має В. Н. Куніцина (2001), відзначивши, що спілкування є потребою і умовою життя людини, як взаємодія та взаємовплив, як своєрідний обмін відносинами і співчуття один одному, як взаємне пізнання і діяльність [118].

Широке поширення визначення сутності поняття «спілкування» отримало з позиції теорії діяльності (А. Г. Асмолов, О. В. Запорожець, О. М. Леонт'єв, О. О. Леонт'єв, М. І. Лісіна, Б. Ф. Ломов, А. В. Мудрик, В. М. Синьов, В. М. Целуйко та ін.).

На погляд О. М. Леонт'єва (1975), спілкування виступає лише певною стороною діяльності, а сама діяльність (предметно-практична, ігрова) виступає його умовою. Тобто спілкування є елементом діяльності, залученим в її структуру [127].

О. О. Леонт'єв (1974, 1979) зазначає, що спілкування – це особливий вид діяльності і виступає як компонент, складова частина (і одночасно умова) іншої, не комунікативної діяльності. Водночас Олексій Олексійович наголошував, що це не означає, що спілкування виступає як самостійна діяльність [126; 124].

У контексті педагогіки А. В. Мудрик (1974) розглядав спілкування як особливий вид діяльності [159]. В. М. Целуйко (2007) також визначає

спілкування як форму діяльності, яка здійснюється між людьми як рівними партнерами і призводить до встановлення психічного контакту [245].

М. І. Лісіна (2009) висловлює за суттю аналогічну позицію, аналізуючи в своїх працях окремо спілкування і діяльність та спілкування як діяльність, і трактує спілкування як взаємодію, що здійснюється між носіями активності для досягнення спільного результату [129].

Інші вчені (А. А. Алхазішвілі, Л. М. Архангельський, В. Г. Афанасьєв, Л. П. Буєва, Д. І. Дубровський, Б. Ф. Ломов та ін.) також не заперечували діяльнісний підхід в аналізі категорії спілкування, проте виступили проти його вивчення як діяльності, спираючись на те, що спілкування є лише обов'язковим атрибутом будь-якої людської діяльності [2; 77, 19; 78], є принципово іншим явищем, ніж діяльність [8; 32], певним чином пов'язане через суб'єкта з діяльністю, має з ним багато спільних рис, але цього ще недостатньо для їхнього ототожнення [118, 250]. На думку Б. Ф. Ломова, спілкування не поступається таким категоріям, як свідомість, особистість, діяльність. У процесі міжособистісного спілкування формуються людські відносини, які створюють основні умови взаємодії людей у грі, навчанні та праці [134, 257].

Г. М. Андреєва (2009) пропонує розглядати спілкування і як сторону спільної діяльності, оскільки сама діяльність не лише праця, а й спілкування в процесі праці, і як її своєрідна похідна [5].

Отже, аналіз наукової літератури засвідчив, що розбіжності у визначенні категорії спілкування певною мірою обумовлені відсутністю уніфікованого визначення поняття «діяльність». Якщо під діяльністю розуміти будь-яку активність людини, будь-який прояв її енергії, то спілкування можливо трактувати як діяльність. Якщо ж діяльність розглядати лише як предметну діяльність, то спілкування не можна вважати діяльністю.

У контексті нашого дослідження ми дотримуємося діяльнісного тлумачення спілкування, і діяльність спілкування розглядаємо як самостійну, або в межах іншої діяльності, комунікативну діяльність, що обумовлена

взаємодією двох, або більшою кількістю осіб, з метою досягнення спільного результату. Центральним у спілкуванні є людські взаємини, їх цінності та суб'єктивні психологічні якості, а його метою є встановлення тривалих психологічних взаємин і формування спільних завдань.

З позиції діяльнісного підходу в структурі комунікативної діяльності вчені (О. В. Запорожець, Д. Б. Ельконін, О. М. Леонт'єв, М. І. Лісіна, І. В. Мартиненко, В. В. Тарасун, В. В. Тищенко, Л. І. Фомічова, М. К. Шеремет та ін.) виділяють такі основні компоненти: предмет спілкування, потреба і мотиви, комунікативні якості, стиль спілкування, організація взаємодії, його засоби і результат [75; 128; 129; 156; 222; 223; 225; 256; 267]. Означені компоненти є необхідною умовою ефективного функціонування діяльності спілкування.

У нашому дослідженні особливої актуальності набуває аналіз означених компонентів, оскільки розлади системного походження, зокрема при афазії, впливають на результативність усього процесу мовленнєвого спілкування осіб післяінсультного стану. Їх ретельний аналіз уможливить з'ясування рівня й особливостей ушкодження цих ланок.

Предметом у спілкуванні виступає змістовна частина інформації, що відправляється, і багато в чому визначає сам характер діяльності спілкування, зокрема її мету, вид, форму реалізації тощо. Відповідно до теоретичної концепції І. А. Зимньої предметом мовленнєвої діяльності є думка як форма відображення зв'язків і відносин предметів і явищ навколишнього нас світу [76].

Саме в предметі реалізується потреба – мотив діяльності (А. Н. Леонт'єв). Потреба у спілкуванні одна із головних соціальних потреб людини. М. І. Лісіна визначає потребу в спілкуванні (комунікації) як прагнення людини до пізнання й оцінки інших людей, а через них і з їх допомогою – до самопізнання, до самооцінки. Основою комунікативної потреби науковці вважають: органічні життєві потреби (М. І. Лісіна), потребу в нових враженнях (Л. І. Божович, М. Ю. Кистяковська, D. Berlyne,

G. Cantor), потребу у визнанні та підтримці, пізнавальну потребу й багато інших духовних потреб [84, 32].

Мотивом спілкування виступає опредмечена потреба. Мотиви виростають з потреб, провідними з яких є: потреба у враженнях, в активній діяльності, у визнанні та підтримці [129].

Вираження думки в грамотному логічному висловлюванні становить низку комунікативних якостей, що характеризують особистість у процесі спілкування. Здійснення комунікації залежить від наявних, або збережених знань, комунікативних вмінь та навичок, комунікативних властивостей. Компонентами комунікативних умінь та навичок є способи спілкування та поведінкові зразки, що дозволяють об'єкту активно залучатися у процес міжособистісних стосунків. Прийоми та методи реалізації комунікативної активності у процесі спілкування визначають стиль спілкування.

У реалізації спілкування особливе значення має організація взаємодії. При аналізі різних типів взаємодії принципово важливою є проблема змісту діяльності, у межах якої відбуваються ті чи інші типи взаємодії. Взаємодія завжди присутня у вигляді двох компонентів: змісту і стилю. Зміст взаємодії визначає, навколо чого або з приводу чого розгортається та чи інша взаємодія. Стиль взаємодії вказує на те, як людина взаємодіє з оточуючими.

Наступною необхідною умовою спілкування є наявність засобів спілкування. Усі вчені одностайні в тому, що засобами спілкування є різноманітні знакові системи, передусім мовлення, а також невербальні засоби комунікаційного процесу: оптико-кінетична система знаків (жести, міміка, пантоміма), пара- і екстралінгвістичні системи (інтонація, паузи), система контакту очима і, нарешті, система організації простору комунікації. Домінування тих або інших засобів визначає вид спілкування: мовленнєвий, немовленнєвий та комбінований.

Під продуктом спілкування вчені розуміють утворення матеріального і духовного характеру, що виникають як підсумок спілкування. Для рецептивних видів мовленнєвої діяльності продуктом є результат аналізу

мовленнєвого висловлювання, продуктом говоріння (письма) – цілісне розгорнуте висловлювання або текст.

Результат діяльності спілкування виражається в реакції на продукт цієї діяльності інших людей і, відповідно в тому, що спонукає їх до нової (відповідної) діяльності. У рецептивних видах мовленнєвої діяльності результатом імпресії є розуміння смислового змісту мовленнєвого висловлювання і подальше або говоріння або інша, немовленнєва діяльність. Результатом експресії є відповідна мовленнєва або немовленнєва дія іншого учасника мовленнєвого спілкування, незалежно від того, чи має ця дія зовнішнє вираження чи ні, здійснюється вона відразу ж або через деякий час [54, 51].

У психологічній літературі розрізняють такі три функції спілкування: інформаційну, яка пов'язана з передачею партнерами спілкування інформації один одному; афективну, тобто взаємообмін емоціями; і регулятивну – вплив одного партнера спілкування на іншого, який повинен викликати в останнього зміну або його поведінки, або його емоційного стану, або властивостей його особистості.

Найбільш досконалою формою спілкування науковці вважають мовленнєве спілкування (М. М. Бахтін, Л. С. Виготський, Д. Гордон, В. Гумбольдт, О. О. Леонтьєв, Л. В. Щерба, Л. П. Якубинський, Н. Р. Grice, G. Lakoff та ін.). Сьогодні мовленнєве спілкування є об'єктом вивчення психології, соціології, психолінгвістики, педагогіки та інших наук. З позицій філософії поняття мовленнєвого спілкування конкретизує загальне поняття спілкування щодо мовленнєвої ситуації і, як наслідок, може бути суворо визначеним як відсилання та отримання висловлювань разом з можливим кінестетичним (жестово-мімічним) супроводом [25, 54].

У педагогіці мовленнєве спілкування визначають як процес розгортання мовлення під час спілкування. У словнику «педагогического речеведения» мовленнєве спілкування тлумачиться як мотивований живий процес взаємодії між учасниками комунікації, що спрямований на реалізацію конкретної,

життєвої цільової установки; перебігає на основі зворотного зв'язку в конкретних видах мовленнєвої діяльності [178]. Воно органічно залучається в усі інші види діяльності людини (трудова, громадська, пізнавальна тощо) [6].

На сьогодні існують різні підходи до аналізу мовленнєвого спілкування. Низка вчених розглядають його як вербальну комунікацію. Цей феномен досліджувався Л. С. Виготським, А. В. Запорожцем, І. О. Зимньою, М. І. Жинкіним, О. М. Леонтьєвим, М. І. Лісіною, М. Р. Львовим, С. Л. Рубінштейном та ін. На думку вчених, оскільки головним і універсальним видом взаємодії між людьми в суспільстві є мовленнєва діяльність, то спілкування і мовлення можна розглядати як загальне і часткове, як ціле і частину. Мовлення у цьому випадку може розглядатися як форма й одночасно спосіб спілкування.

Специфіка порушення мовленнєвого спілкування при афазії пов'язана, насамперед, з розладом мовленнєвої функції. У контексті нашого дослідження неможливо розглядати означену проблему не звернувшись до аналізу мовлення у спілкуванні.

Традиція вивчення мовлення у спілкуванні має витоки з історії до ідей Л. С. Виготського, який визначає мовлення як засіб соціального спілкування, основою і генетично вихідною функцією якого є комунікативна.

На думку О. О. Леонтьєва, мовленнєва діяльність є спеціалізованим вживанням мовлення для спілкування, а тому окремим випадком діяльності спілкування [124, 64].

Мовленнєве спілкування, вважає науковець, є не лише найбільш складною і найбільш досконалою формою спілкування, а й формою найбільш спеціалізованою, що дає можливість розглядати його як форму, в якій загальні психологічні закономірності процесу спілкування виступають у найбільш характерному, найбільш оголеному і найбільш доступному для дослідження вигляді [124; 125]. Учений розглядає мовленнєве спілкування як сукупність мовленнєвих дій, операцій, мовленнєвих актів і мовленнєвих ситуацій, завдяки чому проявляється загальна подібність мовленнєвого



спілкування мовленнєвій діяльності. Комунікативна ж діяльність ширша за обсягом використання дій та операцій.

Мовлення як процес, дія людини, основний компонент спілкування та інших видів діяльності широко розглядається в межах теорії діяльності. У такому аспекті воно є об'єктом вивчення багатьох наук: психології (Л. С. Виготський, М. І. Жинкін, Ю. В. Коломієць, О. М. Леонтьєв, Г. О. Лопатіна, О. Р. Лурія, та ін.), нейропсихології (А. К. Жовковський, О. Р. Лурія, І. О. Мельчук та ін.), лінгвістики (О. С. Кубрякова, Н. І. Лепська, О. М. Шахнарович та ін.), психолінгвістики (І. О. Зимня, С. Ю. Конопляста, О. М. Корнєв, О. О. Леонтьєв, Н. Г. Пахомова, Л. І. Щерба та ін.), нейролінгвістики (Т. В. Ахутіна, Р. М. Боскіс, Р. Є. Левіна, М. С. Трубецької, Р. О. Якобсон та ін.).

Визначення сутності поняття мовленнєвої діяльності в педагогічному аспекті здійснено такими науковцями як І. О. Зимня, І. В. Зотова, О. В. Ковтун, І. Б. Котова, Н. В. Савінова, В. В. Тарасун, В. А. Федчик, М. К. Шермет, Є. М. Шиянова та ін.

Сьогодні основою загального напрямку дослідження феномену мовленнєвої діяльності загалом слугує теорія мовленнєвої діяльності, обґрунтована О. О. Леонтьєвим. Проте в дослідженнях вітчизняних і зарубіжних учених простежуються різні підходи до розуміння й визначення мовлення як діяльності (діяльність спілкування, діяльність вербальної комунікації, мовленнєва діяльність). Більшість науковців розглядають мовленнєву діяльність як окремий аспект діяльності людини (О. О. Леонтьєв, О. М. Леонтьєв, Л. С. Рубінштейн та ін.) [124; 127; 192] або як мовленнєві дії – складові будь-якої немовленнєвої діяльності (М. І. Жинкін; І. О. Зимня та ін.) [72; 76].

Фактично у всіх підходах до розуміння і визначення мовлення як діяльності наголошується на її органічному зв'язку зі спілкуванням.

Для аналізу явища мовленнєвого спілкування необхідним є визначення механізмів породження і сприйняття (прийому й аналізу) мовленнєвих

повідомлень [12; 20; 54; 124; 137; 200]. Такий підхід у науці розвинувся в руслі думок Л. С. Виготського.

Відповідно до концепції вченого, процес породження мовленнєвого висловлювання спирається на взаємозв'язок мислення і мовлення та схематично поданий таким чином: мотив – думка – внутрішнє мовлення – зовнішнє мовлення [48]. Подальша деталізація породження мовленнєвого висловлювання детально розроблена в дослідженнях О. О. Леонтєва [124; 125]. Як вважає вчений, мотивацію мовленнєвої дії утворює система мотивів або позамовленнєвих факторів, що входять до фазової структури комунікативного акту. На цьому початковому етапі здійснюється первинне орієнтування у проблемній ситуації. Ситуацію, яка стимулює висловлювання або мовленнєвий намір, прийнято позначати як мовленнєву ситуацію. Низка дослідників відзначають, що в повсякденному побутовому спілкуванні широко використовуються клішування, стереотипні мовленнєві блоки, що часто обслуговують повторювані побутові ситуації (при афазії на фоні порушення мовлення вони можуть бути збереженими). Механізм породження висловлювання в такому разі інший: висловлювання спливають у свідомості за принципом «стимул – реакція» або за асоціативним принципом (І. Н. Горелов, Н. І. Жинкін, Л. П. Якубинський).

Вивчення мовленнєвих ситуацій і типової мовленнєвої поведінки стало підставою для розробки ситуативних методик, впроваджених у корекційній педагогіці. Це питання є актуальним і для нашого дослідження з погляду методичної організації процесу відновлення мовленнєвої функції при афазії.

Після первинного орієнтування у проблемній ситуації настає стадія формування мовленнєвої інтенції, де промовець має образ результату, але ще не має плану її реалізації. На цій стадії завдяки чіткому виділенню комунікативного завдання відбувається вторинне орієнтування в умовах цього завдання.

Найбільш складним і відповідальним етапом є створення внутрішньої програми мовленнєвої дії, на якому мовленнєва інтенція опосередковується

кодом особистісних «смислів», закріплених у тих чи інших суб'єктивних кодових одиницях. На цьому рівні реалізується відбір засобів і способів формування і формулювання власної та чужої думки у процесі мовленнєвого спілкування. Відбувається планування, програмування та внутрішня організація мовленнєвої діяльності за допомогою різних мовних засобів і способів.

Наступною ланкою комунікативного акту О. О. Леонтьєв вважає реалізацію внутрішньої програми, яка передбачає два відносно незалежні процеси – процес акустико-артикуляційної та семантико-граматичної реалізації програми, які, за Л. С. Виготським, є опосередкуванням думки у «зовнішньому слові» [48].

Породження кожного конкретного висловлювання завершується фазою контролю, що відбувається через співвіднесення початої дії з наявними у мовця даними: комунікативною ситуацією, попередньою програмою та ін. Від результатів контролю залежить подальше продовження вербального спілкування або його завершення.

У наукових дослідженнях вчених різних галузей процес породження мовленнєвого висловлювання прийнято поділяти на кілька етапів або, за термінологією С. Л. Рубінштейна, фаз [192; 195]. Так, відомий фахівець у галузі практичної лінгвістики Т. О. Ладиженська виділила чотири фази, спеціаліст у галузі нейропсихології і психолінгвістики Т. В. Ахутіна – сім, представник галузі психології І. О. Зимня узагальнила моделі Л. С. Виготського, О. О. Леонтьєва, О. Р. Лурії, Т. В. Ахутіної та виділила три основні фази [77]. Усі моделі породження мовленнєвого висловлювання загалом не суперечать одна одній, а навпаки уточнюють, доповнюють і конкретизують теорію мовленнєвої діяльності, оскільки різні ситуації спілкування припускають використання неоднакових способів розгортання думок у висловлювання.

Механізми сприйняття мовленнєвого повідомлення досліджені порівняно менше. Сприйняття мовлення – це складний і багатовимірний

психічний процес, що відбувається за загальними закономірностями, аналогічними будь-якому іншому виду сприйняття. В акті мовленнєвого сприйняття А. А. Брудний, Б. М. Величковський, І. О. Зимня, Л. О. Чистович виокремлюють дві складові. Перша – первинне формування образу сприйняття. Друга полягає в розпізнанні вже сформованого образу [31; 77; 248].

І. О. Зимня пропонує таку модель сприйняття й розуміння мовлення, де в першій фазі сприйняття слухач налаштовується на розуміння мовлення. Друга фаза – фаза смислового прогнозування, коли на основі контексту і ситуації висувається вербальна гіпотеза й актуалізується семантичне поле, що відповідає гіпотезі. Під час третьої фази – вербального порівняння – відбувається перекодування слухачем звукової хвилі, яка сприймається як звукове уявлення. Після його порівняння з уже наявним у пам'яті, щоб підтвердити або відхилити вербальну гіпотезу, здійснюється одночасне розпізнавання морфем, слів і словосполучень. Четверта фаза – фаза прогнозування схеми речення. На базі вже сприйнятої мовної інформації висувається гіпотеза про подальшу побудову речення через перевірку та корекцію у ході розпізнавання наступного отриманого кванта інформації. П'ята фаза – встановлення смислових зв'язків, під час якої за допомогою мислення відбувається встановлення зв'язків і відношень між одиницями сприйнятого мовлення, відбувається узагальнення результатів осмислення. Результати такого змістового формулювання можуть бути позитивними при розумінні повідомлення і негативним при нерозумінні [77].

Отже, акти передачі й отримання мовленнєвого повідомлення забезпечують зворотній зв'язок – одну з головних умов мовленнєвого спілкування, і реалізуються різними механізмами, що регулюються головним мозком, які, інтегруючись у робочому стані, утворюють мовленнєву функціональну систему. Розрив зв'язку між механізмами породження і сприйняття мовленнєвих повідомлень при локальних ураженнях головного

мозку, який призводить до руйнування мовленнєвої діяльності та унеможлиблює мовленнєве спілкування, лежить в основі виникнення афазії.

## **1.2. Науково-теоретичні засади сучасних уявлень про післяінсультну афазію**

Учення про афазію сформувалося в окрему галузь наукового знання у ХІХ столітті і знаходиться на межі багатьох наук – філософії, психології, фізіології, клінічної неврології, лінгвістики, спеціальної педагогіки, що визначило різні підходи і напрями до її вивчення.

У різні часи питання афазії в науці вирішувалось відповідно стану наукових знань і насамперед уявлень про вищі психічні функції (ВПФ) людини – їх будову та зв'язок з мозком. Початок досліджень мозкової організації мовленнєвої діяльності людини пов'язаний з працями Р. Броца (1861) і К. Wernicke (1874). Під час своїх досліджень ученим вдалося продемонструвати структурну диференційованість порушень мовлення у випадках локальної патології мозку. Їх відкриття породили півстолітні дискусії науковців, що оформились у два основних напрями – локалізаціоністський (Р. Броца, 1861; S. Henschen, 1920, 1922; К. Kleist, 1934; L. Lichtgeim, 1885; Wernicke, 1874 та ін.) і антилокалізаціоністський (Н. Goldstein, 1927, 1948; Н. Head, 1926; Р. Marie, 1906, 1926 та ін.). Перший напрям започаткував учення про локалізацію функцій мовлення в головному мозку, а другий – вказав на важливість діяльності мозку як цілого в складній мовленнєвій функції.

Випереджаючи більш пізні вчення, визначальною для розуміння природи афазії стала теорія Н. Jackson (1864), згідно з якою ВПФ, зокрема і мовленнєва, мають значну протяжність у мозку «за вертикаллю», тобто в їх здійсненні беруть участь як елементарні, так і найвищі структури мозку. Учений зазначав, що при локальному ураженні мозку функція практично ніколи не зникає повністю – мимовільні дії, що стосуються цієї функції, як

правило, залишаються збереженими. Отже, ідеї Н. Jackson створили прорив у науці й довели, що локалізувати ураження, яке призводить до порушення мовлення, і локалізувати функцію мовлення – різні речі [61].

З часом накопичений досвід в аспекті дослідження локальних уражень мозку став передумовою для виникнення сучасних уявлень про природу афазії. Визначальними стали досягнення Н. Є. Введенського, І. П. Павлова, І. М. Сеченова, А. А. Ухтомського щодо локалізації вищих психічних функцій. Праці вчених поклали початок системному підходу до аналізу взаємодії нейрофізіологічних процесів і психічних функцій людини. Основні його принципи – органічна єдність психічного і фізіологічного, первинність фізіологічного по відношенню до психічного – у подальшому отримали свій розвиток у дослідженнях О. С. Адріанова, П. К. Анохіна, Н. А. Бернштейна, Н. П. Бехтеревої, О. Р. Лурія та ін.

Не менш значущими стали сформульовані І. П. Павловим і О. О. Ухтомським принцип динамічної локалізації вищих кіркових функцій, концепція про функціональні системи П. К. Анохіна [6] та розкритий І. М. Філімоновим принцип поетапної локалізації функцій, що стали вирішальними в розумінні фізіологічних і патофізіологічних механізмів мовлення. Натомість аналіз літературних джерел дозволив з'ясувати, що найбільш широке висвітлення проблема афазії з позицій про динамічну й поетапну локалізацію мовленнєвої та інших ВПФ отримала у працях О. Р. Лурія в ракурсі нейропсихології, яка інтегрувала в собі багато суміжних галузей наукового знання.

Визначення факторів, що лежать в основі афазії, форм синдромологічного аналізу порушення мовлення, вивчення патогенезу, аналіз структури порушення мовленнєвої функції, з урахуванням нових уявлень у психології про мовлення і його зв'язки із всією психічною сферою, розробка і реалізація на практиці теоретичного аналізу клінічних факторів – ознаменувало новий, науковий підхід до розуміння афазійних розладів, основоположником якого став О. Р. Лурія. Такий підхід і на сьогодні

залишається визнаним і найбільш перспективним. Погляди О. Р. Лурія поділяють багато сучасних учених-дослідників (Т. В. Ахутіна, Е. С. Бейн, Т. Г. Візель, Ж. М. Глозман, Л. С. Цветкова, В. М. Шкловський, М. К. Шохор-Троцька та ін.), у тому числі й зарубіжні фахівці (Z. Brain, M. Critihley, H. Nesaen та ін.). У контексті нашого дослідження наукові розробки О. Р. Лурія стали провідними щодо питань афазії.

Згідно з теорією вченого, такі функції, як мовлення, різні види гнозису і праксису, мають певну локалізацію в головному мозку, але наявні в низці зон, і здійснюються завдяки їх спільній координованій діяльності [124; 174]. Мовленнєві розлади, викликані афазією, О. Р. Лурія пояснює як порушення аналітико-синтетичної діяльності різних аналізаторів мозкової кори, об'єднаних у складну функціональну систему [126].

Нові уявлення про афазію, що склалися на основі сучасних даних психології, неврології, психолінгвістики та нейропсихології, дали підставу до уточнення її визначення. Загальноприйнятим і найуживанішим на сьогодні є визначення Л. С. Цветкової, учениці й послідовниці О. Р. Лурія. Учена трактує «афазію» як системне порушення мовлення, що виникає внаслідок органічних уражень мозку, охоплює різні рівні мозкової організації мовлення, впливає на його зв'язки з іншими психічними процесами і призводить до дезінтеграції всієї психічної сфери людини, порушуючи, передусім комунікативну функцію. Афазія містить в собі чотири складові – порушення власне мовлення і вербального спілкування, порушення інших психічних процесів, зміну особистості й особистісну реакцію на хворобу [241; 244].

Для диференціальної діагностики у визначенні афазії R. Charney та G. A. Davis виділили вкрай важливі ключові моменти з метою орієнтування в широкому спектрі інших когнітивних розладів:

1. Афазія – нейрогенний розлад, який завжди є результатом тієї чи іншої форми ушкодження головного мозку.

2. Афазія – набутий розлад, який характеризується повною або частковою втратою функції вже сформованого мовлення. Термін «дитяча

афазія» стосується проблеми порушення вже сформованого мовлення у дітей (після 3-х років).

3. Афазія передбачає розлади різних мовленнєвих рівнів: усного мовлення, розуміння зверненого мовлення, читання та письма. У більшості випадків відбувається порушення (хоча й нерівномірне) у всіх чотирьох мовленнєвих модальностях.

4. Афазія – це не розлад органів чуття або інтелекту; вона не є результатом психічного розладу [273; 276].

Аналіз теоретичних джерел дозволив з'ясувати, що центральним дефектом при афазії є порушення комунікативної функції мовлення, яке в складних випадках призводить до повної нездатності хворих до вербальної форми спілкування. Це порушення виявляється в дефектах не лише зовнішніх форм комунікації, а й у внутрішніх – порушується спілкування людини з самою собою [11; 17; 40; 42; 55; 87; 185; 221; 251; 286; 296].

Дослідження вчених показали, що при афазії змінюється соціальний і сімейний статус хворого, його ставлення як до своєї особистості, так і до навколишньої дійсності [30; 43; 54; 55; 99; 157; 243; 280].

В основі афазії лежить та чи інша первинно порушена нейрофізіологічна і нейропсихологічна передумова мовленнєвої функції. Це може бути порушення динамічного або конструктивного праксису, фонематичного слуху, апраксія апарату артикуляції тощо. Передумова призводить до специфічного системного порушення реалізації різних рівнів, сторін, видів мовленнєвої діяльності: розуміння мовлення, мовленнєвої пам'яті, усного мовлення, писемного мовлення, читання, рахункових операцій тощо [38; 66; 67; 273; 285; 289; 23; 241; 269; 284].

Варіативність синдромів афазії, висвітлених в наукових працях, зумовило виникнення різних підходів до її класифікації. На сьогодні відсутня єдина класифікація афазії, оскільки класифікаційні системи таких розладів мовлення у вітчизняній і зарубіжній афазіології істотно відрізняються [131; 238; 285].



Найбільш поширеною серед них є нейропсихологічна класифікація О. Р. Лурія. Спираючись на принцип вичленення механізму, що лежить в основі порушення функціональної системи, яка забезпечує мовлення, і синдромний аналіз порушення мовленнєвої функції, вчений виділив сім форм афазії. Оскільки психофізіологічною основою мовлення є спільна діяльність різних аналізаторів і взаємодія різних рівнів нервової системи, то природно, що випадіння різних ланок із будови мовлення буде супроводжуватись і різними формами його розладу, різними формами афазії [244, 53; 272; 277]. Кожна з них пов'язана з порушенням одного з факторів, на якому базується система мовлення, і спостерігається при певній локалізації патологічного процесу.

Усі афазії вчений поділяє на два класи, а саме: мовленнєві порушення, пов'язані з випаданням (порушенням) аферентних ланок мовленнєвої функціональної системи, і афазії, що виникають внаслідок ураження її еферентних ланок [239, 229].

При випадінні аферентних ланок мовленнєвої функціональної системи виникають (у правшів) сенсорна, акустико-мнестична, оптико-мнестична, аферентна моторна (кінестетична) і семантична афазії. Іншу групу складають афазії, пов'язані з порушенням еферентних ланок мовленнєвої системи – моторна еферентна та динамічна афазії.

Усі форми афазії виникають унаслідок ураження мовленнєвих зон лівої домінантної (у правшів) півкулі мозку. До передньої мовленнєвої зони належать: задня третина нижньої лобної звивини (44 поле – зона Брока) та відділи, що знаходяться в передній премоторній зоні, і лобові зони. До задньої мовленнєвої зони належать: нижні тім'яні відділи, скронева ділянка, передні потиличні відділи кори головного мозку лівої півкулі.

Афазії, що виникають при ураженні верхньоскрової й задньотім'яної зон, які входять до другого функціонального блоку, О. Р. Лурія називав «задніми» формами афазії. Це афазії, при яких порушуються парадигматичні відношення. Афазії, що виникають при ураженні задньолобних відділів

мозку, котрі входять до третього функціонального блоку – «передні» афазії. При цих формах порушується синтагматичне співвідношення [47; 136; 165].

Афазія виникає у зв'язку з різними етіологічними факторами – травмами головного мозку, запальними процесами, пухлинами, судинними захворюваннями тощо, проте в абсолютній більшості випадків причиною виникнення даного синдрому є інсульти головного мозку, зважаючи на високу розповсюдженість і зростання кількості цього захворювання [30; 33; 35; 73; 81; 172; 241]. Згідно зі світовою статистикою, на сьогодні відмічається стрімка тенденція до збільшення числа хворих з інсультом, а також до їх «омолодження». За даними офіційної статистики МОЗ України, щорічно фіксується понад 111 тис. нових випадків інсульту, третина з них – у людей працездатного віку [80; 117; 130]. Унаслідок порушення мовлення і розладів рухової сфери хворі переводяться на інвалідність I та II групи без права працевлаштування. Найважливішим чинником при визначенні ступеня інвалідності є саме порушення мовлення [28; 205; 229; 252; 255]. Дослідженнями вітчизняних і зарубіжних учених встановлено, що афазія виявляється у 28-40 % пацієнтів, які перенесли інсульт (Ю. Я. Варакін, А. С. Кадиков, Т. С. Міщенко, М. Є. Поліщук, В. І. Смоланка, Є. В. Шмідт, M. L. Berthier, A. Bersano, S. Tsouli), та значно ускладнює процес реабілітації [35; 88; 181; 260; 270; 274; 290].

Як зазначають О. Н. Вінарська, Р. І. Данилков, С. М. Стаднік, Л. Г. Столярова, Л. С. Цветкова, M. Critchley, M. Hegde різні патологічні процеси, наслідком яких стала афазія, неминуче накладають відбиток на її характер, виникнення і зворотній розвиток, що необхідно враховувати при аналізі афатичних розладів [43; 116; 219; 220; 242; 280]. Кожен етіологічний фактор має свої особливості розвитку, і синдром, викликаний тим чи іншим фактором, може бути різним на різних стадіях перебігу основного захворювання [18; 92; 103; 169; 194; 226].

У літературі, присвяченій тяжким мовленнєвим розладам, значна увага приділяється дослідженням афазії, що виникла внаслідок порушень

мозкового кровообігу. Ще з часів перших досліджень, проведених Р. Броа і К. Wernike, вченими вивчались випадки афазії судинного генезу. До сучасних досліджень належать праці О. С. Берднікович, Р. В. Данько, О. Д. Ларіної, Ю. Б. Мещерякової, К. А. Народнової, О. П. Пурцхванідзе, І. М. Тонкононого, А. В. Цветкова та ін. Вагомий внесок у розвиток вчення про афазію судинного генезу здійснили Е. С. Бейн, М. К. Бурлакова, Т. Г. Візель, В. М. Коган, О. Р. Лурія, П. А. Овчарова, В. В. Оппель, Л. Г. Столярова, Л. С. Цветкова та ін. Дослідження цієї проблеми продовжено такими науковцями, як Т. В. Ахутіна, Т. Г. Візель, І. С. Зайцев, А. В. Цветков та ін.

Результати аналізу наукових досліджень свідчать, що більшість питань афазії достатньою мірою вивчені – класифікації, патофізіологічні механізми, клініко-психологічний аналіз різних форм афазії, локалізації патологічного вогнища при тій чи іншій формі розладів. Проте, незважаючи на значну поширеність, накопичений досвід і тривале вивчення, багато аспектів синдрому афазії при інсульті головного мозку до тепер залишаються предметом жвавого дискутування.

Однією з перших праць, в якій здійснено спробу опису своєрідності афазійних синдромів залежно від особливостей мозкового інсульту, стала публікація С. Foix і М. Levy (1927). У 1958 році Н. А. Кришовою проведено дослідження, в якому здійснено спробу виділити синдроми мовленнєвої патології, що пов'язані з ураженням тієї чи іншої судинної ділянки [15]. Рік потому в дослідженнях І. М. Тонкононого було проаналізовано особливості клініки афазії при судинних захворюваннях головного мозку. Автор зазначає, що розлади моторного мовлення частіше зустрічаються при судинних захворюваннях, проте динамічна афазія частіше спостерігається при травмах. Значущим став висновок ученого про те, що афазійні синдроми, незалежно від локалізації вогнищ, що їх викликали, мають низку схожих загальноафазійних симптомів, різні поєднання яких характерні для моторної, сенсорної та змішаної афазії [226; 227].

Вивчаючи етіологічні фактори афазії, О. В. Белопасова, Н. В. Шахнопарова, Л. Г. Столярова, М. Hegde, D. Freed та I. Parathanasiou зі співавторами відзначили, що ішемічні інсульти призводять до розвитку афазії удвічі частіше, ніж геморагічні, і тяжкість мовленнєвих порушень у першому випадку значно вища [19; 221; 280; 285]. Учені А. І. Зозуля й І. В. Кіт пояснюють відносну рідкість афазії у відновлювальному і резидуальному періодах геморагічного інсульту високим ступенем летальності результатів захворювання і тим, що лише в частини потерпілих крововилив відбувається в ліву півкулю головного мозку [80]. Л. Г. Столярова зазначає, що для афазії, котра виникла внаслідок геморагічного інсульту, типовими є змішаний характер мовленнєвих розладів, швидкий темп і значний ступінь відновлення мовлення, часто без застосування логопедичного навчання. При ішемічному інсульті афазійний синдром і його зворотній розвиток залежать від рівня ураження судинної системи і характеру цього ураження (тромбоз, стеноз або звивистість) [221].

Дослідження динаміки афазії при мозкових інсультах проводили Е. С. Бейн, Е. Д. Маркова, П. А. Овчарова, Л. Г. Столярова, Ю. Я. Варакін та інші, за період останніх років – К. А. Народова, О. П. Пурцхванідзе, О. С. Берднікович, Ю. Б. Мещерякова, I. Parathanasiou, R. Bleser та ін.

Е. С. Бейн, Р. В. Данько, П. А. Овчарова, R. Bleser, I. Parathanasiou зазначають, що характер афазії та її динаміка визначаються не лише видом інсульту, але й передусім особливостями клініки гострого періоду захворювання, яка залежить від характеру процесу, розмірів вогнища, появи нових крововиливів, стану колатерального кровообігу тощо [16; 64; 271; 285].

Е. С. Бейн і П. А. Овчарова вказують, що на першому етапі судинної катастрофи вибірковість порушень мовленнєвої функції нестійка, тому важко судити про форму афазії. У перші дні після інсульту переважають порушення експресивної або імпресивної сторони мовлення, а у більш важких випадках виникає тотальна афазія [16].

Деякі автори, вивчаючи прояви і динаміку післяінсультної афазії, вказують на те, що крім так званих чистих форм афазії при мозкових інсультах відзначається велика кількість змішаних і комплексних мовленнєвих розладів. Найбільш важкими є тотальна і сенсомоторна афазії, які феноменологічно близькі й розрізняються лише за виразністю мовленнєвих порушень. Груба сенсомоторна афазія за своїми проявами наближена до тотальної, і їх кордони не є чітко визначеними [35]. Дослідження, проведені Л. Г. Столяровою, показали, що один і той самий осередок ураження в мозку, що виник унаслідок мозкового інсульту, на різних етапах хвороби може бути причиною різних форм мовленнєвого розладу, і тому нерідко так звані класичні афазії при мозковому інсульті є етапом зворотного розвитку більш грубих афазійних синдромів тотальної або грубої кіркової моторної афазії. Однак, безсумнівно, як зазначає Л. Г. Столярова, є випадки, коли класичні форми афазії виникають як такі з самого початку захворювання і не змінюють свого характеру протягом усього періоду відновлення [220].

За дослідженнями О. С. Берднікович, ступінь виразності мовленнєвих порушень як у гострому, так і в ранньому відновлювальному періодах залежить від збереження гностичних базових функцій мозку. Під час проведення досліджень ученою експериментально встановлено, що тотальна афазія в гострому періоді інсульту частіше спостерігалася у хворих із середнім і великим кірковим і кірково-підкорковим вогнищами ураження. У обстежуваних з сенсомоторною афазією діагностуються вогнища з корковою і підкорковою локалізацією переважно середніх і малих розмірів [21]. За даними спостережень ученої, відновлення мовленнєвої функції у хворих з кірковими вогнищами ураження перебігає більш сприятливо в порівнянні з випадками глибинних підкіркових уражень [23; 24].

Відмінні особливості афазії в гострому періоді інсульту, у вигляді «розмитості» структури мовленнєвого дефекту, О. П. Пурцхванідзе пов'язує з

впливом діашизу і нейродинамічних порушень, що супроводжують судинну катастрофу [165].

За спостереженнями К. А. Народової, у гострому періоді ішемічного інсульту у хворих руйнується структура внутрішнього мовлення. Під час досліджень, проведених вченою, вдалося встановити, що дане порушення корелює з регресом клінічних проявів афазії [162; 164].

Е. С. Бердникович відзначила, що в ініціальній стадії інсульту найбільш вираженими є розлади розуміння зверненого мовлення, порушення комунікативної функції, а також орально-артикуляційна апраксія [22].

Дані, отримані в ході досліджень Р. В. Данько, також вказують на те, що у структурі афатичних синдромів як після ішемічного, так і після геморагічного інсультів переважають форми афазії з порушенням експресивної сторони мовлення – аферентна моторна, моторна і тотальна афазії. Серед наслідків геморагічного інсульту не спостерігаються амнестичні та змішані системні порушення мовленнєвої функції. За даними спостережень ученого, майже у третини хворих, які перенесли ішемічний інсульт, афазія проявляється у тяжкій формі. Після перенесеного геморагічного інсульту майже у половини випадків переважає легкий ступінь тяжкості афазії [64].

Окрім вищезазначених рис післяінсультних афазій, низка вчених звертають увагу на прояви психічних особливостей цієї категорії хворих. Так, дані досліджень О. Г. Асмолова, Ж. М. Глозман, В. Н. Григорьевой, Н. Г. Калити, І. В. Реміняк, Л. М. Руденко, Л. С. Цветкової, А. А. Циганок, С. Code, Н. Herrmman, А. Whitworth та інших психологів і лікарів вказують на те, що судинні ураження головного мозку можуть сприяти виникненню реактивного стану, який відображається на клінічній картині, на перебігу реактивного стану, що виник раніше, і нарешті, можуть сприяти виникненню патогенного переживання та призвести до зміни всієї системи взаємин людини зі світом [9; 56; 59; 63; 189; 193; 243; 251; 275; 279; 295]. В. М. Мясіщев зазначає, що переживання інвалідності, втрати сил, здоров'я і здібностей, реакція на своє захворювання і на ставлення оточуючих до нього

у більшості випадків різко змінюють преморбідний характер особистості, стають джерелом постійної напруги, внутрішніх конфліктів, депресії, роздратування, агресивності та інших порушень особистості [161].

В. В. Опель звертає увагу на фобію мовлення, що часто розвивається внаслідок афазії, і на такі зміни особистості, як заглиблення у свою хворобу, пригніченість, зневіра в можливість відновлення мовлення, емоційна лабільність, тривожність тощо [169]. Л. С. Цветкова також вказує на порушення особистості у хворих з афазією, унаслідок чого хворі не можуть використовувати навіть ті мовленнєві можливості, які у них є для спілкування з оточуючими і результати, яких домагається педагог на індивідуальних заняттях, часто не переносяться у сферу спілкування за межами уроку [244].

На зміни особистості при афазії також акцентували увагу К. Гольдштейн, М. С. Лебединський, Дж. Сарно. Дж. Сарно зазначав, що у всіх індивідів з катастрофічними неврологічними наслідками, серед яких афазія виступає на перший план, треба очікувати прояви серйозних емоційних реакцій реактивної природи, оскільки мовлення настільки є частиною особистості кожної людини, що його втрата виходить далеко за практичні незручності порушень комунікації, незалежно від їх виразності.

М. С. Лебединський вважав, що зміни особистості при афазії можуть бути як первинними, тобто наслідком анатомічних змін мозку, так і вторинними – реакцією хворого на обмеження всіх видів діяльності (і передусім мовленнєвої), на зміну життєвого статусу тощо. Л. С. Цветкова також відзначає двоїстий характер особистісних змін при афазії, виділяючи в синдромі афазії, з одного боку, зміни особистості, а з іншого – особистісну реакцію на хворобу [244]. В. М. Мясіщев особистісну реакцію поділяє на дві форми: реакція на своє захворювання і реакція на ставлення оточуючих до захворювання [161]. Вивчаючи симптом тривожності, Ж. М. Глозман з колегами вдалося експериментально підтвердити двоїстий характер змін особистості при афазії й експериментально довести, що симптоми, які виявляються, є специфічними, вони не співпадають з особистісними

порушеннями при неврозах або при органічних неврологічних захворюваннях без афазії, і є наслідком, насамперед, порушень комунікації хворих з афазією [56; 279].

Загалом у хворих з афазією вчені виділяють такі порушення особистості як самооцінка (Ж. М. Глозман, Л. С. Цветкова, Т. С. Колеснікова), рівень домагань (Ж. М. Глозман, Н. К. Калита), рівень тривожності (Ж. М. Глозман, А. А. Циганок), смислові утворення особистості у хворих з афазією (О. Г. Асмолов, Б. В. Зейгарник, Л. С. Цветкова), міжособистісні відносини в малих терапевтичних групах (М. Ю. Максименко, А. Петрідю, Л. С. Цветкова), когнітивні та емоційні компоненти внутрішньої картини хвороби (Т. В. Виноградова, Д. В. Ольшнський), аспонтанність, інактивність, інертність (Т. Г. Візель, Т. С. Яценко, С. А. Ведехіна) [96; 97; 151; 170; 281; 282; 293].

Узагальнюючи вищезазначене, доцільно відзначити, що за останні роки уявлення про афазію істотно трансформувалися і зміцнилися завдяки дослідженням провідних неврологів, нейрофізіологів та нейропсихологів. Сьогодні вивчення афазії набуває все більшої автономності, з огляду на що, окремі вчені виокремлюють його в самостійну галузь знань – афазіологію. Тенденція до зростання кількості хворих на інсульт, значний відсоток випадків виявлення в них афазії актуалізують питання відновлювального навчання та привертають увагу не лише неврологів, нейропсихологів, а й логопедів. Зростаючий інтерес до цієї галузі знання детерміновано її соціальною та практичною значущістю у зв'язку з питаннями можливої реадaptaції й інтеграції таких хворих у суспільне життя. Новітні наукові відкриття, дослідження та розробки в аспекті вивчення афазій при мозковому інсульті дозволяють визначити адекватні природі дефекту засоби і методи відновлення, оптимізувати процес відновлювального навчання та покращити якість життя хворих післяінсультного стану у цілому.



### 1.3. Історичні аспекти та сучасні напрями і методи відновлення мовлення при афазії

Відновлення мовленнєвого спілкування в осіб з післяінсультною афазією – одна з найдавніших класичних проблем реабілітації, що досліджується понад двох століть і має незгасаючий інтерес до вивчення.

Перші зафіксовані спроби загального вивчення і відновлення мовленнєвої функції при афазії належать другій половині XIX ст. На той час методики логопедичної роботи при афазії запозичувалися переважно з досвіду прийомів роботи навчання глухонімих і дітей дошкільного віку. Ще в 70-х роках позаминулого століття Р. Вгоса (1901) та іншим клініцистам у роботі з хворими, які страждали афазією, вдавалося досягти позитивних результатів, застосовуючи мовленнєві вправи за так званим «материнським» методом, який ґрунтувався на терплячій і послідовній формі проведення занять, подібно до того, як мати займається з дитиною.

У 1904 р. у роботі з післяінсультними хворими S. Mills з метою поступової інтенсифікації мовленнєвої активності застосував метод сполученого і відбитого повторювання, який з часом зазнав змін і отримав назву фонетичний, акустичний, слуховий [262].

Іншим поширеним на той час методом став оптико-тактильний («читання з губ»), який отримав розвиток у дослідженнях А. Pick, М. Botez, К. Goldstein, Н. Gutzmann, R. Luchsinger, А. Kussmaul, Н. Reichmann, Н. Reichau та ін. Першим метод навчання вимові глухонімих з опорою на тактильне й зорове сприйняття для відновлення мовлення при афазії застосував А. Kussmaul (1910). Н. Reichmann і Н. Reichau (1919) використали цей метод при апраксічній моторній афазії, а при інших формах – поєднували з акустичним методом. Н. Gutzmann (1924) метод постановки звуків глухонімих рекомендував застосовувати в роботі з безмовними хворими, використовуючи вправи на повторення немовленнєвих рухів губ і язика. К. Goldstein (1948), також користуючись цим методом, справедливо вважав,

що більш важливо застосовувати мовлення для спілкування, тому передусім намагався досягти деякого ступеня розуміння хворим чужого мовлення, ніж відновлювати чітку вимову. R. Luchsinger і A. Pick (1949) для усунення первинного гальмування в психічній та моторній сферах у роботі з хворими застосовував міміку і пантоміму. M. Botez (1962) проводив постановку звуків, використовуючи беззмістовні вправи зі складами, уникаючи введення їх у слова. Вказані підходи визначили механістичний варіант оптико-тактильного методу відновлення мовлення при афазії.

Паралельно іншими вченими розроблялися й нові методики. E. Freschels (1919, 1928) у заняттях з хворими при афазії судинного походження застосовував розучування різних граматичних правил і вправ, які запозичував з методик роботи при заїканні. При сенсорній афазії користувався акустичним, фонетичним або оптико-тактильним методом. A. Kussmaul, використовуючи систематичні вправи розмови з оточуючими з вправами з читання і письма, першим ввів системне відновлення мовлення. H. Reichau і H. Reichmann (1919) при моторній афазії використовували автоматизовані мовленнєві ряди, W. Eliasberg (1922) для досягнення проголошення слова спирався на процеси узагальнення, використовуючи смислові словесні зв'язки.

М. Б. Ейдінова, Д. С. Футер (1940), Ф. С. Розенфельд (1946) пропонували відновлювати мовлення хворих з афазією за допомогою закріплення словесних образів шляхом їх узагальнення через дотик.

А. Я. Колодна (1945) та В. К. Орфінська (1948) працювали за конструктивно-аналітичною методикою. А. Я. Колодна застосувала цей метод у роботі з хворими з сенсорною афазією. В. К. Орфінська розширила вказаний підхід, і в роботі з хворими з моторною афазією застосовувала оптико-конструктивний (конструктивно-аналітично-оптико-тактильний) метод, а також фонологічну методику, в основу якої було покладено утрироване проголошення звуків, підкріплене відповідними артикуляційними схемами.

Е. М. Батуріна (1955, 1958), М. А. Попова, А. М. Смірнова, (1946),

А. Д. Чернова (1958), L. Granich (1947) та інші вчені-практики у програмі відновлювальної роботи при афазії паралельно з оптико-тактильним методом застосовували спів та автоматизовані мовленнєві ряди, вважаючи їх обов'язковими.

Більш детально методика використання співу при афазії розроблена угорськими вченими G. Gereb і M. Vargha (1959). За їх методикою прості знайомі пісні з багаторазовим повторенням деяких слів прослуховуються хворими з аудіоплівки під час занять. Пісні супроводжуються демонстрацією сюжетних і предметних картинок з підписами до них. При сенсорній афазії методика роботи ґрунтується на повторенні слів, що виділяються під час співу, мелодія подається одночасно з текстом. Хворим з моторною афазією спочатку пропонується мелодія без тексту для мимовільного спливання слів, а потім уся пісня.

Аналіз наукових джерел засвідчив, що різними також були і підходи до визначення завдань відновлення мовлення при афазії. Деякі вчені (M. Marks і M. Taylor, 1955) першочерговим вважали відновлення назв предметів ужитку і для цього широко використовували картинно-предметний словник. Інші вчені (Е. С. Бейн, П. А. Овчарова, 1962) до первинних завдань відносили відновлення елементарної фрази, висловлювання. В. М. Коган (1962), першочерговість завдань для хворих в резидуальній стадії відновлення мовлення реалізує в такій послідовності: формування словесно-предметних зв'язків, потім – встановлення зорово-слухових зв'язків, і після цього при моторній афазії – стимулювання виголошення дієслівних форм.

Американський психолог J. Wepmann (1951) одним із першочергових завдань відновлення мовлення вважав розвиток розуміння, тому для його реалізації в основу авторської методики поклав стимулювання називання предметів, які оточують хворого. Завданням наступного етапу вчений вважав відновлення займенників, дієслів тощо. Як і Gutzmann (1924), автор акцентує увагу на тому, що роботу над дієсловами необхідно починати з інфінітивної форми, а допоміжні й модальні дієслова, займенники, прийменники та

сполучники відновлюються в останню чергу. У випадках, коли пряме повторення-наслідування не призводить до бажаних результатів, J. Wepmann рекомендує користуватися оптико-тактильним методом. На думку J. Eisenson (1954), особливу увагу доцільно акцентувати на відновленні смислової сторони мовлення у хворих з афазією за допомогою створення множинних смислових і граматичних асоціацій.

Нова ера в розумінні та реалізації відновлювального навчання при афазії почалася з виникненням нових уявлень про психічні функції та їх зв'язок з мозком. У цьому важливу роль відіграли розроблена П. К. Анохіним теорія функціональних систем, які він визначав як основні структурні одиниці мозку [6], ідея О. М. Леонтьєва про функціональні системи як «функціональні органи» психічних процесів [128], теорія про прижиттєве формування вищих психічних функцій, вчення про «присвоєння» індивідумом суспільного досвіду як про спосіб формування психічних процесів людини (Л. С. Виготський, А. Н. Леонтьєв) [50; 127], дослідження О. Р. Лурія про дезінтеграцію психічних функцій, що виникає при ураженнях мозку [136] та ін. Зазначені наукові погляди стали підґрунтям нейропсихологічного вчення О. Р. Лурія про ВПФ та їх мозкову організацію. Ученим описані принципово нові підходи до розуміння та відновлення вищих психічних функцій при різних формах афазії.

Аналіз наукових публікацій вказує, що саме на цих підходах визначено сучасну методологію, принципи, створено досить великий арсенал науково обґрунтованих методів роботи з відновлення вищих психічних функцій, насамперед мовленнєвої. На їх основі здійснено численні розробки Е. С. Бейн, Т. Г. Візель, В. М. Коган, В. В. Оппель, Л. С. Цветковою, В. М. Шкловським, М. К. Шохор-Троцькою, S. Capra, M. Paoia, H. Shuell, M. Taylor, C. Weiller, J. Wepman, K. Wilimes та ін. [15; 37; 95; 169; 244; 258; 263; 263; 272; 283; 287; 289; 293; 294], що узагальнили науково-дослідний і практичний досвід роботи з хворими. Їхню теоретико-методологічну основу склали: положення психології та психолінгвістики про мовлення як про

найважливіший засіб спілкування та пізнання (Л. С. Виготський, О. Р. Лурія та ін.); концепція мовленнєвої діяльності як складної системної функціональної єдності (Л. С. Виготський, М. І. Жинкін, О. Р. Лурія та ін.); науково-теоретичні нейрофізіологічні і нейропсихологічні положення, що містяться у фундаментальних дослідженнях Е. С. Бейн, М. К. Бурлакової, О. М. Вінарської, О. Р. Лурія, Л. С. Цветкової та ін.; дослідження в галузі неврологічної реабілітації хворих, які перенесли інсульт або черепно-мозкову травму (Л. О. Бадалян, Т. О. Доброхотова, Г. А. Педаченко, Л. Б. Ліхтерман та ін.); дані клінічної нейропсихології (Н. К. Корсакова, Л. І. Москвічюте та ін.) та корекційно-відновлювального навчання хворих з афазією (Т. В. Ахутіна, Т. Г. Візель, Л. С. Цветкова, В. М. Шкловський та ін.).

Положення про те, що повернення хворому з локальним ураженням мозку втраченої функції принципово можливе, засноване на одній з найважливіших властивостей головного мозку – здатності до компенсації, і зокрема на тому, що в процесі відновлення порушених функцій беруть участь як прямі, так і обхідні компенсаторні механізми [136; 241; 265; 277; 282; 294]. Як відзначають Е. С. Бейн, В. М. Коган, Л. С. Цветкова та інші вчені, компенсація порушених функцій, зокрема й мовленнєвих розладів при різних формах афазії, проявляється в 3-х видах: 1) заміщення одного способу реалізації навички іншим; 2) використання залишкових можливостей постраждалих структур мозку; 3) перебудова способу здійснення функції. Цей факт зумовлює наявність двох основних видів спрямованого впливу на порушені функції: прямого й опосередкованого. Перший пов'язаний із застосуванням прямих методів роботи, серед яких найбільш значущими є: а) розгальмувальні, б) стимулюючі, в) реконструюючі.

Розгальмувальні і стимулюючі методи використовуються зазвичай на ранніх стадіях захворювання і розраховані на резервні внутрішньофункціональні можливості, а саме – «вихід» клітин із стану тимчасового пригнічення, пов'язаного, як правило, із змінами нейродинаміки. Головною умовою розгальмування і подальшого відновлення тимчасово

пригніченої функції у попередньому вигляді є залучення її до діяльності. До реконструюючих методів належать методи, які передбачають відтворення функції на основі слідової пам'яті. Разом з вищезазначеними, вони вирішують питання задіяння мимовільних рівнів діяльності для відновлення у пам'яті попередньо автоматизованих мовленнєвих навичок.

Найбільш докладно прийоми розгальмування та стимулювання мовленнєвих функцій у хворих з тотальною, моторною і сенсорною афазією описані в працях М. К. Шохор-Троцької (М. К. Бурлакова) (1972, 1991, 1997, 2002) [261]. Вони ґрунтуються на уявленні про раціональні терміни початку відновлювального навчання і погоджені з положенням, що позитивні результати відновлення мовленнєвих функцій значною мірою визначаються раннім початком логопедичної роботи з хворими (Е. С. Бейн, І. Я. Плотнікова, Р. А. Ткачов, Н. Schuell та ін.).

Одними з недавно обґрунтованих методик прямого впливу на мовленнєві розлади при афазії є методики застосування різних видів стимуляції для відновлення мовленнєвої функції при афазії, авторами яких є О. С. Берднікович (2013) та О. П. Пурцхванідзе (2011). Так О. С. Берднікович на основі диференційованого підходу розроблено персоніфіковану методику відновлення мовлення в гострому та підгострому періодах інсульту, яка передбачає використання сенсорної стимуляції засобами активації тактильно-кінестетичної і пропріоцептивної модальності. За методикою індивідуальна робота з кожним хворим повинна проводитися з опорою на провідний сенсорний канал з урахуванням виділених типів сприймання: зорового (візуаліст), слухового (аудіал), кінестезичного (кінестетик) [22].

О. П. Пурцхванідзе одним з найрезультативніших способів оптимізації відновлювального навчання в гострому післяінсультному періоді вважає включення в навчальну програму методів аудіовізуальної стимуляції, що спрямовані на реконструкцію слова як інтегративної полімодальної єдності. На першому етапі, для забезпечення виходу хворих зі стану «загруженої» свідомості, вчена застосувала невербальну сенсорну (тактильну, нюхову,

смакову) стимуляцію. Для нівеляції порушень розуміння мовлення використовувався метод власне аудіовізуальної стимуляції, який реалізувався двома шляхами: 1) музично-ритмічна стимуляція, яка спрямовувалась на концентрацію слухової уваги; 2) власне вербальна стимуляція. Обидва види стимуляції передбачали свідоме сприйняття стимулюючого матеріалу хворим з афазією.

Першочерговим завданням логопедичної роботи при афазії авторка визначила концентрацію слухової уваги, яка забезпечила б сприйняття на слух вербальних стимулів – слів, а надалі – розуміння ситуативного мовлення. На наступному етапі проводилося закріплення в пам'яті результатів стимуляції з метою вироблення алгоритму функції розуміння слова, який є необхідним для вербального спілкування хворого з оточуючими. Заключним завданням стало сприяння полегшенню впізнання та розуміння слова на слух, зменшення ступеня виразності відчуження смислу слова, а також розширення можливості мовленнєвої комунікації за рахунок повідомлення написаним словом [186].

Особливості застосування прямих методів цілеспрямованого впливу для хворих з підкірковою афазією описані Т. А. Кучумовою (2003). Учена зазначає, що динаміка мовленнєвих порушень при підкірковій афазії відзначається більш швидким регресом за часом та ступенем тяжкості мовленнєвого дефекту, тому зміна методів і прийомів роботи повинна відбуватися швидко на відміну від динаміки відновлення кіркових форм афазії. Крім того, методичні прийоми повинні мати диференційований характер, виразність яких має збільшуватися за мірою формування визначеності типу мовленнєвого порушення [120, 154].

За даними досліджень Н. М. Лапіної (2004), прямі методи відновлювального навчання, що не обмежуються автоматизованими мовними рядами, є пріоритетними і при атипових формах афазії. Їх застосування в гострій і підгострій стадіях захворювання виявляють більш високий відновлювальний ефект [123].

Отже, завданням прямих методів відновлювального навчання при афазії на ранньому етапі є максимальне сприяння спонтанному процесу відновлення та активізації темпу відбудови пригнічених і порушених мовленнєвих функцій. Розгальмувальні і стимулюючі прийоми сприяють викоріненню функціональних, нейродинамічних симптомів, коли ще неможливо встановити форму афазії. Спільною особливістю пропонованих методик є їх профілактичний характер. Вони спрямовані на відновлення всіх сторін порушеного мовлення, переважно за пасивної участі хворого у процесі навчання. Їх використання сприяє попередженню виникнення і фіксації деяких патологічних мовленнєвих симптомів, а також активізації відновлення мовленнєвої функції.

Чимало фахівців минулого дотримувалися поширеної, на жаль, на довгі роки в медицині думки про неможливість відновлення вищих психічних функцій. Це положення ґрунтувалося на факті незворотності тих руйнувань, які спричиняються в нервових клітинах патологічним процесом: нервові клітини не регенеруються, а заміщаються рубцем. Цей помилковий погляд став причиною недостатньої розробленості ранньої логопедичної реабілітації в ті часи. Хоча деякі фахівці (В. В. Оппель, І. Я. Плотнікова, Р. А. Ткачов, Н. Schuell, О. Zangwill та ін.) все ж вважали за необхідне якомога раніше залучити хворого у відновлювальний процес. Так О. L. Zangwill (1947) вказував, що вже на ранньому етапі необхідною є відновлювальна мовленнєва терапія у формі ігор, що концентрують увагу хворих і заохочують до висловлення [296]. Н. Schuell (1969) зазначав, що основою процесу відновлювання є стимулювання порушених мовленнєвих процесів на найбільш ранніх етапах, оскільки це не тільки покращує розуміння, але й розвиває мовлення, читання і письмо [287]. В. В. Оппель (1963) детально розробила методику перших занять з хворими, побудовану на елементах прямих методів впливу. Використовуючи фонетичний метод повторення з поступовим збільшенням мовленнєвої активності хворого, В. В. Оппель ставила за мету на ранньому етапі відновити діалогічне мовлення. У разі



грубої апраксії артикуляційного апарата автор вдавалася до оптико-тактильного методу [169].

На сьогодні експериментальні дані досліджень різних учених (Е. С. Бейн, О. С. Берднікович, Т. Г. Візель, В. В. Оппель, О. П. Пурцхванідзе, Л. Г. Столярової, Л. С. Цветкової, В. М. Шкловського та ін.) свідчать про те, що раннє педагогічне втручання у процес відновлення мовлення при різних формах афазії дає гарні стійкі позитивні результати у переважної більшості хворих як з легкими та середніми, так і з тяжкими мовленнєвими розладами [24; 37; 169, 186; 221; 244; 258]. У випадках, коли логопедичний вплив починається на пізніх, резидуальних стадіях відновлення, необхідно долати вже фіксовані, стійкі мовленнєві порушення [15; 94; 109; 136; 197; 220; 227; 278; 292].

Питання реабілітації хворих з афазією в резидуальному періоді з використанням опосередкованих (обхідних) методів роботи розроблені Е. С. Бейн, В. М. Коган, Н. В. Коноваловим, О. Р. Лурія, Е. Д. Марковою, Л. Г. Столяровою, І. М. Тонконогим, Л. С. Цветковою та ін.

Метою обхідних методів роботи є компенсація дефекту на основі перебудови органічно порушеної функції з використанням міжфункціональних асоціативних зв'язків. Ці методи базуються на залученні збережених сторін психіки та стимуляції діяльності збережених елементів аналізаторів. Обхідні методи передбачають використання довільних видів діяльності, спосіб здійснення яких у мовленнєвій практиці відрізняється від звичного, що був до захворювання.

В. М. Коган (1962) описав методику, яка складається із низки обхідних прийомів, основним з яких є формування словесно-предметних зв'язків. Вчений вважає, що дезавтоматизація слова і предмета має місце при всіх формах афазії. Основною базовою формою роботи, без якої неможливе використання інших методів, вчений вважає відтворення вербально-невербальних асоціацій. У якості провідного прийому В. М. Коган пропонує демонстрацію предметів і картинок не тільки за їхньою назвою, але і за

різними смисловими ознаками, що отримало назву «смислового обігравання» [94].

Спираючись на точку зору В. М. Когана та інших авторів, Л. С. Цветкова особливо рекомендує відновлювати порушену моторну сторону мовлення шляхом введення слова в смислові контексти, без спеціального виховання довільного проголошення окремих звуків. Бесіда з хворим привчає його слухати мовлення, співвідносити слово з предметом, емоційно реагувати на нього. Одночасно необхідною є робота з розгальмування експресивного мовлення за допомогою автоматизованих мовленнєвих рядів і співу з подальшим активним вичленовуванням з них окремих слів [242; 244].

Взагалі концепція відновлювального навчання Л. С. Цветкової виходить із загальнопсихологічних уявлень про ВПФ, їх мозкові механізми та вчення про відновлення функцій. Учена особливо підкреслює необхідність чіткої програми відновлення мовлення при різних формах афазії. Запропоновані нею методи систематизовані у відповідності з принципом, згідно з яким відновлення буде повноцінним, якщо в певний період навчання здійснення порушеної функції перейде до рук самого хворого, і функція набуде активної форми перебігу. Для реалізації цього підходу вченою розроблено і психологічно обґрунтовано метод програмованого (керованого ззовні) навчання. Щоб функція набула активної форми перебігу, хворий повинен володіти способом її здійснення. Цей спосіб має бути заданий ззовні так, щоб спочатку виконання функції розподілялося між хворим і педагогом, а потім створюються умови інтеріоризації цього способу і «присвоєння» функції хворому [242, 73].

Інше важливе положення методики Л. С. Цветкової полягає у необхідності максимального винесення (екстеріоризації) алгоритму мовленнєвої дії з використанням різних зовнішніх опор, а потім поступової їх інтеріоризації (згортання). На основі такого підходу широкого розповсюдження набув так званий «метод фішок», зміст якого полягає у

символічному зображенні речень за допомогою маркерів. Поступово кількість маркерів зменшується, способи реалізації переводяться у внутрішньомовленнєвий план, хворий засвоює спосіб породження фрази і врешті, на останніх етапах роботи, необхідність у маркерах зникає [131, 326]. Такий підхід відповідає психолінгвістичній теорії породження фразового мовлення (Н. Хомський, 1972; Д. Слобін, 1997 та ін.) [210 ;239], згідно з якою предикат виступає центром виконання динамічної функції побудови висловлювання. Тому важливо, щоб його позначення було виразним.

Н. В. Кошелева (2010) найбільш ефективним шляхом досягнення бажаного результату в роботі з відновлення мовлення і вищих немовленнєвих функцій у хворих із афазією вважає опору на запасні аферентації постраждалої функції, суміжні з нею функції, а також на трудовий та інтелектуальний досвід хворого [106]. Для реалізації цього підходу в програму відновлювального навчання вчена залучила групові заняття з відновлювання мовлення, інших ВПФ та рухових функцій у процесі предметно-практичної діяльності: малювання, роботи з папером, ліплення, роботи з природним і викидним матеріалом, конструювання. В основу занять покладено тематичний принцип підбору лексичного матеріалу, який визначається як принцип семантичної цінності лексики. Засвоєння найбільш уживаних і необхідних за даною темою слів і граматичного оформлення висловлювання забезпечується систематизацією лексики за тематичними блоками, які визначаються відповідно до особливостей життя хворих, відомостей про преморбідні інтелектуальні й емоційні пріоритети, події життя тощо. У межах теми вчена пропонує мовленнєві ситуації, що взаємно перехрещуються і забезпечують повторюваність лексики для її автоматизації [106]. Тематичний і змістовний підхід до відбору лексики, на думку Н. В. Кошелевої, дозволяє паралельно реалізувати й інші важливі принципи організації висловлювання, зокрема принцип орієнтації на лексичну сполучуваність слів, на їхню здатність вступати в синтаксичні та смислові зв'язки з іншими словами. Дотримання цього принципу дозволяє

уникнути механічного заучування окремих слів, що нерідко має місце в афазіологічній практиці [105, 96; 108].

Концепція різних видів компенсації порушень мовленнєвої та інших вищих психічних функцій при локальних ураженнях мозку відображена у працях Е. С. Бейн (1964, 1982, 2001). Учена описала методи подолання різних форм афазії, більш детально зупинившись на методах відновлення розуміння мовлення при сенсорній афазії. Першочерговим завданням Е. С. Бейн визначає відновлення фонематичного слуху, оскільки він є базовою функцією для імпресивного мовлення. Спираючись на зорову модальність, збережену у хворих з сенсорною афазією, у заняття вводиться демонстрація предметних картинок, на яких назва предмету позначена словом з опозиційними фонемами. Окрім того, будувати роботу при сенсорній афазії Е. С. Бейн пропонує від цілого до окремого, на відміну від інших форм афазії, у разі яких використовується зворотній алгоритм. Це обумовлено звуковою лабільністю слухового сприйняття осіб з сенсорною афазією, коли з об'ємного тексту легше засвоїти смислову інформацію, ніж з короткого [15].

У працях Т. В. Ахутіної (1967, 1989), які за своєю суттю є нейролінгвістичними і більшою мірою присвячені динамічній формі порушення мовлення при афазії, особлива увага приділяється граматичній стороні мовленнєвої діяльності [13; 131, 376]. Вчена поділяє основні граматичні операції на внутрішньомовленнєве програмування та граматичне структурування. Перші відповідають операціям глибинного синтаксису, другі – поверхневого. Такий підхід визначив нові специфічні методичні підходи до подолання аграматизмів при афазії. Описані Т. В. Ахутіною клінічні приклади містять цінні відомості про індивідуальну варіативність мовлення хворих з афазією.

Також акцент на вивчення та подолання аграматизмів при афазії у своїх дослідженнях здійснила Ж. М. Глозман (1978). Автором проаналізовано особливості компенсації порушень граматичної сторони мовлення у хворих і зокрема явище вторинної етимологізації, яке доцільно враховувати у

відновлювальній роботі при афазії [116, 377].

Д. Ш. Газізуліна (2011) у своїх дослідженнях приділяє увагу відновленню морфологічного компонента мовленнєвої діяльності. Найбільш продуктивним, з погляду розробки ефективних методів відновлювального навчання, вчена вважає розуміння афатичних порушень як дезінтеграцію автоматизованих у преморбиді типових моделей слухання й біглого говоріння. У навчанні хворих з локальними ураженнями мозку Д. Ш. Газізуліна застосувала систему диференційованих для різних форм афазії методів відновлення морфологічного компонента мовленнєвої діяльності, а саме графічний, образного моделювання, усні і письмові вправи, а також метод жестового моделювання, який вперше застосовано для подолання морфологічних порушень при афазії [52; 53].

В. М. Шкловський і Т. Г. Візель (2000) відновлювальне навчання хворих з афазією розглядають як складову комплексної нейрореабілітації осіб з наслідками інсульту та черепно-мозкової травми. Основні принципи і прийоми роботи з відновлювального навчання узагальнені у спільному посібнику авторів. Викладена система впливає з вчення про афазії О. Р. Лурія і є узагальненням існуючих методів та власного багаторічного досвіду їх використання для відновлення мовлення та загалом нейрореабілітації. Поряд з поширеними методами до нього увійшли і оригінальні методики, побудовані на основі довільних методів навчання. Їх доцільний характер досягається не завжди за рахунок перебудови способу дії, а частіше за умови підсиленого контролю свідомості. Автори вважають їх актуальними на заключній стадії роботи з хворим і особливу увагу приділяють відновленню розгорнутого фразового мовлення, сприйняття на слух текстів, розуміння логіко-граматичних конструкцій тощо. Науковці відзначають, що правильна організація відновлювального навчання вимагає чіткого врахування особливостей кожного конкретного випадку афазії, індивідуальних якостей особистості, тяжкості соматичного стану, умов життя тощо [131, 377; 258].

Окремої уваги заслуговує спільно розроблена ученими й іншими співавторами (В. М. Шкловський, Т. Г. Візель та ін., 1986, 2008) методика використання засобів невербальної комунікації, що призначена для «безмовних» хворих, які перебувають в резидуальній стадії захворювання, але за умови відсутності в них виражених оптико-просторових, апраксихних та грубих мнестичних розладів. Сутність методики полягає в тому, що в якості основного засобу спілкування хворому пропонуються жести і піктограми (рисунокві знаки), які замінюють слово або навіть ціле речення. Хворий може висловити ту чи іншу комунікативну потребу, і таким чином хоча б частково компенсувати втрачені здібності до мовленнєвого спілкування. Для запобігання переорієнтування хворого на повністю невербальний спосіб спілкування, обов'язковою умовою навчання за методикою є постійне послідовне промовляння невербальних зображень і дій. Водночас, постійний мовний супровід невербальних операцій сприяє активізації невербально-вербальних зв'язків; активне користування набором жестів і піктограм розгальмовує власне усне та писемне мовлення хворих, що стимулює у більшості хворих появу слів і простих фраз. Отже, застосування невербальних засобів спрямовується в кінцевому підсумку на відновлення власного мовлення хворих [64; 258].

У подальшому методика використання засобів невербальної комунікації, розроблена В. М. Шкловським, Т. Г. Візель та ін., була модифікована Н. М. Лапіною (2004) відповідно до особливостей гострого й підгострого періодів для осіб з атиповими формами моторної еферентної та сенсорної афазії [122]. Поряд з класичним учена застосувала нестандартний метод, спрямований на розгальмування усного мовлення та утворення зв'язку артикуляційних образів звукоряду слова з його акустичними еквівалентами. Параметри модифікації визначалися наявністю універсальних для всіх хворих комунікативних потреб, утворені зв'язки закріплювалися читанням і письмом [64; 123].

Основні напрями відновлювальної роботи в резидуальній стадії захворювання при нестандартних, атипових, формах афазії викладені у працях Т. Г. Візель, але прийоми навчання в них не достатньо конкретизовані [37].

Аналіз наукових джерел вказує, що на сьогодні конкретизовано особливості проявів синдрому афазії у осіб післяінсультного стану, розроблено організаційно-методичне забезпечення відновлювального навчання осіб цієї нозології. Проте, складність і варіативність синдромів афазії, необхідність врахування соціальних та психологічних аспектів проблеми її відновлення вимагають визнання того факту, що жодну з існуючих методик відновлення мовленнєвої функції при афазії не можна вважати остаточною.

Отже, проведений теоретичний аналіз не вичерпує проблему вибору ефективних методів корекційно-педагогічного впливу при афазії в осіб післяінсультного стану, водночас визначає перспективи для вивчення й розробки методичних прийомів з відновлення мовленнєвого спілкування хворих цієї нозології.

На нашу думку, необхідний подальший пошук нових підходів до корекційно-відновлювального навчання осіб з афазією, що відповідали б сучасному рівню розвитку вчення про афазію. Зокрема, існує нагальна потреба в розробці методів відновлювального навчання при афазії, які б забезпечили відновлення порушеної функції в активній формі її пред'явлення. Важливим залишається питання про транспозицію навичок мовленнєвої комунікації в умови повсякденної діяльності осіб з післяінсультною афазією для повноцінної реалізації мовленнєвого спілкування.

### **Висновки до першого розділу**

Результати теоретичного аналізу й узагальнення наукових даних засвідчили актуальність проблеми дослідження порушень мовленнєвого спілкування при афазії, вирішення якої перебуває у сфері наукових інтересів

фахівців різних галузей: нейропсихології, психолінгвістики, реабілітації, медицини та спеціальної педагогіки.

З'ясовано, що мовленнєве спілкування є найбільш досконалою формою спілкування і трактується як спрямована на взаємодію з іншою особою самостійна комунікативна діяльність (або складова іншої діяльності), що здійснюється шляхом обміну інформацією, діями, почуттями й емоціями, має складну структурну організацію, основним механізмом реалізації якої є мовлення, а також експресивно-мімічні та предметно-дійові засоби, та передбачає застосування комунікативних умінь; ефективність якої визначається мотивацією та впливовістю особистісних рис, які утворюють комунікативний арсенал особистості. З позиції діяльнісного підходу в структурі спілкування виділяють компоненти, що забезпечують ефективність функціонування комунікативної діяльності, а саме: предмет спілкування, потреба і мотиви, комунікативні якості, організація взаємодії, стиль спілкування, його засоби і результат.

Встановлено, що базовий структурний компонент мовленнєвого спілкування – це мовленнєве висловлювання, що є мовленнєвою дією, якій властиві ознаки, аналогічні будь-якій іншій дії, а саме: вмотивованість і цілеспрямованість, ієрархічна організація.

Однією з головних умов мовленнєвого спілкування є зворотній зв'язок, що забезпечується актами передачі й отримання мовленнєвого повідомлення. Розрив зв'язку між вказаними механізмами при локальних ураженнях головного мозку, який призводить до руйнування мовленнєвої діяльності та унеможливорює мовленнєве спілкування, лежить в основі виникнення афазії.

Визначено, що на сьогодні вивчено чимало питань механізмів розвитку та проявів афазії, розроблено різні її класифікації, що дає можливість вчасно вживати адекватних заходів кваліфікованої корекційно-відновлювальної допомоги.

Встановлено, що в процесі становлення афазіології існували різні погляди і підходи до вивчення афазії. Науково-теоретичними засадами сучасних уявлень про афазію стали досягнення нейрофізіологів, психологів,



нейропсихологів, психолінгвістів, зокрема вчення про локалізацію вищих психічних функцій, органічну єдність і взаємодію нейрофізіологічних процесів і психічних функцій людини, первинність фізіологічного по відношенню до психічного; концепція про динамічну локалізацію вищих коркових функцій; теорія функціональних систем та поетапної локалізації функцій.

Центральним дефектом при всіх формах афазії є порушення комунікативної функції мовлення, яке в складних випадках призводить до повної нездатності хворих до вербальної форми спілкування, до зміни соціального і сімейного статусу хворого, його ставлення як до своєї особистості, так і до навколишньої дійсності.

Конкретизовано особливості проявів синдрому афазії у осіб післяінсультного стану, розглянуто сучасні підходи до організаційно-методичного забезпечення відновлювального навчання осіб цієї нозології.

З'ясовано, що відновлювальні методики включають прямі та опосередковані методи корекційно-педагогічної роботи, вибір яких залежить від форм афазії, які входять у синдром, і специфіки первинних та вторинних механізмів розладу мовленнєвої функції. Важливим залишається питання не лише відновлення імпресивних та експресивних форм мовлення, а транспозиція навичок мовленнєвої комунікації в умови повсякденної діяльності осіб із післяінсультною афазією для повноцінної реалізації мовленнєвого спілкування.

Отже, на сьогодні існує потреба в пошуку нових підходів до відновлювального навчання та удосконаленні організаційно-методичного забезпечення корекційно-педагогічної роботи з відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану.

Основні наукові положення розділу викладено в опублікованих працях [139; 140; 141; 145; 146; 148; 150].

## РОЗДІЛ 2.

### СТАН ТА ОСОБЛИВОСТІ МОВЛЕННЄВОГО СПІЛКУВАННЯ ПРИ АФАЗІЇ У ОСІБ ПІСЛЯІНСУЛЬТНОГО СТАНУ

Програма експериментальної роботи проводилася в період з 2009-го по 2018 рік та містила такі етапи: теоретико-аналітичний, конструктивно-моделюючий, апробаційно-узагальнюючий.

У ході теоретико-аналітичного етапу педагогічного експерименту здійснювався аналіз науково-методичних і спеціальних літературних джерел з питань визначення діагностичного інструментарію й науково-теоретичних засад відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану; визначено основні напрями вдосконалення наявних підходів до відновлення мовленнєвого спілкування при афазії; обґрунтовано доцільність розробки методики відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану.

На конструктивно-моделюючому етапі вирішувалися такі завдання: визначалися критерії і показники та збиралися дані про особливості порушення мовленнєвого спілкування; визначалися педагогічні умови оптимізації процесу відновлення мовленнєвого спілкування осіб із післяінсультною афазією та відбувалася розробка методики відновлення мовленнєвого спілкування у зазначеної категорії хворих.

На апробаційно-узагальнюючому етапі здійснювалась апробація та визначалася ефективність запропонованої методики з внесенням часткових корективів у процес відновлювального навчання та підводилися підсумки.

У ході проведення дослідження було використано такі його методи:

- *теоретичні* – вивчення, аналіз та узагальнення теоретичних та методичних засад дослідження для визначення стану розробленості проблеми і перспективних напрямів її вирішення; використано метод термінологічного аналізу, для розкриття сутності досліджуваних явищ, та метод структурно-

логічного аналізу для визначення основних напрямів і рис відновлювального навчання осіб з афазією;

- *емпіричні* – педагогічне спостереження, інтерв'ювання, тестування, анкетування, вивчення медичної документації, узагальнення практичного досвіду в закладах охорони здоров'я, констатувальний і формувальний етапи психолого-педагогічного експерименту з метою вивчення стану та особливостей мовленнєвого спілкування осіб з післяінсультною афазією та перевірки ефективності розробленої методики корекційно-відновлювального навчання.

Під час педагогічних спостережень збиралися дані про стан нейродинамічних процесів хворого, про особливості його фізичних можливостей і рухових здібностей (наявність та ступінь виразності парезів верхніх кінцівок), проводилася оцінка ставлення хворих до предметного оточення.

Окремо визначалась пріоритетність хворих у виборі співрозмовників, тих чи інших тем для спілкування, видів предметно-практичної діяльності з урахуванням форм афазії, її топографічної виразності і ступеня порушення мовлення. Педагогічні спостереження також стали частиною загальної системи попередження ускладнень органічного характеру, що можуть виникнути у хворих після перелому, нервового напруження, хвилювання.

Метод педагогічних спостережень також дозволяв стежити за швидкістю протікання нейродинамічних процесів під час проведення нейропсихологічного та логопедичного обстежень. Отримані відомості з даними обстежень стали визначальними в розробці методики відновлення мовленнєвого спілкування. Спостереження застосовувались як відкриті, так і приховані, коли хворі не знали про їх проведення.

Бесіди, опитування та анкетування проводилися з хворими та членами їхніх родин для виявлення: особливостей характеру хворих до і після захворювання; проблем соціальних і мовленнєвих контактів; сімейних відносин; стану побутових навиків; способів культурного дозвілля та інше.

Збір анамнестичних даних проводився шляхом аналізу і систематизації даних медичної документації, інструментальних методів дослідження та шляхом опитування хворих та їх рідних.

- *методи статистичної обробки даних* – якісний аналіз та кількісна обробка одержаних результатів дослідження за допомогою методів математичної статистики з метою забезпечення достовірності та об'єктивності результатів експерименту.

За структурою програма педагогічного експерименту складалась з констатувального та формувального етапів.

Мета констатувального етапу експерименту полягала у вивченні особливостей мовленнєвого спілкування хворих з післяінсультною афазією. Відповідно до мети були поставлені такі завдання:

1. Розробити діагностичний інструментарій дослідження особливостей порушення мовленнєвого спілкування у осіб з післяінсультною афазією.

3. Розкрити методичні засади дослідження особливостей мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану.

2. Дослідити стан та виявити особливості порушень мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану.

Констатувальне дослідження здійснювалося на підставі таких принципів:

- цілісного системного вивчення, що ґрунтується на розумінні й аналізі порушень з урахуванням факторного впливу;

- угруповання наявних симптомів у синдром та виділення в синдромі провідного механізму порушення;

- діяльнісного підходу, згідно з яким мовленнєве спілкування треба розглядати не ізольовано, а у процесі діяльності;

- індивідуального і диференційованого підходів, що дозволяє в межах одного дослідження під час визначення завдань удаватися до різних видів аналізу, залежно від проблем, що виникли.

Констатувальним експериментом було охоплено 103 хворих післяінсультного стану з афазією, які проходили курс логопедичних занять на

базах КУ «Сумська міська клінічна лікарня № 5», Науково-практичного центру логопедії та Навчально-наукової лабораторії інноваційних корекційних, реабілітаційних, арт-технологій та ерготерапії Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка.

Під час відбору хворих до участі в експерименті враховувалася відповідність таким критеріям: 1) афазія виникла внаслідок інсульту головного мозку; 2) спостерігається вперше; 3) виникла не більше ніж за три місяці тому; 4) у хворих відсутні психічні розлади й обтяжливі соматичні захворювання; 5) показники нейродинамічних процесів дозволяють займатися цілеспрямованою і тривалою діяльністю.

За віковими ознаками учасниками експерименту стали: хворі, яким не виповнилося 40 років – 10 осіб, від 40 до 50 – 32 особи, від 50 до 60 років – 47 осіб, понад 60 років – 14 осіб. Таким чином переважали хворі працездатного віку від 32 до 67 років. За статевими ознаками групу досліджуваних склали 59 чоловіків і 44 жінки. За етіологічними ознаками інсульт у хворих спричинили: геморагії – 14 випадків, ішемії – 89, що вказує на кількісну меншість хворих з геморагічним видом інсульту.

Оскільки дослідженням було охоплено категорію осіб, які мали судинну патологію, що, зазвичай, вражає поруч розташовані мовленнєві зони або спричиняє виникнення декількох осередків ураження, у синдромах афазії поєднувалися декілька її форм. Розподіл відбувався за більш вираженою формою або їхніми поєднаннями. Кількісно форми афазії були подані таким чином: комплексна моторна – 32, сенсомоторна – 27, акустико-гностична – 15, моторна аферентна – 14, моторна еферентна – 9 та динамічна – 6. Їхнє відсоткове співвідношення подано на діаграмі 1 (рис. 2.1).

Як видно з діаграми, відмічається переважна більшість хворих з комплексною моторною афазією. Наступними за чисельністю стали хворі з сенсомоторною і акустико-гностичною формами, інші форми кількісно склали меншість.

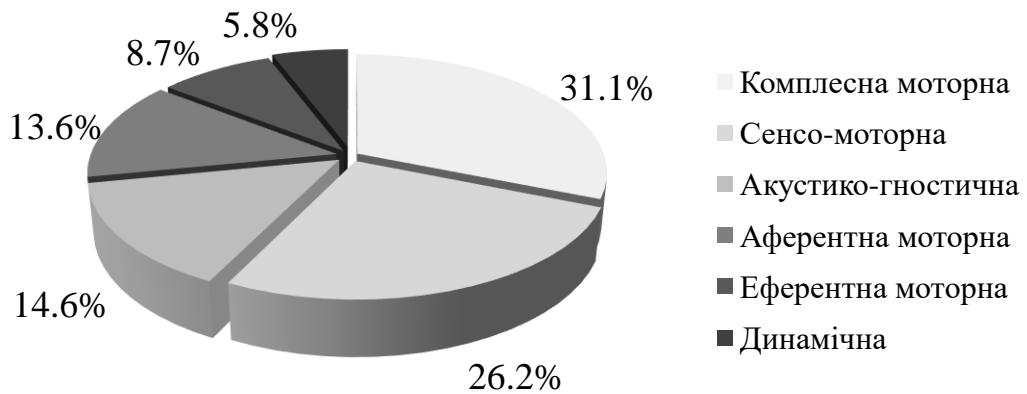


Рис. 2.1. Співвідношення форм афазії в осіб, що взяли участь у експерименті, %.

Під час відбору хворих для подальшого дослідження та визначення кола питань і завдань відновлювальної роботи проводилося попереднє обстеження осіб з афазією. Воно передбачало вивчення даних медичної документації, проведення попередньої бесіди та інтерв'ювання хворих і осіб їхнього близького оточення з метою оцінки загального стану здоров'я хворого, його орієнтування у дійсності та адекватності поведінки, з'ясування причин і особливостей протікання основного захворювання.

Особлива увага зверталася на результати неврологічного та патопсихологічного обстеження, наявність або відсутність явищ атеросклерозу та супутніх соматичних захворювань, що можуть ускладнювати роботу. З метою уточнення результатів нейропсихологічної діагностики, більш точного визначення локалізації, об'єму та типу ураження структур мозку аналізувалися дані сучасних інструментальних нейровізуальних методів обстеження: електроенцефалограми, комп'ютерної томографії, ядерно-магнітного резонансу.

Під час попередньої бесіди визначалися рівень усвідомленості хворим ситуації бесіди, орієнтація в навколишньому середовищі, психічна активність, загальна характеристика мовлення під час бесіди з ним, критичність до себе і своєї хвороби, емоційна сфера, увага, поведінка, стомлюваність, а також загальний преморбідний рівень хворих.

Комплексне діагностичне обстеження передбачало визначення у осіб із післяінсультною афазією особливостей порушеного мовленнєвого спілкування, зокрема в ланках готовності до реалізації в смисловому й операційному відношенні, функціонування імпресивного та експресивного мовлення, механізмів гностико-праксічного забезпечення мовлення, усвідомленості хворим дефектів свого мовлення та особистісної реактивності на ризик втрати або порушення мовлення, що супроводжує синдром афазії та безпосередньо впливає на мовленнєвий статус хворого.

## **2.1. Теоретико-методичне підґрунтя дослідження особливостей мовленнєвого спілкування осіб з післяінсультною афазією**

У попередньому розділі ми розглядали питання про те, які засоби мови і мовлення повинні бути збереженими для здійснення спілкування особами з післяінсультним станом. Проте процес використання мови з метою спілкування (комунікативний компонент мовленнєвої діяльності) передбачає не тільки достатню збереженість мовної компетенції, але й мовленнєвої компетенції. Необхідною передумовою такої здатності в осіб з післяінсультним станом є збереженість механізмів продукування та сприйняття мовленнєвого висловлювання.

З точки зору Т. В. Ахутіної, І. А. Зимньої, О. О. Леонтьєва, О. Р. Лурія, Є. Ф. Соботович, Н. Хомського, Л. А. Чистович, мовленнєве висловлювання – це мовленнєва дія, якій притаманні мотивованість і цілеспрямованість та ієрархічна організація і яка складається з програмування, здійснення програми і їхнього співставлення [12; 77; 125; 137; 212; 240; 248]. Це складний багатоступеневий процес, у якому виділяють послідовні ланки.

Початковою ланкою для спілкування є потреба у висловлюванні з метою спілкування. Проте центральною ланкою визнається формування задуму майбутнього висловлювання, тобто (за О. О. Леонтьєвим) його внутрішнє програмування, а його результатом – створення структур із

психологічним іменником і дієсловом (за Л. С. Виготським). На рівні формування смислової програми висловлювання (внутрішнього мовлення) відбувається оперування смислами, наочними образами, семантичними комплексами, що складаються з фрагментів слів, фраз, які мають скорочену, редуковану форму. На наступному етапі ця смислова програма набуває словесно-граматичного оформлення, для чого з довготривалої пам'яті відбираються необхідні слова. Надалі слова об'єднуються за смислом і синтаксичним значенням. Потім лексико-граматична програма перешифровується в руховий код – формується кінетична схема висловлювання з відбором артикуляцій, у визначенні яких провідну роль відіграє кінестетичний аналіз. Завершальний етап – це реалізація рухової програми в усне мовлення [48; 126; 222].

Обов'язковою ланкою породження мовленнєвого висловлювання у процесі спілкування є самоконтроль за власним мовленням і контроль за мовленням співбесідника. При цьому задіюються і співставляються еталони мовлення, які зберігаються у свідомості людини, ухвалюється рішення про їхню правильність і формулюється за необхідності рішення про їхнє виправлення (О. Н. Винарська, К. А. Мічуріна) [44]. Усі зазначені ланки мовленнєвого висловлювання складають, за даними психолінгвістів і нейропсихологів, його змістовну сторону.

Операційна сторона реалізації програми висловлювання в процесі спілкування забезпечується двома групами операцій (за Т. В. Рябовою). Перша група – операція комбінування словоформ – на основі сукцесивного синтезу і за допомогою операції комбінування створюється кістяк програми висловлювання і складається його поскладова кінетична програма. Друга група – операція вибору – на основі симультанного синтезу і за допомогою операції вибору забезпечується відбір слів, морфем, фонем, артикулем за кінестетичною ознакою [195].



Отже, етап мовного й моторного програмування висловлювання є складним процесом оперування лексичними, морфологічними і фонетичними одиницями мови, звуковою і складовою структурою слова в цілому.

Базуючись на цих положеннях, ми передбачаємо, що мовленнєва патологія осіб з післяінсультним станом, які взяли участь у дослідженні, викликає значні труднощі в змістовній і операційній сторонах реалізації програми висловлювання в процесі спілкування і, як наслідок – специфічні помилки в усному і в письмовому мовленні.

Значні труднощі можуть також виникати в оперуванні складною мовленнєвою дією розуміння мовлення, тобто декодуванні мовлення, спрямованого на переробку фізичних (акустичних) мовленнєвих сигналів у систему мовних значень. Виділяють різні рівні цього складного і багаторівневого процесу: сенсорний рівень (опрацювання акустичної інформації, що знаходиться в слові – виділяються склади, шуми і голосові їх ділянки, потім у звукових сигналах виділяються смислорозрізнявальні ознаки фонем); перцептивний рівень (у результаті операції співставлення сприйнятого й опрацьованого акустичного сигналу зі слухоруховим еталоном слова, що зберігається в пам'яті, відбувається впізнання звукового складу слова); смисловий рівень (за допомогою таких граматичних маркерів, як закінчення слів, конструкції речень визначаються смислові зв'язки слів) (Л. А. Чистович, І. А. Зимня) [77; 248]. Інші автори виділяють: поверхневий рівень, безпосередньо пов'язаний з розумінням змісту вербальної інформації, і глибинний, пов'язаний з розумінням граматичних відношень слів у реченні (Дж. Грін, Д. Слобін, Н. Хомський) [210; 240].

Отже, для здійснення процесу мовленнєвого спілкування пацієнтами, які взяли участь у дослідженні, необхідний достатній рівень збереженості у них механізмів, що забезпечують функціонування процесу спілкування.

Загальнофункціональними механізмами комунікативного спілкування є мисленнєві операції аналізу, синтезу, порівняння, узагальнення, осмислення; попереджуючий синтез, довготривала і оперативна пам'ять, увага

(В. Г. Петрова, Р. І. Лалаєва, Є. Ф. Соботович) [121; 212]. Специфічні мовленнєві механізми забезпечують прийом мовленнєвих сигналів, їх внутрішню переробку, перекодування в мовні знаки (фонемі), тобто є підґрунтям для правильного розуміння зверненого мовлення. Другий специфічний мовленнєвий механізм забезпечує перешифрування смислового змісту майбутнього висловлювання в моторну, артикуляційну реалізацію, тобто в дію програмування усного чи письмового мовленнєвого висловлювання.

Передбачаємо, що порушення операцій і механізмів мовленнєвого спілкування, які є в пацієнтів з афазіями, можуть обумовити значні відповідні вади у функціонуванні процесу спілкування: недостатній рівень розуміння мовлення, помилки у впізнанні фонем рідної мови, неправильний відбір мовних знаків у відповідності з їхнім значенням, в перекодуванні мовного коду в мовленнєворуховий, у відборі артикуляційних рухів, що реалізують кінетичну схему слова.

Водночас, як показує аналіз вивчення генези спілкування, можливим є ствердження, що при афазіях системний розлад мовлення набуває різних форм у різних видах міжособистісних взаємодій осіб з такими мовленнєвими розладами. Важливим для нашого дослідження є й положення про те, що одночасна зміна, розпад потреб і мотивів, а також втрата чи тяжкі порушення всіх систем засобів спілкування зумовлюють зміну форм самого процесу спілкування. При цьому захворюванні ці зміни, на нашу думку, можуть визначатися за п'ятьма параметрами: часом виникнення захворювання, функціями спілкування, основними потребами у спілкуванні, домінуючими мотивами й наявними засобами спілкування.

Базуючись на аналізі досліджень у галузі психолінгвістики й афазіології, на визначених операціях і механізмах мовленнєвого спілкування, клінічних даних про процес виникнення і розвиток захворювання учасників дослідження, даних про механізми порушення імпресивного та еспресивного мовлення та його гностико-праксічної основи, ми гіпотетично передбачили,

що процес спілкування осіб з післяінсультним станом може істотно змінюватися за всіма параметрами: змістом потреби, мотивами, засобами спілкування і з урахуванням кола з ближнього і дальнього соціального оточення його учасників. У цьому зв'язку мовленнєве спілкування як вид комунікативної діяльності ми подали у вигляді моделі послідовності операцій, що поетапно утворюють цілісну самоорганізуючу функціональну систему, важливою структурною складовою якої є стан готовності до спілкування осіб з післяінсультним станом (П. К. Анохін, О. О. Леонтьєв, О. Р. Лурія, Є. Ф. Соботович, В. В. Тарасун та ін.) [6; 125; 137; 212; 222], яку подано в таблиці А.1 додатку А.

При підготовці змісту етапу визначення особливостей готовності до мовленнєвого спілкування осіб з післяінсультним станом нами модифіковано і використано регулятивну систему поведінки людини в соціальному середовищі (В. В. Тарасун) [222], яку схематично подано в таблиці А.2 додатку А.

Як показують дані таблиці, в кожній конкретній мовленнєвій ситуації і в залежності від мети провідна роль належить певній категорії потреб. Так, нижчі рівні активізуються і перебудовуються для забезпечення реалізації мовленнєвого спілкування, регульованого більш високим рівнем, який є адекватним ситуації. А більш високі рівні при цьому активізуються для узгодження поведінкового акту або для узгодження вчинку в межах цілеспрямованої поведінки у сфері спілкування. У момент, що безпосередньо передуює початку мовленнєвого спілкування, вся система набуває стану актуальної готовності. Однак провідну роль відіграють саме ті рівні, які відповідають конкретним потребам особи й конкретній ситуації.

Кожен із зазначених надзвичайно складних і важливих етапів породження мовленнєвого спілкування потребує своєї методичної реалізації, забезпечити яку в групі осіб, які взяли участь у дослідженні, практично неможливо через різну ступінь неспроможності пацієнтів до сприйняття, запам'ятовування, переробки і виконання наданих завдань.

Водночас, за допомогою методів педагогічного спостереження та інтерв'ювання можливе встановлення: стану порушення у пацієнтів, які взяли участь у дослідженні мотиваційно-потребнової сфери спілкування, особливостей внутрішнього програмування їхнього мовлення, специфіку комунікативної сторони спілкування та стану збереженості їхніх невербальних засобів спілкування.

1) Дослідження стану порушення мотиваційно-потребнової сфери в осіб з післяінсультною афазією.

Під час реалізації всієї програми розроблених діагностичних завдань враховувалося положення про те, що активність виконання їх особами з афазіями може забезпечуватися за допомогою психологічного механізму, виникнення якого зумовлюється двома факторами: потребами особи і ситуаціями зовнішнього середовища (Н. Узнадзе, Ш. А. Надірашвілі) [228]. Тільки за наявності певної потреби і реальної ситуації, в якій вона може бути задоволена, в них виникатиме передготовність до певної дії, тобто установка соціальної поведінки. Базуючись на зазначених положеннях можуть бути виділені якісно різні плани потреби в осіб з післяінсультними афазіями.

Відповідно моделі готовності до мовленнєвого спілкування наступним є подальше визначення особливостей порушення потреби у спілкуванні в учасників експерименту, оскільки в основі у переважної більшості осіб, які взяли участь у дослідженні, лежать потреби, які психологічно виявляються як мотив, що реалізується в низці різних форм: в інтересах, прагненнях, переконаннях та установках. Аналіз отриманих даних дозволить встановити передумови соціальної і комунікативно-пізнавальної поведінки, що дасть можливість розкрити соціально-емоційну і соціологічну детермінацію особи з афазією, пояснити її своєрідність.

Під час дослідження мотиваційно-потребнової сфери пацієнтів з афазіями важливою є оцінка системи емоцій як єдиної організації, здатної охарактеризувати релевантність дій з домінуючою мотивацією і прогнозованою вірогідністю її задоволення (А. Батуєв). На цьому етапі

важливо визначити та проаналізувати значення емоцій, як інструменту потреби, і їхнє значення для реабілітаційної практики, а також здійснити аналіз специфіки незадоволених потреб.

2) Базуючись на розробленій нами моделі готовності до мовленнєвого спілкування, наступний етап дослідження спрямовувався на визначення стану порушення внутрішнього програмування, поданого в специфічних одиницях задуму мовленнєвого висловлювання і внутрішнього говоріння, яким завершується ланка внутрішнього мовлення як процесу переходу від думки до слова. У зв'язку з цим, спираючись на модель побудови висловлювання, передбачалося за можливістю виявлення стану збереженості хоча б деяких операцій вибору, поєднання, комбінування (перестановки) збережених мовних знаків та моторних структур, тобто дослідити, як в учасників дослідження відбувається пошук потрібного звуку, слова шляхом послідовного перебору їхніх звукових ознак. Водночас планувалося вивчення стану можливо збереженої операції послідовного перебору варіантів граматичного і синтаксичного оформлення висловлювання. Відповідно зазначеного розроблялася серія завдань, спрямованих на визначення стану збереженості такого структурного компонента породження висловлювання, як внутрішнє програмування мовлення.

У цьому випадку передбачуваним було б, у відповідності до психофізичних можливостей афазиків, учасників дослідження, застосувати загальноприйняті методи дослідження внутрішнього мовлення: примусову максимально можливу вербалізацію й одночасне виконання розумових операцій, використання мовленнєвих перешкод, за можливістю із застосуванням електроміографічного дослідження, механічну затримку артикуляції (затискання язика зубами). Натомість варто зазначити, що, сумнівною є можливість виконання учасниками дослідження будь-якого завдання із запропонованої серії, оскільки вони не спроможні взагалі адекватно їх сприйняти і, відповідно, виконати. Ця обставина, безумовно, залишає відкритим питання щодо вибору методів вивчення стану

збереженості внутрішнього мовлення у цієї категорії осіб. Проте, на нашу думку, ці спеціальні завдання не повинні бути обов'язковими для цієї категорії хворих, оскільки в них вже наявні мовленнєві й моторні перешкоди, спричинені афазією. З огляду на зазначене, вважаємо, що найбільш адекватним і достатньо інформативним методом дослідження стану внутрішнього мовлення в осіб з афазією є спостереження, що супроводжує увесь процес обстеження та безпосередньо процес відновлювального навчання.

Ученими в галузі психології, психолінгвістики і нейропсихології внутрішнє мовлення розглядається в тісному зв'язку з усіма когнітивними процесами (Л. С. Виготський), або, зокрема, як інструмент мислення (П. Я. Гальперін, А. Н. Соколов) і розуміється як таке, що відіграє певну роль в організації складної інтелектуальної діяльності (П. Я. Гальперін). Воно є однією з форм словесно-логічної пам'яті, яка визначається переконаннями, світоглядом, а також моральною самосвідомістю (Б. Г. Ананьєв). Внутрішнє мовлення обслуговує орієнтування (Л. С. Виготський), саморегуляцію (регуляцію поведінки), а також контроль інтелектуальних і поведінкових елементів (О. Р. Лурія, П. Я. Гальперін). Внутрішнє мовлення бере участь у формуванні свідомості (О. Р. Лурія), що тісно пов'язано з формуванням вольових актів і особистості (О. Р. Лурія, Б. Г. Ананьєв).

Натомість, навіть невеликий за обсягом експериментальний матеріал, який планується зібрати нами стосовно особливостей внутрішнього мовлення у цієї категорії осіб, вкаже на стан його збереженості, дозволить з'ясувати причини розпаду, небереженості вищих психічних процесів при афазії. Разом з тим, із застосуванням зазначених методів спостереження і матеріалів інтерв'ювання можливим стане поглиблений аналіз особливостей спілкування учасників дослідження.

3) Головним засобом спілкування в людській спільноті є мовлення, однак поряд з ним широко використовуються й немовленнєві (невербальні) засоби спілкування, які визнаються другорядними і використовуються в

якості допоміжних мовленнєвих засобів. Немовленнєве спілкування дозволяє отримувати різнобічну й узагальнену інформацію про зовнішній світ, про суб'єктивні стани індивіда, його думки, почуття, бажання тощо. Виходячи з цього більшість дослідників розділяють думку про те, що словесний канал використовується для передачі інформації, на той час як невербальний застосовується для глибшого розуміння міжособистісних стосунків, а в деяких випадках використовується замість словесних повідомлень.

Отже, вербальна комунікація є основною і найдосконалішою формою людського спілкування, рівень володіння яким і його правильність визначають можливості та ефективність спілкування кожної конкретної особистості. Паралельно з мовленням, як засобом спілкування, широко використовуються немовленнєві засоби – жести, міміка, інтонація, паузи, манери, зовнішність.

Так, І. А. Зимня, розробляючи рівневу модель процесу розуміння мовлення, найвищим рівнем вважала психологічний, що забезпечує розуміння смислу, прихованого підтексту, встановлення відносин, мотивів. На думку науковця, ефективному процесу комунікації сприяють використання й розуміння таких немовленнєвих засобів мовлення, як: міміка, жест, гримаса, пантоміма, інтонаційні засоби (акцентуація, наголос, мелодика, ритміко-мелодійна структура мовлення) та сформоване інтелектуальне почуття цілісності і повноти мовленнєвого висловлювання [77].

С. Л. Рубінштейн ці особливості будови мовлення називав емоційно-виразною функцією мовлення. Науковець зазначав, що у людини ці виразні компоненти мовлення переходять у семантику, з їх допомогою висловлюються почуття, воля мовця, передається сенс, таким чином вони входять в структуру мовлення, в її семантичний зміст, забезпечують передачу і розуміння сенсу [192].

Спілкування як процес безпосередньої комунікації суб'єктів виявляє емоції співрозмовників, утворюючи невербальний аспект обміну

інформацією. Тож, на нашу думку, у визначенні готовності до мовленнєвого спілкування доцільним є здійснення аналізу використання афазиками засобів невербального спілкування під час педагогічного спостереження.

Таким чином визначені методи дослідження дозволять встановити в осіб з післяінсультними афазіями особливості готовності до мовленнєвого спілкування і його реалізації і в смисловому, і в операційному відношеннях.

Наступним постає питання дослідження функціональних змін, що відбулися у мовленнєвій системі осіб з післяінсультною афазією.

Завданням мовленнєвого спілкування є передача або отримання певного смислового повідомлення, яке забезпечується імпресивним та експресивним мовленням. З огляду на зазначене, під час дослідження мовленнєвих процесів нами проводилося обстеження як рецептивної, так і продуктивної сторін мовлення, враховувалися як рівні порушення мовленнєвих процесів, так і ступінь їх складності.

Рецептивна і продуктивна сторони мовлення (імпресивне та експресивне мовлення) мають різну психологічну будову. Імпресивне мовлення – процес розуміння мовленнєвих висловлювань, як усних, так і письмових, починається зі сприйняття потоку чужого мовлення, потім відбувається декодування цього потоку до мовленнєвої схеми, виділення через внутрішнє мовлення загальної думки висловлювання і розуміння його мотиву. Експресивне мовлення – процес висловлювання за допомогою мови – починається з мотиву висловлювання, формування програми висловлювання, після чого загальна думка перекодується за допомогою внутрішнього мовлення в мовні схеми, а потім – в розгорнуте мовлення.

Для здійснення процесу мовленнєвого спілкування необхідний достатній рівень збереженості механізмів, що забезпечують функціонування вказаних видів мовлення. Будучи системним розладом, афазія унеможливує здійснення цього завдання на різних ланках його організації, що вимагає спеціального аналізу. Отже, для виявлення особливостей порушення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану



необхідним є вивчення функціональних змін, що відбуваються у мовленнєвій системі внаслідок афазії.

Відомо, що структура мовлення, як і будь-якого іншого психічного процесу, складна, має складну багаторівневу організацію. Виходячи з цього, обстеження мовлення передбачає аналіз різних аспектів його розладів – клініко-фізіологічного, психо-фізіологічного, нейропсихологічного, психолого-педагогічного. Такий комплексний підхід дозволить уникнути одновекторного підходу до проблеми дослідження і забезпечить розуміння етимології і структури порушення мовленнєвого спілкування при афазії.

У зв'язку з цим, структуру загального обстеження стану мовлення осіб, які беруть участь у дослідженні, вважаємо за доцільне доповнити попередньою його формою, у вигляді бесіди. Це дозволить встановити контакт з пацієнтом, визначити рівень усвідомленості ним ситуації бесіди, орієнтування в дійсності, його психічну активність (млявість, загальмованість, виснаженість, гіперактивність тощо), критичність до себе і своєї хвороби, особливості емоційної сфери, уваги, поведінки, стомлюваності, охарактеризувати мовлення під час бесіди з ним (тонічні і фонічні компоненти мовлення, спонтанність мовлення, плавність, інтонаційний лад, граматичне оформлення, ступінь розгорнення, змістовність мовлення й ін.), а також визначити загальний преморбідний рівень осіб з афазією з метою визначення кола питань і завдань у подальшій відновлювальній роботі.

Для обстеження стану експресивного та імпресивного мовлення при афазії в осіб післяінсультного стану найбільш оптимальним варіантом, на нашу думку, є методика оцінки стану динаміки мовлення Л. С. Цветкової [244] з внесенням певних корективів.

Безпосередньо перед нейропсихологічним обстеженням важливо уточнити анамнестичні дані щодо право-ліворукості хворого з метою визначення домінування півкуль головного мозку за мовленням (Л. І. Вассерман, С. А. Дорофєєва та Я. А. Меєрсон ) [36; 105].

Проведення нейропсихологічного обстеження дозволить не лише отримати необхідну інформацію про хворого, але й паралельно зреалізувати окремі спеціальні завдання підготовчого етапу корекційно-відновлювального навчання, а саме: привернути увагу пацієнта до проблеми, створити міцну мотиваційну основу для її вирішення. Урахування потенціалу цього етапу дасть певні результати, вагомі для хворих. Згідно з цим, можна визначити загальні функції етапу нейропсихологічного обстеження: інформаційна – збір даних про стан мовленнєвої та гностико-праксичної сфер; оціночна – встановлення ступеня порушення кожної сфери; коригувальна – внесення часткових корегувальних дій при виявлених порушеннях.

Дослідження стану мовлення хворих з післяінсультною афазією дозволить визначити первинний механізм розладу імпресивної чи експресивної сторони мовлення, з'ясувати масштабність ураження структур головного мозку, визначити ступені порушення функціонування систем, задіяних у патологічний процес.

Оскільки рецептивна та продуктивна сторони мовлення забезпечуються абсолютно різними топічними ділянками мозку, дослідження їх первинних порушень доцільно для зручності винести в окремі розділи, хоча практичне дослідження обох сторін мовлення зазвичай здійснюється одночасно, з використанням схожих діагностичних прийомів.

Порушення основної нейрофізіологічної і нейропсихологічної передумови при афазії виявляється не лише у мовленні, а і в рухових та гностичних видах діяльності. З огляду на це, з метою виявлення як збережених, так і порушених аналізаторних систем, певну увагу треба приділити дослідженню гностико-праксичних функцій.

В основу обстеження психолого-фізіологічних механізмів (гностико-праксичної сфери) забезпечення мовлення осіб з афазією вважаємо доцільним покласти методику комплексного нейропсихологічного обстеження стану гностико-праксичних функцій, розробником якої є О. Р. Лурія, із застосуванням модифікованих варіантів Т. Г. Візель, В. М. Шкловського,

Л. С. Цветкової та ін. [41; 258; 132; 166; 184; 187; 202; 209; 259; 266]. Методика дозволяє здійснити підбір методів з урахуванням комплексного підходу таким чином, щоб їх батарея, з одного боку, була системою, кожен елемент якої поєднувався б з іншими за принципом взаємодоповнюваності, а з іншого боку, дозволяє врахувати те, що кількість нейропсихологічних проб лімітується за часом їх виконання, що важливо для цієї категорії хворих, які характеризуються низким рівнем працездатності і швидкою виснажливістю. Застосування вказаного методу дозволить здійснити аналіз як результату, так і особливостей процесу виконання проб, виявити як порушені, так і збережені ланки, врахувати як поточний, так і преморбідний стан хворого.

Обстеження стану гностико-праксічного забезпечення мовлення дасть змогу виявити дефекти в ланці перцептивного впізнання стимулів зорової та слухової модальності хворих та в ланці здійснення тонких цілеспрямованих рухів і дій, що безпосередньо забезпечують процес мовлення людини.

Оскільки різні нейропсихологічні тести виявляють різні аспекти порушень гностико-праксічного забезпечення функцій, мають різну чутливість до різних видів розладів, і жодна окрема проба не дозволить виявити ці розлади досить татньо надійно, при діагностиці доцільним є застосування комплексу нейропсихологічних завдань.

У межах нейропсихологічного обстеження гностико-праксічного забезпечення мовлення вважаємо за необхідне дослідити функціональні системи, що мають безпосередній зв'язок з мовленнєвою сферою, а саме: зоровий, предметний, симультанний, оптико-просторовий, сенсомоторний та акустичний гнозис, а також кінестетичний, мануальний, оральний, мімічний, динамічний, символічний та конструктивний праксис. Якісний аналіз порушень зазначених функціональних систем дозволить встановити особливості їхнього перебігу, виявити первинні та вторинні механізми виникнення мовленнєвих розладів. Кількісне їх вираження дасть змогу об'єктивувати стан осіб з афазією, які взяли участь у дослідженні, визначити ступінь виразності та простежити динаміку відновлення виявлених порушень

у процесі корекційно-відновлювального впливу, а також здійснити порівняльний аналіз результатів при статистичній обробці.

Важливим аспектом обстеження учасників дослідження, на нашу думку, є визначення рівня усвідомленості хворими дефекту свого мовлення, що доповнить картину обстеження з позицій внутрішнього особистісного осмислення дефекту самим хворим і відтворить повноту його пристосувальної реакції на порушення мовленнєвого спілкування.

Різка втрата мовлення на фоні тяжкого захворювання не може не відобразитися на особистості хворого і його мовленнєвому спілкуванні. У сучасній психології все розмаїття психічних явищ розглядається в інтеграції з особистісною сферою людини. Зокрема, Л. С. Цветкова зауважує, що, безумовно, такий дефект як афазія не може не призвести до змін особистості. У свою чергу, особистісна реакція на дефект, на зміну соціального статусу та ін. негативно впливають на дефект, ускладнюючи його структуру [244].

На підставі вищевказаних тверджень одним з аспектів обстеження учасників дослідження має виступати увага до особистісних реакцій хворих на різку зміну мовленнєвого статусу. Будучи результатом локального ураження мозку, афазія призводить до дезінтеграції всієї психічної сфери людини, позбавляючи основного засобу адаптації в соціальному середовищі [99, 158]. Отже, увага до особистості хворого є необхідним і важливим аспектом як у зборі даних про особливості порушення мовленнєвого спілкування, так і у відновлювальному навчанні. Обстеження особистісних особливостей дозволять уточнити їх складову і вагомість в синдромі афазії, спрогнозувати відновлення мовленнєвого спілкування та обрати вірну тактику відновлювальних впливів.

Перші експериментальні дослідження особистості хворих з афазією належать Ж. М. Глозман, Л. С. Цветковій та іншим вченим [56; 58; 59; 243]. Дослідниками вивчалися такі параметри особистості, як особливості динаміки порушень особистості, причини нестійкості змін особистості, вплив особистості на посилення або ослаблення дефектів мовлення та інших вищих

психічних функцій. Результати аналізу наукових праць, присвячених питанням дослідження особистості хворих з афазією, дозволили з'ясувати, що в ситуації часткової або повної інвалідизації і втрати працездатності, викликаних афазією, зазнає змін сформована особистість хворого під впливом нового соціального статусу, систем суспільних і особистісних взаємодій [58, 32]. Цей факт підтверджується ідеями Л. С. Виготського, який зазначав, що будь-який дефект не обмежується ізольованим випадінням функції, а тягне за собою радикальну перебудову всієї особистості [49, 98].

Зважаючи на грубі порушення й обмеження можливостей мовленнєвого спілкування хворих з афазією, під час обстеження стану особистісних утворень, доцільно зважати на такі методичні особливості: 1) при виборі особистісних характеристик враховується їхня значимість для структури особистості, системи її взаємозв'язку зі світом, їхня динамічність, оскільки ці характеристики зазнають змін під впливом соціального статусу, систем суспільних та особистісних взаємодій; 2) методики обираються адекватні для роботи з хворими з мовленнєвими порушеннями, тобто ті, що базуються на невербальних реакціях досліджуваних осіб; 3) тексти завдань читаються сумісно зі спеціалістом, час виконання завдань не обмежується, аналіз результатів не враховує часові параметри.

На нашу думку, найбільш адекватно відповідають визначеним вимогам і повною мірою відображають реакцію осіб з афазією на різку зміну мовленнєвого статусу такі особистісні утворення, як самооцінка, рівень домагань та тривожність. В основу дослідження особистісних характеристик осіб з афазією повинні бути покладені методи, адаптовані для хворих з афазією та наслідками інсульту головного мозку.

Спираючись на думку Ж. М. Глозмана [58, 32], під час обстеження особистісних утворень не враховувалося оцінювання особистісних якостей хворих з позиції рідних, медичного персоналу тощо, що часто спостерігається на практиці. Вважаємо такий підхід щодо «стороннього» оцінювання недоцільним, оскільки у цьому випадку результати обстеження

не відображають самосприйняття, самосвідомість хворого та їх особистісну зміну в результаті хвороби.

Самооцінка є одним з найважливіших особистісних утворень, що формується на основі гармонійної інтеграції рівня досягнень у різних видах діяльності й адекватного сприйняття оцінок оточуючих [58, 33]. Самооцінка забезпечує самосприйняття індивіда, яке позитивно пов'язується зі сприйняттям інших осіб. Для особистості самооцінка є інструментом самоуправління, вона визначає характер активності й соціальної поведінки людини, її потреби в досягненнях, постановку нових цілей і продуктивність діяльності.

Ж. М. Глозман припускає закономірність того, що порушення загальної і вербальної комунікації хворого, які змінюють всю систему його зв'язку зі світом, істотно впливають на уявлення хворого про свою особистість, його емоційне ставлення до себе і до оточуючих, що знаходить відображення у зміні самооцінки, зокрема таких її параметрів, як стійкість і адекватність [58, 34].

Вважаємо, що вищезазначене повинно бути врахованим у роботі з відновлення і розширення комунікативних можливостей хворого з афазією під час відновлювального навчання. Гіпотетично передбачаємо, що відновлення мовленнєвого спілкування суттєво впливатиме на змінену самооцінку, наближуючи її до адекватної самооцінки хвороби.

З метою дослідження самооцінки, на нашу думку, доцільно звернутися до модифікації метода полярних профілів Дембо-Рубінштейн, розробленої Ж. М. Глозман з колегами, що є адаптованою до роботи з особами, які мають ураження головного мозку [57] (додаток В).

Для встановлення зв'язку самооцінки хворих, які страждають афазією, з мовленнєвою діяльністю на подальшому етапі постає питання щодо визначення рівня домагань хворих, які беруть участь у дослідженні. З цією метою доцільним і адекватним є застосування методики К. Левіна, модифікованої Ж. М. Глозманом, за серією «мовлення», яка дозволить

дослідити зміни у прагненні хворого досягти цілей того ступеня складності, на який він вважає себе здатним.

Застосування зазначеної методики дасть змогу простежити, як впливає успішне або неуспішне виконання завдання на вибір ступеня складності подальшого завдання. Поведінкою норми вважається, коли при правильному вирішенні хворий обирає більш складне завдання, при неправильному – завдання простіше [68; 70; 98].

Важливим показником особистісних змін у хворих з післяінсультною афазією, що відображає картину реактивності на різку зміну мовленнєвого статусу, є рівень тривожності. Тривожність, як один із симптомів зміни особистості при афазії, зазвичай супроводжується емоційною лабільністю, фобією мовлення й іншими порушеннями емоційно-вольової сфери (Ж. М. Глозман, В. В. Зоткін, М. С. Лебединський, В. В. Оппель, Л. С. Цветкова, та ін.).

Аналіз літературних джерел з проблеми дослідження дозволив з'ясувати, що поняття тривожності трактується вченими неоднозначно, що свідчить про складність і неоднорідність психологічної реальності сутності цього поняття [10; 56; 62]. Розрізняють дві форми тривожності: реактивна – як емоційно-реактивний стан напруженості, занепокоєння, нервозності, що супроводжується активацією вегетативної нервової системи, і особистісна тривожність – відносно стійка індивідуальна характеристика, що свідчить про схильність людини сприймати достатньо широке коло явищ в якості загрозливих для неї і реагувати на них відповідним емоційним станом.

З метою визначення рівня тривожності в осіб з післяінсультною афазією обрано спеціальний опитувальник «Шкала особистісної та реактивної тривожності», розроблений Ч. Д. Спілбергером та адаптований Ю. Л. Ханіним, що дозволяє дослідити тривожність і як особистісну якість, і як емоційно-реактивний стан (додаток В). Ця методика визнана адекватною щодо дослідження тривожності в осіб з афазією, оскільки індикатором у ній слугує невербальна реакція хворого – закреслення цифри під обраною

відповіддю [58]. Аналіз рівня тривожності хворих з післяінсультною афазією дозволить встановити відхилення від показників помірної тривожності та доповнить загальну картину проблеми порушення мовленнєвого спілкування осіб, які взяли участь у дослідженні.

## **2.2. Аналіз результатів констатувального експерименту**

Як зазначалося вище, експериментом було охоплено 103 хворих з афазією післяінсультного стану, які отримували логопедичну допомогу на базі Комунальної установи «Сумська міська клінічна лікарня № 5», Науково-практичного центру логопедії та Лабораторії інноваційних корекційних, реабілітаційних, арт-технологій та ерготерапії Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка.

Дослідженням було охоплено категорію осіб, які перенесли інсульт головного мозку, внаслідок якого зазвичай вражаються поруч розташовані мовленнєві зони або спричиняється виникнення декількох осередків ураження. Тому в синдромах афазії поєднувалися декілька форм. Їхнє відсоткове співвідношення було подано на діаграмі 1 (рис. 2.1).

Вивчення особливостей порушення мовленнєвого спілкування у осіб з післяінсультною афазією проводилося за двома напрямками. Перший полягав у вивченні стану готовності до мовленнєвого спілкування осіб з афазією, які взяли участь у дослідженні, другий – у визначенні стану експресивного та імпресивного мовлення, що є засобами мовленнєвого спілкування, стану гностико-праксичного забезпечення мовленнєвої функції та особливостей особистісних реакцій хворих на різку зміну свого мовленнєвого статусу.

На етапі визначення особливостей готовності до мовленнєвого спілкування осіб із післяінсультною афазією, які взяли участь у дослідженні, за допомогою застосування методів педагогічного спостереження та інтерв'ювання значною мірою вдалося встановити: стан у хворих потреби у спілкуванні, особливості внутрішнього програмування їхнього мовлення,



специфіку комунікативного спілкування та стан збереженості їхніх невербальних засобів спілкування.

При дослідженні стану порушення мотиваційно-потребнової сфери в спілкуванні нами виділено якісно різні плани потреби в осіб з афазіями з післяінсультним станом:

а) план актуальної потреби – це імпульсивна, неусвідомлена активність, що реалізувалася у зв'язку з конкретними, чуттєво даними предметами і здійснювалася на основі установки, заданої практичною поведінкою. Тобто активність, яка виникала під дією ситуації та імпульсів хворої людини;

б) план об'єктивізації потреби є складнішою структурою, оскільки для пацієнта ситуація ставала предметом пізнання. Цей план виникав при затримці задоволення потреби у зв'язку зі зміною ситуації (обстановки). Перед хворим поставало важливе питання щодо подальшої програми поведінки і, як наслідок, провідна роль вже від установки переходила до активного мислення. У цьому випадку хворий, визначивши своє ставлення до ситуації, діяв на основі нових установок, які він був здатний сформулювати. Завдяки саме механізму об'єктивізації його поведінка ставала більш адекватною, хоча в кінцевому результаті все ж залишалася практичною.

в) план вольової активності потреби – це план психічної активності соціальної поведінки хворого, що регулювалася системою ціннісних орієнтацій, що зафіксовані й збережені в самосвідомості пацієнта.

Таким чином, установка значною мірою ставала психологічним механізмом регуляції як неусвідомленої, так і свідомої активності осіб з афазіями, оскільки реалізувала механізм як найпростіших, так і складних соціальних форм поведінки. Первинні установки виникали при «зустрічі» певного плану потреб і певного рівня ситуацій їхнього задоволення. Відповідно до того, в яких видах діяльності осіб з афазіями, які взяли участь у дослідженні, потреби знаходили своє задоволення, ми визначили послідовне розширення меж їхньої потребно-емоційної сфери. Перша сфера реалізації потреб – їхнє найближче сімейне оточення. Друга сфера – контактна (мала)

група, в межах якої діяв афазик. Третя сфера – сфера діяльності, пов’язана з працею, дозвіллям і побутом, була обмежена сферою побуту. Четверта сфера – сфера діяльності, що розуміється як певна соціально-класова структура, в яку людина залучається через освоєння ідеологічних і культурних цінностей суспільства – в осіб, які взяли участь у експерименті, визначена не була.

Базуючись на моделі готовності до мовленнєвого спілкування, було визначено особливості порушення потреби у спілкуванні. Аналіз експериментальних даних, отриманих на цьому етапі дослідження за допомогою методів спостереження й інтерв’ювання, засвідчив, що в осіб з афазією, які взяли участь у дослідженні, постраждалими, насамперед, є емоційні передумови (передготовність) соціальної і комунікативно-пізнавальної поведінки, і в значній кількості осіб з афазією потреба у взаємодії була катастрофічно зниженою. Встановлення й урахування цих факторів, їхньої «вагомості», механізмів їхнього задіяння в схему виникнення і розвитку афазії дозволяло певною мірою розкрити соціально-емоційну і соціологічну детермінацію афазика, пояснити її своєрідність. Зокрема встановлено, що потреба в спілкуванні осіб з післяінсультною афазією залишилася різною мірою збереженою, хоч і специфічною (сутнісною), здатністю, що забезпечувала хворій людині зв’язок із зовнішнім середовищем для самозбереження й саморозвитку і була джерелом певної мовленнєвої активності в навколишньому світі.

Мотивація – другий етап організації цілеспрямованої поведінки, і в порівнянні з актуалізацією потреби її розглядають як «опредмечену потребу». Мотивація – це фізіологічний механізм активізації слідів (енграм) тих зовнішніх об’єктів, що зберігаються в пам’яті і здатні задовольнити наявну в людині потребу, а також тих дій, які можуть призвести до задоволення цієї потреби. У цьому зв’язку вчені підкреслюють роль потреб навіть у структуруванні характеру й особистості людини.

Водночас значної вагомості для особи з афазією набувала потреба наслідувати норми поведінки під час мовленнєвого спілкування і рефлексії, що забезпечують задоволення цієї потреби. Це пов'язано з тим, що афазики гостро переживають реакцію оточуючих людей на їхні психофізичні і мовленнєві порушення та відхилення від характерних норм поведінки, які можуть викликати як різке роздратування з боку інших членів групи, так і навпаки, надмірну емпатію, жалісливе ставлення.

Отже, потреби в мовленнєвому спілкуванні осіб з афазіями можна розглядати як основу, рушійну силу, спонукання і мету їхньої поведінки. Мотиви ж, прагнення, бажання, емоції, інтереси, цілі, установки, ціннісні орієнтації були похідними від потреб осіб цієї нозології і, своєю чергою, породжувалися ними.

Важливими для учасників спілкування були соціальні потреби у власному розумінні слова, які передбачали потребу належати до соціальної групи (спільноти) і займати в цій групі певне місце, мати прихильність і увагу оточуючих, бути об'єктом їх поваги й любові. Серед соціальних потреб особливо виділялася потреба наслідувати нормам, прийнятим у суспільстві, яку розуміють як таку, що нормує задоволення від усіх інших вітальних, соціальних і духовних потреб людини. Зважаючи на зазначене, мовленнєве спілкування осіб з афазіями розглядалося нами як процес, що здійснюється не тільки в безпосередній предметній ситуації, але й в умовах широкої системи соціальних зв'язків і відносин. Водночас сама соціальна ситуація, в якій розгорталася поведінка афазика, розглядалася і як внутрішнє утворення, і як стимул для її актуалізації. Втрата чи зниження рівня потреби в мовленнєвому спілкуванні в осіб з афазійними порушеннями, за результатами спостереження за учасниками дослідження та інтерв'ювання членів їхніх родин показував, що вони, як правило, спричинені несхожістю цілей учасників спілкування, в результаті чого виникала низка конфронтацій в особистісних взаємостосунках (сімейні розбіжності, родинні сварки чи непорозуміння в групі). Конфронтації виникали також між афазиком і

логопедом, коли в їхніх поглядах на методи досягнення поставленої мети були відмінності (учасників групи, наприклад, не влаштував підбір «надто дитячого» дидактичного матеріалу) і тоді конфлікт, що розвивався, потребував компромісного рішення. Конфлікт виникав і через втрату стереотипів поведінки в осіб з афазією, спричинених нездатністю виконати необхідні моторні й мовленнєві дії, а також через розуміння ними невідповідності своїх комунікативних здібностей здібностям співрозмовника, втратою правил діалогу, субординації і тактовності тощо. Загалом можна стверджувати, що міжособистісні конфлікти осіб з афазіями, загалом і як правило, були поєднанням характерологічних особливостей учасників мовленнєвого спілкування і особливостей їхнього конфлікту. Характеризуючи місце потреб і установок у практичному прогнозуванні мовленнєвого спілкування, доцільно відзначити виявлені помилки передбачення пацієнтами своєї поведінки в соціальних ситуаціях. Такі помилки найчастіше спричинялися їхньою переоцінкою своїх рефлексивних здібностей з приводу намірів спілкування і втратою рівня розвитку навичок у спілкуванні.

При дослідженні мотиваційно-потребносної сфери пацієнтів з афазією також було проведено оцінку системи емоцій. Аналіз матеріалів констатувального експерименту засвідчив, що позитивні емоції, як інструмент потреб, мають виняткове значення для реабілітаційної практики. Прагнення пацієнтів до винагороди було сильніше прагнення уникнути, наприклад, словесного покарання за незадовільне виконання мовленнєвих завдань. Негативні емоції виникали при загрозі незадоволення потреби і сприймалися ними як тривога. Незадоволення потреби породжувало фрустрацію, марне очікування, розлад задумів, тобто психічний стан, що виникав у ситуації реальної або передбачуваної неможливості задоволення тих чи інших потреб. Обидва ці стани – негативні, пригнічували пацієнтів, через що вони їх прагнули позбутися. У першому випадку пацієнти відчували

навислу загрозу, страх покарання, в другому – роздратування й тугу, породжені відсутністю вдало здійсненого спілкування.

Специфіка незадоволених потреб в осіб з афазіями проявлялася у вигляді двох основних різновидів реактивних депресій: апатії і тривоги. Апатія характеризувалася слабкістю потреб пацієнтів, відсутністю бажання до спілкування, обмеженням або відсутністю предметного змісту емоційних переживань, що привносило в їх стан негативне емоційне забарвлення. Для тривожної депресії характерним було відчуття афазиками своєї нездатності до подолання труднощів, усунення їх в мовленнєвому спілкуванні. Депресія тривоги (відчуття провини) у них пов'язувалася переважно з незадоволенням потреб, які могли бути орієнтовані як на себе, так і на інших учасників спілкування. Депресія туги – стан, в основі якого потреби, пов'язані з цінностями більш високого порядку, не були зафіксовані в осіб, які взяли участь у дослідженні.

На наступному етапі дослідження стану готовності до мовленнєвого спілкування аналізувався стан порушення внутрішнього програмування. Так, нами виявлено, що для хворих з еферентним типом моторної афазії характерною є патологічна інертність артикуляційних актів, персеверації, що не дозволяли їм здійснити довільне перемикавання з одного артикуляційного укладу на інший. У результаті мовлення з тими його залишками, що були в хворих, ставало розірваним, супроводжувалося запинками при спробах побудувати висловлювання, передбаченого діагностичним завданням. У пацієнтів з сенсорною (акустико-гностичною) афазією первинним дефектом було порушення фонематичного слуху, тобто розпад здатності до акустичного аналізу звуків мовлення. Спостерігалось грубе порушення імпресивного мовлення, відчуження змісту слова, логорея, які унеможливили виконання завдань. Основним проявом аферентної моторної форми була втрата тонких рухових диференціювань, необхідних для точної реалізації артикуляційної програми, що викликалося порушенням аферінтації апарату артикуляції. Динамічна форма характеризувалася порушенням регулюючої

функції мовлення, що проявлялося неможливістю побудувати внутрішній план висловлювання, і реалізувати його у зовнішній промові, тобто вимовити фразу або довгий текст.

Водночас при цьому виявлено, що в тих випадках, коли пацієнти все ж намагалися виконати діагностичне завдання, у них (незалежно від основної форми афазії) проявлялося переважно примітивне егоцентричне мовлення, яке з часом не зникало. Збільшення таких випадків певною мірою свідчило про неспроможність осіб з афазією, які взяли участь у дослідженні, абстрагувати думки від порушеної артикуляторної сторони звукової системи мовлення. Активність егоцентричного мовлення ще більше зростала при виникненні труднощів у їхній практичній діяльності.

Окрім того, доцільно відзначити, що незалежно від форми афазії повна або часткова втрата операцій внутрішнього мовлення позбавляла хворого можливості стисло висловлювати семантичні комплекси у внутрішньому мовленні, що, своєю чергою, негативно впливало на функціонування таких розумових операцій, як: виділення, порівняння, узагальнення та ін., особливо в момент спроб пацієнта здійснити певне розгортання усного мовлення. Внутрішнє мовлення в нормі, за О. Н. Соколовим, розглядається в якості інструменту для мислення і зокрема для логічної його структури. Скорочене, спотворене внутрішнє мовлення при афазіях безумовно спричинило порушення процесів говоріння, артикулювання, і, відповідно, не забезпечило цій категорії хворих можливість здійснювати загальну обробку мовлення.

Аналіз даних, отриманих за результатами констатувального експерименту, засвідчив низький рівень збереженості внутрішнього мовлення в осіб з післяінсультною афазією. Припускаємо, що такий стан функцій внутрішнього мовлення у більшості випадків з'ясувати причини розпаду, незбереженості вищих психічних процесів при афазії. І, як наслідок, стан внутрішнього мовлення має братися до уваги при дослідженні вищих психічних процесів осіб з афазійними порушеннями та виявленні особливостей їхньої свідомості, вольових актів і особистості. При цьому

необхідно також враховувати, що внутрішнє мовлення розвивається з інтеріоризованих комунікативних актів, з діалогічної структури (зовнішньої) комунікації, яка відіграє основну роль.

При визначенні специфіки мовленнєвого спілкування в результаті спостереження за пацієнтами з афазіями в процесі їхньої діяльності (без проведення додаткового експерименту), були отримані дані, що дали можливість виявити такі показники, як: невисока швидкість встановлення ними контактів у спілкуванні, надто уповільнені реакції на дії логопеда й інших людей; вузьке коло спілкування; труднощі переходу від спілкування з одними людьми до інших у запропонованих різних видах діяльності; переважно емоційну скутість; низьку варіативність у способах спілкування.

Доцільно також зазначити, що, незважаючи на те, що до хвороби пацієнти володіли переважно діловим чи науковим стилем мовлення, в період афазійного стану доступним для них виявився суто побутовий стиль мовлення, притаманний повсякденному спілкуванню. Проте і цей стиль мовлення не відповідав загальноприйнятим нормам, часто включав діалектні та жаргонні вирази, що використовуються в певній місцевості або представниками певної професії чи виду діяльності.

Висловлювання думки у грамотній логічній словесній формі вимагало також збереженості таких комунікативних якостей мовлення, як: правильність, виразність, ясність, точність, стислість, доцільність. Незбереженість у різному ступені майже всіх зазначених комунікативних якостей мовлення спричинила низький рівень (а в значній кількості випадків – неможливість) міжособистісного спілкування у всіх його проявах. Так, незбереженість орфоепічних, граматичних і лексичних норм володіння мовою призводила до значних труднощів у осіб з афазією впливати на свідомість, емоції та почуття іншої людини. Порушення у них такої комунікативної якості, як ясність, вимагала від співрозмовника особливих зусиль при сприйнятті змісту повідомлення, висловленого пацієнтом, або призводила до неадекватного розуміння спеціалістом чи членом сім'ї цього висловлювання.

Водночас у осіб, які взяли участь у дослідженні, виявлені й такі суттєві особливості процесу комунікативного спілкування, як уміння слухати, сприймати слухові й зорові стимули і приписувати їм значення. Складний процес активного комунікативного слухання передбачав збереження навичок зосередження, розуміння, запам'ятовування, оцінювання (аналіз інформації) та адекватне реагування. Як показав аналіз результатів спостереження, основними вадами слухання в осіб з різними формами афазії є: уривчасте сприйняття, коли інтерпретувалися тільки окремі частини висловлювання; нездатність проаналізувати зміст повідомлення, встановити зв'язок між ним і фактами дійсності, нездатність слухати критично, небажання слухати тощо. Деякі пацієнти були в змозі слухати і розуміти висловлену співрозмовником інформацію, але були не здатні виважити й оцінити почуте. Під час спілкування, як правило, хворі більше були зайняті собою, ніж бесідою, часто не розуміли суть розмови через те, що були емоційно неврівноважені, не володіли собою та були повністю занурені у власні внутрішні емоційні переживання. Деякі з них через уражене самолюбство сприймали зауваження і спонукання до бесіди як замах на їхній авторитет. Замість того, щоб спробувати зрозуміти суть висловлення співрозмовника, вони відразу готувалися захищатися всіма доступними їм способами.

При аналізі використання афазиками засобів невербального спілкування встановлено, що останні значно посилювали смисловий ефект вербального спілкування, а за обставин відсутності мовлення часто його замінювали. Так, за результатами аналізу експериментальних матеріалів, отриманих за допомогою методу спостереження, нами встановлено, що мовчання й погляд осіб з афазією післяінсультного стану в численних випадках були майже єдиним ефективним засобом для вираження ними своєї здатності розуміти значення окремих слів, граматичних категорій і форм, словосполучень і деяких видів речень. Своєю чергою, розуміючи («зчитуючи») немовленнєві засоби спілкування, учасники дослідження були здатні збагнути зміст ситуативної інформації, який їм був недоступний вербально, оскільки не



вкладався в адекватні категорії їхнього вербального висловлювання. У процесі вербального спілкування пацієнти з різною активністю використовували міміку і жести для посилення смислових наголосів інформації, яку намагалися передати. Таким чином емоційний ефект від усвідомлення значущості міг як посилюватися, так і ні. Часто спостерігалися випадки застосування пацієнтами з афазією невинновдано гіпертрофованої міміки та жестикуляції, позбавлених змістового підґрунтя, що ускладнювало сприйняття інформації, а інколи – дезорієнтувало партнера по спілкуванню.

Відзначено, що у хворих з переважно сенсорною формою афазії емоційно-виразна функція з усіма її перерахованими вище засобами залишилася збереженою, натомість функція передачі та розуміння предметного змісту виявилася дещо порушеною. При моторних же формах афазії спостерігалася зворотна залежність.

Аналіз отриманих експериментальних даних показує, що рівень використання вербальних і невербальних засобів мовленнєвого спілкування значною мірою залежить від ступеня тяжкості порушень розуміння особами з післяінсультною афазією як предметного змісту на психолінгвістичному рівні значення (звукорозрізнення, слухомовленнєва пам'ять, перешифровка граматики в значення), так і від особливостей сенсомоторного рівня розуміння мовлення – акустичного і мовленнєворухового (з його кінестетичним і динамічним компонентами) аналізу звуків і слів. Окрім того, аналіз матеріалів спостережень за взаємодією осіб з афазійними розладами між собою дозволив констатувати, насамперед, залежність стану взаєморозуміння в їхньому спілкуванні від особливостей порушень мовних і мовленнєвих засобів спілкування.

Узагальнюючи результати аналізу даних констатувального експерименту, зазначимо, що ураження сенсорного рівня рецептивного мовленнєвого механізму в осіб із післяінсультною афазією проявлялося в порушеннях первинного слухового аналізу, що призводило до нерозрізнення звуків мовлення, і, як наслідок, слів за їхніми фізичними акустичними

ознаками. У результаті зв'язок між словом і його значенням у пацієнтів не встановлювався, тобто порушувалося розуміння зверненого мовлення. Ці явища переважно спостерігалися у хворих з провідним порушенням слухового мовленнєвого гнозису, тобто при переважно сенсорній формі афазії. В осіб з цією ж формою афазії порушення розуміння мовлення проявлялося також у невпізнанні фонем рідної мови при збереженому розрізненні їх за акустичними ознаками.

Встановлено, що в пацієнтів з різними формами афазії, переважно з тяжким ступенем моторної афазії, при ураженні мовленнєво-відтворюючої ланки мовленнєвого спілкування не здійснювалися в повній мірі операції вибору, комбінування, поєднання мовних знаків. Для цієї ж форми афазії характерними виявилися значні труднощі перекодування мовного коду в мовленнєворуховий, тобто труднощі на етапі моторного програмування дії породження мовленнєвого висловлювання в процесі спілкування. При цьому виникали явища кінетичної апраксії, характерні для еферентної моторної афазії. Труднощі при формуванні висловлювання у цієї групи пацієнтів спостерігалися також на етапі моторного програмування, що виявлялося в численних спробах пошуку необхідного артикуляційного руху для реалізації кінетичної схеми слова – відбору потрібних рухів і адресації рухового імпульсу в певні м'язові групи. Втрата рухової схеми всіх слів або їхньої переважної більшості призводила до неможливості відібрати мовленнєвий механізм потрібних артикуляцій (рухових схем), а руховий імпульс хаотично поступав у різні м'язові групи. Цей стан надзвичайно ускладнював мовленнєве спілкування, оскільки призводив до нестабільного неправильного відтворення звукового складу слова з численними хаотичними замінами звуків і пошуку потрібних рухів для кінетичної складової схеми слова. Порушення операціональної сторони мовленнєвого висловлювання, які спостерігалися в пацієнтів з переважно кінестетичною формою афазії, характеризувалися втратою здатності здійснювати морфологічний аналіз

слова (формо- і словоутворюючих морфем) і незапам'ятовуванням рухової схеми фонем і рухового звукового образу слова загалом.

Усе вищевикладене підтверджує ті виявлені нами в осіб з афазіями в післяінсультному періоді серйозні труднощі процесу готовності до мовленнєвого спілкування і його реалізації і в смисловому, і в операційному відношенні.

Наступним етапом визначення особливостей порушення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану став детальний аналіз на рівні його забезпечення мовленнєвою функціональною системою, тобто досліджувалися основні мовленнєві та пов'язані з мовленням гностико-практичні форми діяльності хворого.

Зібрані у ході попередньої бесіди дані, для зручності обробки, реєструвалися в розробленій нами карті обстеження, яку подано в додатку Б.

Обстеження стану експресивного та імпресивного мовлення осіб з афазією, які взяли участь у експериментальному дослідженні, проводилося за авторською методикою оцінки стану динаміки мовлення Л. С. Цветкової [244] з внесенням певних корективів.

Для зручності проведення діагностики нами були розроблені, з посиланням на розробку Н. В. Кошелевої, протоколи обстеження мовлення та гностико-практичних функцій (додаток Г), до змісту яких увійшли детально описані проби усіх завдань, що дозволяло відразу фіксувати набрані бали та проводити порівняльний аналіз у ході повторного обстеження.

Оцінка результатів обстеження мовлення проводилася за такими критеріями: максимальний бал, який виставлявся хворому за виконання завдання, дорівнював 30. Отже у тих завданнях, що містили 30 проб, за кожен правильно виконану пробу нараховувався 1 бал, у завданнях, які містили 15 проб – кожна з проб оцінювалася у 2 бали тощо. При оцінюванні відповіді хворого враховувалося: правильність форми відповіді, адекватність або неадекватність сенсу, самостійна корекція помилок, викривлення відповіді,

кількість спроб та ін. Залежно від цих показників діяла система штрафів за неякісне виконання завдання, що позначалося на загальній кількості балів.

При кількісному оцінюванні рівня виразності порушень мовленнєвої сфери та її компонентів у хворих з післяінсультною афазією визначалися коефіцієнти результативності виконання завдань, які дорівнювали сумі набраних балів. З метою виявлення і врахування всього якісного різноманіття виконання завдань та визначення рівнів розладу компонентів мовленнєвої сфери, у ході дослідження враховувалися проміжні значення коефіцієнтів між 0 і найвищим балом ( $0 \leq k \leq 30$ ). Це дало змогу рангувати розлади за ступенями їхнього прояву. Так, показник  $0 \leq k < 9$  вказував на глибокий розлад,  $9 \leq k < 13$  – розлад тяжкого ступеня,  $13 \leq k < 18$  – середньотяжкого,  $18 \leq k < 22$  – середнього,  $22 \leq k < 26$  – середньолегкого,  $k \geq 26$  вказував на легкий прояв порушення. Кількісний аналіз результатів оцінювання стану імпресивного та експресивного мовлення подано в додатку Д (таблиці Д.1 та Д.2).

Важливо зазначити, що описана система оцінювання використовувалась нами для: 1) оцінки вихідного стану мовлення в залежності від форми афазії і ступеня її виразності; 2) вимірювання динаміки та ефективності відновлення; 3) забезпечення й аналізу впливу різних факторів і методів на ефективність відновлення.

У межах імпресивного мовлення визначався стан розуміння хворим діалогу, співвіднесення слів з предметами, співвіднесення слів з діями, розуміння фраз та розуміння інструкцій.

При якісному оцінюванні можливості осіб з афазією *брати участь у діалозі та визначенні рівня розуміння зверненого мовлення* було встановлено, що у переважної більшості хворих тією чи іншою мірою спостерігалися певні труднощі, але порушення мали різний характер, оскільки обумовлювалися різними механізмами первинного дефекту. Так, у хворих з акустико-гностичною афазією порушення всіх видів усного імпресивного мовлення, що були виявлені, пов'язані з розладом у ланці акустичного аналізу та синтезу звуків мовлення, тобто в порушенні фонематичного слуху. Чим виразнішою

була афазія, тим гірше хворі розуміли звернене до них мовлення. Точне сприйняття слова замінювалося здогадками. Унаслідок неповного розуміння почутого, у комплексі з порушенням контролю за своїм мовленням, набувала змін адекватність оцінки свого стану, хворі недоусвідомлювали його, вважали себе здоровими. Переважно вони поводитися збуджено, багатослівно, метушливо. Нечіткість сприйняття на слух мовлення при аферентній моторній формі була пов'язана з вторинними порушеннями фонематичного слуху, зокрема з труднощами в розпізнаванні на слух слів зі звуками, які мали спільні ознаки за місцем і способом артикуляції.

При моторних формах афазії порушення розуміння зверненого мовлення в діалозі мали вторинний характер. Певною мірою хворі розуміли звернене ситуативне мовлення, але було зафіксовано труднощі його сприйняття, особливо в сенсibiliзованих умовах. Так, при еферентній моторній формі дефект зумовлювався інертністю протікання всіх видів мовленнєвої діяльності, порушенням так званого «відчуття мовлення» і предикативної функції внутрішнього мовлення. Аналіз розуміння зверненого мовлення у хворих з ураженням середньо- і задньолобних відділів кори головного мозку виявив достатню його збереженість. Хворі у повній мірі розуміли звернене до них мовлення, особливо в уповільненому темпі та з паузами.

Доцільно зазначити, що при оцінюванні рівня розуміння зверненого мовлення в діалозі створювалася картина відносного збереження розуміння мовлення усіма хворими, які взяли участь у дослідженні. Це пояснюється тим, що в дослідженні не брали участь хворі з тотальними проявами хвороби, а зафіксовані розлади, у деякій мірі, компенсувалися за рахунок надмірності та конкретності ситуації повсякденного мовлення, завдяки чому хворі, якщо і не розуміли почуте, то здогадувалися за обставинами.

У ході обстеження стану *розуміння мовлення на рівні слова* порушення були зафіксовані при усіх формах афазії. Якісний аналіз помилок дозволив встановити, що на перший план виступали, в залежності від форми афазії, або

помилки розпізнавання звуків (літеральні парагнозії), або заміни слів за змістом (вербальні парагнозії). Переважаючою помилкою при усіх формах афазії була семантична помилка. Проте у різних хворих порушення розуміння мовлення мало специфічні особливості, які залежали як від первинного дефекту, що лежав в основі кожного випадку афазії, так і від порушення рівня організації слова. При сенсорній афазії відзначалося більш грубе порушення розуміння слів-іменників, що виражалося у високому відсотку помилок і збільшенні часу проведення проби. У хворих відбувалася заміна лексико-семантичних частин слів і, як наслідок, втрачалася предметна віднесеність слова. Найважчими для розуміння були слова близькі за значенням та типом звукової близькості.

При моторних афазіях порушення розуміння мовлення на рівні слова відзначалися як у ланках розпізнавання звуків (аферентна форма), так і в ланках вибору слова з різних альтернатив у межах семантичного поля, і у ланці перешифрування логіко-граматичних конструкцій на одиниці значення і сенсу. Кількісні й якісні показники розуміння слів, що склалися з гоморганних та опозиційних звуків, виявилися меншими при усіх формах афазії. Дефекти розуміння слів із складною фонетичною структурою при аферентній формі були пов'язані з труднощами вимовляння цих слів. Характерною рисою вказаних хворих стало те, що вони відчували та намагалися виправити свої помилки.

При еферентній формі афазії у певній мірі хворі розуміли слова, хоча припускалися помилок у розумінні узагальнених слів, натомість при аферентній афазії, навпаки – мало місце розширення сенсу слова. На фоні вторинного порушення слухомовленнєвої пам'яті у хворих з афазією виникали труднощі демонстрації серії предметних зображень.

Розуміння слів, що позначали дію, при усіх формах афазії було порушеним більшою мірою ніж слів-іменників. Найбільш грубо цей дефект відзначався при сенсорній формі, дещо менше – при аферентній моторній, еферентній моторній та динамічній формах відповідно. При ураженні нижніх

відділів тім'яної ділянки лівої півкулі значні труднощі в розумінні спричиняли дієслова з префіксами, які, крім просторових ознак, відрізнялися й багатозначністю.

При визначенні рівня *розуміння фраз та інструкції* у хворих з афазією також були виявлені дефекти сприйняття мовленнєвого повідомлення, які теж пояснювалися специфікою механізмів порушення. Так, при аферентній формі, поряд з артикуляційними порушеннями, що призводять до нечіткості сприйняття на слух мовленнєвого повідомлення, спостерігався властивий для семантичної афазії прийменниковий імпресивний аграматизм. При еферентній моторній – хворі на слух не розрізняли граматично правильно і неправильно побудовані висловлювання. При динамічній – розуміння хворими елементарного ситуативного мовлення ускладнювалося з прискоренням пропонованих завдань; при демонстрації предметних зображень, частин обличчя спостерігалися персеверації, сповільнення, псевдовідчуження сенсу слова. При виражених передніх формах афазії виявлено порушення відчуття мовлення, труднощі в розумінні складних фраз, особливо інвертованих, що вимагають для свого розуміння перестановки елементів речення. Це пов'язано з недостатньою активністю хворих, інертною фіксацією їх уваги на значенні окремих елементів, з порушенням розуміння граматичних засобів мовлення.

Найгрубіші порушення розуміння фраз та інструкцій на слух спостерігалися при ураженні задньої третини верхньої скроневої звивини лівої півкулі головного мозку. Унаслідок порушення фонематичного слуху, у хворих утворювався дефект акустичного сприйняття звукового складу слова на етапі звукового розрізнення і, як наслідок – слово втрачало свою сталість, воно то упізнавалося хворим, то ні, змінювалося розуміння його змісту. Труднощі сприйняття на слух лексико-семантичної частини слова призводили до втрати його предметної віднесеності.

Отже, у ході аналізу результатів даних обстеження імпресивного мовлення хворих із післяінсультною афазією постраждалими виявилися усі

компоненти рецептивної мовленнєвої системи. Ступені проявів окремих дефектів по групі виявилися різними та неоднорідними.

Наступним етапом обстеження стало визначення особливостей порушення *експресивного мовлення* у хворих з післяінсультною афазією. У його межах досліджувалася можливість хворого брати участь у діалозі, називати предмети і дії, складати фрази і розповідь.

Можливість хворого з афазією брати *участь у діалозі*, окрім загальних чинників (обширність осередку ураження головного мозку, виразність дефекту та ін.), обумовлюється і самим дефектом, і перш за все механізмом його виникнення. Аналіз відповідей хворих у діалозі ще раз підтвердив це ствердження.

У хворих з еферентною формою апраксії артикуляційного апарату спостерігалися помилки в репродуктивному мовленні під час діалогу у вигляді персеверацій, мимовільних повторювань слів та складів, що пояснювалося нездатністю своєчасного перемикання з одного артикуляційного акту та інший. Хворим важко вдавалося виразити активно свою думку, оскільки через інертність уже вимовлених елементів ставало неможливим злиття складів у слово. Деякою мірою хворі компенсували ситуацію за рахунок зміни інтонації слів-емболів. У частини хворих відмічався виражений експресивний аграматизм, обумовлений порушенням предикативної функції внутрішнього мовлення, у іншій частини спостерігалася крайня інертність у виборі лексичних засобів мовлення, і як наслідок – вербальні парафазії та численні паузи.

Інший механізм порушення діалогічного мовлення спостерігався при аферентній моторній формі. Труднощі мовлення у цьому випадку були зумовлені порушенням симультанно-просторового контролю руху артикуляторних органів при вимовлянні звуків на фоні збереженої ситуативної динамічної сторони мовлення. Ускладнене вимовляння слів при відповіді на запитання насичувало мовлення хворих літеральними парафазіями, які вони старанно, але безрезультатно, намагалися виправити.



Втім, щоб хоча б якоюсь мірою компенсувати дефект при спілкуванні, хворі уповільнено підбирали неповні висловлювання, активно користувалися інтонаційно насиченими словами-емболами, виразною жестикуляцією та емоціями.

При акустико-гностичній формі, через розлад акустичного сприйняття і артикуляторної сторони внутрішнього мовлення, у відповідях хворих спостерігалось також безліч літеральних та вербальних парафазій, що ускладнювало розуміння сказаного ними. На фоні розладу самоконтролю за власним мовленням у більшості хворих воно було багатослівним, неінформативним, містило багато алегорій, неологізмів, сполучних слів. Граматично правильно побудовані висловлювання не доносили сенс думки хворих. Усвідомлення дефекту у хворих було порушеним.

При ураженні задньолобних відділів домінантної за мовленням півкулі, на фоні збережених сенсорних і моторних механізмів, а також здатності до репродуктивних форм мовлення, виявилася порушеною саме комунікативна функція мовлення. У хворих різною мірою зруйнувалася здатність будувати активне розгорнуте висловлювання, адже центральним дефектом цієї форми афазії є порушення внутрішнього програмування висловлювання та планування при складанні фраз. У діалогічному мовленні хворих часто спостерігалися мовленнєві шаблони та запозичення частини питання співрозмовника у граматично правильно побудованій формі, але з примітивною синтаксичною структурою. Хворих доводилось постійно стимулювати.

При вивченні порушень *номінативної функції*, яка відіграє важливу роль у формуванні й реалізації комунікативної і пізнавальної функції мовлення, встановлено, що ця функція є порушеною при всіх формах афазії. Однак доцільно зазначити, що при сенсорній та моторних формах ці дефекти є вторинними. При еферентній моторній афазії, навіть легкого ступеня, хворим не вдавалось перемикнути з одного складу на інший, вони затримувалися на ньому, виникали мовленнєві персеверації, контамації, не

піддавались вимові складні слова і їхні поєднання. Затримки на окремих елементах слів вторинно призводили до порушення цілісності ритмічної структури слова, його кінетичної рухової мелодії. Інтонація висловлювання характеризувалась розірваністю, відносною монотонністю. З важкістю також вдавалося визначення структури слова за складами. При підказці першого складу хворі вимовляли зовсім інше слово, з іншим змістом.

Хворі з аферентною кінестетичною моторною афазією перетворювали закриті склади на відкриті, подрібнювали збіг приголосних у складі, пропускали приголосні звуки. Цей дефект був обумовлений порушенням симультанного аферентного просторово-кінестетичного аналізу і синтезу рухів різних органів артикуляційного апарата, порушенням оцінки вибору артикуляції, просторового аналізу артикуляційного складу слова. Унаслідок порушення кінестетичної оцінки ступеня змички артикуляційних органів при проголошенні звуків, дезінтеграції рухів м'якого піднебіння і голосових складок ускладнювалося вимовляння слів при відповіді на запитання.

При динамічній афазії номінативна функція мовлення у хворих залишалася збереженою, але при спробах пригадати ім'я або прізвище знайомої людини, назви міста або вулиці спостерігалися певні труднощі, які зникали при підказці першого складу слова.

На відміну від динамічної, при сенсорній афазії підказки не допомагали, оскільки порушення мали зовсім інший характер. Літеральні парафазії у цьому разі зумовлювалися вторинним порушенням артикуляційного оформлення фонематичного слуху. При спробах вимовити слово хворі не шукали його найменування, а всіляко намагалися підібрати звукове його оформлення. І чим більше спроб робилося, чим уважніше прислуховувалися до слова хворі, тим більше втрачалися його звукові компоненти та ритміко-мелодійна основа, тим незрозумілішим ставав сенс слова. При спробах дати правильну відповідь за допомогою описання значення предмету хворі припускалися і вербальних помилок.

У спробах хворих за завданням самотійно складати *речення та розповідь за сюжетним зображенням* також фіксувалися особливості, характерні певним формам афазії. Так, при еферентній моторній формі провідний симптом порушення кінетичного аспекту мовлення призводив до дефектів автоматизованості, плавного перебігу усного мовлення. Затримки на окремих елементах слова під час вимови фрази призводили до вторинного порушення цілісності ритмічної структури слів, порушення їхньої кінетичної рухової мелодії. У фразах помилково повторювалися склади слова, цілком слова, між ними відмічалися паузи, втрачалася інтонація висловлювання, виникали персеверації, вербальні парафазії. Тривалі паузи зовні були схожими на амнестичні труднощі, але в їхній основі лежала інертність вибору лексичних засобів. У деяких хворих переважали проблеми лексичної побудови речення, а не складова структура слова. Унаслідок порушення предикативної функції внутрішнього мовлення дієслова переносилися у кінець речення або взагалі пропускалися. Вживання прийменників, флексій іменників та інших частин мовлення також викликало труднощі. При усіх цих дефектах хворі намагалися інтонувати своє мовлення та залучали міміку.

При аферентній моторній афазії середнього та легкого ступеня здатність будувати речення більш-менш виявилася збереженою. Чим краще збереглася вимова хворого, тим більш розгорнутішими були його фрази. У хворих із збереженою номінативною функцією при описанні сюжетних зображень з'являлася надмірна кількість іменників, що вживалися за типом «телеграфного стилю», але самі фрази будувалися правильно. Звертала на себе увагу відсутність амнестичних та артикуляційних труднощів, хоча в незначній мірі зустрічалися псевдодизартричні призвуки, літеральні парафазії, зниження темпу і штучність вимовляння слів, приглушення дзвінких та відсутність м'яких приголосних, але мовлення цих хворих залишалось предикативним.

У хворих з динамічною афазією, на фоні порушення внутрішнього програмування висловлювання, відзначалися труднощі в його плануванні при

складанні фраз. Мовлення хворих доводилось постійно стимулювати. Граматичні конструкції речень і висловлювань були або неповними, або надмірними, порушувався порядок слів у реченні. У першому випадку з речень випадали предикати, прийменники, займенники, пропускалися суб'єкти, вживалися нерозгорнуті короткі і прості фразеологічні звороти, часто вживався називний відмінок, що надавало фразам «рубаний» характер. Надмірність фраз проявлялась повторюваністю суб'єктів замість вживання займенників, надлишком вступних слів і сполучень, присутністю мовленнєвих шаблонів. При переказі за сюжетним зображенням хворі будували окремі фрази, не пов'язані загальним змістом, не акцентували уваги на смислові ланки.

Хворі з сенсорною афазією загалом були спроможними усно переказувати сюжетне зображення, хоча висловлювання будувалися фрагментарно і містили відомості, що не мали прямого відношення до сюжету. Унаслідок слухової лабільності й розладу самоконтролю за власним мовленням фрази були нелаконічними, перенасичувалися зайвими словами, із ускладненою синтаксичною та лексичною структурою.

На підставі отриманих вище результатів і коефіцієнтного вираження рівнів розладу компонентів імпресивного та експресивного мовлення було визначено загальний коефіцієнт мовленнєвої сфери хворих за такою формулою:

$$k_{mc} = \frac{k_1 + k_2 + k_3 + k_4 + k_5 + k_6 + k_7 + k_8 + k_9 + k_{10}}{10}, \text{ де}$$

$k_{mc}$  – загальний коефіцієнт мовленнєвої сфери;  $k_1, k_2, k_3, \dots$  – коефіцієнти результативності виконання завдання;  $10$  – загальна кількість завдань.

Отримані дані дозволили провести розподіл хворих з післяінсультною афазією за рівнями розладу мовлення (таб. 2.1).

Розподіл учасників експерименту за рівнями розладу мовлення

Рівень розладу	Кількість осіб	
	Абс.	%
Легкий	7	6,8
Середньолегкий	11	10,7
Середній	12	11,6
Середньотяжкий	26	25,2
Тяжкий	32	31,1
Глибокий	15	14,6

Порівнюючи профілі виразності порушень імпресивного та експресивного мовлення, варто зазначити, що компоненти продуктивної сторони мовленнєвої системи у хворих з післяінсультною афазією, які взяли участь у дослідженні, постраждали більшою мірою, ніж рецептивної. У хворих з переважним ураженням передньої мовленнєвої зони виявилось більш порушеним усне експресивне мовлення, тобто висловлювання. У хворих з ураженням задньої мовленнєвої зони відзначено порушення усного імпресивного мовлення, тобто первинними виявилися дефекти розуміння. Усне ж мовлення у цьому випадку не мало порушень у плавності висловлювання, а на перше місце виступали переважно дефекти лексики – її багатозначності, точного вибору потрібного слова або потрібної фонемі тощо.

Більш збереженою, у порівнянні з іншими компонентами експресивного мовлення, у хворих, які взяли участь у дослідженні, відмічено здатність брати участь у діалозі, проте рівень коефіцієнтів за цим показником не досягав меж легких порушень, і утримувався в діапазоні від тяжких до середньолегких. Здатність називати слова, що позначають предмети, виявилася дещо менш порушеною, ніж здатність називати дії. Діапазон коефіцієнтів за цими показниками сягав меж від дуже тяжкого до середнього рівня розладу. Переважно середньотяжкого, тяжкого та дуже тяжкого рівня ураження

виявилася здатність хворих складати речення та розповідь за сюжетним зображенням.

Показники розуміння діалогу хворими, серед інших форм імпресивного мовлення, при обстеженні виявилися найвищими. Хоча у декількох хворих і було зафіксовано тяжкий рівень розладу цієї функції, переважну більшість склали порушення середньолегового та легкого ступеня. Розлади середньотяжкого та середнього рівня склали меншість. Коефіцієнти розуміння слів, що позначають предмети та дії, варіювали в межах від легкого до глибокого рівня розладів, проте переважну більшість склали показники середньотяжких та середніх порушень. Розуміння фраз та інструкцій виявилось на рівні від глибоких до середніх порушень і в загальній картині стану імпресивного мовлення хворих цей компонент виявився найбільш постраждалим.

Обстеження пов'язаної з мовленням гностико-праксічної сфери хворих з афазією післяінсультного стану здійснювалося за методикою комплексного нейропсихологічного обстеження стану гностико-праксічних функцій, розробником якої є О. Р. Лурія, із застосуванням модифікованих варіантів Т. Г. Візель та В. М. Шкловського та ін. [41; 132; 166; 184; 187; 202; 209; 258; 259; 266; 268].

У межах нейропсихологічного обстеження гностико-праксічного забезпечення мовлення досліджувалися функціональні системи, що мають безпосередній зв'язок з мовленнєвою сферою, а саме: зоровий предметний, симультанний, оптико-просторовий, сенсомоторний та акустичний гнозис, а також кінестетичний мануальний, оральний, мімічний, динамічний, символічний та конструктивний праксис.

Відповідно до прийнятих варіантів стандартизації та кількісної оцінки лурієвських методів нейропсихологічного обстеження нами проведена кількісна оцінка всіх результатів нейропсихологічних тестів з опорою на аналіз структури завдання і якісний аналіз його виконання.

Балова оцінка гностико-праксичного забезпечення мовлення була організована як система штрафів, тобто чим гірше виконується проба, тим вищий бал.

Успішність виконання кожного завдання умовно була подана 4-бальною системою – 0, 1, 2, 3. При цьому оцінка «0» – відсутність помилок або «неспецифічні» помилки для тієї чи іншої проби, властиві і здоровим випробуваним, наприклад, такі як орфографічні помилки при письмі та ін. Оцінки «1», «2», «3» відповідно позначали виразність порушення. При якісному аналізі результатів описувалися можливі неточності й помилки у виконанні завдань пацієнтом.

З огляду на те, що кількість тестів за кожною сферою була різною і основу нейропсихологічного підходу складало гнучке тестування, тобто можливість скорочення або розширення обстеження в кожному індивідуальному випадку, адекватність порівняльного аналізу забезпечувалась тим, що сумарний бал по кожній психічній сфері ділився на число проведених проб.

Кількісне вираження результатів дало змогу об'єктивувати стан хворих, які взяли участь у дослідження, ступінь виразності та динаміку дефектів у процесі реабілітаційно-корекційного впливу, а також порівняти індивідуальні і групові результати при статистичній обробці.

Результати нейропсихологічного обстеження за немовленнєвими шкалами, що відображають гностико-праксичне забезпечення мовлення пацієнтів, фіксувалися у спеціально розробленому протоколі (додаток Г).

Якісний аналіз порушень зазначених функціональних систем дозволив встановити особливості їхнього перебігу в осіб, які взяли участь у дослідженні, визначити первинні та вторинні механізми виникнення мовленнєвих розладів у конкретних хворих.

Так, у ході обстеження було виявлено, що у хворих, які взяли участь у дослідженні, з локалізацією вогнища у задньо-нижніх відділах премоторної ділянки лівої, домінантної за мовленням півкулі, первинний дефект

порушення кінетичної мелодії рухового акту виявився не лише в мовленнєвій сфері. При наданні хворим з цією патологією завдань на перемикання з пози на позу, їх виконанню перешкоджали негрубі персеверації, синкінезії, збої у порядку дій, скованість, або навпаки, нездатність стримувати рух, пригальмованість координації рухів. Дефекти динамічного праксиса проявлялися не лише як наслідок розладу кінетичної програми здійснення рухів, але й як наслідок пригнічення минулого досвіду раніше закріплених рухових стереотипів. З помилками виконувалися й інші завдання: визначення пози, орієнтування у просторі, визначення правої та лівої сторони. Міміка хворих була не виразною. Конструктивний праксис залишався збереженим повною мірою: складання фігур із сірників вдавалося без особливих труднощів, зразки відтворювалися точно. Артикуляційної апраксії при цій формі афазії теж не було виявлено, хоча символічний оральний праксис дещо пригальмовував. Порушень зорового та слухового гнозиса виявлено не було.

Розлади рухової сфери, за винятком парезів та паралічів, були також зафіксовані і при аферентній моторній афазії, але механізм їхнього перебігу мав дещо іншу структуру. При обстеженні стану аферентних синтезів довільних рухів у хворих з аферентною формою афазії були виявлені кінестетичні дефекти відтворення поз як руки, так і артикуляційних органів. При копіюванні положень кисті руки екзаменатора хворим вдавалися лише прості орієнтування під постійним зоровим контролем. Незважаючи на порушення просторових співвідношень при виконанні складних рухових актів, зорова організація зовнішніх просторових координат у хворих залишилася збереженою, за рахунок чого і відбувалася компенсація дефекту. У більшості випадків характерними були численні хаотичні пошуки пози, помилки, збільшення латентного періоду. Відтворювати пози пальців рук за попереднім зразком також не зовсім вдавалося, а деякі хворі взагалі виявилися неспроможними виконувати завдання.

У частини хворих, які взяли участь у дослідженні, внаслідок порушення послідовності окремих рухів у плані або задумі складних дій, різною мірою



виявився порушеним символічний праксис. Окремим хворим самотійно вдавалося виправляти допущені помилки, інші – спиралися на зоровий контроль, а дехто – не обходився без сторонньої допомоги.

У низки хворих спостерігалися аналогічні труднощі у відтворенні окремих оральних поз. Під час пошуку потрібної інервації спливали раніше сформовані стереотипи, спостерігалися рухові персеверації. Із зоровою опорою деякою мірою дефекти долалися легше. Деяким хворим з аферентною моторною афазією важко вдавалися завдання на конструювання, оскільки збивався правильний напрям дій через розлади аферентної ланки просторово-кінестетичної організації рухів. Завдання на визначення стану зорового та слухового гнозиса виконувалися хворими в повному обсязі.

У синдромі ураження задньолобних відділів лівої півкулі головного мозку, який зумовлює динамічну афазію, артикуляційний та оральний праксис хворих, які взяли участь у дослідженні, майже не зазнав уражень. При обстеженні динамічного праксиса у таких хворих були зафіксовані легкі персеверації – під час перемикання з одних завдань на інші. У конструктивній діяльності та при орієнтуванні у просторі помітними були труднощі у програмуванні та плануванні своїх дій. Змін у зоровому та слуховому гнозисі зафіксовано не було.

Дещо інший характер порушень гностико-праксичних функцій був властивий хворим з вогнищем ураження у верхньому відділі лівої скроневої ділянки. Під час обстеження усіх видів праксиса встановлено, що здатність здійснювати тонкі цілеспрямовані рухи і дії у хворих була достатньо збережена. Хоча виникали труднощі, пов'язані з відчуженням сенсу слова в назвах частин тіла, що призводило до часткового нерозуміння інструкції хворими. Зоровий гнозис хворих цієї категорії був без особливостей.

Вираженим розладом у хворих з сенсорною афазією став дефект слухового гнозиса. При виконанні завдань виникали проблеми в повторенні ритмічних структур, особливо при поданні їх у прискореному темпі й ускладненні змісту. Різною мірою хворим вдавалося відтворювати нескладні

постукування з опорою на лічбу, але серійне виконання аналогічної структури безпомилково не вдавалося. Взагалі, слухова увага хворих була різко пригніченою, навколишні шуми не мали для них значення, хворі їх не розуміли.

Для зручності проведення кількісного аналізу результатів обстеження гностико-праксичних функцій, що задіяні у забезпеченні мовлення, визначалися коефіцієнти результативності виконання завдань, які дорівнювали сумі набраних балів [190; 167]. Оскільки нарахування балів за кожне виконане завдання відбувалося за системою штрафів від 0 до 3, де нормою вважався 0, на глибокий ступінь розладу гнозиса вказував коефіцієнт ( $k_g$ ) 15, а на глибокий розлад праксиса коефіцієнт ( $k_n$ ) 21.

Для того, щоб перейти до загального показника стану гностико-праксичних функцій кожному складову було переведено до значень від 0 до 3.

У такому разі значення  $0 \leq k_g \leq 15$  буде мати вигляд  $0 \leq \frac{1}{5} k_g \leq 3$ , а значення  $0 \leq k_n \leq 21$  перетвориться у  $0 \leq \frac{1}{7} k_n \leq 3$ .

Загальний показник стану гностико-праксичних функцій можна виразити наступною формулою:

$$k_{гнз} = \frac{1}{5} k_g + \frac{1}{7} k_n, \text{ де}$$

( $k_{гнз}$ ) – коефіцієнт стану гностико-праксичних функцій.

У такому виразі показник  $k_{гнз}$  приймає значення від 0 до 6, що дає змогу розглядати такі ступені розладу гностико-праксичних функцій:  $0 \leq k_{гнз} < 1$  – норма;  $1 \leq k_{гнз} < 2$  – легкі порушення;  $2 \leq k_{гнз} < 3$  – середньолегкий ступінь розладу;  $3 \leq k_{гнз} < 4$  – середньотяжкий ступінь;  $4 \leq k_{гнз} < 5$  – тяжкі порушення;  $5 \leq k_{гнз} \leq 6$  – глибокі порушення. Розподіл хворих досліджуваної групи за рівнями розладу гностико-праксичних функцій подано у таблиці Д.3 додатку Д.

З таблиці видно, що показники порушення як гнозиса, так і праксиса знаходилися в межах від легких до тяжких розладів. Найбільшу кількість випадків склали розлади середньотяжкого та дещо менше середньолегкого

ступенів. У межах норми та незначних змін виявлено лише 19,4 % випадків, що підтверджує єдність функціонування мовлення, гнозиса та праксиса. Найбільш порушеними вони виявилися у хворих з сенсомоторною та комплексною моторною афазією. У хворих з аферентною моторною, еферентною моторною та з динамічною формами більш виразною виявилася апраксія, а у хворих з акустико-гностичною формою – агнозія.

Узагальнення результатів аналізу одержаних у процесі констатувального експерименту даних дозволило дійти висновку, що в хворих з післяінсультною афазією, які взяли участь у дослідженні, спостерігаються розлади переважно або симультанного виду синтезу (спійняття у просторі – тактильне, зорове тощо), або сукцесивного (синтез послідовних стимулів, які реалізуються у часі – слух, програма рухів тощо).

Наступним етапом нашого дослідження стало вивчення рівнів усвідомленості розладу свого мовлення хворими з афазією, що взяли участь у дослідженні. Якісна і кількісна оцінка здійснювалася на підставі спостережень під час бесіди з хворим та під час нейропсихологічного обстеження та дозволила судити про адекватність самоконтролю хворих над своїм мовленням і глибину його порушення.

Під час обстеження було виявлено, що критика свого стану майже у всіх хворих у тій чи іншій мірі була порушеною. Виразність усвідомленості дефекту мала різний характер – від майже повного загального розуміння того, що мовлення порушене, до явної неусвідомленості розладу. Характер порушень теж був різним – деякі хворі допускалися незначних літеральних або вербальних помилок у власному мовленні, проте розуміли, що загалом воно у них порушене. Деякі хворі навпаки – попри величезну кількість помилок у мовленні вважали себе здоровими і виражали незадоволення, коли їм вказували на помилки.

За результатами кількісного оцінювання рівня усвідомленості дефектів свого мовлення хворими з післяінсультною афазією виявлено, що у більшій мірі розуміння власної неспроможності виявилось порушеним у хворих з

комплексною сенсомоторною афазією. Дещо кращий результат показали хворі з сенсорною формою, однак усвідомленість мовленнєвих вад була на низькому рівні. Більш адекватно оцінювали стан свого мовлення хворі з моторними афазіями. Вони помічали більшу кількість помилок, намагалися їх виправити, відчували труднощі, переймалися цим і соромилися. У хворих з динамічною афазією критичне ставлення до свого стану було дещо зниженим, а прагнення до спілкування обмеженим.

Для виділення ступенів розладу усвідомленості дефекту свого мовлення визначався коефіцієнт ( $k_{y\partial}$ ), який також дорівнював сумі набраних балів за результатами спостереження за хворими, які взяли участь у дослідженні, і набував значення від 0 до 3. Таким чином, значення  $k_{y\partial} = 0$  вказувало на норму;  $k_{y\partial} = 1$  – на легкий ступінь розладу усвідомлення дефекту свого мовлення;  $k_{y\partial} = 2$  – середній ступінь;  $k_{y\partial} = 3$  – тяжкий ступінь. Результати розподілу хворих за ступенем розладу усвідомлення дефекту свого мовлення подані в таблиці Д.4 додатку Д.

У ході вивчення реакцій особистісних утворень на різку зміну мовленнєвого статусу хворих з післяінсультною афазією, які взяли участь у дослідженні, обстежувалися такі особистісні утворення як самооцінка, рівень домагань та тривожність. Загалом варто зазначити, що в усіх хворих показники досліджуваних категорій дуже різнилися і по-своєму доповнювали синдром афазії.

Для дослідження самооцінки ми застосовували модифікацію метода полярних профілів Дембо-Рубінштейн, розроблену Ж. М. Глозман з колегами для хворих з ураженнями головного мозку.

При дослідженні самооцінки виявлено, що при всіх формах афазії вона зазнала достатньо значних порушень, на що вказували зміщення показників тестування у сторону крайніх меж шкали та наявність у відповідях крайніх неадекватних оцінок. Найбільша кількість відхилень від позначки 0 за всіма шкалами відзначалася у сторону від'ємних значень, тобто заниженої самооцінки, що вказувало на непевненість хворих у собі, очікування

негативних реакцій до себе з боку інших, відчай, безпорадність, зниження значущості у своєму погляді. Цю категорію склали переважно хворі з моторними формами афазії. Після обстеження, що проводилося в дуже обачній, обережній формі, у хворих з'являлися відчай, занепокоєння, тривога, замкнутість або гнів, вони жалілися на життя, на рідних, на себе.

Неадекватність самооцінки при сенсорних розладах характеризувалася пригніченням відчуття і переживанням дефіциту вербальної комунікації через зміни в ланці контролю за своїм мовленням. Тому усвідомлення своїх комунікативних можливостей у цих хворих було дещо порушеним.

У хворих з динамічною формою афазії відмічалися зміни самооцінки як у сторону її завищення, так і заниження. Розподіл учасників дослідження за рівнем їхньої самооцінки подано в таблиці Д.5 додатку Д.

Під час вивчення рівня адекватності домагань хворих з післяінсультною афазією, які взяли участь у дослідженні, як особистісного утворення, важливим для нашого дослідження було визначення, як впливає успішне або неуспішне виконання завдання на вибір ступеня складності подальшого завдання. За результатами проведених проб були виділені такі рівні адекватності домагань хворих: неадекватний занижений, адекватний та неадекватний завищений. Кількісний розподіл хворих подано в таблиці Д.6 додатку Д.

У ході експерименту виявлено такі особливості адекватності домагань в хворих з афазією. Адекватний, тобто такий, що відповідав здібностям хворого, рівень домагань спостерігався лише у 8,7 % хворих, які взяли участь у дослідженні. Респонденти цієї групи, після вдалого вирішення першого завдання, обирали наступним більш складне, тобто вважали себе здатними до його вирішення. У разі труднощів переходили до завдань меншої складності. У поведінці хворі були критичними в оцінці досягнутого, більш-менш наполегливими в досягненні мети, продуктивними і впевненими у своїх силах.

Неадекватний рівень домагань проявлявся як заниженням, так і завищенням своїх можливостей, некритичністю оцінки досягнутого, помилковістю прогнозу. У хворих спостерігалось підвищене хвилювання, невпевненість у своїх силах, острах ситуацій змагання. Завищували свої можливості переважно хворі з ураженням задніх відділів кори головного мозку, особливо з сенсорним компонентом, та інколи хворі з ураженнями біляфронтальної ділянки кори головного мозку.

У більшості респондентів, які взяли участь у дослідженні, виявився нереалістично занижений рівень домагань. Цю групу склали хворі переважно з осередками ураження у прецентральної, постцентральної та задньолобної ділянках домінантної за мовленням півкулі. Чим виразнішими були прояви афазії, тим нижчим був початковий рівень домагань хворих. При сенсорній формі такої залежності виявлено не було. Варто зазначити, що деякі хворі, які взяли участь у дослідженні, обирали легші завдання, оскільки не були впевненими у своїх силах і відчували острах не впоратися зі складнішим завданням, а інші хворі просто прагнули таким чином підтримувати свій успіх.

Аналіз рівня тривожності хворих з післяінсультною афазією, які взяли участь у дослідженні, дозволив встановити значні відхилення від показників помірної тривожності. У поведінці респондентів відзначалась певна напруженість, занепокоєння, знервованість, зниження уваги. За результатами констатувального експерименту встановлено, що реактивна тривожність у хворих проявлялася більшою мірою, ніж особистісна. Ці результати співпали з результатами досліджень Ж. М. Глозман, В. В. Зоткіної, Л. С. Цветкової та А. А. Циганок [58; 239] і вказують на особистісну реакцію хворих на розлад власного мовлення, різку зміну свого мовленнєвого статусу і на захворювання загалом.

Визначення ступенів прояву тривожності відбувалося на основі показників коефіцієнтів реактивної та особистісної тривожності ( $k_{pm}$  та  $k_{om}$ ), які набували значення від 20 до 80. Значення у 30 балів вказувало на низький

рівень тривожності, від 31 до 44 – на помірний, 45 і більше – на високий рівень. Розподіл хворих за рівнями тривожності подано в таблиці Д.7 додатку Д.

Доцільно зазначити, що результати спостереження дозволили відзначити, що чим вищий рівень тривожності спостерігався у хворих, тим більше у них проявлялася схильність до замкнутості, обмеженості в контактах, невпевненості, тим більш малоймовірними ставали задоволений стан, спокій, гармонія, мрії. Підвищена тривожність також проявлялася підвищеною чутливістю, відсутністю інтересу до незнайомої діяльності, неспокоєм у безпечних ситуаціях тощо. Ці стани корелювали з глибиною проявів афазії і ще раз підтвердили як структурну, так і функціональну природу порушення особистості хворого при афазії, коли дефекти є і структурним компонентом синдрому афазії і водночас проявляються як реакція на хворобу та зміну соціального статусу.

Узагальнюючи вищевикладене, варто зазначити, що проведене в ході констатувального експерименту комплексне дослідження стану мовленнєвої, гностико-праксичної та особистісної сфер хворих з післяінсультною афазією дало змогу виявити значні стійкі порушення, що впливають на стан їхнього мовленнєвого спілкування. Встановлені розлади не є однорідними, поєднують первинну і вторинну природу, мають велику варіабельність, і не можуть бути пояснені простим описом їхніх поєднань.

Виявлені якісні та кількісні відхилення в ланці готовності до реалізації мовленнєвого спілкування в смисловому і операційному відношенні, функціонування імпресивного та експресивного мовлення, гностико-праксичної та особистісної сфер хворих, які взяли участь у дослідженні, свідчать про складний міжсистемний характер порушення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану, що вимагає розробки, впровадження та визначення ефективності адекватної методики відновлення окреслених порушень.

## Висновки до другого розділу

На етапі констатувального експерименту дослідження основна увага зосереджувалася на виявленні особливостей порушеного мовленнєвого спілкування, зокрема в ланці готовності до реалізації мовленнєвого спілкування в смисловому і операційному відношенні, функціонування імпресивного та експресивного мовлення, гностико-праксичної та особистісної сфер хворих, які взяли участь у дослідженні.

Опора на психолінгвістичну модель готовності до мовленнєвого спілкування уможливила диференційований підхід до організації констатувального експерименту і дозволила уникнути ототожнення понять «спілкування» і «мовлення», структурні компоненти яких змістовно відмінні й по-різному впливають на продуктивність перебігу комунікативної діяльності осіб із порушеннями мовленнєвого спілкування.

З позиції діяльнісного підходу в структурі спілкування виділяють такі основні компоненти, що забезпечують ефективність функціонування комунікативної діяльності: предмет спілкування, потреба і мотиви, комунікативні якості, організація взаємодії, стиль спілкування, його засоби і результат.

Із застосуванням методів спостереження, інтерв'ювання і тестування в осіб з післяінсультною афазією виявлені такі особливості структурних компонентів мовленнєвого спілкування:

1. Низький стан потреби у спілкуванні водночас у поєднанні з потребою в налагодженні його заради знаходження безпеки, зниження страху, внутрішньої тривоги і невпевненості. Встановлено, що найбільш значущими в цей період є базисні за своїми характеристиками вітальні (біологічні) і квазівітальні потреби, покликані забезпечити їхнє індивідуальне існування, потребу в економії сил, що спонукала хворих шукати найбільш короткий, легкий і простий шлях до досягнення своїх цілей. Принцип економії сил покладено в основу корекції і вдосконалення особою з післяінсультним станом соціальних навичок, але водночас спостерігалися випадки їхньої



трансформації в пристосування, в лінощі, в надмірну вимогливість. Серед соціальних потреб особливо виділялася потреба наслідувати норми, прийняті в суспільстві, яка розумілася ними як така, що нормує задоволення від усіх інших вітальних, соціальних потреб;

2. Майже суто (винятково) побутовий стиль їхнього спілкування, який, загалом, не відповідав загальноприйнятим нормам, міг містити діалектні та жаргонні вирази, що використовуються в певній місцевості або представниками певної професії чи виду діяльності;

3. Емоційну реактивність (емоційна низька вразливість у ставленні до навколишньої дійсності та до самих себе, характерні бурхливі реакції при успіхах або невдачах у спілкуванні, реактивна депресія (пригніченість, тривожність); афективно-шокові реакції (реакції на хворобу, паніка) з характерною або безладною руховою активністю, або повною загальмованістю;

4. Тяжкі порушення комунікативних якостей (невисока швидкість встановлення ними контактів у спілкуванні, надто уповільнені реакції на дії афазіолога й інших людей; вузьке коло спілкування; труднощі переходу від спілкування з одними людьми до інших у запропонованих різних видах діяльності; переважно емоційна скутість; низька варіативність у способах спілкування).

5. Тяжкі порушення засобів мовленнєвого спілкування (основних аспектів імпресивного й експресивного мовлення) та психолого-фізіологічних механізмів (гностико-праксичної сфери) їхнього забезпечення.

Встановлено, що у 70,9 % осіб з афазією розлади мовленнєвої функції проявилися в глибокій, тяжкій та середньотяжкій формах. У 68 % хворих найбільш постраждалим виявилось експресивне мовлення на рівні можливості складати речення (глибокий та тяжкий ступінь) та у 77,7 % на рівні можливості складати розповідь; у 64,1 % хворих зафіксовано тяжкі та середньотяжкі розлади в називанні слів, що позначають дії, та у 67,9 % – що позначають слова-предмети. Виразні порушення імпресивної сторони

мовлення також були характерними для переважної кількості хворих: у 65 % відзначено тяжкі та глибокі розлади розуміння розповіді, у 56,3 % – розуміння інструкції, у 72,8 % виявлено середньотяжкі та середні розлади розуміння слів, що позначають предмети; 69,9 % хворих мали аналогічні за ступенем проблеми з розумінням слів-дій.

6. Порушення гностико-практичних механізмів забезпечення мовлення, які констатовано у 92,2 % осіб з афазією, з них майже у 35,9 % – легкого та середньолегкого ступеня, і у 56,3 % – важкого та середньотяжкого ступеня. У ході обстеження усвідомленості хворими з афазією дефектів свого мовлення виявлено: легкий ступінь порушення усвідомленого оцінювання у 20,4% осіб, середньотяжкий – у 47,6 %, важкий ступінь порушення – у 32 %.

7. Різний ступінь показників особистісних утворень, зокрема самооцінки: у 45,5 % хворих виявилася вкрай заниженою, у 43,7 % – середньо та помірно заниженою, у 10,7 % хворих її неадекватність проявлялася завищенням. Дослідження рівня адекватності домагань виявило його заниження у 56,3 % осіб, завищення – у 35 % і лише у 8,7 % він відповідав здібностям хворих із афазією. Рівень тривожності у всіх хворих виявився помірно високим та високим; реактивна тривожність проявлялася більшою мірою, ніж особистісна.

Отже, комплексне дослідження стану мовленнєвого спілкування в осіб з післяінсультною афазією дозволило виявити складні стійкі його порушення, що мають міжсистемний характер, та підтвердило необхідність визначення педагогічних умов оптимізації корекційно-відновлювального навчання та розробки методики відновлення мовленнєвого спілкування.

Основні наукові положення розділу викладено в публікації [143].

### **РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕТОДИКА ВІДНОВЛЕННЯ МОВЛЕННЄВОГО СПІЛКУВАННЯ ПРИ АФАЗІЇ У ОСІБ ПІСЛЯІНСУЛЬТНОГО СТАНУ**

#### **3.1. Педагогічні умови оптимізації процесу відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану**

У сучасних корекційно-педагогічних дослідженнях, що порушують питання вдосконалення функціонування педагогічних систем, з метою підвищення ефективності корекційного процесу, одним з аспектів розглядається виявлення, обґрунтування й перевірка педагогічних умов, що забезпечують успішність здійснюваної діяльності. Врахування цього аспекту вимагає конкретизації змісту понять «умови» і «педагогічні умови» стосовно процесу відновлення мовленнєвої функції у осіб з післяінсультною афазією.

У філософії поняття «умова» розуміють як категорію, що виражає відношення предмета до навколишніх явищ, без яких він існувати не може. Сукупність конкретних умов цього явища утворює середовище його протікання, від якого залежить дія законів природи та суспільства [235; 497].

У педагогіці умова розглядається як сукупність змінних природних, соціальних, зовнішніх і внутрішніх факторів, що впливають на фізичний, моральний, психічний розвиток людини, її поведінку, виховання і навчання, формування особистості [182; 36]. Умова в педагогічному аспекті характеризується кількома положеннями: 1) умова є сукупність причин, обставин, будь-яких об'єктів і т. ін.; 2) позначена сукупність впливає на розвиток, виховання і навчання людини; 3) вплив умов може прискорювати або уповільнювати процеси розвитку, виховання і навчання, а також впливати на їхню динаміку й кінцеві результати [85; 9].

У нашому дослідженні під педагогічними умовами оптимізації процесу відновлення мовленнєвого спілкування ми розуміємо спеціально створене педагогічне середовище, що сприяє відновленню мовленнєвого спілкування,

яке відображає сукупність внутрішніх елементів, що забезпечують особистісний аспект суб'єктів відновлювального процесу, і зовнішніх, що сприяють реалізації процесуального аспекту системи складових, які забезпечують її ефективне функціонування та подальший розвиток.

Від педагогічних умов оптимізації відновлювального середовища, вибору спеціальних засобів, методів, форм навчання, у якому реалізуються заплановані завдання, залежить результат педагогічного процесу.

Гіпотетично передбачається, що ефективному результату корекційно-відновлювального навчання в роботі з відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану передусім сприятиме добір адекватних виявленим порушенням методик впливу на дефект. Таким чином перша педагогічна умова – *диференційовано-інтегрований підхід до визначення напрямів впливу на дефект.*

Теорія і практика відновлювального навчання за останній час збагачена великою кількістю наукових даних. Його методологія й основні принципи визначаються насамперед тим, що зазначені порушення є наслідком локальних уражень мозку. Відсутність у цих випадках первинних розладів мислення, пам'яті, уваги, що зазвичай виникають унаслідок дифузних уражень мозку, зумовлюють специфіку використовуваних прийомів роботи. Крім того, останні залежать від конкретних форм афазії, які, в свою чергу, визначаються характером осередку ураження, його розмірами і локалізацією.

Застосування різноманітних методів навчання при афазії, як правило, спрямоване на відновлення розуміння хворим зверненого мовлення, називання, повторення, читання, письма та ін. Однак, незважаючи на позитивний ефект відновлення різних мовленнєвих функцій, хворі часто зазнають значних переживань при спілкуванні з оточуючими людьми [94; 169; 242; 288; 291]. Відповідно до проблеми постає вимога до відновлювального навчання у використанні таких напрямів і методів впливу, які сприятимуть відновленню не ізольованих операцій або дій хворої особи, а відновленню його діяльності. Корекційно-відновлювальний процес повинен

спрямовуватися на повернення колишніх, де це можливо, або на створення нових механізмів здійснення функції.

Визначення напрямів відновлювального навчання повинно керуватися передусім особливостями стану готовності до мовленнєвого спілкування, механізму розладу мовленнєвої функції, механізму порушення гностико-практичного забезпечення мовлення, з урахуванням особливостей особистісних реакцій хворих, що зумовлює диференційованість підходу до методів відновлення мовленнєвого спілкування, і є одним з найважливіших аспектів проблеми логопедичної реабілітації. Проте не менш суттєвою стороною є застосування загальних методів впливу на дефект, що визначаються загальними методичними підходами.

Диференційований вплив на дефект зумовлюється великою варіативністю проявів синдрому афазії. Основною вимогою до методів є їх адекватність механізму порушення мовлення. Відновлювальне навчання будується не від симптому, а від його механізму. Усі форми афазії суттєво різняться одна від одної за основним механізмом, за клінічною картиною і за психологічною структурою порушення мовлення. Ураження передньої мовленнєвої зони (еферентна моторна і динамічна афазія) призводить до порушення синтагматики мовлення, до дефектів реалізації моторної програми і до порушення активності й динаміки протікання мовлення, її предикативності. При ураженні задньої мовленнєвої зони (сенсорна, аферентна моторна, акустико-мнестична і семантична афазія) виникають порушення парадигматичної сторони мовлення. Вказані дефекти виявляються передусім з боку багатозначності слів, їх взаємовідносин у середині фрази, взаємозв'язку з чуттєвою основою слова. У хворих руйнуються предметно-образні уявлення [131; 241; 258; 264 та ін.].

При ураженні передніх відділів мовленнєвої зони виникають дефекти контекстного використання слів або конструкцій речень. Тому в цих випадках більш грубо порушується граматики мовлення, хворі втрачають здатність самостійно формулювати речення, висловлювання. При ураженні задніх

відділів мовленнєвих зон кори головного мозку контекстна синтагматична організація висловлювання залишається первинно збереженою, однак порушується використання парадигматично організованого лексичного складу мовлення [258].

Відновлення вторинних розладів акту мовленнєвого спілкування у хворих з афазією передбачає відновлення розгорнутого, граматично і лексично правильно оформленого, спонтанного мовлення. Робота за цим напрямом передусім повинна провадити стимуляцію здатності адекватно осмислювати та розуміти мовлення, як у межах одного взятого речення або фрази, так і цілого тексту – від короткого простого до більш розгорнутого і складного. Вплив за цим напрямом повинен спрямовуватися на розвиток мовленнєвого мислення, відновлення вміння логічно думати і формулювати фрази.

Чим багатший словниковий запас хворого, тим більш повним і розгорнутим буде фразове мовлення пацієнта. Тому робота над збагаченням словника повинна проводитися шляхом його поповнення, а саме: дієслівною лексикою, іменниками, прикметниками, прислівниками, на підбір слів антонімів, синонімів, а також на правильне вживання їх при складанні речень, оповідань, у своїй промові.

Нерідко частини слова, наголос, або слово, близьке за звучанням, створюють для хворого труднощі у правильному його осмисленні та призначенні. У цьому разі обов'язковою є робота над змістовною структурою слова, яка полягає в перетворенні різного роду словоформ (від дієслів у іменники; від іменників – у прикметники, прислівники; слова зі зменшувальним значенням і т.д.).

Одним із важливих напрямів відновлювальної роботи є також вплив на розгорнуте фразове мовлення. За цим напрямом у пацієнтів здійснюється розвиток здатності мовленнєвого програмування, конструювання та розгортання фрази від простої синтаксичної моделі до речень

складносурядного і складнопірядного типу. Ця робота повинна поєднуватися з відновленням у пацієнтів відчуття і норм рідної мови.

Для відтворення мовлення суб'єкт використовує систему артикуляції, на якій заснована звукомоторна організація мовлення. Вказана система має будову за принципом протиставлень, тобто носить парадигматичний характер. У випадках, коли хворі з тією чи іншою формою афазії не диференціюють дзвінки і глухі звуки або змішують звуки, близькі за місцем утворення, для подолання дефектів необхідною є робота з розвитку здатності розрізнення приголосних звуків за акустичною близькістю.

Для стійкого і правильного розуміння мовлення, крім фонематичного слуху, необхідними є певний обсяг можливого сприйняття почутого мовлення, можливість переробки цього обсягу й утримання його за допомогою оперативної слухової пам'яті. У випадку підвищеного гальмування слухових слідів при афазії у хворих відзначаються порушення вищевказаного функціонування. Спеціальні прийоми корекційного впливу в таких випадках спрямовуються на розширення обсягу слухомовленнєвої пам'яті та зміцнення акустичних слідів.

У визначенні інтегрованих напрямів впливу на дефект обов'язковим є дотримання наступних вимог: відновлення вербальної комунікації з опорою на невербальну; опора на ритміко-мелодійну структуру мовлення; введення у контекст; опора на мотивовану і предметну діяльність та стимулювання активності хворих.

Відомо, що усне мовлення є найбільш розвиненим ефективним способом комунікації, але в ситуації спілкування мовлення обов'язково протікає спільно і всередині різного виду невербальних форм комунікації, таких як жест, міміка, гримаси, манера себе тримати, пози та інше. Це прямо стосується відновлювального навчання, оскільки комунікація здійснюється у взаємодії мовлення, міміки й жестів. Відновлювальне навчання повинно спиратися на невербальні елементи комунікації, щоб дати можливість хворому виразити себе, взяти участь у поточному житті.

Не менш значимою в комунікації є інтонація. Вона несе на собі сенс висловлювання, опосередковує сприйняття й розуміння мовлення, робить мовлення комунікативно закінченим, має комунікативне значення – оповідання, запитання, вигук, напівпитання. Вона передає емоційні стани мовця, і є тим самим одним з важливих засобів спілкування – передачі і прийому повідомлення – його сенсу [241; 76]. Тому опора на інтонування в мовленні при афазії є ефективним способом відновлення комунікації.

При застосуванні умовно-невербальних методів відновлення невербальної і вербальної комунікації в корекційній педагогіці широко застосовуються метод ритміко-мелодійної структури мовлення, спів, музика та ін. Головною метою їх використання є відновлення найбільш автоматизованих та менш довільних форм мовлення, що дозволяє спочатку встановити контакт із хворим і реалізувати невербальне спілкування, а пізніше розгальмовувати та відновлювати мовлення та мовленнєву діяльність.

Дефект тієї чи іншої психічної функції, що виникає внаслідок локального ураження мозку, ніколи не протікає ізольовано, існує тісний його взаємозв'язок зі станом всієї психічної сфери суб'єкта. У хворих з афазією нерідко виявляються зміни уваги – нестійкість, труднощі її переорієнтування і розподілу; мають місце зрушення і в емоційно-вольовій сфері, зміни у сфері загальної і розумової працездатності. У цьому разі найбільш ефективним засобом налагодження контакту і зняття супутніх змін є різні прийоми створення робочого стану в організації діяльності хворого.

Лише через власну діяльність людини відбувається засвоєння її знань (Л. С. Виготський). У процесі вербальної і невербальної діяльності хворого – навчання, трудотерапії, дозвілля – виникають уявлення, образи, які заглиблюються у внутрішню структуру психічних процесів, вони створюють готовність до іншого виду діяльності.

Проте, окрім організації діяльності хворого, необхідно організувати і його увагу. Щоб підвищити загальну чутливість у сприйнятті хворого, необхідно насамперед сконцентрувати його увагу на предметі (явищі,



об'єкті), на завданні, і створити в його психічній сфері стан очікування й загального робочого настрою [241; 214]. Одним з методів підготовки хворого є метод введення в контекст. Він дозволяє ввести хворого в його робочий стан, підготувати до сприйняття матеріалу за допомогою додаткової інформації про майбутнє завдання, шляхом подачі тієї конкретної інформації хворому, яку він повинен сприйняти, зрозуміти або усвідомити.

Важливим загальним методичним підходом до відновлення мовлення при афазії є не тільки організація діяльності хворого, введення його в контекст діяльності, а й сама предметна діяльність. Для того щоб відновити той чи інший психічний процес, зокрема і мовлення, у відновлювальному навчанні повинна застосовуватися предметна діяльність хворого, і методи відновлення як порушених функцій, так і різних форм комунікації необхідно застосовувати не ізольовано від предметної діяльності, а через неї.

Оскільки будь-яка діяльність, зокрема й відновлювальне навчання, повинна спрямовуватися мотивом, одним з важливих напрямів, що сприятиме підвищенню ефективності відновлювального навчання, є створення такої мотивації. О. М. Леонт'єв виділив два основні види функціональних мотивів: 1) змістоутворюючі, або провідні мотиви – виконують функцію змістоутворення; 2) мотиви-стимули – другорядні мотиви, які спонукають до якоїсь діяльності, додатково її стимулюють [127; 147]. Засобом формування необхідних мотивів-стимулів, які б сприяли активній діяльності хворих, може виступати створення і підтримка сприятливого психологічного клімату на індивідуальних і групових заняттях, вдома, у інших ситуаціях спілкування хворих з оточуючими. Не у всіх хворих має місце мотивоспонування до діяльності, до реабілітації, тому необхідна спеціальна робота над його створенням.

Наступним важливим напрямом у процесі відновлювальної роботи з хворими з афазією є стимуляція загальної активності хворих, і особливо вербальної. Ефективним засобом у такому разі має стати організація й реалізація самостійної діяльності хворих. Спеціально підібрані прийоми і

методи такої організації будуть сприяти організації активної самостійної мовленнєвої і інтелектуальної діяльності хворого, організації загальної поведінки хворого – концентрації уваги, актуалізації функцій, за допомогою яких відбуватиметься контроль діяльності хворого.

Отже, застосування загальних методів впливу на мовленнєве спілкування при афазії у післяінсультних хворих сприятиме відновленню здатності хворого до невербальної і вербальної форм спілкування, і виступатиме засобом розгальмування мовлення шляхом залучення до сфери діяльності хворого різних збережених психічних функцій і видів діяльності. Крім того, ці методи звернені до особистості хворого.

Описані напрями впливу вимагають системного їх проведення. Ізольоване застосування окремих прийомів навіть у разі достатньої кількості супроводжуючих вправ не надасть бажаного ефекту, оскільки буде вирішуватися особисте завдання, з впливом лише на конкретний дефект функції без урахування її взаємодій з іншими психічними функціями і її багаторівневу організацію. Натомість системність прийомів забезпечить системний вплив на дефект і відновлення не окремих мовленнєвих операцій, а вербальної поведінки загалом.

Наступною педагогічною умовою ефективної реалізації відновлювального навчання при досліджуваній проблемі, на нашу думку, є *організація спеціального педагогічного середовища*, сприятливого для відновлення активних форм мовленнєвого спілкування пацієнтів з післяінсультною афазією.

Як вказує Ю. С. Хоменко, простір, що розуміється як середовище, є парною категорією і може розглядатися тільки стосовно будь-якого діючого в цьому середовищі суб'єкта. Суб'єктом педагогічного простору в нашому дослідженні може виступати як окремий пацієнт, так і колектив (група, всі пацієнти), а також логопед, колектив фахівців, ближнє оточення хворого, лікувальний заклад загалом. Усі зазначені суб'єкти одночасно є умовами діяльності того суб'єкта, відносно якого розглядається педагогічне

середовище. Співвідношення між ними носять не стільки просторово-територіальний характер, скільки характер якогось умовного поля можливостей, як його розуміє соціологія. Тому педагогічне середовище характеризується не тільки діючими в ньому суб'єктами, а й загальними для всіх умовами їхньої взаємодії [102; 234]. Воно може характеризуватися на мікрорівні відновлювального процесу та відносин у ньому і на макрорівні соціальних умов і відносин у відновлювальній діяльності [114].

У нашому дослідженні педагогічне середовище визначається як сукупність соціальних, побутових, організаційних і особистісних умов відновлювальної діяльності пацієнта з післяінсультною афазією, який є педагогічним суб'єктом.

Зовнішні умови для педагогічного суб'єкта можуть бути більш-менш сприятливими для відновлювальної діяльності, активізувати її або знижувати її ефективність.

Нами виділені такі характеристики спеціального педагогічного середовища, яке сприятиме ефективному відновленню мовленнєвого спілкування осіб з післяінсультною афазією:

1. Організаційні умови – найважливіша складова відновлення мовленнєвого спілкування, починаючи з встановлення контакту з хворим та найближчим його оточенням і закінчуючи застосуванням науково-обґрунтованих форм і методів занять. Вони містять в собі зміст відновлювальної роботи, дидактичні процеси, у ході яких відбувається її здійснення, а також необхідне для відновлювального процесу обладнання та інше забезпечення. Організації навчання необхідно приділяти не менше уваги, ніж спеціальним методам. На важливість цієї умови при відновленні мовленнєвого спілкування вказують багато авторів [158; 254; 265], але на сьогодні вона потребує подальших розробок.

2. Соціальні умови. Соціальний фактор, як відзначають вже чимало дослідників, є провідним у формуванні психіки людини і тому повинен посідати одне з найважливіших місць у системі реабілітації хворих з

порушеннями мовленнєвого спілкування при афазії [244]. Соціальні умови відновлення мовленнєвого спілкування можуть бути охарактеризовані впливом основних соціальних сфер життя пацієнта: сімейної, дозвільної, громадської і професійної.

Значення сім'ї у досліджуваній проблемі пояснюється тим, що вона є однією з різновидів малих соціальних груп. Сімейні умови відновлення мовленнєвого спілкування залежать від складу сім'ї, рівня освіти й педагогічної культури рідних та близьких, їх спрямованості на реабілітацію постраждалого члена сім'ї, контакту з фахівцем і деяких інших характеристик [100; 160; 180].

Умови дозвільної діяльності визначаються багатством можливостей повноцінного, різноманітного і змістовного використання вільного часу хворих з афазією. Громадська сфера життя хворих з афазією визначається сукупністю стійких відносин з іншими соціальними суб'єктами. До професійних умов треба віднести передусім можливості подальшого працевлаштування пацієнтів у разі успішного відновлення втрачених функцій або професійну перепідготовку.

3. Побутові умови визначаються відносно відповідності обставин відновлювальної діяльності педагогічним вимогам. Однією з характеристик побутових умов є комфортність відновлювальної діяльності.

4. Особистісні умови. Відомо, що будь-яка форма афазії, окрім порушення загальної і вербальної комунікації, призводить до зміни особистості за неврозоподібним типом, спричиняє зміну емоційно-вольової сфери, зниження загальної активності, труднощі задіяння хворого у контакт, «страх мовлення», інколи негативізм, аутизм тощо [244; 65]. Саме цього внутрішнього самопочуття хворих з афазією стосуються особистісні умови спеціального педагогічного середовища, насамперед їхньої самооцінки, рівня домагань і мотивації. Крім того, вони охоплюють міжособистісні стосунки з логопедом і іншими пацієнтами, які складаються у ході відновлювальної діяльності. Особистісні умови спеціального педагогічного середовища

дозволять долати переважну кількість особистісних відхилень у загальній поведінці хворого, у його реакції на дефект, а також допоможуть створити умови для загального орієнтування хворого в життєвій ситуації, що склалася.

Третьою педагогічною умовою є *опора на спільну діяльність*, як різновид взаємодії хворого з іншою людиною.

Спільну діяльність ми розглядаємо як спільні дії кількох суб'єктів, спрямовані на отримання загального результату. Суб'єктами спільної діяльності в нашому дослідженні виступають насамперед хворі, а також члени їхніх сімей та логопед. Очікуваний результат дослідження – не стільки кінцевий продукт діяльності як такої, а скоріше своєрідне «формування» і реалізація мовленнєвого спілкування у ході міжособистісної взаємодії і взаємних відносин під час спільної діяльності.

У психології розглядається ідея єдності спілкування і діяльності. Такий підхід логічно впливає з розуміння спілкування як реальності людських відносин, яка передбачає, що будь-які форми спілкування застосовуються в специфічних формах спільної діяльності: люди не просто спілкуються, вони спілкуються в процесі виконання ними різних функцій у діяльності.

За словами А. Л. Журавльова (2005), відмінність спільної діяльності від індивідуальної є принциповою і полягає в залученні предметно-спрямованої взаємодії її учасників у структуру діяльності: взаємодія перетворює індивідуальні види діяльності на частини цілісної спільної діяльності.

За словами О. Н. Леонтьєва, людина за своєю природою є соціальною істотою, і все людське в людині породжується її життям в умовах суспільства і створеної людством культури. Саме тому і форми організації відновлювального навчання повинні створювати умови для максимального використання всіх можливостей і здібностей людини, воно повинно забезпечувати впливи соціального середовища та інших соціальних факторів на хвору людину [127]. Саме спільна діяльність і виступає таким потужним соціальним фактором, що обумовлює макрорефактори соціально-педагогічного впливу на хвору людину.

Спільна діяльність дозволяє протягом усього періоду відновлення працювати над актуалізацією минулого широкого соціального досвіду хворого, зокрема досвіду інтелектуальної, мовленнєвої, трудової, ігрової діяльності, для того, щоб зробити їх опорою для відновлення порушених функцій. У процесі взаємодії люди обмінюються між собою думками, емоціями, почуттями, ідеями, виражають погляди, інтереси, установки, наміри тощо, між ними виникають і формуються міжособистісні відносини, які теж стають платформою відновлювального навчання [3; 51; 101; 110].

Не менш важливою педагогічною умовою реалізації запропонованої методики відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану вважаємо *взаємодію з членами родини хворого* з метою підтримання активної участі останніх у реалізації розроблених заходів відновлювального навчання.

Як зазначають В. М. Шкловський, Т. Г. Візель (2008) та інші вчені, без участі членів сім'ї важко досягти найкращих результатів у відновленні. Тож рідних необхідно інструктувати з питань особливостей прояву афазії, закріплення мовленнєвих навичок, що були отримані на логопедичних заняттях, з питань стимулювання хворого до мовленнєвого спілкування з оточуючими. Разом з тим, члени сім'ї повинні знати й обсяг мовленнєвих можливостей хворого, щоб не завдавати психічних травм, вимагаючи непосильних результатів. Нарешті, в заняттях з хворим вдома повинні вимогливо дотримуватися програми і дозування, рекомендовані фахівцем [258].

З іншого погляду, якщо розглядати сім'ю як систему взаємопов'язаних соціальних ролей, відносини у якій визначаються, з одного боку, соціально-культурними нормами, з іншого – індивідуальними властивостями особистостей (за В. К. Мягер та Т. М. Мішиною, 1979) [183], вона може виступати в якості малої терапевтичної групи і позитивно впливати не тільки на особистість хворого з афазією, але й на відновлення його мовленнєвої функції.

Уперше терапевтичну функцію сім'ї виокремив Дж. Бернард. Розвиваючи його погляди, А. М. Дохоян, Л. Г. Лисицька, Ф. Б. Сімон, Е. И. Артамонова та інші науковці зазначають, що вона проявляється, коли члени родини певною мірою беруть на себе роль психотерапевта, забезпечуючи психологічний комфорт і емоційну підтримку один одному [69; 209; 183]. Отже, важливим фактором, що може як сприяти, так і навпаки, перешкоджати активізації залишкових або відновлювальних мовленнєвих можливостей, є характер відносин і сприйняття у сім'ї хворого з афазією [55]. Підтримка й порозуміння у стосунках між хворим і сім'єю певною мірою обумовлюють рівень досягнень реабілітанта, а якщо ця підтримка з боку рідних буде відбуватися у формі їхньої активної участі в роботі з відновлення мовленнєвого спілкування під кваліфікованим керівництвом логопеда, цей рівень буде лише зростати.

Окрім того, спілкуванню у сім'ї притаманна буденна побутова форма, яка має знайому хворому традиційну тематику висловлювань у різних ситуаціях, вибір мовних жанрів та засобів їх оформлення, що впливатиме на спонтанне відновлення мовлення. Буденне мовлення хворого може здійснюватися в різних сферах, між якими немає чітких меж, і в різному середовищі. Наприклад, між членами родини, у колі родичів, між друзями.

На нашу думку, з метою ефективного вирішення питання відновлення мовленнєвого спілкування у хворих з післяінсультною афазією, взаємодія з членами їхніх родин повинна відповідати таким характеристикам:

- визначеність обсягу та виду допомоги, яку потребують рідні від співпраці з логопедом;
- відповідність програми співпраці програмі відновлювального навчання;
- систематичність проведення просвітницьких заходів і, по можливості, спільних занять;
- можливість дистанційного зв'язку;

- своєчасність корекції непорозумінь у взаємодії логопеда з членами сім'ї хворого;

- доступний формат спілкування з рідними у плані надання теоретичного матеріалу та практичних інструкцій.

Усі зазначені вище педагогічні умови оптимізації процесу відновлення мовленнєвого спілкування осіб з післяінсультною афазією тісно взаємопов'язані між собою та, на нашу думку, гармонійно доповнюють одна одну. Усі вони стали підґрунтям для розробки методики відновлення мовленнєвого спілкування у осіб з афазією післяінсультного стану, були реалізовані на різних етапах організації експериментального дослідження та, сподіваємося, стали запорукою ефективного корекційно-відновлювального процесу.

### **3.2. Теоретичні засади, організація та структура експериментальної методики відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану**

Проблема логопедичної допомоги при афазії особам післяінсультного стану при її дослідженні вимагає зосередження уваги на визначенні адекватних і ефективних шляхів її здійснення на основі системного і діяльнісного підходів до аналізу розладу, що реалізує положення про соціогенез психічних функцій, котре дозволяє розглядати мовленнєве спілкування як один з видів діяльності людини. Важливою проблемою логопедичної реабілітації є соціальний аспект мовлення і соціально-психологічний підхід до афазії та безпосередньо до методів її елімінації. Тому відновлювальне навчання при афазії має передбачати розробку наукових основ, принципів, методів, форм його організації й усієї системи відновлювальних заходів, базуючись на сучасних уявленнях про мовлення як



інтеріоризовану предметну дію і відносини соціального порядку, як основу соціальної структури особистості [242, 5].

З іншого боку, вказана проблема набуває особливої актуальності й у вирішенні питань щодо подальшої соціальної адаптації у суспільстві осіб з післяінсультною афазією, відновлення їхньої працездатності й можливості працевлаштування [206; 253; ]. Оскільки мовлення породжується взаємовідносинами людини з суспільним середовищем і формується в умовах суспільного життя, що є вирішальним для виникнення нових функціональних систем, закони свідомої мовленнєвої діяльності хворого не можна виводити за межі соціального середовища, тобто відновлення мовленнєвого спілкування повинно здійснюватися обов'язково в його межах. Відповідно, з метою підвищення ефективності відновлення мовленнєвого спілкування осіб з післяінсультною афазією особливого значення набуває пошук інноваційних соціально спрямованих методів та засобів педагогічного впливу на порушену функцію.

Аналіз наукових джерел та вивчення досвіду роботи логопедичної служби медичних закладів України дозволили дійти висновку, що існує явна недостатність арсеналу спеціальних програм відновлення мовленнєвого спілкування, адекватних афазійним порушенням у післяінсультних хворих, що і спонукало нас провести науково-практичні розвідки в аспекті розробки організаційно-методичного забезпечення корекційно-відновлювального навчання осіб йїї нозології.

Традиційні програми відновлення мовлення у осіб з афазією передбачають заняття з логопедом в умовах стаціонару при госпіталізації хворих та в умовах поліклініки – при амбулаторному лікуванні [79]. У зв'язку з тенденцією загального скорочення терміну перебування усіх хворих на стаціонарному лікуванні, зростає кількість осіб, переведених до поліклініки в гострій стадії перебігу афазії. Зважаючи на тяжкий стан та незвичність ситуації, що сталася, найчастіше пацієнти відкладають візит до логопеда, що несприятливо впливає на процес відновлення. Кількість і тривалість занять в

умовах поліклініки обмежені у зв'язку з різноманітними факторами, що залишає відбитки на ефективності навчання. При складанні плану роботи логопед керується рекомендаціями, що враховують лише стадію перебігу основного захворювання та ступінь тяжкості проявів афазії. Окрім зазначеного, як зазначає Ж. А. Пайлозян, відновлення мовлення далеко не завжди означає відновлення мовленнєвої комунікації, і для відновлення мовленнєвого спілкування повинні бути розроблені нові шляхи, методи і форми логопедичної роботи [171]. Відповідно до провідної тенденції корекційної педагогіки – ідеї гуманізації та інтеграції, актуалізації набуває оптимізація відновлювального навчання, що ставить на меті, поряд із застосуванням традиційних, розробку нових методів корекційно-відновлювального впливу на мовленнєве спілкування хворих з афазією.

Відповідно до поставленої мети дослідження, на підставі врахування теоретичних позицій дослідження та виявлених у ході пошукового експерименту особливостей мовленнєвого спілкування, нами було розроблено методику відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану. У контексті дослідження ми розглядаємо *методику відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану* як систему функціонально взаємопов'язаних методів, прийомів та вправ, що перебувають в узгодженні з науковими принципами корекційно-відновлювального навчання і спрямовані на відновлення порушеного мовленнєвого спілкування. Відмінними рисами експериментальної методики стали:

1. Підготовча робота з відновлення базового обсягу інваріативних дій та операцій з метою забезпечення відновлення здатності до мовленнєвого спілкування.
2. Системне, безперервне, комплексне застосування розроблених заходів у процесі логопедичних та самостійних занять у домашніх умовах.
3. Використання комплексного впливу індивідуальних та малогрупових занять.

4. Урахування взаємозв'язку та комплексний підхід до невіляції порушень мовлення і особистісних реакцій на різку зміну мовленнєвого статусу осіб з афазією.

5. Доповнення педагогічних заходів засобами загальної стимуляції та активізації мовленнєвої діяльності, спонукання до комунікації, розширення можливостей комунікації та самовизначення особистості хворого.

6. Залучення членів ближнього соціального оточення хворого до активної участі в реалізації розроблених заходів корекційно-відновлювального навчання.

7. Продуктивна взаємодія з членами ближнього соціального оточення хворого у форматі консультативно-просвітницької роботи.

Методика відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану передбачала реалізацію таких спеціальних *завдань*:

- відновлення порушеної функції мовленнєвого спілкування як психічної діяльності, а не ізольованих персональних умінь і навичок мовленнєвої діяльності;

- максимально можливе відновлення мовленнєвого спілкування, а не адаптація хворого до нових умов мовленнєвої діяльності, зумовлених захворюванням;

- відновлення мовленнєвого спілкування через різні форми діяльності та самовизначення особистості хворого;

- повернення хворого в нормальне соціальне середовище, а не в спрощене.

Реалізація методики відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану здійснювалася в два умовно виділені етапи. На першому етапі корекційно-відновлювального навчання в структурі індивідуальних занять, які проводились за типовими програмами (Т. В. Ахутіна, Т. Г. Візель, В. М. Шкловський, Л. С. Цветкова), основна увага акцентувалася на цілеспрямованому формуванні в осіб із післяінсультною

афазією одночасних (симультанних) та послідовних (сукцесивних) синтезів різного рівня (перцептивного, мнемічного, інтелектуального).

Другий етап реалізації експериментальної методики відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану передбачав проведення занять малогруповим методом (створення малих терапевтичних груп) із застосуванням спільної предметно-практичної, творчої, імітаційно-ситуативної діяльності та емоційно-сенсорних ігор для підвищення їх загальної активності, активізації внутрішньогрупової комунікації, розширення меж мовленнєвого спілкування, усунення різного роду фобій комунікації, створення максимально сприятливого емоційного фону, оптимізації здатності хворих адаптуватися в суспільстві, сприяння самовизначенню особистості в групі, тренування соціальних навиків спілкування в колективі, відновлення побутових навиків спілкування.

Окрім того, в процесі корекційно-відновлювального навчання відбувалася постійна взаємодія з сім'ями хворих: встановлювалися довірливі відносини; визначалися потреби сім'ї в логопедичному супроводі; здійснювалось інформування членів сім'ї з питань взаємодії з логопедом, взаємодії з хворим, з питань особливостей проявів афазії та особистісних реакцій хворого на різку зміну мовленнєвого статусу, методів логопедичної та нейропсихологічної діагностики, методів, засобів та прийомів відновлювального навчання.

Як зазначалося раніше, усі форми афазії виникають унаслідок ураження мовленнєвих зон лівої домінантної (у правшів) півкулі мозку. До передньої мовленнєвої зони належать: задня третина нижньої лобної звивини та відділи, що знаходяться в передній премоторній зоні, і лобові частки. До задньої мовленнєвої зони належать: нижні тім'яні відділи, скронева ділнка, передні потиличні відділи кори головного мозку лівої півкулі.

У попередніх розділах роботи розглядалося, що внаслідок судинної етіології виникнення післяінсультної афазії, чисті її форми зустрічаються рідко, оскільки інсульт зазвичай вражає поруч розташовані мовленнєві зони

або спричиняє виникнення декількох осередків ураження. Водночас, у гострий період післяінсультного стану важко точно встановити форму афазії і реалізувати в логопедичній роботі диференційно-індивідуальний підхід. У цьому зв'язку, в логопедичній практиці застосовується синтетична класифікація афазій, яка певною мірою інтегрує різні її форми в дві групи, що дозволяє на початковому етапі реабілітаційно-відновлювальної роботи реалізувати уніфікований підхід. Перша група об'єднує види афазії, викликані випадінням (порушенням) аферентних ланок мовленнєвої функціональної системи, що призводить до сенсорної, акустико-мнестичної, аферентної моторної (кінестетичної), семантичної форм афазій. Порушення аферентних ланок мовленнєвої функціональної системи спричиняють розлади симультанних синтезів. Випадіння (порушення) еферентних ланок мовленнєвої функціональної системи призводить до виникнення динамічної та еферентної моторної афазії, що спричиняє виникнення розладів сукцесивних синтезів.

Актуальність визначення шляхів такої уніфікації корекційно-відновлювального процесу осіб з післяінсультними афазіями в контексті дослідженні обґрунтовується наступними позиціями.

У загальній і спеціальній літературі широко висвітлено можливі напрями, методи й методики диференціації та індивідуалізації процесу корекційно-відновлювального навчання. Проте, при визначенні загальних і специфічних закономірностей їх застосування в осіб з інсультами, специфічні особливості репрезентовано не індивідуальним, а узагальненим варіантом. Повноцінне врахування індивідуального варіанту прояву порушень, на нашу думку, є об'єктивно неможливим, зважаючи на реальне співвідношення кількості спеціалістів у лікувально-реабілітаційних закладах, хоча до цього спрямовують свої зусилля як медики, так і психологи й логопеди. Водночас, як вже зазначалося, реалізація індивідуально-диференційованого підходу значно ускладнюється тією обставиною, що в переважній більшості осіб з

післяінсультним станом на цьому етапі роботи, як правило, поєднуються декілька форм афазії, що ускладнює постановку логопедичного діагнозу.

У цьому зв'язку головне завдання на початковому етапі роботи спрямовувалося на формулювання підходу, який сприяв би відновленню не окремих сторін мовленнєвого спілкування, а, що особливо важливо, забезпечив би створення підґрунтя для цілісної картини відновлення мовленнєвої діяльності при афазії в осіб з післяінсультним станом. Такий підхід створює умови для орієнтації відновлювальної роботи на спільність вимог до розробки і впровадження змісту її програмного забезпечення.

Для досягнення поставленої мети уніфікації підготовчого етапу процесу реабілітації при афазії в осіб післяінсультного стану, на наше переконання, необхідно враховувати як результати психолого-педагогічної теорії і практики, так і результати нейропсихологічних досліджень.

Отже, при розробці змісту і методики підготовчого етапу реабілітаційно-відновлювальної роботи нами враховувалися, по-перше, результати констатувального експерименту про стан і особливості готовності до мовленнєвого спілкування осіб, які взяли участь у дослідженні. По-друге, важливим для нашого дослідження є положення нейропсихології про те, що процес мовленнєвої діяльності відбувається на основі необхідного рівня збереженості гностико-практичних основ мовлення, символічної мовної системи й мовленнєвих дій розуміння мовлення та його програмування і реалізації. Визначальним для нашого дослідження є також положення нейропсихології про те, що мовленнєва діяльність загалом і мовленнєве спілкування зокрема забезпечуються двома групами операцій.

Це положення базується на дослідженнях, якими встановлено, що всі види людської діяльності, незважаючи на їх відмінності за змістом, мають аналогічну будову, яка містить одні й ті самі функціональні частини. Крім того, виявлено, що між окремими видами діяльності існують суворо визначені залежності, знаючи які, можна за одними елементами діяльності будувати інші (О. Н. Леонт'єв, О. Р. Лурія, З. О. Решетова,

Е. Г. Симерницька, І. Н. Філімонов та ін.) [127; 137; 202]. Тому поряд з відновленням мовленнєвої функції і гностико-праксичних механізмів її здійснення доцільним є реалізація методики, яка своїм змістом передбачає відновлення базового обсягу загальних інваріантних дій та операцій. До таких базових спільних груп дій та операцій ми відносимо суцесивні і симультанні синтези, розлади яких при різних формах афазій викликані порушеннями еферентних і аферентних ланок мовленнєвої функціональної системи.

У цьому випадку ми виходимо з положення про те, що і в зовнішній, і у внутрішній діяльності існує два плани діяльності – суцесивний план, в якому подана послідовність актів, та симультивний план, план образу, тобто одномоментового відображення вихідних умов процесу діяльності та її очікуваного результату. Важливим є те, що стан збереженості зазначених планів діяльності визначає рівень здійснення хворим аналізу, необхідного як для точного знаходження літери, звуку, слова, так і для побудови внутрішньої схеми й логіки висловлювання. Складна форма мовленнєвої діяльності потребує спільної роботи аналізаторів для здійснення синтезу сигналів від різних аналізаторів у цілісні динамічні системи. У таких «зонах перекриття» синтетична діяльність здійснюється на новому, більш високому рівні, набуває загальних форм, що і дозволяє виділити два основні її види – симультанний і суцесивний.

У цьому разі симультанний вид синтезу забезпечує: володіння складом слова; читання буквених комплексів; розрізнення ритму; визначення місця звуку у просторі; запам'ятовування будь-якого осмисленого тексту; володіння граматичною системою, сприймання й розуміння лексико-граматичної системи мовлення. Достатня збереженість суцесивного синтезу забезпечує визначення серійної послідовності ритмічних та тональних мелодій; серійну послідовність системи звуків; здійснення серійної організації мовленнєвого висловлювання; диференціацію слухових комплексів, їх послідовну організацію, здійснення кінетичних рухових мелодій. Тобто, за допомогою

сукцесивно-симультанного виду синтезів забезпечується функціонування всього комплексу структурних компонентів мовленнєвого висловлювання.

Як показує аналіз відповідних наукових джерел (О. Р. Лурія, І. М. Філімонов, В. В. Тарасун та ін.), синтез окремих елементів у симультанні та сукцесивні групи може мати місце як при безпосередньому сприйнятті, так і при утримуванні слідів попереднього досвіду в пам'яті, а також при виконанні складних інтелектуальних операцій і, отже, бути важливою передумовою для перцептивних і мнестичних процесів та мовленнєвої діяльності (таб. 3.1.) [137; 222].

Отже, як свідчать дані таблиці, здійснення різних операцій сприйняття та продукування мовленнєвого висловлювання забезпечується відповідними видами й рівнями синтетичної діяльності. Разом з тим, створення одночасних симультанних синтезів залежить від стану і функціонування зорового, вестибулярного і тактильного аналізаторів, робота яких, своєю чергою, визначається наявністю або відсутністю вад первинних, вторинних і третинних ділянок потилично-тім'яних зон кори головного мозку.

Однак логопед не має інструменту для прямого впливу на ці ділянки головного мозку, тому таким інструментом може стати непрямий, опосередкований шлях відновлювальної корекції центральних відділів зорового, кінестетичного, тактильного, вестибулярного аналізаторів, котрі значною мірою визначають рівень збереженості просторового гнозису, який забезпечує належний рівень синтезу інформації різної модальності, що поступає. Внаслідок цього у пацієнтів з афазією відбувається відновлення можливості одночасно, цілісно сприймати й розуміти речення з урахуванням значення слів, що входять у них, їх граматичного оформлення та послідовності, розташовувати сюжетні малюнки у певній послідовності для складання оповідання за ними тощо.



Рівні основних видів синтетичної діяльності та їхнє значення для мовленнєвого висловлювання (за В. В. Тарасун)

Види синтетичної діяльності	
Симультанний	Сукцесивний
I Перцептивний рівень	
Оволодіння складом слова. Схоплення структури тексту. Розрізнення ритму, акордів. Визначення місця звуку в просторі	Оволодіння серійною послідовністю ритмічних та тональних мелодій. Створення серійної послідовності системи звуків, складів. Письмо буквених комплексів.
II Мнестичний рівень	
Запам'ятовування будь-якого осмисленого тексту. Запам'ятовування схем міркувань, доводів, принципів підходу до виконання завдань.	Утримання диференційованих ознак слухових комплексів. Запам'ятовування окремих елементів тексту, інструкції. Утримання серії букв, частин тексту для точного відтворення їх порядку.
III Інтелектуальний рівень	
Оволодіння системою відношень. Згортання, скорочення мовленнєвих операцій (суджень) при виробленні інтелектуальних навичок. Одночасне квазіпросторове оживлення «сітки значень» слова .	Створення серійної послідовності слів, речень, частин тексту. Серійна організація мовленнєвого висловлювання (внутрішня схема). Переключення напрямку мисленнєвого процесу (з прямого на зворотній хід думки).

Нормальне ж функціонування акустичної та кінетичної сфери забезпечується лобною і лобно-скроневою ділянками кори головного мозку, різні ділянки яких, як відомо, відповідають за ті чи інші сторони нормальної психічної діяльності. Виявлені в осіб з афазіями вади кіркових психічних функцій можуть бути наслідком саме локальної недостатності цих ділянок

кори, яка, не порушуючи загалом аналітико-синтетичну діяльність, призводить до вад суцесивних синтезів. Тому планомірне, цілеспрямоване відновлення в них суцесивних синтезів сприятиме забезпеченню напрацювання й відновлення програм мовленнєвих дій, здатності міняти їх, адаптуючи до зміни ситуації, та можливості утримувати дії в межах заданої схеми, що суттєвим чином вплине на якість мовленнєвого спілкування і мовленнєвої діяльності загалом.

Як показує аналіз відповідних наукових джерел, втрата суцесивних синтезів призводить також до певної зміни поведінки пацієнтів: загальної розгальмованості, імпульсивності, афективних спалахів та особливостей працездатності (повільне задіяння у виконання завдання, потреба в додатковій стимуляції, труднощі у переміні однієї дії на іншу). У низці випадків відмічалася кінестетична апраксія, внаслідок якої у хворих розпадався зв'язок між фонемами та артикулемами, які її реалізують. Зрештою це призводило до значних труднощів при відновленні як усного, так і письмового мовлення (пошуки потрібного руху для вимови відповідного звуку, заміни одного руху іншим, до їхньої нестабільності при вимовлянні, незапам'ятовування літер).

Вищезазначене вказує на важливість та необхідність планомірного відновлення суцесивних і симультанних синтезів у пацієнтів, які взяли участь у дослідженні.

Підсумовуючи, відзначимо, що вищевикладене дає нам підставу стверджувати, що в змісті реабілітаційно-відновлювальної роботи повинен бути наявний підготовчий етап, основним завданням якого є своєчасне, починаючи з перших днів захворювання, відновлення у пацієнтів саме тих складових основних видів синтетичної діяльності, втрата яких у хворих може бути першопричиною порушень як продукування, так і сприйняття мовленнєвого висловлювання.

Так, робота, спрямована на корекцію вад просторової орієнтації та явищ конструктивної апраксії, сприятиме усуненню проявів розладів

симультанного виду синтезу на різних рівнях організації психічної діяльності, що, своєю чергою, сприятиме відновленню здатності цілісно сприймати й розуміти звернене мовлення з урахуванням значення слів, що входять у нього, їх граматичного оформлення, а також правильно розташовувати сюжетні малюнки у певній послідовності для складання оповідання за ними тощо.

При переважних порушеннях диференціації слухових та рухових комплексів і недоліків їх послідовного подання в складах, словах, реченнях і висловлюваннях під час спілкування, попереджувальна робота має спрямовуватися на відновлення суцесивних синтезів, які також виступають на різних рівнях організації психічної діяльності.

Базуючись на цих констатаціях, у змісті відновлювального навчання в якості його складової нами виділено умовно перший етап роботи, спрямований на відновлення в осіб з афазіями загальних інваріантних дій та операцій, тобто різних рівнів суцесивно-симультанних синтезів, які забезпечують підготовку пацієнтів до мовленнєвого висловлювання.

Отже, на першому етапі відновлювальної роботи, враховуючи те, що у осіб, які взяли участь у нашому дослідженні, виявлено розлади переважно або симультанного виду синтезу, або суцесивного, то відповідно до цього було запропоновано два напрями роботи. Нашу увагу акцентовано на диференційованому застосуванні саме тих методик, що забезпечують відновлення різних видів синтетичної діяльності, які ми розглядаємо як основу для відновлення операцій програмування та сприйняття мовленнєвого висловлювання та «пом'якшення» значних труднощів при виконанні завдань у різних видах діяльності хворих.

На першому етапі експериментального навчання основну увагу було зорієнтовано на цілеспрямоване відновлення у пацієнтів одночасних (симультанних) та послідовних (суцесивних) синтезів різного рівня (перцептивного, мнемічного, інтелектуального). З цією метою було визначено систему методичних прийомів, в основу якої покладено загальноприйнятій комплекс нейропсихологічних вправ, адаптований нами для відновлювальної

роботи з пацієнтами цієї нозології. Розкриємо зміст зазначеного напряму роботи.

Для відновлення симультанних структур на перцептивному рівні нами проводилась робота, спрямована на відпрацювання у пацієнтів зорово-просторового синтезу. У межах цієї роботи відновлювалися:

а) регулюючі рухи зору та системна організація зорового поля для забезпечення адекватного константного сприйняття і схоплення кольору, форми, простору;

б) системна організація зорового поля, як основа для організованого акту малювання, ліплення, конструювання;

в) позаоптична організація просторового поля, тобто об'єднання ізольованих кінестетичних слідів у цілісні просторові схеми, які є головною умовою інтеграції просторового досвіду і відновлення просторових навичок;

г) зорово-просторовий синтез (копіювання по пам'яті та за зразком комплексу геометричних фігур, відтворення заданих конструкцій, візерунків), необхідний для підготовки хворих до сприйняття цілого слова, а також для попередження розвитку феномену дзеркальних рухів;

д) фонематична організація звукового мовлення, що складається зі схем слухового досвіду хворого, схем артикуляторної діяльності і забезпечує константність узагальнених схем звучання й артикуляції.

Відновлення симультанних структур інтелектуального рівня передбачав роботу з відновлення в пацієнтів вміння сприймати граматичні структури окремих елементів, за допомогою яких (особливо флексивних та порівняльних конструкцій) забезпечувалось покращення розуміння пацієнтами смислових відношень. З цією метою нами використані деякі завдання, широко подані в логопедичній і нейропсихологічній літературі і спрямовані на відновлення:

а) спеціальних граматичних засобів для позначення складних смислових відношень;

б) логіко-граматичної системи, на яку спирається розгорнуте мовлення (прийменники, розміщення слів, семантичні системи коренів, суфіксів, смислове підпорядкування слів одне одному);

в) системної організації внутрішньої смислової сторони мовлення;

г) єдності цілеспрямованої діяльності, що забезпечує збереження інтеграції задуму й тісного зв'язку основних мотивів задуму, що спрямовувало мовленнєву активність пацієнтів;

д) вміння створювати уявні внутрішні схеми як засіб підготовки афазиків до виконання позаконструктивно-практичних та конструктивно-практичних завдань.

Отже, як свідчить аналіз запропонованої системи завдань, у пацієнтів з концентрацією дефекту на симультанних синтезах уся робота спрямовувалася нами на відновлення чіткої внутрішньої схематизації їхнього мовленнєвого досвіду, яка лежить в основі лінгвістичних знань (регулюючі рухи зору, вестибулярні проекції, що створюють основні просторові координати, інтеграція оптичних та кінестетичних компонентів, що об'єднуються в єдине ціле).

Інший ряд методичних прийомів застосовувався нами для формування у пацієнтів з концентрацією дефекту на суцесивних структурах синтезу окремих елементів у послідовні ряди. Так, на перцептивному рівні для правильної організації руху проводилась значна робота, спрямована на формування у них просторової сітки руху та часової послідовності руху.

З метою розвитку локомоторних рухів формувалось просторове поле синергійних рухів – пропріоцептивне; рухів хватання; робочих рухів – предметне поле; мовленнєвих рухів – символічне поле. Пацієнти заново вчилися повторювати прості ритмічні малюнки та складні ритмічні поєднання; у них відновлювалися складні і прості рухові навички, що мали послідовну зміну окремих рухів. Часова послідовність руху пацієнтів відновлювалася на основі розвитку у них часової суцесивної схеми акту руху: зміни напрямку руху, його переключення, вміння вносити поправки для

реалізації рухового задуму, відпрацювання денерваційних процесів. Відновлення у них просторової сітки руху та його часової послідовності сприяло якісному оволодінню ними складною руховою координацією.

Зміст роботи з розвитку сукцесивних структур на мнестичному рівні склали завдання, в основі яких був використаний переважно мовленнєвий матеріал: повторення серії чисел, рядів слів, виконання серійних завдань за словесною інструкцією, сприйнятою на слух, заучування запропонованого вірша тощо.

Водночас, робота з відновлення сукцесивно-симультанних основ мовленнєвої діяльності в осіб з післяінсультними афазіями, хоча і є надзвичайно важливою, проте визнається нами підготовчою, оскільки визначається як підґрунтя для подальшої основної логопедичної роботи з відновлення у них здатності до мовленнєвого спілкування.

Метою другого етапу роботи, за нашим задумом, було визначено знаходження шляхів підвищення ефективності відновлення мовленнєвого спілкування при афазії в активній стадії його виконання, що передбачало: розробку методів і форм організації всієї системи реабілітаційних заходів з опорою на наукові основи і принципи відновлювального навчання.

Проблема логопедичної допомоги при афазії у осіб післяінсультного стану при її дослідженні потребує зосередження уваги на визначенні правильних і ефективних шляхів її вирішення, подальшого розвитку системного й діяльнісного підходу до аналізу розладу, що реалізує положення про соціогенез психічних функцій, яке дозволяє розглядати мовленнєве спілкування як один з видів діяльності людини. Для ефективного відновлення мовленнєвої функції при афазії обов'язковою є опора на наукові основи відновлювального навчання, його принципи, методи, форми організації і всієї системи реабілітаційних заходів, урахування сучасних уявлень про мовлення як інтеріоризовану предметну дію і відносини соціального порядку як основу соціальної структури особистості. Особливою проблемою є соціальний аспект

мовлення і соціально-психологічний підхід до афазії та до методів її усунення. [242, 5].

З метою підвищення рівня ефективності відновлення мовленнєвого спілкування осіб з післяінсультною афазією особливого значення набуває подальший пошук інноваційних методів та засобів педагогічного впливу на порушену функцію.

Оскільки мовлення породжується взаємовідносинами людини з суспільним середовищем і формується в умовах суспільного життя, що є вирішальним для виникнення нових функціональних систем, закони свідомої мовленнєвої діяльності хворого, на нашу думку, не можна виводити за межі соціального середовища, тобто відновлення мовленнєвого спілкування повинно здійснюватися обов'язково у його межах. Виходячи з цього, припускаємо, що найбільш ефективними у відновленні мовленнєвого спілкування при афазії є методи, спрямовані на відновлення мовленнєвого спілкування через створення умов реального спілкування, урахування індивідуальних особистісних та мовленнєвих особливостей хворого, через спільну діяльність та з дотриманням загальноновизначених психофізіологічних, психологічних та психолого-педагогічних принципів відновлювального навчання.

Однією з умов ефективного відновлювального навчання є наявність у хворих стійких мотивів, які спрямовують і спонукають процес діяльності. Провідним мотивом спонукання діяльності в осіб з афазією є реабілітація. Натомість не в усіх хворих і не завжди цей мотив досить стійкий. Необхідною є спеціальна система мотивів, яка б стимулювала загальну мовленнєву активність хворих. Особливо важливою є вербальна активність хворих з афазією. Існує залежність пізнавальних процесів від різного роду цінностей, потреб, емоцій, цілей установок і минулого досвіду [65; 58]. Саме опора на цей багатий досвід взаємодії людини з оточуючим її світом, на нашу думку, і може стати стимулом для підвищення активності хворого і, насамперед

активності мовленнєвого спілкування та стати умовою ефективного відновлення пацієнта.

Спираючись на наукові відомості, найбільш ефективними у цьому напрямі вважаємо такі прийоми: комплексний вплив індивідуального і групового заняття, створення малих терапевтичних груп, застосування спільної предметно-практичної, творчої та ситуативно-імітаційної діяльності у колективі хворих, сприяння самовизначенню особистості у групі.

Завдання логопедичної реабілітації хворих з афазією і завдання відновлювального навчання, що передбачають відновлення всіх форм комунікації хворих з оточуючими людьми, відновлення комунікативної функції мовлення, відновлення особистісного і соціального статусу хворих, повернення їх до нормального соціального середовища тощо, можуть бути реалізованими оптимальним чином лише при комплексному підході до особистості хворих з афазією та подолання дефектів їх мовлення [243]. Найефективнішою у вирішенні даної проблеми може стати комплексна дія індивідуальних та групових занять, за умови їх застосування як взаємопов'язаних частин системи навчання.

Низка вчених (В. М. Шкловський, Т. Г. Візель, Л. С. Цветкова, Н. В. Кошелева, М. К. Бурлакова та ін.) зазначають, що логопедична реабілітація при афазії повинна забезпечуватися комплексом заходів, що включають індивідуальну і групову логотерапію в інтеграції з системою психолого-корекційного впливу, заходами щодо соціально-трудової і соціально-побутової реабілітації та медикаментозним лікуванням. Натомість не можна не відзначити, що традиційні програми логопедичного впливу при афазії не задовольняють фізіологічну та психологічну бази для відновлення мовленнєвого спілкування хворих в різних життєвих ситуаціях. Існуючі системи й методи допомоги таким особам не враховують, як хворий буде користуватися мовленням у повсякденному житті. Основний пошук напрямів роботи зводиться до визначення компенсаторного потенціалу у відсутності реальної ситуації реалізації функції (Ж. М. Глозман, Н. В. Кошелева,



В. В. Оппель, Н. М. Пилаєва, Л. С. Цветкова та ін.). Цей факт вимагає перегляду існуючих та розробку нових методів і форм відновлювального навчання осіб з післяінсультною афазією.

На сьогодні існують науково-методичні розробки щодо проведення індивідуальних занять для осіб з афазією. Фахівці керуються методичними та типовими програмами індивідуального супроводу осіб з афазією, зокрема тією, що виникла внаслідок інсульту. Проте розробка оптимальних форм групових занять та методів, що забезпечать взаємодію суб'єктів у групі, вербального і невербального матеріалу для проведення таких занять виступають у якості найближчих завдань для вирішення.

Л. С. Цветкова зазначає, що груповий метод роботи повинен базуватися на уявленні, що і мовлення, і особистість є продуктом соціального середовища, вони формуються і проявляються у спілкуванні, у колективі [152; 214]. Тому і їхнє відновлення може бути ефективним тільки у колективі, де в ході взаємодії учасників комунікативного процесу відбувається вплив і на стан мовлення, і поведінку особистості. Людина без мовлення знаходиться поза колективом і повернути людині мовлення може тільки колектив [3; 61; 79; 262]. Отже, взаємодія та спілкування в групі, в сім'ї, дозволять інтенсифікувати реалізацію потенційних мовленнєвих можливостей осіб з післяінсультною афазією.

У процесі експериментального дослідження в умовах поліклініки нами проводилися заняття в малих групах, паралельно курсу індивідуальних занять, 2 рази на тиждень. Мета занять полягала в спонуканні хворих до комунікації; розширенні можливості їхньої комунікації; сприянні самовизначенню хворих.

Важливою умовою активної і водночас ефективної взаємодії у групі є оптимальний підбір її членів [214, 54]. Окрім врахування особистісної сумісності осіб, схожості інтересів, спільності настрою, типів реакції та поведінки, важливим фактором виступає чисельність групи, її склад, закритість чи відкритість.

Формуванню груп у нашому дослідженні передувала попередня підготовка у формі бесіди з хворим і його рідними, під час якої вивчалися наявні порушення у пацієнтів, ступінь їх виразності, індивідуальні особистісні, вікові, професійні особливості, рівень освіти, інтереси і схильності з метою запобігання різких відмінностей характеристик хворих.

Виходячи з положень, що оптимальна чисельність хворих у групі повинна складати оптимальну величину кортежу спілкування і дозволяти встановлювати між ними комунікативні процеси [58, 150-176], нами було сформовано триосібні групи. Це забезпечило здійснення комунікативних процесів одночасно у напрямку як індивіда, так і групи загалом, що забезпечило надійний зворотній зв'язок.

За складом підбиралися групи, які були гетерогенні за ступенем виразності мовленнєвих розладів, оскільки, як відзначає Ж. М. Глозман, це забезпечує кращі можливості взаємовідносин і взаємодопомоги хворих, а також виявляє психотерапевтичний ефект [58]. У таких групах, зазначає вчена, хворі, спостерігаючи за товаришами, які краще говорять, стають більш упевненими в можливості досягнення аналогічного рівня і для себе.

Груповий метод проведення занять у ході відновлювального навчання є оптимальною умовою для реалізації мовленнєвого спілкування хворих з афазією. Використання групових занять дозволяє вирішити такі спеціальні завдання: активізація внутрішньогрупової комунікації для розширення меж мовленнєвого спілкування; усунення різних фобій комунікації; відновлення мовленнєвої функції за допомогою традиційних стимулюючих методик логопедичного впливу; створення максимально сприятливого емоційного фона; оптимізації здатності хворих адаптуватися у суспільстві; тренування соціальних навиків спілкування у колективі; відновлення побутових навиків спілкування для адаптації у повсякденному житті.

У групових заняттях виділяють низку мотивів-стимулів (О. О. Леонт'єв, 1971), що відіграють роль додаткових спонукальних чинників для комунікації, часто достатньо сильних (таб. 3.2).

## Вплив групового методу на мотиви-стимули

№	Мета	Мотиви-стимули	Методи роботи	Результати
1.	Спонука- ння до комунікації	Взаємо- допомога	- Емоційно- сенсорні ігри; - спільна (колективна) діяльність; - ситуативно- імітаційна діяльність.	- Зняття психом'язової напруги, скутості у жестах, голосових реакціях; - групова інтеграція; - стимуляція загальної та мовної активності; - спонтанне вимовляння слів та реплік; - чітке вимовляння; - подолання розладів розуміння; - попередження різного роду аграматизмів; - нповнення необхідною лексикою; - відновлення розуміння багатозначності слова і складних мовленнєвих оборотів. - слово пов'язується з дією; - відновлення ситуативного та побутового мовлення; - прийняття ролі педагога.
2.	Розширен- ня можли- востей комунікації	Суперни- цтво	- Змагання; - заохочення; - мовленнєві ігри (лото, пазли, лотерея, естафети, вікторини).	- Збільшення мовної активності; - зменшення латентного періоду вербальної реакції; - підвищення темпу мови; - якісне підвищення вербальної продукції хворих; - підвищення загального піднесення в роботі; - підвищення рівня відстаючих.
3.	Самовизна- чення особистості у групі	Мотив реабілі- тації Самоствер- дження	Методи самопізнан- ня і самоорга- нізації: - «Крокую вперед»; - «Завдання самому собі»; - «Моя таємниця».	- Усвідомлення своїх можливостей; - підвищення упевненості; - зміна самооцінки на адекватну; - зменшення феномену страху мовлення; - підвищення можливостей самовизначення у сімейно- побутовій сфері; - наполегливість; - відповідальність; - режим.

Так, мотив взаємодопомоги має велике значення для групової інтеграції та стимуляції загальної і мовленнєвої активності хворих. Особливо виразно він проявляється при застосуванні емоційно-сенсорних ігор, колективної предметно-практичної та творчої діяльності, імітаційно-ситуативної діяльності. Їх реалізація дозволяє інтегрувати емоції та слова хворих з діями.

Застосування емоційно-сенсорних ігор у відновлювальному навчанні осіб з післяінсультною афазією базувалося на виділеному психологами і психофізіологами зв'язку між емоціями і рухами, на опосередкованому задіянні і відображенні емоційних переживань у ході здійснюваних дій, що отримав назву метода фізичної дії (за К. С. Станіславським). Запозичення зазначеного методу дає можливість керувати характером моторної ланки емоційного відгуку в тих випадках, коли необхідно зняти психом'язову напругу хворого, скутість у жестах, голосових реакціях, стимулювати прояви емоційних реакцій, а також забезпечує створення індивідуального малюнка емоціональної експресії, покращення психо-емоційного стану.

З цією метою нами застосовувалися: 1) ігри-знайомства; 2) ігри на увагу; 3) емоційно-розігріваючі ігри; 4) пальчикова гімнастика; 5) фізкультхвилинки з елементами самомасажу (додаток Ж). Окрім поставлених завдань, ці методи спрямовувалися за рахунок активізації кори головного мозку на покращення психічних та розумових процесів, зменшення контрактур, засвоєння необхідних рухів, виявлення певних емоцій тощо.

Спонукаючи до певних дій та вчинків можливо через емоції, які допомагають адаптуватися до ситуації, виховують волю та комунікаційні здібності. Кожній емоції притаманне своє моторне оформлення, на якому відбивається будь-який її нюанс, отримуючи специфічний зовнішній індивідуально-особистісний вираз [249]. Як вказує С.Л. Рубінштейн, виразні емоції не тільки відображають вже сформовані переживання, але й самі формують їх [192]. Емоції супроводжують спілкування й усі види діяльності людини, виконуючи регулюючу і охоронну функцію, зважаючи на що, у контексті дослідження вони розглядаються як показник загального стану

хворого з афазією, його фізичного і психічного самопочуття, прихильності тощо.

Наступним, на нашу думку, ефективним прийомом, що спирається на багатий досвід взаємодії людини з оточуючим світом і здатний стимулювати активність та відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану, стала спільна діяльність, а саме колективна творча діяльність та колективна предметно-практична діяльність. У відновленні мовленнєвого спілкування при афазії в осіб післяінсультного стану ми розглядаємо їх не як засіб працетерапії та творчого розвитку, а як окремі напрями нейрореабілітації, ефективні способи розгальмовування і стимулювання мовленнєвої діяльності, як сприятливі фактори нормалізації міжособистісних відносин і здобуття навичок, необхідних для реадaptaції, а також підвищення самооцінки хворого і життєвого тонузу взагалі.

Найкраще процеси мовленнєвого спілкування реалізуються у згуртованому колективі, основою створення якого є колективна діяльність. У коетексті дослідження колективів – це група хворих з післяінсультною афазією, об'єднана для важливої і необхідною для всіх її членів спільної діяльності з відновлення мовленнєвого спілкування, та логопед. Загальна мета колективної діяльності – досягнення максимального логопедичного і психологічного ефекту. Для її вирішення ставилось завдання організувати діяльність хворого у групі для створення реальних ситуацій, що активізують мовленнєве спілкування в процесі діяльності, для усунення фобії мовлення у колективі, стабілізації досягнутих успіхів індивідуальних занять.

Комунікаційними ознаками колективної діяльності є спільне виконання справи, її соціальний характер, висока мотивація. Перевага колективних способів діяльності полягає в тому, що вони є потужними оптимальними засобами індивідуального впливу на хворих. З їхньою допомогою вирішувалися специфічні логопедичні завдання: робота з фразами на теми дня, збільшення лексичного запасу мовлення, подолання труднощів у знаходженні та заміні слів, попередження різного роду аграматизмів,

збільшення числа вживаних дієслів, закріплення вимови звуків, відновлення розуміння багатозначності слова і складних мовленнєвих оборотів.

У колективній діяльності можна виділити позитивні, досить сильні, мотиви, що спонукають до комунікації, а саме: потреба в комунікації; виконання колективної діяльності, щоб брати участь в інших справах; бажання бути кращим (дух змагання); інтерес у реалізації своїх здібностей: творчих, інтелектуальних, управлінських, організаційних; усвідомлення розвиваючої ролі колективної діяльності, усвідомлення соціальної ролі колективної діяльності [82; 90]. Найбільш простий у досягненні мотив, який не ґрунтується на негативних емоціях – інтерес до реалізації своїх здібностей.

До програми з відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у післяінсультних хворих у нашому дослідженні увійшли два типи колективної творчої діяльності: колективні співи та колективні творчі справи. Пісні для колективного співу обиралися відповідно до теми групового заняття, з числа найбільш популярних і відомих хворим. Застосовувалися такі форми співу: виконання пісень гуртом; почергове виконання рядку з пісні по колу; один хворий проспівує рядок з пісні, інші – вибирають дієслова чи іменники з пісні, написані на папірцях, або відповідну ілюстрацію до пісні тощо. До колективних творчих справ увійшли: підготовка до свят, привітання іменинників, привітання з професійним святом, колективне оформлення листівки та написання привітань, перетворюючи літери заданого слова у слова, повідомлення тощо.

Творча колективна діяльність відрізняється високим рівнем самостійності та самоорганізації осіб у діяльності [90; 113; 149; 191]. Ці якості добре проявлялися в діяльності за пропозицією логопеда та за власним задумом самого хворого. Головним моментом колективної творчої діяльності є виконання певної ролі, що збагачує досвід спілкування, сприяє активній мовленнєвій поведінці, самоорганізації в мовленнєвій діяльності. Крім того в ній постійно діють правила мовленнєвої поведінки в певній взятій на себе

ролі та поза нею, дотримуються вимоги мовленнєвого партнерства, вирішуються виникаючі конфлікти.

Застосування колективної предметно-практичної діяльності у відновлювальному навчанні хворих з афазією спирається на багатий досвід взаємодії хворого з оточуючим його навколишнім предметним світом і може виступати стимулом для підвищення мовленнєвої активності в колективі [71; 113; 230]. Цей метод дозволяє включити до стимулюючих методик логопедичної роботи фразовий матеріал, що відповідає виконуваний діяльності хворого (таб. 3.1 додатку 3). Фразовий матеріал забезпечив можливість зміцнення зорових уявлень про предмет, вербально-образних зв'язків, активізації стереотипів комунікативної поведінки, тренування соціальних навичок спілкування в колективі, відновлення навичок побутового мовленнєвого спілкування, наслідком чого стала адаптація до нових умов життя, усунення фобії мовленнєвого спілкування і, зрештою, задоволення емоційних потреб осіб з афазією.

Специфічними логопедичними завданнями колективної предметно-практичної діяльності стали: 1) розгальмування довільної сторони мовлення, відновлення розуміння ситуативного і позаситуативного мовлення; 2) подолання труднощів актуалізації слів-номінацій; 3) накопичення слів, що характеризують основні параметри предметів; 4) попередження труднощів розуміння порівняльних конструкцій; 5) стимуляція фразового мовлення та розгорнутого усного мовлення. Важливо, що на заняттях з використанням предметно-практичної діяльності формування мовлення відбувалося у природних мотивованих умовах, коли спілкування стає необхідним.

Хворим пропонувалися такі види діяльності: 1) малювання аквареллю, крейдою, олівцями; 2) ліплення з пластиліну, солоного тіста, білої глини; 3) аплікації з природного матеріалу, клаптиків тканини, соломки; 4) конструювання із сірників, геометричних фігур, різних конструкторів; 5) оригамі; 6) колаж з різних матеріалів; 7) складання мозаїк; 8) пазли та ін.

Указані види діяльності хворих були обумовлені широкими можливостями активізації номінативного і предикативного словника, доступністю зазначених видів роботи для більшості хворих та зміцненням зв'язку предмет-слово. У ході занять використовувалися найбільш значущі для хворих з афазією модальності: зорові, слухові, тактильні та рухові. Оскільки під час дослідження не ставилось завданням розвивати творче мислення та створювати художні витвори, деякі хворі лише копіювали задані зразки.

Ситуативно-імітаційна (ігрова) діяльність. Ситуативно-імітаційна діяльність хворих задається уявною ситуацією, яка виникає при розбіжності оптичного (наочного) і смислового поля [51]. Сутністю імітації є створення уявної ситуації, тобто відомого смислового поля, яке видозмінює всю поведінку хворого, змушуючи його визначитися у своїх діях і вчинках тільки в уявній, мисленнєвій, але не реальній ситуації. Усе, що відтворюється в імітації і що вона втілює в дії, черпається з дійсності, тобто спирається на досвід хворого. При цьому хворий знаходиться одночасно і в ситуативній позиції, тобто виконує задану роль, і в надситуативній, залишаючись собою (за Л. С. Виготським). Ситуативна позиція забезпечує процесуальність імітації, а надситуативна – її регуляцію.

У логопедичному сенсі методи імітації відрізняються динамізмом, насиченістю необхідною лексикою, чіткою послідовністю подій і дій, виразністю мовлення, простотою побудови фрази. Вони готують хворих з афазією до розгорнутого, зв'язного й послідовного викладу думок, впорядковують їхню мовленнєву діяльність.

У процесі реалізації ситуативної імітації характер здійснюваної мовленнєвої діяльності може бути як автоматизованим та мимовільним, так і конструктивним та довільним. У першому випадку вільно реалізується можливість залишкового мовлення, у разі компенсації мовленнєвої функції шляхом прориву і накопичення мимовільного, «ненавмисного» мовлення. У випадках, коли компенсація відбувається шляхом накопичення довільно



керованого мовлення у розігрованих ситуаціях, створюються невимушені умови, коли хворому необхідно побудувати слово, чи прості фрази, або – більш складні, активно і свідомо у ході ситуацій виправляти свої помилки. Отже, вимовляння імітацій відбувалося за допомогою логопеда, самостійно, і найважливіше – за допомогою інших хворих, які, намагаючись допомогти, інколи навіть несподівано для себе, вимовляли фразу чи слово.

Ситуативна імітаційна діяльність реалізовувалася як за сценарієм, так і без нього. Сценарні ситуативні імітації вимагали попередньої підготовки як від логопеда, так і від хворих – як правило, хворі отримували попереднє завдання. Несценарні ситуативні імітації не вимагали попередньої підготовки від учасників – усі завдання, що давалися логопедом, здійснювалися безпосередньо при проведенні справи. І в першому, і в другому випадках, що достатньо важливо, хворий створював образ, підкріплюючи його словом, фразою, діями, в процесі спілкування з іншими учасниками групи.

Джерелом змістовності ситуативної імітаційної діяльності хворих з афазією на заняттях слугували навколишній світ та тематика заняття. Кожна тематична ситуація в залежності від поставлених логопедичних завдань могла імітуватися в різних варіантах. Участь хворих у імітованій ситуації вимагала проголошення слів, реплік, виконання дій, вимагала підбору інтонації, типової для певного образу, міміки, відтінків голосу. Самостійне розігрування ролі збагачувало досвід мовленнєвого спілкування хворого в різних ситуаціях та обставинах.

Основні завдання, що вирішувалися у ході застосування для хворих з післяінсультною афазією експериментальної групи ситуативно-імітаційної діяльності, зводились до: 1) стимуляції загальної та мовленнєвої активності; 3) стимуляції спонтанного вимовляння слів та реплік; 4) нівеляція розладів розуміння та відновлення ситуативного та побутового мовлення; 5) збагачення необхідною лексикою; 6) якісного підвищення вербальної продукції хворих; 7) подолання страху мовлення; 8) усунення персеверацій в самостійному усному висловлюванні; 9) подолання і корекція розладів

мовного програмування, граматичного структурування, чіткого вимовляння; 10) складання мовних імпровізацій на задану тему.

Найважливішою особливістю методик колективної творчої, предметно-практичної та ситуативно-імітаційної діяльності є можливість з їхньою допомогою об'єднувати в роботі всі збережені ланки різних аналізаторних систем, а також і різні рівні, на яких здійснюється мовленнєва діяльність, залучивши їх в особливу активну діяльність хворого. Також важливим моментом є і можливість за допомогою цих методик варіювати склад ланок, що входить у мовленнєвий процес: зір і слух, слух і мовленнєві рухи, мовленнєві рухи і зір, мовленнєві рухи, зір і слух тощо, в залежності або від форми порушення мовлення, або від тих конкретних завдань, які постають у процесі навчання.

Сприятливу роль у реалізації всіх, застосованих під час відновлювального навчання, прийомів спонукання та розширення можливостей комунікації осіб з афазією післяінсультного стану відіграли такі умови: аферентно-забарвлені теми занять, виникнення проблемних ситуацій, наявність наочних засобів та сприятливий соціально-психологічний клімат.

Вибір афективно забарвлених тем для занять став однією з найважливіших умов спонукання до комунікації, підвищення активності взаємодії хворих, накопичення словникового мінімуму для спілкування. У реалізації такого підходу важливою є організація тем, які б були пов'язані з мовленнєвими ситуаціями та забезпечили б засвоєння найбільш вживаної і необхідної за конкретною темою лексики і певного її граматичного оформлення. З цією метою відбирався та раціонально групувався лексичний матеріал для занять з урахуванням специфіки афазій (таб. 3.2 додатку 3), що дало можливість у максимально короткі терміни забезпечити активне користування мовою як засобом спілкування. Тематичний відбір лексики забезпечував лексичну сполучуваність слів, реалізовував їх властивість вступати у синтаксичні та смислові зв'язки з іншими словами, що попереджувало заучування окремих слів, ізольованих від ситуації.

Сполучення тематично близьких слів суттєво спрощує їх запам'ятовування [115].

Найбільший комунікативний ефект викликають теми, які цікаві для пацієнтів. У підборі тем для занять ми враховували побажання пацієнтів, їх преморбідний досвід, традиції родин, захоплення, інколи пропонували декілька тем на вибір. У кожній з тем розкривалися суспільно-соціальні, побутові або природничі відомості, що слугувало додатковим стимулом для обговорення того чи іншого положення, а відтак і до мовленнєвого спілкування хворих з післяінсультною афазією.

До суспільно-соціальних тем увійшли відомості про державні та релігійні свята, місто Суми, Україну, сім'ю, транспорт, туризм, лікарню, різні види дозвілля та ін. Побутові відомості включали питання про хатні справи, кулінарію, посуд, взуття, меблі тощо. До природничих відомостей увійшли сезонні зміни у природі, рослинний і тваринний світ, географія країн та ін. У середині тем виділялися мовленнєві ситуації, що взаємно перехрещувалися, забезпечуючи повторення лексики.

Під час проведення тематичних групових занять використовувалися такі прийоми роботи: знайомство з темою заняття; бесіда за темою, використання ситуативних питань для постійної стимуляції хворих до мовленнєвого спілкування один з одним і з логопедом; моделювання ситуацій, що сприяють використанню найбільш автоматизованих видів мовлення (віршів, які підходять за змістом, пісень, прислів'їв, рахування, перелік днів тижня тощо); формування фразового мовлення для спілкування один з одним і фахівцем; відпрацювання розуміння усних інструкцій, що містять певний лексичний матеріал і побудовані з урахуванням автоматизованих фразових моделей; спільна й імітаційна діяльність для створення реальних ситуацій з непередбачуваним ходом подій спілкування; корекція, аналіз та виправлення допущених помилок.

Наступною умовою, що сприяла спонуканню комунікації хворих стало виникнення проблемної ситуації у ході заняття, коли, наприклад, відповідь не

відома і відбувається групове її відгадування. При реалізації цієї умови ми виходили з наступної позиції: якщо основна ланка проблемної ситуації – протиріччя, то логічно припустити, що і шляхи її створення можна розглядати як способи загострення протиріч у свідомості. Важливо не втратити момент, допомогти хворому помітити невідповідність, протиріччя і охопити його активною пошуковою діяльністю. У такому випадку кожен член групи намагається пропонувати свою альтернативну відповідь або коментувати неузгодженість відповіді з завданням. Для створення проблемних ситуацій у ході заняття нами використовувалися переважно бесіди-обговорення, а також методи малювання та моделювання з подальшим відгадуванням сенсифікованих зображень.

Проблемні ситуації створювалися трьома шляхами. Перший, коли вони виникали при навмисному зіткненні життєвих уявлень. Наприклад: курс гривні зміцнився, а ціни збільшуються. Чому? Узимку вода в річці льодяна, а «люди-моржі» купаються і не хворіють. Чому? Птахи гніздяться на деревах. Це вірно? Чому рослини в'януть без води, а кактус ні?

Другий шлях, коли проблемна ситуація виникала при невідповідності відомого й необхідного способу дії, коли логопед спонукає хворих виконувати нові завдання старими способами.

І третій шлях, коли проблемна ситуація створювалася, спонукаючи хворих до порівняння, співставлення і протиставлення суперечливих фактів, явищ, думок, різних варіантів текстів творів, видів мистецтв. Наприклад: Чому дерун і картопляник готуються з картоплі, а мають різні назви? У всіх птахів є крила, чому не всі літають? З-поміж картин оберіть ті, на яких є зображення написаного слова (на аркуші написане слово «замок», а серед декількох картин є зображення і замку і замку). Чому ви обрали різні картини? Чому на Місяці висаджувалися космонавти, а на Марсі ні? І таке інше.

Наступною умовою розширення можливостей комунікації хворих стало використання наочних засобів: реальних предметів, зображень. Вважається,

що вони є найбільш важливими при відновленні мовлення для хворих з грубими формами афазії, але, на нашу думку, цікавий матеріал окрім спричинення сильних емоцій обов'язково спонукає до його обговорення, і таким чином виконує функцію активізації мовленнєвого спілкування. У роботі з дорослими пацієнтами ми уникали застосування «дитячого» тематичного матеріалу, особлива увага приділялася його оригінальності, змістовності, естетичності, так, щоб він зацікавлював, здивовував, спонукав до його обговорення. Наприклад, справжні бойові нагороди Великої Вітчизняної війни на занятті за темою «День Перемоги», ляльковий вертеп відомої майстрині ручної роботи, художниці Ірини Гаршиної на занятті «Різдво», штучні вінки з шовку ручної роботи Дарини Твердохліб та вінок з польових квітів на занятті за темою «Івана Купала», старовинні поштові картки, картки поштокросингу з різних країн світу, іноземні грошові купюри, фанти з цукерок радянських часів, чаї різних сортів тощо.

Достатньо широкі можливості сьогодні у доборі цікавого матеріалу для занять відкриває мережа Інтернет. Використання сучасної техніки, зокрема ноутбуків, iPad-ів, смартфонів, дозволяють підбирати наочний матеріал у електронному форматі. Позитивна реакція хворих відмічалася на картковий матеріал серії «Вундеркінд з пелюшок», широкий спектр якого дозволяє підібрати матеріал для майже будь-якого тематичного заняття: космос, риби, квіти, природні явища, дива світу, транспорт, картини тощо.

У використанні наочного матеріалу його кількість свідомо була обмеженою, щоб не розсіювати уваги хворого, не перенавантажувати та не відволікати від мовленнєвих вправ.

Розглядаючи мотив суперництва, варто зазначити, що він пов'язаний з прагненням до самоствердження у групі, з бажанням здобути схвалення від товаришів, підвищити загальний емоційний тон у групі. Цей фактор виявляється найбільш виразно при застосуванні методів змагання, заохочення, застосування мовленнєвих ігор, коли провідний мотив діяльності – реабілітація – зміщується на мету виконуваної дії – проявити

себе, перемогти у змаганні. Це сприяє підвищенню загального піднесення в роботі, збільшенню мовленнєвої активності, зменшенню латентного періоду вербальної реакції, збільшенню темпу мовлення, поліпшенню вербальної продукції хворих в якісному відношенні, переміщення з рівня відстаючих до рівня передових.

Метод змагання в нашому дослідженні застосовувався як достатньо ефективний чинник стимулювання діяльності, що базується на потребі людини до утвердження себе серед оточуючих, потребі відстояти своє «Я», бажанні до суперництва. З іншої сторони цей метод допомагає логопеду виявити та оцінити можливості кожного хворого у спілкуванні та певних видах діяльності, окреслити посилену перспективу на майбутнє і, найголовніше, розширити комунікативні можливості хворого.

Певні досягнення хворого, і не лише у змаганні, повинні підкріплюватися заохоченням [14]. Заохочення у відновлювальному навчанні ми розглядаємо як спосіб педагогічного впливу на особистість, у нашому випадку особистість хворого з афазією, що виражається позитивною оцінкою логопеда його досягнень. Метою заохочень стало закріплення позитивних якостей і стимулювання хворого до активної відновлювальної діяльності, зокрема до розширення можливостей комунікації. Серед різновидів заохочення в нашій роботі застосовувалися: вербальні заохочення словами «вірно», «добре», «відмінно», «молодець» тощо; соціальні знаки: посмішку, потискання руки, оплески; символічні матеріальні нагороди: цукерки, наліпки, фішки; запис подяки у робочий зошит, зокрема й для рідних; друковані листи-подяки, які виготовлялися спеціально до свят тощо.

Хворі з афазією зазвичай потребують підкріплення значущості своїх старань з боку інших. Дослідження психолога О. В Запорожця свідчать, що заохочення, як і похвала, позитивно впливає на діяльність людини. Цей вплив має дві стадії, або фази. На першій стадії похвала діє як пряме позитивне підсилення діяльності. На другій стадії пряме підсилення стає внутрішньою, підсвідомою мотивацією для наступних дій [168]. У контексті корекційно-

відновлювальної роботи заохочування застосувалися відповідно наступних педагогічних вимог: 1) заохочували хворих лише за реальні успіхи; 2) не використовували заохочення достатньо часто; 3) воно мало місце, якщо підтримувалося з боку групи; 3) було гласним, тобто оголошувалося; 4) враховувалися індивідуальні особливості хворих.

Наступним дієвим чинником розширення можливостей комунікації осіб з афазією, що застосувалися в процесі відновлювального навчання – логопедичні ігри, а саме: мовленнєве лото, пазли, естафети, вікторини (додаток К). За їх допомогою справовується інтерес хворих до виконання завдань, розвивається їхнє самоствердження [173]. Цей метод дозволяє ефективно вирішувалися як індивідуальні логопедичні завдання відновлювального навчання кожного окремого хворого, так і завдання тематичного заняття загалом. Реалізація логопедичних ігор у відновлювальному навчанні хворих з афазією передбачала закріплення фразового мовлення на теми дня, збільшення лексичного запасу мовлення хворих, попередження різного роду аграматизмів, збільшення кількості вживаних дієслів, зміцнення звуків тощо.

Ж. М. Глозман вказує, що реалізація мотиву самоствердження разом з мотивом реабілітації у групі формує рольове особистісне самовизначення. Психотерапевтичні спостереження С. С. Лібих (1974) дозволили вченому виокремити три етапи динаміки особистості хворого в групі. Перший етап вичікувальний – придивляння до групи, намагання проявити себе з кращого боку. На другому етапу відбувається розкриття особистості у групі, хворий починає поводитися як у звичному колективі. І на третьому етапі особистість перебудовується, зростає цікавість до інших хворих, збільшується кількість запитань до логопеда та членів групи.

На думку Ж. М. Глозман, за аналогічними етапами поступово змінюється і характер діяльності спілкування хворих у групі. Це призводить до усвідомлення своїх можливостей, зростання впевненості в собі, до зміни неадекватної самооцінки на адекватну, і проявляється у зменшенні феномена

страху мовлення, зростанні можливостей подальшого самовизначення хворих у сімейно-побутовій сфері. У цьому сенсі мала терапевтична група виступає в ролі перехідного етапу, який полегшує перехід до нормального соціального середовища [58, 157].

Першим за значимістю серед методів самовизначення є метод самопізнання, який тісно пов'язаний з методом самоорганізації хворого [83; 199; 237]. З погляду педагогіки процес відновлювального навчання можна вважати ефективним, якщо у хворого з'являється необхідність свідомої планомірної роботи над своїм дефектом, над собою. Потреба самоорганізації виникає у разі, якщо людина підготовлена до неї, коли починає замислюватися над своїм майбутнім, своєю поведінкою [154, 103].

Для спонукання хворих до самопізнання ми застосували метод «Крокою уперед». Щоденно хворий у співпраці з логопедом планував певне особисте завдання, яке б сприяло відновленню мовленнєвого спілкування, а наприкінці дня підбивав підсумок у вигляді запису у свій робочий зошит, обговорював результати прожитого дня з рідними або виставляв собі оцінку за звичною п'ятибальною шкалою.

При реалізації цього методу важливим стало забезпечення уваги членів родини до роботи хворого над собою. Рідні могли давати підказки, що вимагали проявів сили волі, характеру у відновлювальному процесі. Наприклад, закінчити забуті письмові вправи, збільшити кількість повторень усних завдань, підготуватися до наступного заняття з логопедом, виконати прохання тощо. Це допомагає виховувати характер постійної турботи та уваги до відновлення постраждалих функцій, прагнення виконувати завдання. Метод дозволив, крім зазначеного, виробити у хворих важливу звичку – заздалегідь планувати час та місце для виконання завдань і рекомендацій логопеда, планувати свій день, і тим самим формувати корисні навички самоорганізації щодо відновлення постраждалих функцій.

Наступним методом спонукання хворих до самопізнання став метод «Завдання самому собі». За участі логопеда хворий визначав на конкретний



термін, тиждень, чи місяць, над вирішенням якого завдання він буде працювати, щоб покращити своє мовленнєве спілкування, відновити або компенсувати певну втрачену функцію. Завданням логопеда було допомогти хворому обрати для себе відносно постійні обов'язки (виконувати домашні завдання; за можливості телефонувати рідним і друзям, самостійно здійснювати покупки, співати пісні, розповідати вірші тощо). Хід виконання «Завдання самому собі» за бажанням пацієнта фіксувався в робочому зошиті, а підсумки підбивалися на груповому занятті або вдома, у присутності рідних.

Як варіант «Завдання самому собі» ми також використали метод «Моя таємниця». Хворий ставив собі за мету досягти якогось результату «таємно», не роблячи його предметом попереднього обговорення з хворими у групі або рідними вдома. Таке «таємне» завдання хворі визначали з логопедом, фіксували в зошиті або на аркуші, який вкладався у спільний конверт до певного часу. Відкривали конверт до свята або в кінці місяця і з'ясовували, хто чого досягнув із задуманого.

Наведені методи самовизначення реалізовували за своєю суттю такі найважливіші засоби відновлення, як наполегливість, відповідальність, режим, з трансформацією їх у сферу самоуправління особистості.

Також дисциплінуючим моментом у пропонованій програмі відновлювального навчання стало правило, за яким на початку заняття кожен хворий, за допомогою логопеда або члена родини, повинен зробити запис у свій робочий зошит дати і дня заняття, користуючись календарем. Це виховує відповідальність хворого та рідних, що є необхідним для систематичного проведення занять, і тривалі паузи одразу стають помітними.

У межах реалізації експериментальної методики відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану визначено коло учасників відновлювального навчання. Це насамперед хворі з афазією, що виникла внаслідок церебрального інсульту, а також логопед і члени ближнього соціального оточення, які зацікавлені в найшвидшому одужанні хворих. Тож логічно припустити, що залучення членів ближнього соціального

оточення хворого (найчастіше це сім'я) до активної участі в реалізації розроблених заходів корекційно-відновлювального навчання підвищить його ефективність та сприятиме максимальному результату.

Роль сім'ї як сфери, що є основною щодо можливості реалізації функції вербального спілкування хворого з афазією, важко переоцінити. Психологічні дослідження Ж. М. Глозман, Є. Т. Соколової, Є. Т. Маслова (1986) дозволили виділити, окрім особистісних реакцій хворого з афазією на своє захворювання та гостро змінену сферу спілкування з оточенням, досить потужну реакцію на ставлення найближчого оточення сім'ї, на звужену можливість комунікації саме з нею. Змінений унаслідок втрати працездатності соціально-трудоий статус хворого з афазією призводить до втрати раніше сформованих його особистісних зв'язків. На цьому фоні різко зростає значення зв'язків у межах сім'ї. Мікросередовище перетворюється, в певному сенсі, на макросередовище [55]. Сім'я стає основною сферою спілкування хворого і водночас середовищем, яке може сприяти або гальмувати процес відновлення порушених функцій [182].

Тому процес корекційно-відновлювального навчання повинен охоплювати питання постійної взаємодії з членами ближнього соціального оточення хворих з метою системного та активного надання їм теоретичної та практичної допомоги, з одного боку, та з метою закріплення досягнутих результатів у ході занять з логопедом – з іншого.

У межах реалізації означеної мети перед експериментальною методикою постали такі завдання: 1) встановити довірливі відносини з членами ближнього соціального оточення хворих; 2) визначити їхні потреби в логопедичному супроводі; 3) забезпечити інформацією з питань взаємодії з логопедом, взаємодії з хворим, особливостей особистісних реакцій хворого на різку зміну мовленнєвого статусу, особливостей прояву афазії, методів логопедичної та нейропсихологічної діагностики, методів, засобів та прийомів відновлювального навчання.

Встановлення контакту з рідними хворих починалося практично з перших днів знайомства. Принципово важливе значення відіграла попередня бесіда, у ході якої визначалися: адекватність позиції членів сім'ї, тактика взаємодії з ними, стратегія співпраці. Окрім бесід, основними методами взаємодії стали: рекомендації, роз'яснення, переконання тощо.

З метою визначення потреб сім'ї в логопедичному супроводі в експериментальне дослідження було задіяне анкетування, в завдання якого увійшло: з'ясування особливостей мовленнєвого спілкування хворого у сім'ї; з'ясувати думку рідних – наскільки необхідною вони вважають свою допомогу у відновленні мовленнєвого спілкування хворого, і наскільки вони є до цього готовими.

Усього було запропоновано по чотири анкети для кожної сім'ї: дві для хворого та дві для члена родини, який за згодою хворого погоджувався йому допомагати (додаток Л). Кожна анкета містила від 5 до 7 запитань. Для впевненості, що хворий правильно розуміє питання, опитування проводилося спільно з логопедом або з членом сім'ї, за необхідності з додатковими поясненнями. Відповіді до запитань подавалися у варіантах: «так» або «ні», або у вигляді шкал від 0 до 10, що спрощувало орієнтування хворих у значеннях чисел.

За результатами анкетування зроблено висновок, що переважна більшість рідних вважають за необхідне співпрацювати з логопедом, але є необізнаними в питаннях щодо відновлення мовленнєвого спілкування. Більшість хворих визначили максимальною оцінкою необхідність сторонньої допомоги у заняттях вдома для ефективного закріплення результатів, досягнутих у роботі з логопедом. Відтак, постала нагальна потреба в організації взаємодії з сім'ями хворих.

Основними завданнями супроводу сімей хворих з афазією у експериментальному дослідженні стали: 1) інформування рідних про природу, особливості та прогнози афазії і пов'язані з нею специфічні проблеми; 2) всебічне залучення сім'ї до участі в відновлювальному навчанні;

3) теоретична та практична підготовка членів сім'ї до участі у реабілітаційному процесі. Для вирішення поставлених завдань використовувалися такі форми роботи: індивідуальні та групові бесіди, консультації, доручення, спільні заняття, дистанційний зв'язок, інформаційні та тематичні стенди.

Індивідуальні та групові бесіди з рідними хворого ми розглядали як метод впливу на погляди та дії членів сім'ї стосовно процесу відновлення мовленнєвого спілкування хворих. Їх метою було за допомогою слова виробити осмислене прагнення рідних допомогти хворим з афазією у подоланні розладів мовленнєвого спілкування та здобути необхідні для роботи відомості про особливості характеру, темпераменту, мовлення хворого, про поведінку, ставлення до хвороби, про контакти з друзями та ін.

Консультації теж мали характер як індивідуальної, так і групової роботи і передбачали висвітлення таких тем для обговорень: результати діагностичних досліджень, інсульт і афазія, загальні та індивідуальні рекомендації, особливості перебігу афазії у конкретного хворого, невербальні способи спілкування, вправи для відновлення розуміння мовлення, вправи для відновлення фонематичного слуху, закріплення звуків, накопичення повсякденного словника, вправи з відновлення граматичної будови мовлення, фразове мовлення, емоційні сплески при афазії, взаємовідносини у сім'ї, зв'язок дрібної моторики з мовленням, трудовий режим та розпорядок дня хворого та ін.

З метою безпосереднього ознайомлення рідних з методами роботи та для демонстрації можливостей хворих проводилися сумісні заняття за участі рідних. У ході таких занять члени сім'ї мали можливість брати як пасивну, так і активну участь. Окрім того, встановлювався дистанційний зв'язок, що реалізовувався у такій формі: у робочий зошит хворого, окрім домашніх завдань для нього, вносилися рекомендації для рідних у вигляді порад, роздрукованих матеріалів, організаційних та методичних вказівок до виконання домашнього завдання. Про результати, особливості та невдачі

опрацювання домашнього завдання рідні хворого могли повідомляти логопеду також через зошит.

З метою підвищення компетенції рідних в аспекті корекційно-відновлювального навчання хворих з афазією їм також рекомендувалася для опрацювання психолого-педагогічна та логопедична література.

Отже, експериментальна методика охоплює напрями впливу на різні аспекти мовленнєвого спілкування хворого з афазією, а саме на структурні складові готовності до мовленнєвого спілкування, мовленнєвої системи, немовленнєвих функцій, а також особистість хворого. Використані у методиці різнобічні підходи мають єдину мету, конкретний зміст, методи та форми роботи, і виступають як єдине ціле безперервного педагогічного процесу.

Наступний етап науково-дослідної роботи передбачав перевірку ефективності впровадження розроблених педагогічних умов та методики відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану у ході аналізу результатів формувального експерименту.

### **3.3. Аналіз результатів формувального експерименту**

Аналіз наукових літературних джерел, а також дані констатувального експерименту дозволили теоретично обґрунтувати методику відновлення мовленнєвого спілкування осіб з післяінсультною афазією, визначити основний зміст, педагогічні умови, етапи, напрями, методи та прийоми корекційно-відновлювальної роботи.

Розроблена методика відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану розроблялася і реалізувалася впродовж 2014-2017 років.

Метою визначення педагогічних умов оптимізації корекційно-відновлювального навчання та розробки методики відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану було забезпечення

повноцінного або максимального відновлення можливості активно користуватися мовленням під час взаємодії з іншими людьми.

Формувальній дослідно-експериментальній роботі передувала підготовча її частина, яка передбачала вивчення науково-методичних джерел, з'ясування особливостей мовленнєвого спілкування контингенту дослідження, визначення педагогічних умов та обґрунтування експериментальної методики.

До формувального експерименту було залучено 103 особи з післяінсультною афазією, з числа яких було сформовано дві групи: основну групу (ОГ) та групу порівняння (ГП). До складу основної групи ввійшли 52 особи, групу порівняння склали 51 особа.

Розподіл по групах відбувався за результатами констатувального експерименту, в ході якого всі хворі були розподілені за шістьма рівнями розладу мовленнєвої сфери (таб. 2.1). Для однорідності груп за виділеними характеристиками до кожної з груп було відібрано приблизно однакову кількість хворих відповідних рівнів (таб. 3.3). Для чистоти експерименту при формуванні груп, наскільки це було можливим через специфіку складної структури розладу функцій, враховувалися також максимально однорідні форми афазій.

Таблиця 3.3

Розподіл хворих основної групи та групи порівняння на початок формувального експерименту за рівнями розладу мовлення

Рівень розладу мовлення	Група порівняння (кількість осіб)	Основна група (кількість осіб)
Легкий	3	4
Середньолегкий	6	5
Середній	6	6
Середньотяжкий	13	13
Тяжкий	16	16
Глибокий	7	8
Загальна кількість осіб	51	52

З метою підтвердження однорідності експериментальної та контрольної груп було використано метод статистичних гіпотез [190, 76], за яким було сформульовано основну та альтернативну гіпотези.

Нульова гіпотеза полягала в тому, що характеристики двох груп (ОГ та ГП) співпадають на рівні значущості  $\alpha = 0,05$ . Альтернативна гіпотеза полягала в тому, що характеристики цих груп суттєво відрізняються на вибраному рівні значущості.

Гіпотези перевірялися за критерієм  $\chi^2$ . За відомою формулою [166, 52], з використанням даних таблиці 3.2, було обчислено емпіричне значення критерію:

$$\chi^2_{\text{експ.}} = N \cdot M \cdot \sum_{i=1}^L \frac{\left(\frac{n_i}{N} - \frac{m_i}{M}\right)^2}{\frac{n_i + m_i}{N \cdot M}} \approx 0,55, \text{ де}$$

$L$  – кількість градацій (кількість виділених рівнів),

$N$  – кількість респондентів (осіб) основної групи,

$M$  – кількість респондентів (осіб) групи порівняння,

$n_i$  – кількість респондентів основної групи, що відповідають  $i$ -й градації,

$m_i$  – кількість респондентів групи порівняння, що відповідають  $i$ -й градації.

У нашому дослідженні  $L = 6$  (виділено легкий, середньолегкий, середній, середньотяжкий, тяжкий і дуже тяжкий рівні). Критичне значення критерію  $\chi^2_{\text{кр.}} \approx 11,1$  (для рівня значущості  $\alpha = 0,05$ ).

Виконується умова  $\chi^2_{\text{експ.}} < \chi^2_{\text{кр.}}$  ( $0,55 < 11,1$ ). Відповідно до правила перевірки статистичних гіпотез нульова гіпотеза приймається. Можна зробити висновок про те, що характеристики основної групи та груп порівняння на початок проведення формувального експерименту співпадають на прийнятому рівні значущості.

У процесі формувальної дослідно-експериментальної роботи проводилося цілеспрямоване запровадження двох умовних етапів методики відновлення мовленнєвого спілкування осіб з післяінсультною афазією.

Експеримент тривав у середньому впродовж 9 місяців. На прикінцевому етапі проводилося підсумкове діагностування (контрольні зрізи) з метою виявлення ефективності експериментальної методики відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану. Контрольний зріз проводився за аналогічною методикою, що застосовувалася на констатувальному етапі експерименту.

За даними контрольного зрізу, який здійснювався за визначеними критеріями та показниками, у хворих, які взяли участь в експериментальному дослідженні, були виявлені позитивні зміни, що вплинули на загальну характеристику стану їхнього мовленнєвого спілкування. Проте, більш позитивну динаміку показників стану мовленнєвого спілкування зафіксовано в осіб основної групи. Повного відновлення не досяг жоден з учасників дослідження, що можна пояснити складністю патології та специфікою залишкових явищ після інсульту.

За результатами дослідження стану готовності до мовленнєвого спілкування осіб з післяінсультною афазією одержано такі дані.

Під час оцінюванні у пацієнтів стану потреби у спілкуванні відзначено загальне підвищення рівня потреби в мовленнєвому спілкуванні та поступове розширення меж їхньої потребносно-емоційної сфери реалізації потреб – від найближчого сімейного оточення до малої контактної групи, в рамках якої діяв афазик, до сфери діяльності, що пов'язана з працею, дозвіллям і побутом. Значно покращилися емоційні передумови соціальної і комунікативно-пізнавальної поведінки, збільшилася потреба у взаємодії. Під час взаємодії в особистісних взаємостосунках у межах сім'ї, з логопедом та іншими членами групи значно зменшилася кількість конфронтацій, пов'язаних з розбіжністю цілей спілкування. Поведінка пацієнтів у соціальних ситуаціях стала більш передбачуваною.

При оцінюванні системи емоцій мотиваційно-потребносної сфери у пацієнтів ОГ було виявлено підвищення рівня або переважання позитивних емоцій над негативними, хоча останні час від часу ще мали місце, оскільки не



всі потреби спілкування хворих задовольнялися у повному обсязі. Значною мірою знизилася кількість проявів апатії і тривоги.

Стан порушеного внутрішнього програмування також більшою мірою покращився у хворих ОГ. У пацієнтів з еферентним типом моторної афазії зменшення виразності патологічної інертності артикуляційних актів сприяло зменшенню кількості персеверації, як наслідок – мовлення стало менш розірваним. У пацієнтів з сенсорною (акустико-гностичною) афазією покращилася здатність до акустичного аналізу звуків мовлення, що позитивно вплинуло на якість імпресивного та експресивного мовлення. У пацієнтів з акустико-мнестичною формою афазії обсяг слухо-мовленнєвої пам'яті став сягати порівняно більших меж, що дало змогу хворим розуміти більш розгорнуті види мовлення, в порівнянні з початковим етапом відновлювального навчання. Про покращення операцій внутрішнього мовлення хворих, не залежно від форми афазії, також вказувало функціонування таких розумових операцій, як: виділення, порівняння, узагальнення та інші, котрі використовувалися хворими при здійсненні певного розгортання усного мовлення.

При спостереженні за хворими в процесі їхньої діяльності (без проведення додаткового експерименту) наприкінці курсу відновлювального навчання виявлено відносно помірний темп встановлення ними контактів у спілкуванні, підвищення темпу відреагування на дії інших людей, поступове розширення кола спілкування. Варіативність у способах спілкування залишалася низькою. У мовленні, як і раніше, домінував побутовий стиль, притаманний повсякденному спілкуванню, але зі значно ширшим змістом.

Певною мірою у хворих також відбулося покращення комунікативних якостей мовлення, що позитивно відобразилося на деяких проявах міжособистісного спілкування. У процесі відновлення граматичних і лексичних норм мовлення відновлювалася здатність хворих впливати на свідомість, емоції та почуття іншої людини. Покращився стан активного слухання. У міру відновлення у хворих здатності цілісного

сприйняття повідомлення, аналізу його змісту, встановлення зв'язків між ним і фактами дійсності, покращувалася здатність зосереджуватися, розуміти, запам'ятовувати, оцінювати та адекватно реагувати на почуте. Внаслідок нормалізації використання мимики і жестів полегшилося сприйняття інформації партнерами по спілкуванню, а у хворих з моторною формою покращилася емоційно-виразна функція їхнього мовлення.

Отже, на підставі вищезазначеного можна узагальнити, що зафіксовані позитивні зміни стану готовності до мовленнєвого спілкування і його реалізація в смисловому і операційному відношенні вказують на ефективність проведеного корекційно-відновлювального навчання, а більш високі результати осіб ОГ підтверджують дієвість розробленої методики відновлення мовленнєвого спілкування осіб з післяінсультною афазією.

Втім, з метою деталізації висновків про ефективність розробленої та запровадженої нами експериментальної методики, був проведений поглиблений аналіз результатів контрольних зрізів за всіма показниками стану мовленнєвого спілкування, у ході якого отримано такі дані.

Контрольне спостереження, проведене нами з метою оцінки дієвості умовного етапу відновлення суцесивних та симультанних рівнів синтетичної діяльності, виявило, що пацієнти ОГ, на відміну від пацієнтів ГП, у більшому обсязі та якісніше виконували нескладні позаконструктивно-праксичні та конструктивно-праксичні завдання: розрізняли ліву і праву сторони, називали пальці рук, володіли схемою власного тіла тощо, правильно, хоч і не завжди, подумки повертали геометричну конструкцію, зберігаючи співвідношення, значущі для її просторової організації тощо. Встановлено, що у пацієнтів ОГ внаслідок проведеної роботи почали спостерігатися стійка тенденція до відновлення уявних схем. Так, частина з них правильно розрізняла (при читанні) та усвідомлено проводила навіть операції з числами, що виходили за межі десятка. Важливим досягненням у рамках експериментального навчання вважаємо встановлений нами факт, що за наявності ще значних вад зовнішнього мовлення, пацієнти при виконанні переважно нескладних

завдань вже не виявляли повної втрати внутрішньої сторони мовлення. Цілеспрямоване щоденне відновлення на кожному логопедичному занятті різних рівнів симультанного і сукцесивного видів синтезів сприяло тому, що у пацієнтів ОГ вже через півроку були далеко не повною, але значною мірою відновлені ці основні види синтетичної діяльності.

Аналіз експериментальних даних, одержаних за результатами дослідження відновлення різних рівнів синтетичних структур, засвідчив, що цілеспрямована планомірна робота, організована з пацієнтами від початку відновлювального навчання і спрямована на відновлення симультанних та сукцесивних рівнів синтетичної діяльності, забезпечила покращення якості їхнього мовленнєвого висловлювання в значному і переважно незначному ступені.

Під час аналізу результатів оцінки стану експериментальних результатів оцінки стану експресивного та імпресивного мовлення після проведення формувального етапу експерименту було виявлено, що у хворих ОГ порівняно з ГП, відбулося більш виражене покращення як рецептивної, так і продуктивної сторін мовлення, збільшилася загальна та мовленнєва активність (активне вимовляння окремих слів, активне включення у мовлення). Підвищилася якість вербальної продукції, що проявлялося збільшенням кількості вимовлянь спонтанних слів та реплік, зменшенням імпресивних та експресивних аграматизмів, зменшенням персеверацій, літеральних парафазій, скороченням латентного періоду вербальної реакції, покращилася актуалізація слів-предметів та слів-дій, а також лексичний запас взагалі. Під час застосування експериментальної методики у хворих ОГ закріпилося вміння вимовляти вже відпрацьовані або спонтанно виникаючі фрази, використання простих непоширених речень.

Результати кількісного оцінювання стану мовлення хворих з афазією наприкінці корекційно-відновлювального навчання дали змогу встановити, що після проведення формувального експерименту відбулися позитивні якісні зміни в розподілі хворих ОГ та ГП за ступенем прояву порушення

мовлення (додаток М, таб. М.1), що дозволило зробити припущення про ефективність запропонованої методики. Для виправдання або спростування цього припущення нами проведено перевірку методом статистичних гіпотез, описаним вище.

У цьому випадку емпіричне значення критерію з використанням даних таблиці М.1 додатку М дорівнювало  $\chi^2_{\text{експ.}} \approx 13,81$ .

Отже, за результатами обчислень  $\chi^2_{\text{експ.}} > \chi^2_{\text{кр.}}$  ( $13,81 > 11,1$ ). Відповідно до правила перевірки статистичних гіпотез, нульова гіпотеза відхиляється і приймається альтернативна. Можна зробити висновок про те, що характеристики ОГ та ГП після проведення формувального експерименту суттєво відрізняються. Узагальнюючі результати формувального експерименту щодо розподілу хворих за рівнями розладу мовлення в ОГ та ГП до і після формувального експерименту подано в додатку М (таб. М.2).

Наочно вказані результати подано на діаграмах 1 та 2 (рис. 3.1; 3.2) та в додатку М (рис. М.1 та М.2.).

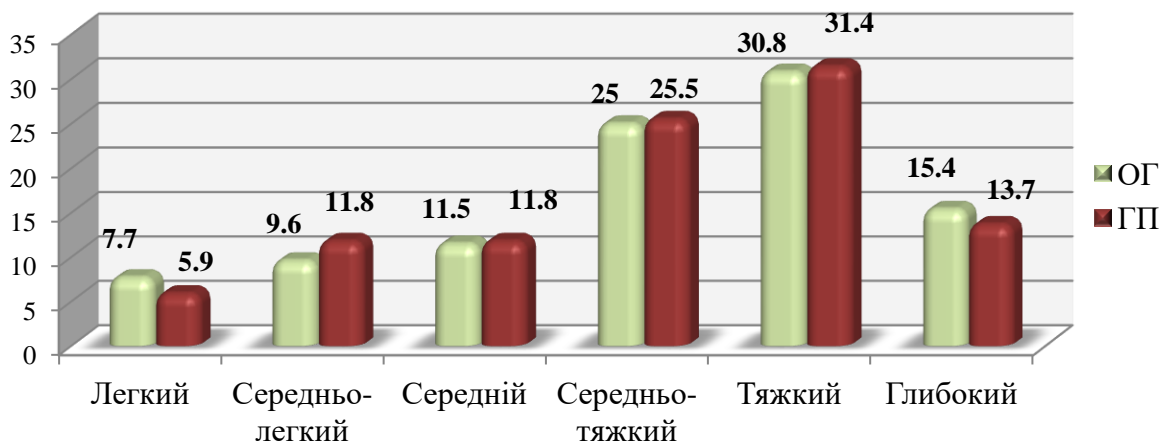


Рис. 3.1. Порівняльна діаграма розподілу хворих за рівнями розладу мовлення для ОГ та ГП до формувального експерименту (%).

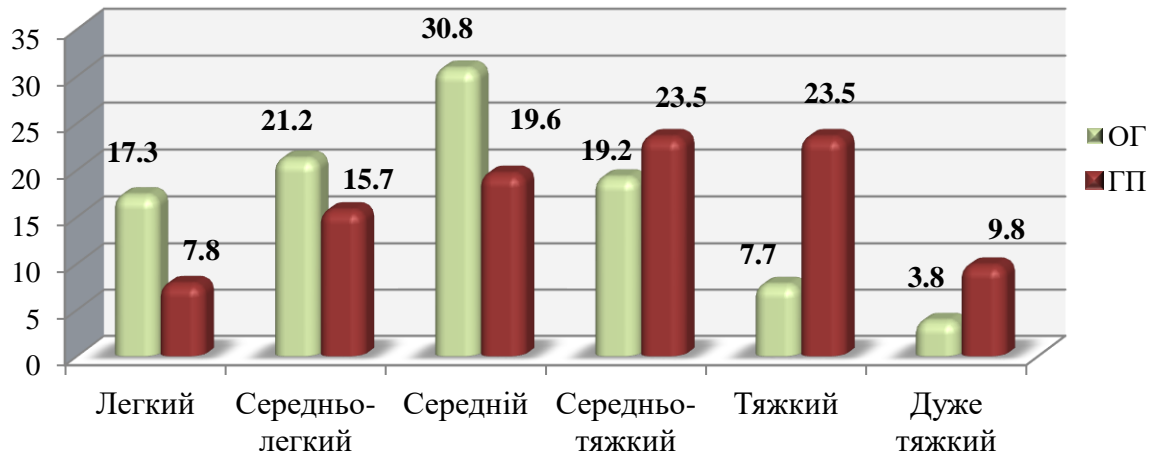


Рис. 3.2. Порівняльна діаграма розподілу хворих за рівнями розладу мовлення для ОГ та ГП після формувального експерименту (%).

Як видно з діаграми 2 (рис. 3.2), після формувального експерименту відбувся кількісний перерозподіл хворих обох груп за рівнями розладу мовлення, але в ОГ зміщення в сторону покращення результатів було більш суттєвим.

За даними обох діаграм динаміка спостерігається як у хворих ГП, так і ОГ. Для уточнення значущості цих змін було додатково за допомогою вищезазначеної математичної методики порівняно результати покращення стану хворих окремо ОГ і ГП до і після формувального експерименту.

Відповідні експериментальні значення критерію подано в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Емпіричне значення критерію  $\chi^2_{\text{експ.}}$

Етапи		До експерименту		Після експерименту	
		ГП	ОГ	ГП	ОГ
До експерименту	ГП		0,55	2,34	
	ОГ	0,55			20,31
Після експерименту	ГП	2,34			13,81
	ОГ		20,31	13,81	

За даними таблиці можна зробити висновок про те, що:

1. За дефектами мовлення група порівняння та основна група є однорідними на початку формувального експерименту (емпіричне значення

критерію дорівнює 0,55, що менше критичного значення, яке дорівнює 11,1). Контрольний зріз після проведення формувального експерименту дозволив зробити висновок про те, що ГП та ОГ за виділеними характеристиками суттєво відрізняються (емпіричне значення критерію відповідно дорівнює 13,81, що більше критичного). Оскільки на початку експерименту групи були однорідними, то можна стверджувати, що якісні зміни в основній групі відбулися за рахунок експериментальної методики.

2. Для уточнення висновку про ефективність запропонованої методики ми зіставили групу порівняння на початку формувального експерименту і після нього. З'ясували, що динаміка результатів групи порівняння (емпіричне значення критерію 2,34, що менше критичного значення) є несуттєвою. Порівняння основної групи на початку формувального експерименту і після впровадження експериментальної методики дозволило дійти висновку про те, що характеристики вибірок суттєво відрізняються (емпіричне значення критерію 20,31, що більше критичного значення), тобто відмінності є статистично значущими. Отже, запропонована експериментальна методика є дійсно ефективною.

Відповідно до завдань нашого дослідження під час обстеження виявлялися також особливості порушень у хворих з післяінсультною афазією гностико-праксичних функцій. При контрольному оцінюванні спостерігалися такі зміни.

У ході повторного обстеження було виявлено, що у хворих ОГ порівняно з ГП відбулася більш виражена позитивна динаміка у стані гностико-праксичних функцій. У хворих з порушенням кінетичної мелодії рухового акту суттєво зменшилася кількість пресеверацій, синкінезій, збоїв у порядку дій при перемиканні з пози на позу, менш виразними стали скутість та пригальмованість координації рухів. Також менш виразними стали прояви динамічної апраксії, що виявлялося в покращенні якості виконання кінетичної програми здійснення рухів, у визначенні пози, орієнтуванні у просторі, визначенні правої та лівої сторони. У хворих з проявами

аферентної моторної афазії кінестетичні програми відтворення поз як руки так і артикуляційних органів містили менше помилок та вдавалися більш складні орієнтування за допомогою зорового контролю. Зменшилися випадки хаотичного пошуку поз, помилок у відтворенні поз пальців рук у хворих з тяжкими вадами на початку навчання.

У хворих з порушенням символічного праксису покращення виражалося у меншій кількості допущених помилок, своєчасному самостійному їх виправленні, безпомилковому виконанні завдань із зоровою опорою. Аналогічні покращення відбувалися у відтворенні окремих оральних поз. Менш виразними стали труднощі конструювання, що мали місце у деяких хворих з розладами аферентної ланки просторово-кінестетичної організації рухів та порушеннями у ланці програмування та планування своїх дій. Про зниження виразності дефектів слухового гнозису вказувало порівняно краще виконання завдань на відтворення ритмічних структур, зокрема з прискоренням темпу та ускладненням змісту. Також покращилися слухова увага хворих та загальна реактивність на навколишні шуми.

З метою перевірки ефективності впливу запропонованої методики на відновлення вказаних гностико-праксічних функцій ми також використали метод статистичних гіпотез, а саме критерій  $\chi^2$ . Результати констатувального експерименту (таб. Д.3 додатку Д) показали, що серед хворих, які брали участь у експерименті, не виявилось таких, що мали б дуже тяжкий рівень розладу гностико-праксічних функцій. З огляду на що, було прийнято рішення про виокремлення лише трьох рівнів таких розладів, а саме: нормального; легкого та середньолегкого; середньотяжкого та тяжкого.

Розподіл хворих ОГ та ГП у відповідності до виділених рівнів подано в узагальнюючій таблиці 3.5.

Розподіл хворих основної групи та групи порівняння у відповідності до виділених рівнів розладу гностико-праксичних функцій

Етапи		Рівень розладу					
		Норма		Легкий та середньолегкий		Середньотяжкий та тяжкий	
		осіб	%	осіб	%	осіб	%
До форм. експерименту	ГП (51)	4	7,8	20	39,2	27	52,9
	ОГ (52)	4	7,7	19	36,5	29	55,8
Після форм. експерименту	ГП (51)	5	9,8	25	49,0	21	41,2
	ОГ (52)	6	11,5	37	71,2	9	17,3

Наочно результати формувального експерименту щодо розподілу хворих ОГ та ГП за рівнями розладу гностико-праксичних функцій (у відсотках) подано на діаграмах 3, 4 (рисунок 3.3; 3.4).

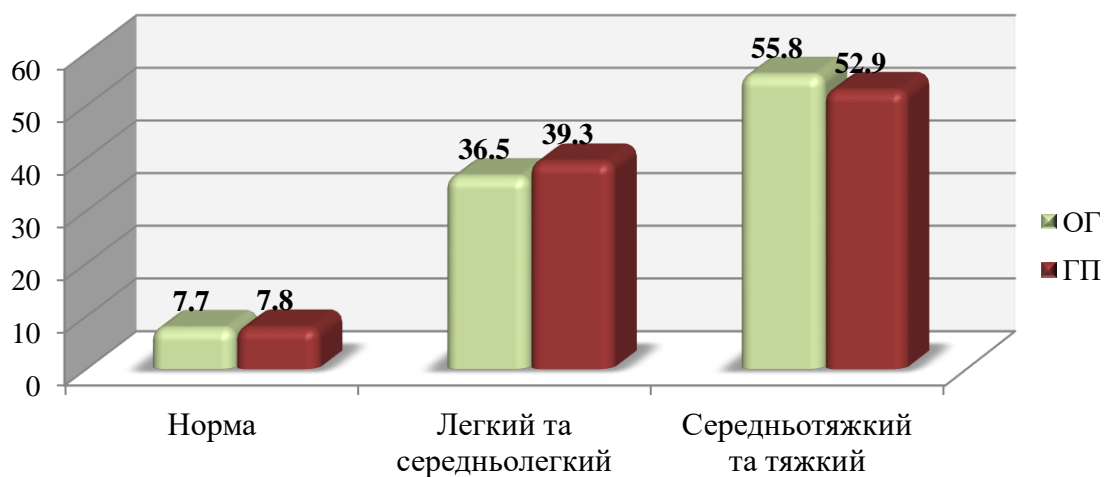


Рис. 3.3. Порівняльна діаграма розподілу хворих за рівнями розладу гностико-праксичних функцій для ГП та ОГ до формувального експерименту (%).



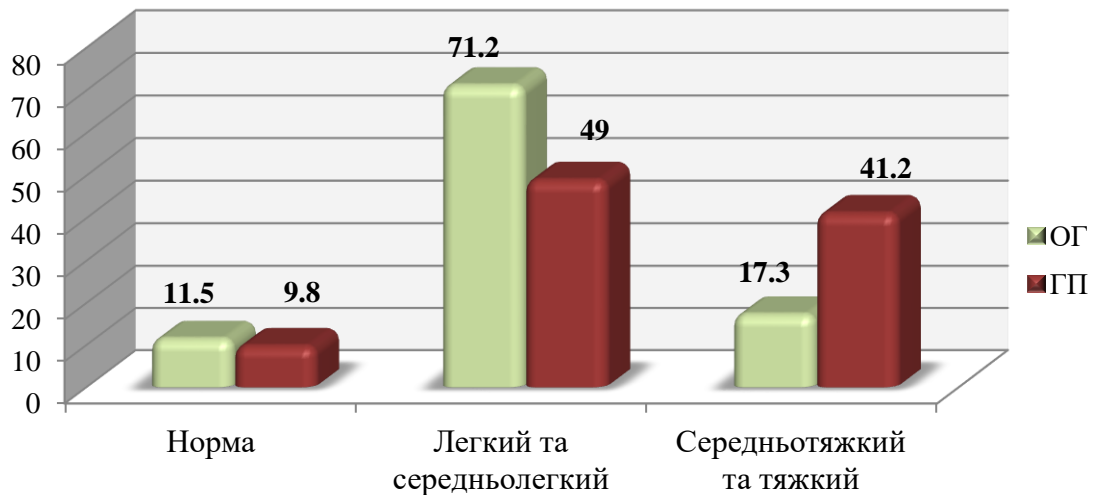


Рис. 3.4. Порівняльна діаграма розподілу хворих за рівнями розладу гностико-праксичних функцій для ГП та ОГ після формувального експерименту (%).

Як видно з діаграми 4 (рис. 3.4.), після формувального експерименту відбулося зміщення відсоткових показників у сторону покращення результатів. Більш суттєвий перерозподіл відбувся в ОГ – зменшився відсоток осіб з важкими та середньотяжкими розладами майже на 38 %, виріс відсоток осіб з середньолегким та легким проявом приблизно на 36 %, збільшився відсоток норми – на майже 4 %.

У ГП перерозподіл хворих значно поступався. Відсоток середньотяжких та тяжких розладів зменшився лише приблизно на 12 %, відповідно відсоток хворих з легким та середньолегким ступенем розладу збільшився лише на 10 %, а показник норми – на 2 %.

Порівняльні діаграми розподілу хворих за рівнями розладу гностико-праксичних функцій для ГП і ОГ до і після формувального експерименту подано у додатку Н (таб. Н.3 та Н.4). Результати обчислення емпіричних значень критерію подано в таблиці 3.6.

Оскільки для означеної частини даних було виокремлено три рівні відповідних розладів ( $L = 3$ ), то критичне значення критерію змінюється  $\chi^2_{кр.} \approx 5,99$  (для рівня значущості  $\alpha = 0,05$ ). Формулювання гіпотез та правило їх перевірки залишаються аналогічними тим, які були описані вище.

Емпіричне значення критерію  $\chi^2_{\text{експ.}}$ 

Етапи		До експерименту		Після експерименту	
		ГП	ОГ	ГП	ОГ
До експерименту	ГП		0,09	1,4	
	ОГ	0,09			17,05
Після експерименту	ГП	1,4			7,2
	ОГ		17,05	7,2	

Отже, за даними таблиці можна зробити висновок про те, що:

1. За розладами гностико-практичних функцій ГП та ОГ є однорідними на початку формувального експерименту (емпіричне значення критерію дорівнює 0,09, що менше критичного значення, яке дорівнює 5,99). Контрольний зріз після проведення формувального експерименту засвідчив, що ГП та ОГ за виділеними характеристиками суттєво відрізняються (емпіричне значення критерію відповідно дорівнює 7,2, що більше критичного). Оскільки на початку експерименту групи були однорідними, то можна стверджувати, що якісні зміни в основній групі відбулися за рахунок реалізації експериментальної методики.

2. Для уточнення висновку про ефективність запропонованої методики ми порівняли ГП на початку формувального експерименту і після нього. З'ясували, що динаміка результатів ГП (емпіричне значення критерію 1,4, що менше критичного значення) є несуттєвою. Порівняння ОГ на початку формувального експерименту і після впровадження експериментальної методики дозволило дійти висновку про те, що характеристики вибірок суттєво відрізняються (емпіричне значення критерію 17,05, що більше критичного значення), тобто відмінності є статистично значущими. Отже, розроблена методика виявилася дійсно дієвою.

У ході аналізу змін, що відбулися в особистісній сфері хворих після проведення формувального експерименту, зафіксовано наступне: позитивні результати осіб ОГ переважали над результатами ГП. У хворих ОГ помітно

змінилося об'єктивне зовнішнє взаємовідношення з оточуючими людьми, що позитивно вплинуло на їхню свідомість, змінило їхнє ставлення до себе і до оточуючих. Створення сприятливого корекційно-відновлювального середовища, забезпечення можливостей вербального і невербального спілкування між особами в групі, та в більш широкому соціальному середовищі, позитивно вплинуло на особистісні утворення хворих, на подолання у них фобії мовлення, негативних установок тощо.

В ОГ відмічалось виражене загальне піднесення в роботі за рахунок зменшення, або повного усунення психоемоційної напруги хворих у процесі занять. З кожним послідовним заняттям хворі з афазією більше активніше контактували один з одним (обговорювали повсякденні теми, намагалися дати пораду або жалілися на проблеми, домовлялися про зустрічі після занять). У ході навчання спостерігалось зниження скутості у жестах, фобії мовлення, підвищилась упевненість у собі та усвідомленість своїх можливостей. Відмічались наполегливість та відповідальність у різних видах діяльності, покращилося дотримання режимних моментів. Індивідуальні види діяльності у процесі заняття поступово трансформувались у колективні, з'являлося співпереживання, спостерігалися взаємопідтримка і взаємодопомога під час виконання завдань.

Результати констатувального експерименту щодо дослідження особистісної сфери хворих з післяінсультною афазією (додаток Д, таб. Д.4, Д.5, Д.6, Д.7) узагальнено для ОГ та ГП в додатку М (таб. М.3).

З метою статистичної перевірки ефективності запропонованої методики щодо особистісної сфери хворих було використано критерій Фішера. Оскільки цей критерій працює з дихотомічною шкалою, то нами були виділені хворі, в яких на кінець формувального експерименту виявлено позитивну динаміку (таб. 3.7).

Позначимо  $n_1$  – кількість хворих основної групи, які не мають позитивних змін,  $n_2$  – кількість хворих групи порівняння, які мають позитивні зміни. Відповідно для групи порівняння позначення будуть  $m_1, m_2$ .

Очевидно, що  $N = n_1 + n_2 = 52$ ;  $M = m_1 + m_2 = 51$ , де  $N$  – загальна кількість хворих основної групи,  $M$  – кількість хворих групи порівняння.

Таблиця 3.7

Розподіл хворих групи порівняння та основної групи за динамікою змін особистісних утворень

Критерії	Група порівняння (M=51)			Основна група (N=52)			Емпіричне значення критерію $\varphi_{\text{експ}}$
	Кількість осіб, у яких відсутня позитивна динаміка, $m_1$	Кількість осіб з позитивною динамікою, $m_2$	Значення параметра $q$	Кількість осіб, у яких відсутня позитивна динаміка, $n_1$	Кількість осіб з позитивною динамікою, $n_2$	Значення параметра $p$	
Усвідомлення дефекту мовлення	43	8	0,157	38	14	0,269	3,470
Самооцінка	44	7	0,137	41	11	0,212	2,924
Адекватність домагань	45	6	0,118	39	13	0,250	3,537
Особистісна тривожність	43	8	0,157	39	13	0,250	3,247
Реактивна тривожність	42	9	0,176	40	12	0,231	2,885

Для обчислення емпіричного значення критерію Фішера вводять відношення  $p = \frac{n_2}{N}$ ;  $q = \frac{m_2}{M}$ .

Емпіричні значення критерію Фішера обчислено за формулою:

$$\varphi_{\text{експ}} = |2 \cdot \arcsin \sqrt{p} - \arcsin \sqrt{q}| \cdot \sqrt{\frac{N \cdot M}{N+M}} \quad [148, 56].$$

У таблиці наведено емпіричні значення  $\varphi_{\text{експ}}$  відповідно до кожного з критеріїв, за якими досліджувалася особистісна сфера хворих з післяінсультною афазією.

Критичне значення критерію  $\varphi_{кр}=1,64$  (для рівня значущості  $\alpha = 0,05$ ). Для всіх емпіричних значень ( $\varphi_{експ} = 3,470; 2,924; 3,537; 3,247; 2,885$ ) виконується нерівність  $\varphi_{експ} > \varphi_{кр}$ , яка свідчить про те, що позитивні зміни, що відбулися в основній групі, є більш значущими порівняно з позитивними змінами хворих, які займалися за типовою програмою у групі порівняння. Це доводить ефективність експериментальної методики.

Важливо також, що у ході проведення експериментального дослідження у більшості хворих основної групи та їх рідних вдалося досягти переосмислення свого ставлення до порушення мовлення, до відновлювального навчання і свого залучення у його процес: самостійна постановка короткострокових і довгострокових цілей та визначення подальших перспектив.

Отже, зважаючи на результати формувального експерименту можна стверджувати, що запропонована методика відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану є достатньо ефективною і може бути рекомендована для подальшого застосування в корекційно-відновлювальній роботі з таким контингентом осіб.

### **Висновки до третього розділу**

Відповідно до завдань дослідження подано теоретичне обґрунтування та зміст педагогічних умов і методики відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану; здійснено аналіз та узагальнення результатів експериментального дослідження.

До педагогічних умов оптимізації процесу відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану віднесено: диференційовано-інтегрований підхід до визначення напрямів впливу на дефект (індивідуальне поєднання диференційованих та загальних впливів); організація спеціального педагогічного середовища (інтегрований вплив

соціальних, побутових, організаційних та особистісних умов відновлювальної діяльності); опора на спільну діяльність (різновид взаємодії хворих з іншими особами з метою актуалізації минулого широкого соціального досвіду для використання його в якості опори при відновлюванні порушеного мовленнєвого спілкування); організація взаємодії з сім'єю (підтримка активної участі членів сім'ї в реалізації розроблених заходів).

Розроблено методику відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану, відмінними рисами якої стали: системне, безперервне, комплексне застосування розроблених заходів у процесі логопедичних та самостійних занять у домашніх умовах; підготовча робота з відновлення базового обсягу інваріативних дій та операцій із метою забезпечення здатності до мовленнєвого спілкування; використання комплексного впливу індивідуальних та малогрупових занять; урахування взаємозв'язку та комплексний підхід до нівеляції порушень мовлення й особистісних реакцій на різку зміну мовленнєвого статусу осіб із афазією; доповнення педагогічних заходів засобами загальної стимуляції та активізації мовленнєвої діяльності, спонукання до комунікації, розширення можливостей комунікації та самовизначення особистості хворого; залучення членів ближнього соціального оточення хворого до активної участі в реалізації розроблених заходів корекційно-відновлювального навчання та продуктивна взаємодія з ними у форматі консультативно-просвітницької роботи.

Підтверджено, що усунення глибинної причини розпаду готовності до мовленнєвого спілкування шляхом впровадження у відновлювальне навчання диференційованої системи завдань, спрямованої на відновлення просторової організації і складних символічних процесів (логіко-граматичної будови усного мовлення) та відновлення динамічних схем і денерваційних процесів (плавний перебіг мовленнєвого висловлювання) дозволяє створити основу для здійснення основних операцій мовленнєвого висловлювання різного ступеня складності.

Встановлено, на результативність відновлення як рецептивної, так і продуктивної сторін мовлення (зокрема й збільшення загальної та мовленнєвої активності, підвищення якості вербальної продукції), функцій гностико-праксичного їх забезпечення в осіб з післяінсультною афазією впливає реалізація можливості вербального і невербального спілкування між особами в групі у процесі взаємодії під час різних видів діяльності з використанням засобів загальної стимуляції та активізації мовленнєвої діяльності, спонукання до комунікації, розширення можливостей комунікації та самовизначення особистості хворого.

Аналіз та узагальнення даних формувального експерименту шляхом порівняння результатів корекційно-відновлювального навчання в основній групі й групі порівняння та статистичної перевірки дозволили відзначити більш позитивну динаміку відновлення мовленнєвого спілкування осіб з післяінсультною афазією основної групи.

Отже, на підставі вищезазначеного можна узагальнити, що ефективність упровадження комплексної методики відновлення мовленнєвого спілкування при афазії в осіб післяінсультного стану підтверджено, оскільки чітко оптимізовано педагогічний процес і досягнуто стійких позитивних результатів.

Основні наукові положення розділу викладено в опублікованих працях [142; 143; 144; 147; 149].

## ВИСНОВКИ

1. Теоретичний аналіз загальної та спеціальної нейропсихологічної, психолого-педагогічної, психолінгвістичної та логопедичної літератури, а також сучасних підходів до відновлення вищих психічних функцій та мовлення, зокрема у осіб з локальними ураженнями головного мозку, виявив недостатній рівень розробленості досліджуваної проблеми та дозволив визначити пріоритетні напрями оптимізації корекційно-відновлювального навчання при афазії у осіб післяінсультного стану.

2. Уточнено сутність поняття «мовленнєве спілкування», що розглядається як спрямована на взаємодію з іншою особою самостійна комунікативна діяльність (або складова іншої діяльності), що здійснюється шляхом обміну інформацією, діями, почуттями й емоціями, має складну структурну організацію, основним механізмом реалізації якої є мовлення, а також експресивно-мімічні та предметно-дійові засоби, та передбачає застосування комунікативних умінь; ефективність якої визначається мотивацією та впливовістю особистісних рис, які утворюють комунікативний арсенал особистості.

3. Розроблено діагностичний інструментарій, що дозволив визначити специфічні особливості структурних компонентів мовленнєвого спілкування осіб з післяінсультною афазією, зокрема, в ланках готовності до реалізації в смислового й операційного відношенні, функціонування імпресивного та експресивного мовлення, механізмів гностико-практичного забезпечення мовлення, усвідомленості хворим дефектів свого мовлення та особистісної реактивності на різку втрату або порушення мовлення, яка супроводжує синдром афазії та безпосередньо впливає на мовленнєвий статус хворого.

4. Виявлено варіабельність, неоднорідність і стійкість психолого-фізіологічних, мовленнєвих та особистісних розладів, що визначають стан мовленнєвого спілкування у хворих з післяінсультною афазією. Встановлено, що порушення зумовлюється різного рівня змінами у стані потреби в спілкуванні, стилі спілкування, емоційної реактивності, комунікативних



якостей, особистісних утворень, а також розладами засобів мовленнєвого спілкування і психолого-фізіологічних механізмів гностико-практичного забезпечення мовлення.

5. Обґрунтовано педагогічні умови оптимізації відновлювального навчання осіб з післяінсультною афазією, а саме: диференційовано-інтегрований підхід до визначення напрямів впливу на дефект – поєднання диференційованих та загальних впливів; організація спеціального педагогічного середовища, що є сукупністю соціальних, побутових, організаційних та особистісних умов відновлювальної діяльності; опора на спільну діяльність як різновид взаємодії особи з афазією з іншою людиною; організація взаємодії з сім'єю хворого.

6. Обґрунтовано і розроблено методику відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану, відмінними рисами якої стали: системне, безперервне, комплексне застосування розроблених заходів у процесі логопедичних та самостійних занять в домашніх умовах; підготовча робота з відновлення базового обсягу інваріативних дій та операцій з метою забезпечення здатності до мовленнєвого спілкування; використання комплексного впливу індивідуальних та малогрупових занять; урахування взаємозв'язку та комплексний підхід до нівеляції порушень мовлення й особистісних реакцій на різку зміну мовленнєвого статусу осіб з афазією; доповнення педагогічних заходів засобами загальної стимуляції та активізації мовленнєвої діяльності, спонукання до комунікації, розширення можливостей комунікації та самовизначення особистості хворого; залучення членів ближнього соціального оточення хворого до активної участі в реалізації розроблених заходів корекційно-відновлювального навчання та продуктивна взаємодія з ними у форматі консультативно-просвітницької роботи.

7. В результаті експериментального дослідження виявлено та статистично підтверджено вірогідно більшу позитивну динаміку у відновленні всіх компонентів мовленнєвого спілкування в основній групі, де навчання відбувалося за розробленою методикою відновлення мовленнєвого

спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану та з запровадженням педагогічних умов оптимізації процесу корекційно-відновлювального навчання.

Водночас, проведене дослідження не вичерпує багатогранності теоретичних і практичних аспектів проблеми, що вивчалася. Предметом подальших наукових розвідок можуть бути дослідження, що стосуються питань удосконалення змісту корекційно-відновлювального навчання та пошуку нових підходів до підвищення якості життя хворих із афазією.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Абрамович С. Д., Чікарькова М. Ю. Мовленнєва комунікація. К. : Видавничий дім Дмитра Бураго, 2013. 460 с.
2. Алхазішвілі А. А. Основы овладения устной иностранной речью. М. : Просвещение, 1988. 124 с.
3. Амонашвили Ш. А. Психологические основы педагогики сотрудничества. К. : Освіта, 1991. 111 с.
4. Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды / [под ред. А. А. Бодалева, Б. Ф. Ломова, Н. В. Кузьминой]. М. : Педагогика, 1980. Т. 1. 130 с.
5. Андреева Г. М. Социальная психология: Учебник для высш. уч. зав. 5-е изд., испр. и доп. М. : Аспект Пресс, 2009. 363 с.
6. Анохин П. К. Узловые вопросы теории функциональных систем. М. : Наука, 1980. 197 с.
7. Антон Э. Исследования проблемы речевого взаимодействия на уроке в некоторых зарубежных странах // Измерения в исследовании проблем воспитания. Тарту, 1973. С. 154-170.
8. Асмолов А. Г., Петровский В. А. О динамическом подходе к психологическому анализу деятельности // Вопросы психологии. 1978. № 1. С. 70-80.
9. Асмолов А. Г. Психология личности. М. : Изд-во МГУ, 1990. 367 с.
10. Астапов В. М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Психологический журнал. 2002. № 5. С. 111-117.
11. Астафьева А. В., Епанешникова Н. В. Нейропсихологическая характеристика нарушений речи при острых нарушениях мозгового кровообращения и проблемы их классификации в отечественной и зарубежной литературе // Вестник ЮУрГУ. 2012. № 6. С. 73-79.

12. Ахутина Т. В. Единицы речевого общения, внутренняя речь и порождение речевого высказывания // Психолингвистические исследования речевого мышления. М. : Наука, 1985. С. 99-116.

13. Ахутина Т. В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. Второе доп. и исправл. издание. М. : Изд-во Теревинф, 2002. 144 с.

14. Базима Н. В. Застосування заохочень для підвищення мотивації до мовленнєвої діяльності // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2014. Вип. 27. С. 13-17.

15. Бейн Э. С., Бурлакова М. К., Визель Т. Г. Восстановление речи у больных с афазией. М. : Медицина, 1982. 182 с.

16. Бейн Э. С., Визель Т. Г. Реабилитация больных с афазией, возникшей вследствие мозгового инсульта: Методические рекомендации. МЗ СССР. Москва, 1977. 24 с.

17. Бейн Э. С., Овчарова П. А. Клиника и лечение афазий. М. : Книга по требованию, 2012. 208 с.

18. Белопасова А. В., Кадыков А. С., Шахпаронова Н. В. Объем очага повреждения головного мозга – главный фактор, влияющий на характер и динамику восстановления постинсультной афазии // X Всероссийский съезд неврологов с международным участием : сборник трудов. Нижний Новгород, 2012. С. 22.

19. Белопасова А. В., Кадыков А. С., Шахпаронова Н. В. Постинсультная афазия: факторы, влияющие на восстановление // Материалы конгресса, посвященного 110-летию со дня рождения А. Р. Лурия. М., 2012. С. 14.

20. Беляев Б. В. О соотношении языковых знаний и речевой деятельности в обучении иностранному языку // Очерки по психологии обучения иностранным языкам. М. : Просвещение, 1965. 229 с.

21. Бердникович Е. С. Особенности восстановления речи у больных с сенсомоторной афазией в остром и раннем периоде инсульта с применением

сенсорной стимуляции // Материалы Международной заочной научно-практической конференции «Наука, образование, общество: современные вызовы и перспективы» : сборник трудов. М. : АР-Консалт, 2013. С. 71.

22. Бердникович Е. С. Восстановление речевых нарушений как педагогическая проблема // Социально-гуманитарные знания. 2013. № 6. С. 22-27.

23. Бердникович Е. С. Дифференцированный подход к восстановлению речи у больных с афазией в остром и раннем периодах инсульта : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 «Коррекционная педагогика». Московский государственный университет имени М. А. Шолохова. М., 2013. 24 с.

24. Бердникович Е. С. Орлова О. С., Шахпаронова Н. В. Восстановление речи у больных с сенсомоторной афазией в остром и раннем периоде инсульта с применением сенсорной стимуляции // Голос и речь. 2013. №2. С. 15-29.

25. Блох М. Я. Философия регуляции речевого общения // Вестник Иркутского государственного лингвистического университета. 2012. № 2(18). С. 53-59.

26. Бодалев А. А. Психология общения : Избр. психол. тр. М. : МПСИ; Воронеж : Модек, 2002. 255 с.

27. Божович Л. И. Избранные психологические труды : проблемы формирования личности / Под ред. Д. И. Фельдштейна. М. : Междунар. пед. академия, 1995. 209 с.

28. Бондар В. І. Проблеми корекційного навчання у спеціальній педагогіці: Навч. посібн. К. : Наш час, 2005. 176 с.

29. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь : теория и практика : Учеб. пособие. К. : Укртехпрес, 1997. 216 с.

30. Боровик С. П. Борьба с инсультом и сосудисто-мозговыми заболеваниями: проблемы, решения, перспективы // Український медичний часопис. 2014. № 6 (104). С. 24-27.

31. Брудный А. А. Понимание и общение. М. : Знание, 1989. 64 с.

32. Буева Л. П. Человек, деятельность и общение. М. : Мысль, 1978. 216 с.
33. Булеца Б. А., Адамчо Н. Н., Пулик О. Р. Поетапне лікування мозкових інсультів // Тези наукового симпозиуму та Пленуму науково-практичного товариства з міжнародною участю «Індикатори якості надання неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги». Чернівці, 2010. с. 72-73.
34. Варакин Ю. А. Лубенская М. Р. Клиника и динамика сенсомоторной афазии при сосудистой патологии головного мозга // Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. М. : Медицина, 1985. Т. 85. Вып. 1. С. 26-30.
35. Варакин Ю. Я. Эпидемиология сосудистых заболеваний головного мозга // Очерки ангионеврологии / Под ред. З. А. Суслиной. М. : Атмосфера, 2005. 368 с.
36. Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. Методы нейропсихологической диагностики. СПб. : Стройлеспечать, 1997. 360 с.
37. Визель Т. Г. Вопросы коррекции речевого развития и восстановления речи при афазии // Вестник урководения. 2015. № 4(23). С. 124-130.
38. Визель Т. Г. К вопросу о природе афазии // Дефектология. 2010. №5. С. 65-71.
39. Визель Т. Г. Как вернуть речь: Учебное пособие. М. : В. Секачев, 1998. 215 с.
40. Визель Т. Г. Нейролингвистический анализ атипичных форм афазии : Системный интегративный подход : автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.04 «Медицинская психология»; Моск. науч.-исслед. ин-т психиатрии. М., 2002. 51 с.
41. Визель Т. Г. Нейропсихологическое блиц-обследование. М. : В. Секачев, 2005. 24 с.

42. Визель Т. Г. Особенности языковой личности больного с афазией и проблема межполушарной асимметрии мозга: Язык и личность. М. : Наука, 1989. С. 144-152.

43. Винарская Е. Н. Клинические проблемы афазии. М. : В. Секачев, Сфера, 2007. 222 с.

44. Винарская Е. Н., Мичурина К. А. О слуховом самоконтроле процесса устного высказывания. В кн.: Вероятностное прогнозирование. М. : Наука, 1977. с. 334.

45. Винославська О. В., Бреусенко-Кузнецов О. А., Зливков В. Л. Психологія : навч. посіб. К. : ІНКОС, 2009. 390 с.

46. Волкова А. И. Психология общения. Ростов на Дону : Феникс, 2007. 445 с.

47. Волкова Л. В. Логопедия. Методическое наследие : Кн. III : Системные нарушения речи: Алалия. Афазия. М. : Владос, 2003. 312 с.

48. Выготский Л. С. Мышление и речь. М. : Лабиринт, 1999. 352 с.

49. Выготский Л. С. Основы дефектологии. СПб. : Лань, 2003. 654 с.

50. Выготский Л. С. Психология развития человека. М. : Смысл, Эксмо, 2005. 1136 с.

51. Выготский Л. С. Педагогическая психология / под ред. В. Давыдова. М. : АСТ Астрель Хранитель, 2008. 671 с.

52. Газизулина Д. Ш. Методы преодоления дизморфологий у пациентов с разными формами афазии // Дефектология. 2011. № 5. С. 65-73.

53. Газизулина Д. Ш. Особенности нарушений морфологического компонента речевой деятельности и методы их преодоления при разных формах афазии : автореф. дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.03 «Коррекционная педагогика»; Моск. гос. гуманит. ун-т им. М. А. Шолохова. М., 2011. 23 с.

54. Гальперин П. Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий // Введение в психологию. М. : КДУ, 2006. 331 с.

55. Глезерман Т. Б. Нейрофизиологические основы нарушения мышления при афазии. М. : Наука, 1986. 230 с.
56. Глозман Ж. М., Зоткин В. В. Исследование уровня тревожности у больных с афазией // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. 1983, № 1. С. 55-62.
57. Глозман Ж. М. Нейропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных. М. : Смысл, 2012. 265 с.
58. Глозман Ж. М. Общение и здоровье личности. М. : Академия, 2002. 208 с.
59. Глозман Ж. М., Соколова Е. Т., Маслов Е. В. Экспериментальное исследование межличностных отношений в семьях больных с афазией // Вестник Московского университета / Ред. А. А. Бодалев, Е. А. Климов. 1986. №3. С. 43-54.
60. Гольдштейн К. Последствия поражения мозга на войне // Афазия и восстановительное обучение / Тексты под ред. Л. С. Цветковой, Ж. М. Глозман. М. : Изд-во МГУ, 1983. С. 204-210.
61. Гордієвич М. С. Дослідження ефективності застосування системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації професора В. І. Козьявкіна для дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності // Український вісник психоневрології. 2017. Том 25. № 1 (90). С. 74-76.
62. Гребень Н. Ф. Психологические тесты для профессионалов. Минск : Современная школа, 2007. 496 с.
63. Григорьева В. Н., Ковязина М. С., Тхостов А. Ш. Когнитивная реабилитация больных с инсультом и черепно-мозговой травмой. Нижний Новгород : НижГМА, 2012. 323 с.
64. Данько Р. В. Динаміка мовних порушень в процесі реабілітації післяінсультних хворих : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.15 «Нервові хвороби»; Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. Харків, 2007. 20 с.



65. Демиденко Т. Д., Ермакова Н. Г. Основы реабилитации неврологических больных. СПб : ФОЛИАНТ, 2004. 304 с.
66. Демченко В. А. Клініко-психопатологічні особливості психічних розладів у пацієнтів загальносоматичного профілю в аспекті необхідності інтеграції психіатричної допомоги в первинну медико-санітарну мережу / Український вісник психоневрології. 2010. Т. 18. Вип. 3 (64) С. 32-37.
67. Джексон Дж. Х. Избранные работы по афазии / пер. с англ. и предисл. Е. Н. Винарской. СПб. : Нива, 1996. 70 с.
68. Долинська Л. В., Мельничук О. Б., Ісаєвич С. І. Основи психодіагностики. К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2002. 56 с.
69. Дохоян А. М., Лисицкая Л. Г. Семья и личность: проблемы взаимодействия. Армавир: АГПА, 2011. 251 с.
70. Дуве Х. В., Шкробот С. І. Оцінка когнітивних функцій у пацієнтів у відновному та резидуальному періодах аневризмального субарахноїдального крововиливу // Український вісник психоневрології. 2017. Том 25. № 1 (90). С. 83-84.
71. Епифанов В. А., Епифанов А. В. Реабилитация в неврологии. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. 416 с.
72. Жинкин Н. И. Речь как проводник информации. М. : Наука, 1982. 160 с.
73. Зайцев И. С. Афазия. Учебно-методическое пособие. Минск : БГПУ им. Максима Танка, 2007. 35 с.
74. Залевская А. А. Введение в психолингвистику. М. : РГГУ, 1999. 382 с.
75. Запорожец А. В. Избранные психологические труды: В 2-х томах. Т. 1. Психологическое развитие ребенка / Под ред. В. В. Давыдова, В. П. Зинченка. М. : Педагогика, 1986. 320 с.
76. Зимняя И. А. Вербальное общение в общественно-коммуникативной деятельности // Мышление и общение: активное взаимодействие с миром. Ярославль : Яр.ГУ, 1988. С. 79-88.

77. Зимняя И. А. Лингвopsиxология речево́й де́ятельности. М. : Московский психолого-социальный институт. Воронеж : НПО «МОДЭК», 2001. 432 с.

78. Зинченко В. П., Смирнов С. Д. Методологические проблемы психологического анализа деятельности. М. : Изд-во МГУ, 1983. 165 с.

79. Зозуля А. І., Зозуля І. С. Організація реабілітаційної допомоги хворим з інсультом // Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П. Л. Шупика. 2015. № 24(1). С. 605-610.

80. Зозуля А. І., Кіт І. В. Геморагічний інсульт: етіологія, патогенез, клініка, лікування // Ліки України. Кардіоневрологія. 2013. №8 (174) С. 4-9.

81. Зозуля І. С., Боброва В. І. Гостре порушення кровообігу як критичний стан // Матеріали І Національного конгресу «Інсульт та судинно-мозкові захворювання». К., 2006. С. 43.

82. Иванов И. П. Энциклопедия коллективных творческих дел. М. : Педагогика, 1989. 208 с.

83. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. СПб. : Питер, 2002. 512 с.

84. Ильин Е. П. Психология общения и межличностных отношений. СПб. : Питер, 2009. 576 с.

85. Ипполитова Н., Стерхова Н. Анализ понятия «педагогические условия»: сущность, классификация // General and Professional Education. 2012. №1. С. 8-14.

86. Каган М. С. Мир общения: проблема межсубъектных отношений. М. : Политиздат, 1988. 319 с.

87. Кадыков А. С., Белопасова А. В., Коновалов Р. Н. Локализация речевых функций в норме и их функциональная реорганизация (процессы нейропластичности) у больных с постинсультной афазией (по материалам фМРТ исследования) // Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Функциональная асимметрия и пластичность мозга». Москва, 2012. С. 64-66.

88. Кадыков А. С., Черникова Л. А., Шахпаронова Н. В. Реабилитация неврологических больных. М. : МЕДпресс-информ, 2014. 560 с.
89. Кайдалова Л. Г., Пляка Л. В. Психологія спілкування : навчальний посібник. Х. : НФаУ, 2011. 132 с.
90. Калинин В. М., Казаков В. Н. Аспекты взаимодействия и перспективы сотрудничества // Филология и медицина: аспекты взаимодействия. 2011. № 11. С. 10-23.
91. Калягин В. А., Овчинникова Т. С. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М. : Академия, 2006. 320 с.
92. Ключко Н. П. Нейрореабилитация больных с последствиями очаговых поражений мозга на ранних этапах : дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 «Клиническая психология». М. : МГУ, 2002. 164 с.
93. Ключев Е. В. Речевая коммуникация: учебное пособие для университетов и институтов. М. : Рипол Классик, 2002. 320 с.
94. Коган В. М. Восстановление речи при афазии. М. : ЦИЭТИН, 1962. 110 с.
95. Коган О. Г., Найдин В. Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. М. : Медицина, 1988. 304 с.
96. Козинець О. В. До проблеми вивчення емоційних станів у осіб з порушеннями мовлення // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова. 2011. № 19. С. 267-270.
97. Козинець О. В. Хапайло О. О. До проблеми вивчення психологічних особливостей особистості хворих на афазію // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова. 2013. № 23. С. 335-340.
98. Козляковський П. А. Загальна психологія: Навч. посібник: У 2 т. Миколаїв : Вид-во МДГУ ім. П. Могилы, 2004. 240 с.

99. Колесникова Т. С. Изучение коммуникативной дезадаптации у больных с сенсорной афазией // Вестник Угрювского университета, 2013. № 1 (12). С. 158-166.
100. Коломинский Я. Л. Психология взаимоотношений в малых группах (общие и возрастные особенности). Минск: Тетра система, 2000. 431 с.
101. Коноплястая С. Ю. Воспитание готовности к хозяйственно-бытовому труду учащихся вспомогательной школы /на материале социально-бытовой ориентировки : автореф. дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.03 «Специальная педагогика». М. : НИИ дефектологии АПН СССР, 1991. 17 с.
102. Коррекционная педагогика : [учеб. пособие] / под ред. В. С. Кукушина. М. : МарТ, 2004. 352 с.
103. Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. Подкорковые структуры мозга и психические процессы. М. : МГУ, 1985. 118 с.
104. Костюк Г. С. Избранные психологические труды. М : Педагогика, 1988. 304 с.
105. Кошелева Н. В., Визель Т. Г., Борисенко Т. Б. Методологические принципы логопедических занятий и нейропсихологического обследования больных с афазией // Incontemporary problem in the rehabilitation off persons with aphasia. Краков, 1990. С. 93-96.
106. Кошелева Н. В. Восстановление речевой и неречевых высших психических функций у больных с афазией в процессе предметно-практической и бытовой деятельности : дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.03 «Коррекционная педагогика»; Московский государственный университет имени М. А. Шолохова. М., 2010. 160 с.
107. Кошелева Н. В. Восстановление речи у больных с афазией в процессе невербальной (гностико-праксической) деятельности // XIII съезд психиатров России : сборник трудов, 2000. М. : Медпрактика-М, 2000. С. 341-342.
108. Кошелева Н. В. Методы преодоления трудностей называния у больных с афазией // Актуальные вопросы логопатологии : Материалы конф.

логопедов системы здравоохранения РФ. СПб. : ПИИ уха, горла, носа и речи, 2009. С. 68-70.

109. Кошелева Н. В. О методологии коррекции речи у детей и её восстановлении у взрослых // Современные аспекты реабилитации в медицине : Материалы Междунар. науч. конф. «Современные аспекты реабилитации в медицине». Ереван, 2008. С. 99-100.

110. Кошелева Н. В. Опыт использования эрготерапии в восстановительном обучении больных с очаговыми поражениями мозга // Междунар. науч. конф., посвященная 15-летию Академии медико-технических наук РФ : сборник трудов. М. : АМТН, 2008. С. 146-147.

111. Кошелева Н. В. Преодоление трудностей называния у больных с афазией в процессе невербальной предметно-практической деятельности // Дефектология. 2010. №1. С. 87-91.

112. Кошелева Н. В. Роль предметно-практической деятельности в нейрореабилитации больных с афазией // Дефектология. 2007. №3. С. 55-64.

113. Кошелева Н. В. Роль эрготерапии в комплексной реабилитации больных с очаговыми поражениями мозга // Современные аспекты реабилитации в медицине: Материалы IV Междунар. науч. конф. Ереван : Агверан, 2009. С. 361.

114. Кошелева Н. В. Социально-психологическое направление реабилитации в неврологической клинике // Современные аспекты реабилитации в медицине: Материалы III Междунар. конф. Ереван : Агверан, 2007. С. 268.

115. Кошелева Н. В. Тематические лексико-грамматические упражнения для больных с афазией. М. : АСТ-Астрель, 2006. 207 с.

116. Критчли М. Афазиология / пер. с англ. Е. П. Кока. М. : Медицина, 1974. 233 с.

117. Кузик Ю. І. Ішемічний інсульт екстракраніального генезу : огляд літератури та аналіз випадку // Вісник наукових досліджень. 2014. № 2. С. 26-28.

118. Куницына В. Н., Казаринова Н. В., Поголына В. М. Межличностное общение. СПб. : Питер, 2001. 544 с.
119. Курбатов В. И. Искусство управлять общением. Ростов-н/Д. : Феникс, 1997. 352 с.
120. Кучумова Т. А. Подкорковая афазия и основные направления коррекционно-педагогической реабилитации : Дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.03 «Коррекционная педагогика»; Моск. пед. гос. ун-т. М., 2000. 177 с.
121. Лалаева Р. И. Логопедическая работа в коррекционных классах. М. : Владос, 2004. 223 с.
122. Лапина Н. М. Атипичные афазии: Восстановительное обучение на ранней стадии заболевания: Методическое пособие для практикующих логопедов. М. : Сфера, В. Секачев, 2007. 64 с.
123. Лапина Н. М. Особенности восстановления речи у больных с атипичными формами афазии : В острой стадии заболевания : дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.03 «Коррекционная педагогика»; Московский государственный университет имени М. А. Шолохова. М., 2004. 202 с.
124. Леонтьев А. А. Основы теории речевой деятельности. М. : Наука, 1974. 368 с.
125. Леонтьев А. А. Психология общения. М. : Смысл, 1999. 365 с.
126. Леонтьев А. А. Язык и речевая деятельность в общей и педагогической психологии. М. : МПСИ, Воронеж : Модек, 2003. 536 с.
127. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. М. : Смысл, Академия, 2005. 352 с.
128. Леонтьев А. Н. Лекции по общей психологии. М. : Смысл, 2000. 509 с.
129. Лисина М. И. Понятие общения. Формирование личности ребенка в общении. СПб. : Питер, 2009. 320 с.
130. Литвиненко Н. В., Дельва М. Ю., Дельва І. І., Саник О. В., Мороз О. П. Залежність перебігу та наслідків ішемічних інсультів від строків госпіталізації // Тези наукового симпозиуму та Пленуму науково-практичного

товариства з міжнародною участю «Індикатори якості надання неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги». Чернівці, 2010. С. 89.

131. Логопедія: Підручник / За ред. М. К. Шеремет. – Вид. 3-тє, перер. та доповн. К. : Видавничий дім «Слово», 2015. 776 с.

132. Логопедическая диагностика и реабилитация пациентов с повреждениями головного мозга в остром периоде : клинические рекомендации / под. ред. Т. В. Ахутиной, Ю. В. Микадзе. М., 2014. 37 с.

133. Логопсихологія : навч. посіб / Конопляста С. Ю., Сак Т. В. [за ред. М. К. Шеремет]. К. : Знання, 2010. 294 с.

134. Ломов Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. М. : Директ-Медиа, 2008. 1174 с.

135. Лунева О. В. Общение. // Знание. Понимание. Умение. 2005. № 4. С. 157-159.

136. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М. : Академический Проект, 2000. 512 с.

137. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. М. : Академия, 2002. 384 с.

138. Львова А. С. Диалогическое общение: лингво-риторический и психолого-педагогический аспекты. М. : Экон-Информ, 2011. 98 с.

139. Лянна О. В. Аналіз сучасних напрямів і методів відновлення мовлення при афазії у осіб післяінсультного стану // Науково-методичний журнал «Логопедія». 2016. № 8. С. 34-41.

140. Лянна О. В. Взаємозв'язок корекційно-педагогічної діяльності та фізичної реабілітації при відновленні мови у хворих з афазією // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: Наук.-метод. зб. : Вип. 8. Т. II. / За ред. В. І. Бондаря, В. В. Засенка. Запоріжжя : Вид-во ХНРБЦ, 2006. С. 203-206.

141. Лянна О. В. Динаміка наукового висвітлення проблеми теорії і методики відновлення мовлення при афазії // Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту школярів та студентів України: Матеріали VII Всеукр.

наук. конфер. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2007. С. 149-157.

142. Лянна О. В. Застосування точкового масажу для нормалізації психоемоційного стану осіб з післяінсультною афазією // Сучасні проблеми логопедії та реабілітації: матеріали I міського науково-практичного семінару. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2010. С. 227-234.

143. Лянна О. В. Ідентифікація проблеми як педагогічна умова відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2016. Вип. 31. С. 55-60.

144. Лянна О. В. Компоненти педагогічного середовища в логопедичній реабілітації хворих з афазією // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології / голов. ред. А. А. Сбруєва. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. № 1(65). С. 260-270.

145. Лянна О. В. Мовленнєва діяльність як спосіб реалізації мовленнєвого спілкування // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології / голов. ред. А. А. Сбруєва. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. № 5 (49). С. 143-150.

146. Лянна О. В. Особливості атипічних форм афазії та методик відновлення мовленнєвої функції // Сучасні проблеми логопедії та реабілітації: матеріали I міського науково-практичного семінару. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2009. С. 98-107.

147. Лянна О. В. Педагогічні умови відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2016. Вип. 32. С. 180-185.

148. Лянна О. В. Сучасні уявлення щодо патогенезу та проявів афазії при мозковому інсульті // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні



технології / голов. ред. А. А. Сбруєва. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. № 7 (51). С. 359-368.

149. Лянна О. В., Толбатова С. В. Застосування ерготерапії в логопедичній реабілітації осіб з афазією // Сучасні проблеми логопедії та реабілітації : матеріали VI Всеукраїнської заочної науково-практичної конференції. Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. С. 169-173.

150. Лянной Ю. О., Лянна О. В. Становлення системи реабілітації хворих та інвалідів // Науковий вісник Кримського гуманітарного університету. Ялта : Вид-во КГУ, 2006. С. 25-32.

151. Магулка І. В. Психологічні аспекти комплексної реабілітації пацієнтів, які перенесли геморганічний інсульт // Всеукраїнський форум нейрореабілітації та медико-соціальної експертизи : Матеріали Першого міжнародного конгресу. Київ, 2013. С. 53.

152. Максименко С. Д., Заброцький М. М. Технологія спілкування (комунікативна компетентність учителя: сутність і шляхи формування). К. : Главник, 2005. 112 с.

153. Манько Н. В. До питання формування мовленнєвої функції у процесі нормального онтогенезу // Психолого-педагогічні та соціальні аспекти шкільної дезадаптації на початковому етапі шкільного навчання : Матеріали конференції. Луганськ : Альма-матер. 2007. С. 95-104.

154. Мартиненко І. В. Логопсихологія: курс лекцій : навчальний посібник. К. : ДІА. 2014. 100 с.

155. Мартиненко І. В. Проблема труднощів у спілкуванні в загальних та спеціальних психологічних дослідженнях // Актуальні питання корекційної освіти. К. : Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова, Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка. 2014. № 4. С. 215-225.

156. Мартиненко І. В. Психологічні засади формування комунікативної діяльності дітей старшого дошкільного віку з системними порушеннями

мовлення : Дис. ... докт. психол. наук. : 19.00.08 – «Спеціальна психологія». НПУ імені М. П. Драгоманова. К., 2017. 502 с.

157. Медична психологія : державний національний підручник / І. Д. Спіріна, І. С. Вітенко, О. К. Напрєєнко [та ін.]. Дніпропетровськ : Ліра, 2012. 442 с.

158. Мельничук С. Г. Педагогіка : Теорія виховання : навч. посіб. К. : Видавничий дім «Слово», 2012. 288 с.

159. Мудрик А. В. Общение в процессе воспитания. М. : Педагогическое общество России, 2001. 320 с.

160. Мягер В. К., Мишина Т. М. Семейная психотерапия: руководство по психотерапии. Л. : Медицина, 1979. 320 с.

161. Мясищев В. Н. Психология отношений. Избранные психологические труды / Под ред. А. А. Бодалева. М. : Из-во Института Практической Психологии, Воронеж : НПО МОДЭК, 1995. 356 с.

162. Народова Е. А., Народова В. В., Народов А. А. Ранняя реабилитация больных с постинсультной комплексной моторной афазией // Материалы IV международного конгресса по нейрореабилитации. М., 2012. С. 80-81.

163. Народова Е. А. Исследование внутренней речи методом регистрации микроартикуляции языка у больных с афазией в остром периоде ишемического инсульта : автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.11 «Нервные болезни»; Красноярский государственный университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясинецкого. Красноярск, 2014. 24 с.

164. Народова Е. А., Прокопенко С. В., Народова В. В. Реабилитация больных с комплексной моторной афазией в остром периоде ишемического инсульта [Электронный ресурс] // Вестник новых мед. технологий. 2012. № 1. Режим доступа : <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2012-1/3938.pdf>.

165. Неврологічні основи логопедії : Навч. посіб. / М. К. Шеремет, О. В. Боряк. Суми: ФОП Цьома С. П., 2016. 252 с.

166. Нейропсихологическая диагностика и нейропсихологическая реабилитация пациентов, находящихся в сниженных состояниях сознания после повреждения головного мозга. Клинические рекомендации / под общ. ред. Т. В. Ахутиной, Ю. В. Микадзе. М., 2014. 47 с.

167. Новиков Д. А. Статистические методы в педагогических исследованиях (типовые случаи). М. : МЗ-Пресс, 2004. 67 с.

168. Омеляненко В. Л., Кузьмінський А. І. Теорія і методика виховання: Навч. посіб. К. : Знання, 2008. 415 с.

169. Оппель В. В. Восстановление речи после инсульта. Л. : Медицина, 1972. 160 с.

170. Основи етики спілкування з особами з інвалідністю : Навчально-методичний посібник / За ред. акад. В. М. Синьова. К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. 150 с.

171. Основы теории коммуникации. / Сост. Ж. В. Николаева. Улан-Удэ : ВСГТУ, 2004. 274 с.

172. Пайлозян Ж. А. Афазиология: этапы развития и актуальные вопросы // Медицинская наука Армении НАН РА, 2011. Т. 51. № . С. 27-37.

173. Пайлозян Ж. А. Использование сказок и игр в процессе восстановления речевой коммуникации у пациентов с афазией // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2014. Вип. 27. С. 144-149.

174. Панхальська М. Олександр Романович Лурія і мікрогенетичний підхід до діагнозу й реабілітації пацієнтів з травматично ушкодженою головою // Психолінгвістика: [зб. наук. Праць ДВНЗ “Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди”]. Переяслав-Хмельницький: ФОП Лукашевич О. М., 2013. № 13. С. 44-77.

175. Парсон Т. Понятие общества: компоненты и взаимоотношения. М. : Сфера, 1998. 255 с.

176. Парыгин Б. Д. Анатомия общения. СПб : Михайлова, 1999. 301 с.

177. Пассов Е. И. Основы коммуникативной методики обучения иноязычному общению. М. : Русский язык, 1989. 276 с.
178. Педагогическое речеведение. Словарь-справочник / Под ред. Т. А. Ладыженской и А. К. Михальской. М. : Флинта, Наука, 1998. 312 с.
179. Петровский А. В. Личность. Деятельность. Коллектив. М. : Политиздат, 1982. 255 с.
180. Пироженко Т. А. Коммуникативно-речевое развитие ребенка : Монография. К. : Нора принт, 2002. 310 с.
181. Поліщук М. Є., Міщенко Т. С., Смоланка В. І. та ін. Третій Національний конгрес «Інсульт та судинно-мозкові захворювання» [Електронний ресурс] / Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Українська асоціація боротьби з інсультом. Київ, 2014. Режим доступу : <http://health-ua.com/article/5291-tretj-natconalnij-kongres-nsult-ta-udinnomozkov-zahvoryuvannya>.
182. Полонский В. М. Словарь по образованию и педагогике. М. : Высшая школа, 2004. 512 с.
183. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования: учеб. пособие / Под ред. Е. Силяевой [Артамонова Е. И., Екжанова Е. В., Зырянова Е. В. и др.]. М. : Академия, 2002. 192 с.
184. Пурцхванидзе О. П. Диагностика состояния высших психических функций у больных с афазией в острой стадии заболевания // Вестник угроведения. Педагогика. Психология. 2011. № 1 (4). С. 90-98.
185. Пурцхванидзе О. П. Особенности нарушения речевой и других ВПФ у больных с афазией // Логопедия сегодня. М., 2011. № 3. С. 35-45.
186. Пурцхванидзе О. П. Реабилитация больных с афазией в ранней постинсультной стадии методом аудиовизуальной стимуляции : автореф. дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.03 «Коррекционная педагогика»; Московский государственный университет имени М. А. Шолохова. М., 2011. 25 с.

187. Пылаева Н. М., Штерн А. С. Количественный метод оценки результатов обследования больных с афазией // Вопросы психологии. М. : Педагогика, 1978. № 2. С. 137-141.

188. Реан А. А. Психология личности. Социализация. Поведение. Общение. СПб. : Прайм-Еврознак, 2004. 416 с.

189. Реміняк І. В. Корекція депресивних порушень у хворих з больовими синдромами після перенесеного інсульту // Український вісник психоневрології. 2017. Том 25. № 1 (90). С. 31-32.

190. Розуменко А. О., Розуменко А. М. Елементи математичної статистики: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / Суми. Сумський національний аграрний університет, 2017. 92 с.

191. Романець В. А. Психологія творчості : навч. посібник. К. : Либідь, 2001. 288 с.

192. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. СПб. : Питер, 2009. 713 с.

193. Руденко Л. М. Питання догляду за особами з розумовою відсталістю в сучасній дефектології : навч. посібник. К. : ДІА, 2007. 126 с.

194. Руденко Л. М. Процесуальні характеристики агресивної поведінки // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. Вип. 21. С. 418-424.

195. Рябова Т. В. Механизм порождения речи по данным афазиологии // Вопросы порождения речи и обучения языку. / Ред. А. А. Леонтьева и Т. В. Рябовой. М. : МГУ, 1967. С. 76-94.

196. Савицький А. М. Корекція мовленнєво-рухової діяльності дошкільників з дитячою афазією : дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 «Корекційна педагогіка»; Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова. К., 2009. 171 с.

197. Савицький А. Особливості корекційної роботи з відновлення мовленнєво-рухової діяльності дошкільників з дитячою афазією // Науковий

часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та психологія. Зб. наукових праць. К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. №14. С. 138-141.

198. Савінова Н. В. Складові технологічного конструкту системи диференційованої логокорекції // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова. 2016. Вип. 32. Ч. 2. С. 114-120.

199. Савінова Н. В. Теоретичні основи розвитку самоконтролю мовленнєвої діяльності // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. К. : Університет «Україна». 2013. № 10. С. 86-100.

200. Савінова Н. В. Теорія мовленнєвої діяльності у площині логопедичного впливу // Наука і освіта. К. : Національна академія педагогічних наук України. 2013. № 3. С. 136-139.

201. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. СПб. : Речь, 2007. 350 с.

202. Симерницкая Э. Г. Нейропсихологическая методика экспресс-диагностики «Лурия-90». М. : Знание, 1991. 48 с.

203. Синьов В. М. Корекція // Спеціальна педагогіка: понятійно-термінологічний словник / за ред. В. І. Бондаря. Луганськ: Альма-Матер, 2003. С. 186-187.

204. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Ч. I. Загальні основи корекційної психопедагогіки (олігофренопедагогіки). К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2007. 238 с.

205. Синьов В. М. Методологія та теорія досліджень у галузі дефектології // Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна. 2010. № 15. С. 7-9.

206. Синьов В. М. Психологічні закономірності розвитку і соціалізації особистості як теоретико-методологічне підґрунтя розробки виховних і

корекційних концепцій // Актуальні проблеми юридичної психології. К., 2006. С. 15-19.

207. Синьов В. М. Психолого-педагогічні проблеми дефектології та пенітенціарії. К. : «МП Леся», 2010. 779 с.

208. Синьов В. М., Шевцов А. Г. Нова стратегія розвитку корекційної педагогіки в Україні // Дефектологія. 2004. № 2. С. 6-10.

209. Сімон Ф. Б. Циркулярне опитування. Системна терапія на клінічних прикладах : підручник / Ф. Б. Сімон, К. Рех-Сімон. – Івано-Франківськ: Місто НВ, 2005. 183 с.

210. Слобин Д., Грин Дж. Психолінгвістика. Перевод с англ. Е. И. Негневицкой / Под общ. ред. А. А. Леонтьева. М. : Прогресс, 1976. 336 с.

211. Смольникова Г. В. Методи дослідження спілкування дітей у різновікових групах [Електронний ресурс] // Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, 2015. III(21), Issue 43. Режим доступу : [www.seanewdim.com](http://www.seanewdim.com).

212. Собо́тович Е. Ф. Психолінгвістическая структура речево́й де́ятельности и механизмы её формиро́вания. К. : ІЗМН, 1997. 44 с.

213. Собчик Л. Н. Введение в психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. М. : Ин-т прикладной психологии, 1998. 480 с.

214. Современный словарь по педагогике / сост. Е. С. Рапацевич. Минск : Современное слово, 2001. 928 с.

215. Соковнин В. М. О природе человеческого общения: опыт философского анализа. Фрунзе : Мектеп, 1974. 146 с.

216. Сохин Ф. А. Психолого-педагогические основы развития речи дошкольников. М. : НПО, Воронеж : МОДЭК, 2002. 224 с.

217. Специальная психология : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / под ред. В. И. Лубовского [В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева и др.]. М. : Академия, 2005. 464 с.

218. Спеціальна педагогіка : понятійно-термінологічний словник / гол. ред. В. І. Бондар. Луганськ : Альма-матер, 2003. 436 с.
219. Стаднік С. М., Данилков Р. І. Мультидисциплінарний підхід при реабілітації пацієнтів із мозковим інсультом // Международный неврологический журнал 2010. № 8 (38). С. 17-24.
220. Столярова Л. Г. Афазия при мозговом инсульте. М. : Медицина, 1973. 215 с.
221. Столярова Л. Г. Особенности нарушения речи у больных с мозговым инсультом и некоторые прогностические факторы ее восстановления // Оптимизация реабилитационного процесса при церебральном инсульте. 1990. Т. 126. С. 95-98.
222. Тарасун В. Готовність дітей з особливостями у розвитку до шкільного навчання : діагностика і формування. Монографія. К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2008. 294 с.
223. Тарасун В. Писемне мовлення : запобігання і корекція порушень. Навчально-методичний посібник. К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2006. 150 с.
224. Тищенко В. В., Беляк С. В. Сучасні підходи до класифікації мовленнєвих порушень у дорослих, які перенесли інсульт в Україні та США : компаративний аналіз [Електронний ресурс] // Наукові здобутки студентів інституту людини. 2017. №1(7). : Режим доступу : <http://studscientist.kubg.edu.ua/index.php/journal/article/view/91>.
225. Тищенко В. В. Зміст інтелектуального компонента мовленнєвої діяльності // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. 2005. Вип 2. С. 129-141.
226. Тонконогий И. М. Инсульт и афазия. Л. : Медицина, 1968. 268 с.
227. Тонконогий И. М., Пуанте А. Клиническая нейропсихология. СПб. : Питер, 2007. 528 с.
228. Унадзе Д. Н. Общая психология. Перевод с грузинского И. В. Имедадзе. М. : Смысл, СПб. : Питер, 2004. 413 с.



229. Фаліон Р. І. Інсулт у жінок молодого віку : ретроспективний аналіз за період 2004-2015 рр. // Клінічна та експериментальна патологія. 2017. Т. 16, № 3. С. 57-61.

230. Федоренко С. В. Вивчення особливостей розвитку та формування предметної діяльності слабозорих дошкільників // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: науково-методичний збірник. 2002. №4. С. 279-284.

231. Фефелова В. И. Понятия «общение», «коммуникация» и «коммуникативная культура» в философском контексте // Прикладная психология и психоанализ. 2007. №1. С.25-36.

232. Філоненко М. М. Психологія спілкування : підручник. К. : Центр навчальної літератури, 2008. 224 с.

233. Фомічова Л. І. Мова, мовлення та когнітивні процеси на ранніх етапах корекційного впливу // Актуальні питання сурдопедагогіки: зб. наук. пр. НПУ імені М. П. Драгоманова. К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова. 2003. С.196-208.

234. Фридман Л. М. Психопедагогика общего образования. М. : Институт практической психологии, 1997. 288 с.

235. Фролов И. Т. Философский словарь. – 6-е изд., перераб. и доп. М. : Политиздат, 1991. 560 с.

236. Фрумкина Р. М. Психолінгвістика. М. : Академия, 2006. 316 с.

237. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. СПб. : Питер, 2003. 271 с.

238. Хомская Е. Д. Нейропсихологическая диагностика: Альбом. М. : В. Секачев, 2004. 46 с.

239. Хомская Е. Д. Нейропсихология: 4-е издание. СПб. : Питер, 2005. 496 с.

240. Хомский Н. Язык и мышление. Перевод с английского. М. : МГУ, 1972. 122 с.

241. Цветкова Л. С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения. М. : МПСИ; Воронеж : МОДЭК, 2010. 744 с.

242. Цветкова Л. С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. М. : МПСИ, 2010. 376 с.
243. Цветкова Л. С., Глозман Ж. М., Максименко М. Ю. Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией. М. : Изд-во МГУ, 1980. 82 с.
244. Цветкова Л. С. Нейропсихологическая реабилитация больных: речь и интеллектуальная деятельность: учебное пособие. М. : Моск. у-т, 1985. 328 с.
245. Целуйко В. М. Психологические основы педагогического общения. М. : Владос, 2007. 242 с.
246. Чекушкина Е. Н. Коммуникативная теория Ю. Хабермаса и культура информационного общества // Теория и практика общественного развития. 2014. № 1. С. 25-27.
247. Черри К. Человек и информация. М. : Связь, 1972. 368 с.
248. Чистович Л. А. Физиология речи: Восприятие речи человеком. М. : Книга по Требованию, 2012. 386 с.
249. Чистякова М. И. Психогимнастика / под ред. М. И. Буянова. М. : Просвещение, Владос, 1995. 160 с.
250. Шахнарвич А. М. Общая психолінгвістика. М. : РОУ, 1995. 93 с.
251. Шевага В. М., Паєнок А. В., Кухленко Р. В., Кухленко О. Я. та ін. Вплив комбінованої терапії на динаміку депресивних розладів у пацієнтів, які перенесли первинний ішемічний інсульт // Український неврологічний журнал. 2013. № 1. С. 45-48.
252. Шевцов А. Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров'я // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету : Серія соціально-педагогічна. Кам'янець-Подільський : ПП Мошинський В. С. 2006. № 6. С. 337-342.
253. Шевцов А. Г. Открытая модель социальной реабилитации людей с инвалидностью и современный мир // Практична філософія. 2003. № 1. С. 127-137.

254. Шевцов А. Г. Сучасні проблеми освіти і професійної реабілітації людей з вадами здоров'я : Монографія. К. : Соцінформ, 2004. 200 с.

255. Шевченко В. А., Сливко Е. И., Левада О. А. Новая классификация двигательных нарушений у больных, перенесших мозговую инсульт // Журнал неврологии и психиатрии. 1996. Т. 98. № 6. С. 16-18.

256. Шеремет М. К., Загурська Г. Сучасні підходи до подолання порушення звуковимови // Педагогіка та методики: спеціальні: збірник наукових статей НПУ імені М. П. Драгоманова. К., 2001. № 1. С. 183-192.

257. Шеремет М. К. Особливості формування вищої форми передачі інформації // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Актуальні проблеми логопедії : зб. наук. праць. К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. № 18. С. 291-293.

258. Шкловский В. М., Визель Т. Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. Методическое пособие. М. : В. Секачев, 2008. 98 с.

259. Шкловский В. М. Карта нейропсихологического обследования больных с нарушениями высших психических функций. М. : Отделение патологии речи МНИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1996. 61 с.

260. Шмидт Е. В., Лунев Д. К., Верещагин Н. В. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга. М. : Медицина, 1976. 284 с.

261. Шохор-Троцкая М. К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии. М. : Институт общегуманитарных исследований, В. Секачев, 2002. 182 с.

262. Шохор-Троцкая М. К. Коррекция сложных речевых расстройств. М. : ТЦ Сфера, 2006. 272 с.

263. Шохор-Троцкая М. К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. М. : Институт общегуманитарных исследований, В. Секачев, 2002. 128 с.

264. Шохор-Троцкая М. К. Речь и афазия. М. : Эксмо-Пресс, В. Секачев, 2001. 416 с.
265. Шохор-Троцкая М. К. Стратегия и тактика восстановления речи. М. : ЭКСМО-Пресс, В. Секачев, 2001. 432 с.
266. Щербакова М. М. Методика скрининг-обследования больных с афазией // Молодой ученый. 2016. №2. С. 411-414.
267. Эльконин Д. Б. Избранные психологические труды. М. : Педагогика, 1989. 560 с.
268. Якимчук Б. А., Якимчук І. П. Основи психологічного консультування : Навчально-методичний посібник. Умань: ПП Жовтий О. О., 2013. 204 с.
269. Benson D. F. Aphasia. A Clinical Perspectiv. N. Y., Oxford : Oxford University Press, 1996. 452 p.
270. Bersano A., Burgio F., Gattinoni M. Aphasia burden to hospitalized acute stroke patients: need for an early rehabilitation programme, PROS II Study Group // Int. J. Stroke. 2009. N. 4(6). P. 443-447.
271. Berthier M. L. Poststroke aphasia: epidemiology, pathophysiology and treatment // Drugs Aging. 2005. N. 22(2). P. 163-182.
272. Cappa S. F. The neural basis of aphasia rehabilitation: Evidence from neuroimaging and neurostimulation // Neuropsychological Rehabilitation. 2011. Vol. 21(5). P. 742-754.
273. Chapey R. Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 1091 p.
274. Code C. The quantity of life for people with chronic aphasia // Neuropsychological Rehabilitation. 2003. Vol. 13. P. 379-390.
275. Code C., Manfred H. The relevance of emotional and psychosocial factors in aphasia to rehabilitation // Neuropsychological Rehabilitation. 2003. Vol. 13 (1-2). P. 109-132.

276. Davis G. A. *Aphasia and Related Cognitive-Communicative Disorders*. Boston : Pearson Education, 2014. 432 p.
277. Drumm D. A., Nyka W. M., Lass P., Gąseck D. The contribution of the left and right hemispheres to early recovery from aphasia: A SPECT prospective study *Journal: Neuropsychological Rehabilitation*. 2005. Vol. 15 (5). P. 588-604.
278. Duffy J. R., Fosset T. R .D., Thomas J. E. *Clinical Practice in Acute Care Hospital Setting // Aphasia and related neurogenic language disorders*. Eds In L. L. LaPointe. N. Y. : Theime. 2011. P. 88-112.
279. Glozman Z. M., Tupper D. E. *Communication Disorders and Personality*. N.Y. : Springer Science & Business Media, 2004. 171 p.
280. Hegde M. N., Freed D. *Etiology and Neuropathology of Aphasia // Assessment of Communication Disorders in Adults*. San Diego, CA : Plural Publishing Inc, 2011. 133 p.
281. Herrmann M., Johannsen-Horbach H., Wallesch C. W. Empathy and aphasia rehabilitation-are there contradictory requirements of treatment and psychological support // *Aphasiology*. Vol. 7 (6). 1993. P. 575-579.
282. Naeser M. A., Palombo C. L. *Neuromaging and language recovery in stroke // Clin. Neurophysiology*, 1994. P. 11-13.
283. Paola M., Fiori V., Caltagirone C., Marini A. How Conversational Therapy influences language recovery in chronic non-fluent aphasia // *Neuropsychological Rehabilitation*. 2013. Vol. 23. P. 715-731.
284. Papathanasiou I., Coppens P., Potagas C. *Aphasia and related neurogenic communication disorders*. Burlington, MA : Jones & Bartlett Learning, 2013. 504 p.
285. Papathanasiou I., Bleser R. *The sciences of aphasia : from theory to therapy*. Oxford : Elsevier Science, 2003. 298 p.
286. Schuell H., Jenkins J. Reduction of vocabulary in aphasia. *Brain*. 1961. Vol. 84(11). P. 243-262.
287. Schuell H., Jenkins J. J., Jimenez-Pabon E. *Aphasia in adults : Diagnosis, prognosis, and treatment*. N.Y. : Paul B. Hoeber Inc. 1969. 428 p.

288. Sergio C., Blasi V., Labruna L., Santoro A. The role of communication models in assessment and therapy of language disorders in aphasic adults // *Neuropsychological Rehabilitation*. 2000. Vol. 10 (3). P. 337-363.

289. Taylor S. M. *Acquired aphasia*. 3rd edition. N.Y. : Academic Press, 2010. 670 p.

290. Tsouli S., Kyritsis A. P., Tsagalis G. Significance of aphasia after first-ever acute stroke: impact on early and late outcomes // *Neuroepidemiology*. 2009. Vol. 33(2). P. 96-102.

291. Vogel A. P., Maruff P., Morgan A. T. Evaluation of communication assessment practices during the acute stages post stroke // *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2010. Vol. 16. P. 1183-1188.

292. Waldron H., Whitworth A., Howardpages D. Comparing monitoring and production based approaches to the treatment of phonological assembly difficulties in aphasia // *Aphasiology*. 2010-2011. Vol. 25. P. 1153-1173.

293. Weiller C., Willmes K., Reiche W., Thron A., Jsensee C., Buele U., Ringelstein E. B. The case aphasia or neglect after striatocapsular infraction // *Brain*. 1993. Vol. 12. P. 116.

294. Wepman J. M. A conceptual model for the processes involved in recovery from aphasia // *J Speech Hear Disord*. 1953. Vol. 18(1). P. 4-13.

295. Whitworth A., Whitworth A. A., Webster J., Howard D. *Cognitive Neuropsychological Approach to Assessment and Intervention in Aphasia : A Clinician's Guide*. N.Y. : Psychology Press, 2014. 392 p.

296. Zangwill O. L. Psychological aspect of rehabilitation in cases of brain injury // *British Journal of Psychology*. 1947. Vol. 37 (2), P. 60-69.

## Додаток А

Таблиця А.1

## Модель готовності до мовленнєвого спілкування

Етапи		Мета і зміст етапів готовності до мовленнєвого спілкування
I	Мотиваційний	Забезпечується здійснення причинної обумовленості мовленнєвого висловлювання (З якою метою? Навіщо? Чому?)
II	Внутрішній план (внутріш. програмування) побудови висловлювання	<p>Забезпечується програмування його цілісністю. Для досягнення цієї мети формування внутрішнього плану проходить три стадії:</p> <p>1-а стадія – долінгвістична (домовленнєва), на якій формується задум, образ майбутнього висловлювання, його смислова основа.</p> <p>2-а стадія – лінгвістична, що забезпечує перехід від замислу до опорних слів висловлювання. Це стадія формування так званих смислових віх, на якій задіюються основні мовленнєві дії та операції, а саме:</p> <p>а) <i>операції вибору, поєднання, комбінування (перестановки)</i> мовних знаків та моторних структур, тобто відбувається пошук потрібного слова шляхом послідовного перебору звукових ознак слова. Паралельно цьому процесу здійснюється пошук слова, що за своїми семантичними ознаками більше відповідає загальному задуму висловлювання;</p> <p>б) <i>операції закріплення</i> (запам'ятовування) окремих частин висловлювання; <i>операції зчитування</i> цих частин при подальшому породженні висловлювання.</p> <p>3-я стадія – граматичне прогнозування висловлювання на основі вже породжених його елементів. Для цього задіюються такі мовленнєві операції, як:</p> <p>а) <i>операції послідовного перебору</i> можливих варіантів граматичного і синтаксичного оформлення висловлювання;</p> <p>б) <i>операції співставлення</i> різних прогнозів щодо оформлення висловлювання із загальною його програмою, тобто наскільки буде досягнута кінцева мета, якщо висловитися тим чи іншим чином.</p>
III	Перехідний план висловлювання	<p>Забезпечується перехід від смислових віх і опорних слів до зовнішнього мовлення (тобто етап внутрішнього мовлення). З цією метою задіюються операції:</p> <p>а) <i>розгортання кожної із смислових віх</i> (прогнозів) у синтаксичну програму. Це здійснюється за допомогою практично засвоєних і збережених правил граматичного і синтаксичного розгортання. Іншими словами, це так званий мовленнєвий досвід, який є основою здійснення:</p>

		<p>- зв'язку між внутрішніми програмами і внутрішнім мовленням;</p> <p>- внутрішнього промовляння;</p> <p>б) розгортання самих синтаксичних груп за допомогою правил:</p> <p>- вибору і комбінування мовленнєвих елементів висловлювання, які беруться з мовленнєвих стереотипів та передбачають вибір: звукових образів слів, схем словозміни і словотворення;</p> <p>в) вибору, поєднання, перестановки рухових структур, тобто вибору і комбінування моторних програм.</p>
IV	Зовнішній план висловлювання	<p>Забезпечується зв'язність висловлювання, що досягається за допомогою залучення таких мовленнєвих дій та операцій:</p> <p>а) лінійної послідовності речень у внутрішньому (а потім – у зовнішньому) висловлюванні, що організовані за мовними правилами в єдину групу (принцип зв'язності);</p> <p>б) встановлення лексико-синтаксичної залежності комунікативно-слабких речень від комунікативно-сильних;</p> <p>в) вибір лексико-синтаксичних засобів зв'язку (граматичні категорії, синтаксичні одиниці);</p> <p>г) вибір ритміко-інтонаційних структур і складів та артикуляційних корелят, що їх складають;</p> <p>д) постійна перевірка адекватності усного висловлювання власному загальному його задуму;</p> <p>е) постійна перевірка адекватності власного висловлювання загальній темі спілкування (зворотній зв'язок).</p>
V	Перехід від внутрішн. мовлення до зовнішн.	<p>Забезпечується задіювання системи операцій перекодування правил мовленнєвої діяльності:</p> <p>а) фонетичної структури слова;</p> <p>б) граматичної та синтаксичної структури мовлення</p>
VI	Комунікація	<p>Забезпечує як подальше корекційно-реабілітаційне навчання, так і формування у пацієнта свідомої потреби щодо необхідності відновлення мовлення та його використання в процесі для спілкування.</p>



**Ієрархічна регулятивна система  
поведінки особи з афазією в соціальному середовищі**

<b>Регулятивна система поведінки</b>			
<b>Категорії потреб (динамічно-активні стани)</b>			
<i>вітальні</i>	<i>соціальні (рольові)</i>		<i>саморозвитку</i>
<b>Сфери задоволення комунікативно-мовленнєвих потреб</b>			
<i>найближче сімейне оточення</i>	<i>контактна (мала) група</i>	<i>різні види спільної діяльності</i>	<i>пізнання, само- ідентифікація, реалізація здібностей</i>
<b>Аспекти готовності до комунікативного спілкування</b>			
<i>елементарні фіксовані установки</i>	<i>більш складні, сформовані на основі потреби в спілкуванні, увазі до себе, в прихильності</i>	<i>загальна спрямованість інтересів стосовно сфери комунікативної взаємодії</i>	<i>система ціннісних орієнтацій</i>
<b>Рівні регуляції поведінкового акту</b>			
<i>регуляція безпосередніх реакцій на актуальну мовленнєву ситуацію</i>	<i>регуляція вчинків як елементарної соціально значимої «одиниці» поведінки</i>	<i>регуляція мовленнєвого спілкування в різних сферах життєдіяльності</i>	<i>регуляція цілісної поведінки в ситуації мовленнєвого спілкування</i>

## Додаток Б

### КАРТА ОБСТЕЖЕННЯ

Дата \_\_\_\_\_

1. П. І. Б. \_\_\_\_\_
2. Вік (повних років) \_\_\_\_\_
3. Телефон або адреса \_\_\_\_\_
4. Клінічний діагноз (з історії хвороби) \_\_\_\_\_
5. Дані нейровізуальних обстежень \_\_\_\_\_
6. Загальна тривалість основного захворювання \_\_\_\_\_
7. Скарги: *не скаржитесь на мовленнєві порушення; на труднощі в мовленні; на погане мовлення; на забування слів; на нечітке мовлення.* Інші \_\_\_\_\_
8. Знання інших мов \_\_\_\_\_
9. Правша, амбідекстр, лівша, прихований лівша.
10. Освіта: *початкова, середня, неповна вища, вища.*
11. Трудова діяльність: *не працює, пенсіонер, працює не за фахом, за фахом, інвалід по хворобі.*  
Професія \_\_\_\_\_
12. Сімейний стан: *одружений (заміжня), розлучений (розлучена), неодружений (незаміжня).*
13. Інвалідність: *немає, III гр., II гр., I гр.*

#### I. Загальне обстеження

Орієнтування	Орієнтований / не орієнтований
Критика	Достатня / недостатня / відсутня
Емоційна сфера	Збережена / лабільність / тривожність / посилення емоцій / ослаблення емоцій
Психічна активність	Достатня / загальмованість / виснаженість / імпульсивність / гіперактивність / млявість
Увага	Стала / нестійка / коливання / відволікання
Поведінка	Адекватна / агресивність / недотримання «дистанції» / в'язкість / «польова поведінка»
Стомлюваність	Через _____ хвилин інтенсивного навантаження

#### II. Обстеження мовлення

Тести	Оцінка та рівень розладу	
	I обстеження	II обстеження
<i>I. Імпресивне мовлення</i>		
1. Розуміння мовлення у діалозі		
2. Розуміння слів, що означають предмети		
3. Розуміння слів, що означають дії		
4. Розуміння фраз		
5. Розуміння інструкцій		
<i>II Експресивне мовлення</i>		
6. Діалог		
7. Називання предметів		
8. Називання дій		
9. Складання фраз		
10. Складання розповіді		

## II. Обстеження гностико-практичних функцій

Тести	Оцінка та рівень розладу	
	I обстеження	II обстеження
<i>I Зоровий гнозис</i>		
1. Предметний гнозис		
2. Симультанний гнозис		
3. Оптико-просторовий гнозис		
<i>II Слуховий гнозис</i>		
4. Акустичне сприйняття		
5. Фонематичний слух		
<i>III Рухи і дії</i>		
6. Кінестетичний мануальний праксис		
7. Кінестетичний оральний праксис		
8. Мімічний праксис		
9. Динамічний мануальний праксис		
10. Символічний праксис		
11. Конструктивний праксис		
12. Динамічна координація рухів		

## III. Обстеження особистісних утворень

Тести	Оцінка та рівень розладу	
	I обстеження	II обстеження
<i>I Самооцінка</i>		
<i>II Рівень домагань</i>		
<i>III Тривожність</i>		
реактивна		
особистісна		

## Додаток В

### Дослідження самооцінки

За методикою Ж. М. Глозман було використано шкали якостей, пов'язаних з комунікативними процесами, які відображають динамічні смислові системи особистості. Отже, у ході нашого експерименту досліджувалися чотири групи особистісних характеристик: комунікативність, ставлення до оточуючих, емоційно-вольові якості та активність. Хворі визначали свій стан, яким він був на момент початку відновлювального навчання та по закінченню курсу. Постійно враховувалися критерії контролю за розумінням матеріалу хворими. Тести проводилися як фрагмент індивідуального заняття по відновленню мовлення. Завдання надавалися у випадковому порядку, змінювалися полюси «позитивних» і «негативних» якостей, щоб уникнути певних установок у досліджуваного. Для підвищення мотивації щодо виконання завдань з хворими проводилась бесіда про їх ставлення до самих себе і яку роль це відіграє у відновлювальному навчанні.

Кількісна оцінка за даними тесту проводилась за підсумком набраних балів від  $-3$  до  $+3$  за показниками «сильно занижена», «середньо занижена», «помірно занижена», «помірна», «помірно завищена», «середньо завищена», «сильно завищена». Наприклад:

сильно	середньо	помірно	0	помірно	середньо	сильно
Я найнещасніший	_____					Я найщасливіший
$-3$	$-2$	$-1$	0	$+1$	$+2$	$+3$

Показником адекватності норми по даному тесту треба вважати відсутність крайніх оцінок на шкалі та наближення до середнього значення оцінки певної якості. Кількісне порівняння самооцінки за різними шкалами та визначення динаміки при повторному дослідженні проводилося за різницею в балах.

Матеріал для дослідження самооцінки подано нижче.

### Матеріал для дослідження самооцінки

Шкала емоційно-вольових якостей		
1.	Я найнещасніший	Я найщасливіший
2.	Я дуже дратівливий, не вмію стримуватися, мене все обурює	Я дуже стриманий, вмію тримати себе в руках, не дратуюся
3.	Я дуже неврівноважений, у мене швидко змінюється настрій	Я дуже врівноважений, у мене рівний завжди однаковий характер
4.	Я дуже тривожна людина, завжди через все дуже хвилююся	Я дуже спокійна людина, рідко хвилююся
5.	Я дуже невпевнений у собі, завжди сумніваюся в своїх силах і можливостях	Я дуже впевнений в собі, ніколи не сумніваюся в своїх силах і можливостях
6.	Я дуже важко переживаю труднощі, сильно страждаю, якщо що-небудь не виходить	Я дуже легко переживаю труднощі, не страждаю, якщо що-небудь не виходить
7.	Я дуже сумний, часто засмучуюся, рідко сміюся	Я дуже веселий, часто сміюся, всьому радію
8.	Я дуже не критичний до себе, не бачу своїх недоліків	Я дуже критичний до себе, бачу всі свої недоліки
Шкала активності		
1.	Я дуже обережний, довго думаю, вагаюся перед тим, як щось зробити	Я дуже рішучий, швидко приймаю рішення, довго не думаю, не вагаюся
2.	Я дуже повільний, все роблю довго	Я дуже рухливий, все роблю швидко
3.	Я дуже ненаполегливий, незавзятий, рідко досягаю, чого хочу	Я дуже наполегливий, завзятий, завжди досягаю, чого хочу
4.	Я дуже пасивний, чекаю, коли все вирішать інші	Я дуже активний, завжди все вирішую сам
5.	Я люблю, коли мені допомагають	Я люблю все робити сам
Шкала ставлення до оточуючих		
1.	Я дуже підозрілий, нікому не довіряю, боюся, що обмануть	Я дуже довірливий, всім вірю, не боюся, що обдурять
2.	Я не хочу допомагати людям	Я хочу допомагати людям
3.	Я дуже неакуратний, не прибираю за собою, часто забруднюю і псую свої речі	Я дуже акуратний, завжди прибираю за собою, ніколи не забруднюю свої речі
Шкала комунікативності		
1.	Я дуже замкнутий, не люблю товариство, важко знайомлюся з людьми	Я дуже товариський, люблю суспільство, легко знайомлюся з людьми
2.	Я дуже неговіркий, люблю помовчати	Я дуже балакучий, люблю поговорити
3.	Я не люблю ходити в магазин	Я люблю ходити в магазин
4.	Я не люблю суспільно-організаційну діяльність	Я люблю суспільно-організаційну діяльність
5.	Я люблю бути один	Я люблю бути в компанії, серед людей

### Дослідження рівня домагань у хворих з афазією

Методика полягала в наступному: перед хворим розкладалися 12 карток з номерами, зростаючий порядок яких відповідав поступовій складності завдань і зростаючій кількості балів за правильну відповідь. Завдання підбиралися індивідуально, з урахуванням форми афазії і ступеня виразності мовленнєвих порушень. Наприклад, хворому з сенсорними формами афазії підбиралися завдання на розуміння значень слів і фраз, називання різних за частотою предметних зображень, повторення фраз різної довжини; при комплексній моторній формі – завдання на повторення звуків, коротких слів, складання або написання фраз. З дослідження було вилучено такі запитання, на результати виконання яких міг би вплинути різний освітній і культурний рівень досліджуваних. Час виконання завдання не повідомлявся заздалегідь. Хворому надавалась можливість самостійно обирати складність завдання, тому він поставав перед вибором: менш складне завдання легше виконати, але за більш складне можна отримати більше балів. Складність першого обраного завдання відображала рівень домагання випробуваного, а складність наступних – адекватність або неадекватність рівня домагання.

Справжні досягнення випробуваного в даному експерименті значення не мали, важливим було лише те, які наступні за складністю завдання обере хворий після того, як він пережив успіх або невдачу. У ході випробування нами довільно збільшувався або зменшувався час, відведений на завдання, тим самим створювалася ситуація його виконання або невиконання, і, відповідно, викликалися переживання успіху чи невдачі. Результати фіксувалися у вигляді графіка: ось абсцис позначала порядкові номери проб, ось ординат – обрані номери карток. На перехресті значень ставився мінус, якщо хворий не впорався із завданням, або плюс – у разі успішного виконання ним завдання.

## Дослідження тривожності

Ступінь розуміння питань і інструкцій ретельно контролювався дослідником, при необхідності вносилися додаткові роз'яснення. Правильність розуміння хворим питань підтверджували його вербальні й емоційні реакції, а також однакові оцінки синонімічних або близьких за змістом тверджень. Відповіді оцінювалися за ключем, поданим нижче.

### Бланк шкал тривожності Спілбергера

П.І.Б. \_\_\_\_\_  
 Стать \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Освіта \_\_\_\_\_

#### Шкала реактивної тривожності (РТ)

№	Висловлювання	Відповіді			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Правильно	Саме так
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Я напружений	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я відчуваю вільно	1	2	3	4
6	Я засмучений	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9	Я стурбований	1	2	3	4
10	Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервую	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14	Я збуджений	1	2	3	4
15	Я не відчуваю скутості, напруги	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я стурбований	1	2	3	4
18	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

#### Шкала особистісної тривожності (ОТ)

№	Висловлювання	Відповіді			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Правильно	Саме так
21	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24	Я хотів би бути таким же щасливим, як інші люди	1	2	3	4
25	Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4

## Продовження додатку В

26	Зазвичай я відчуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
28	Очікувані труднощі зазвичай дуже турбують мене	1	2	3	4
29	Я занадто переймаюся через дрібниці	1	2	3	4
30	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31	Я сприймаю все близько до серця	1	2	3	4
32	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33	Зазвичай я відчуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34	Я намагаюся уникати критичних ситуацій	1	2	3	4
35	У мене буває хандра	1	2	3	4
36	Я задоволений	1	2	3	4
37	Всілякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу забути про них	1	2	3	4
39	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

## Ключі

№	Відповіді РТ			
1	4	3	2	1
2	4	3	2	1
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	4	3	2	1
9	1	2	3	4
10	4	3	2	1
11	4	3	2	1
12	1	2	3	4
13	1	2	3	4
14	1	2	3	4
15	4	3	2	1
16	4	3	2	1
17	1	2	3	4
18	1	2	3	4
19	4	3	2	1
20	4	3	2	1
Σ РТ				

№	Відповіді ОТ			
21	4	3	2	1
22	1	2	3	4
23	1	2	3	4
24	1	2	3	4
25	1	2	3	4
26	4	3	2	1
27	4	3	2	1
28	1	2	3	4
29	1	2	3	4
30	4	3	2	1
31	1	2	3	4
32	1	2	3	4
33	1	2	3	4
34	1	2	3	4
35	1	2	3	4
36	4	3	2	1
37	1	2	3	4
38	1	2	3	4
39	4	3	2	1
40	1	2	3	4
Σ ОТ				



## Додаток Г

## Протоколи обстеження осіб з афазією

## Протокол обстеження стану мовлення

П.І.Б. пацієнта \_\_\_\_\_

## 1. Діалог

Запитання	Відповіді	Оцінка	
		Експр.	Імпрес.
1. Як Ви себе почуваете?			
2. Голова болить?			
3. Як Ви спали?			
4. Скільки осіб у Вашій палаті?			
5. Вас оглядав сьогодні лікар?			
6. Що у Вас було сьогодні на сніданок?			
7. Де Ви живете?			
8. Що Ви робили вчора ввечері?			
9. Чим Ви любите займатися у вільний час?			
10. Яка сьогодні погода і яка була вчора?			
<b>Разом:</b>			

## 2. Розуміння слів

Розуміння предметів			Розуміння дій		
Слова-стимули	Відповідь	Оцінка	Слова-стимули	Відповідь	Оцінка
1. Сир			1. Слухає		
2. Ложка			2. Співає		
3. Кіт			3. Працює		
4. Мишка			4. Стоїть		
5. М'яч			5. Читає		
6. Газета			6. Лежить		
7. Сумка			7. Їде		
8. Фартук			8. Несе		
9. Хлястик			9. Біжить		
10. Гелікоптер			10. Тече		
11. Газета, сумка			11. Працює, показує		
12. Гребінець, ручка			12. Співає, біжить		
13. Хустка, коса			13. Їде, читає		
14. Горб, гроб			14. Оре, б'є		
15. Лак, рак			15. Капає, махає		
16. Монголія, магнолія			16. Гребе, стоїть		
17. Коса, коза			17. Слухає, танцює		
18. Тісто, місто			18. Тягне, висить		
19. Замок, замок			19. Пише, лежить		
20. Мишка, книжка			20. Ріже, тече		
21. Пляшка, сумка, ложка			21. Їде, працює, грає		
22. Ложка, стіл, книжка			22. Малює, пише, фарбує		
23. Човен, жаба, риба			23. Біжить, стрибає, стоїть		

24. Полковник, половник, підлокотник			24.Кладе, ставить, вішає		
25.Хлястик, жилет, піжама			25. Круте, свердлить, точить		
26.Перчатки, підтяжки, карман			26.Спить, сипле, сидить		
27.Коса, коза, роса			27. П'є, тече, пливе		
28.Дачка, тачка, мишка			28.Дує, співає, відкриває		
29.Танк, танкер, маркер			29.Тягне, суне, кладе		
30.Орден, ордер, орел			30.Товкає, несе, везе		
<b>Разом:</b>				<b>Разом:</b>	

**3. Розуміння фраз**

Фрази-стимули	Відповідь	Оцінка
1. Мама миє стакан		
2. Бабуся ріже хліб		
3. Мама годує сина		
4. Хлопчик читає газету		
5. Хлопчик малює кішку		
6.Брат старший за сестру		
7.Сестра молодша за брата		
8.Бочка у ящику		
9.Ящик на бочці		
10.На бочці ящик		
11.Бочка перед ящиком		
12.Ящик у бочці		
13.Скатертина вкрита клейонкою		
14.Клейонка вкрита скатертиною		
15.Скатертина на столі під клейонкою		
<b>Разом:</b>		

**4. Розуміння інструкцій**

Фрази-стимули	Виконання дій	Оцінка
1.Закрийте очі		
2.Підніміть ліву руку		
3.Візьміть олівець і постукайте три рази		
4.Візьміть гумку і покладіть у карман		
5.Побудуйте з паличок трикутник		
6.Покажіть олівцем ручку		
7. Покладіть ручку справа від книжки		
8. Покажіть мені Вашу ліву руку долонею угору		
9. Підніміть ліву руку і доторкніться пальцями цієї руки до правого вуха		
10. Підніміть ліву руку, доторкніться пальцями цієї руки до правого вуха, одночасно висуньте язик		
<b>Разом:</b>		

**5. Називання предметів і дій**

Називання предметів			Називання дій		
Слова-стимули	Відповідь	Оцінка	Слова-стимули	Відповідь	Оцінка
1. Бабуся			1. Іде		
2. Дідусь			2. П'є		
3. Олівець			3. Пише		
4. Ручка			4. Лежить		
5. Хлопчик			5. Співає		
6. Дівчинка			6. Читає		
7. Книга			7. Спить		
8. Телефон			8. Їсть		

9 ружка		9. Стоїть	
10. Ліжко		10. Говорить	
11. Сукня		11. Лізе	
12. Табуретка		12. Пиляє	
13. Чашка		13. Фарбує	
14. Пальто		14. Стрибає	
15. М'яч		15. Капає	
16. Вікно		16. Пливе	
17. Трактор		17. Купує	
18. Замок		18. Плаче	
19. Шафа		19. Гукає	
20. Газета		20. Дзвонить	
21. Решето		21. Б'є	
22. Руль		22. Ліне	
23. Перо		23. Грузить	
24. Квітка		24. Їде	
25. Трюмо		25. Закриває	
26. Прищіпка		26. Наздоганяє	
27. Комбайн		27. Летить	
28. Дирижабль		28. Чекає	
29. Торшер		29. Прив'язує	
30. Пілосос		30. Набирає	
<b>Разом:</b>			<b>Разом:</b>

**6. Складання фраз:**

Фрази (картинки)	Відповіді	Оцінка
1. Хлопчик мие руки		
2. Дівчинка ріже ковбасу		
3. Хлопчик забиває гвіздок		
4. Діти ліплять бабу		
5. Кішка п'є молоко		
6. Хлопчики грають в м'яч		
7. Хлопчик біжить до дерева		
8. Хлопчик лізе через паркан		
9. Сонце заходить за хмари		
10. Няня стеле килимок біля ліжка		
11. Колгоспники грузять сіно на машину		
12. Дівчинка прийшла відвідати хвору подругу		
13. Хлопчик поступається місцем жінці в трамваї		
14. Лікар запрошує хворого до кабінету		
15. Чоловік несе драбину, щоб зняти кульку з дерева		
<b>Разом:</b>		

**7. Складання розповіді за картиною (Ф. Решетніков «Знову двійка»)**

## Протокол дослідження стану гностико-практичного забезпечення мовлення

П.І.Б. пацієнта \_\_\_\_\_

### I Зоровий гнозис

#### 1. Предметний гнозис

Оцінка: \_\_\_\_\_

##### а) реальних предметів

стіл	чашка	книга	ручка	ключ	гудзик

##### б) реалістичних зображень

яблуко	лампа	автомобіль	ніж	парасолька	гриб

##### в) контурних зображень

вагон	черпаха	дерево	риба	ваза	крісло

##### г) перекреслених зображень предметів

метелик	лампа	конвалія	молоток	балалайка	гребінець

##### д) недомальовані предмети

ножиці	ключ	лампа	кліщі	лампочка	терези

##### е) накладені зображення

Відро/ніж/праска/молоток	Відро/щітка/граблі/ сокира/молоток/ножиці	Чайник/пляшка/миска/ стакан/пляшка

##### ж) складені зображення (химери)

слон - равлик	заєць - риба	собака - корова

### 2. Симультанний гнозис

Оцінка: \_\_\_\_\_

#### а) Сприйняття простого сюжету «Ополонка»

Зміст зображення в цілому \_\_\_\_\_

Виділення суттєвого \_\_\_\_\_

Другорядні ознаки \_\_\_\_\_

#### б) Сприйняття простого сюжету «Сніданок»

Зміст зображення в цілому \_\_\_\_\_

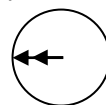
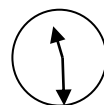
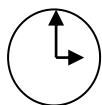
Виділення суттєвого \_\_\_\_\_

Другорядні ознаки \_\_\_\_\_

### 3. Оптико-просторовий гнозис

Оцінка: \_\_\_\_\_

#### а) визначення часу на схематичному годиннику

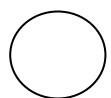
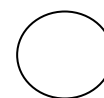
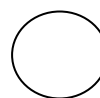


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### б) розстановка стрілок на циферблаті



16:30

20:15

11:45

**II Слуховий гнозис**

**4. Акустичне сприйняття**

природні шуми \_\_\_\_\_, предметні шуми \_\_\_\_\_,  
голоси тварин \_\_\_\_\_, знайомі мелодії \_\_\_\_\_.

Оцінка: \_\_\_\_\_

**5. Фонематичний слух**





коса-коза \_\_\_\_\_ баран-варан \_\_\_\_\_  
собор-забор \_\_\_\_\_ лапша-лоша \_\_\_\_\_  
дріт-кріт \_\_\_\_\_ .....суп-зуб \_\_\_\_\_

**III Рухи і дії**









**6. Кінестетичний мануальний праксис**

Оцінка: \_\_\_\_\_

1) Тест «Відтворення пози пальців руки»

							
Права	Ліва	Права	Ліва	Права	Ліва	Ліва	Права

2) Копіювання положень кисті руки екзаменатора

							
Права	Ліва	Права	Ліва	Права	Ліва	Права	Ліва
з зор. опорою	з зор. опорою	з зор. опорою	з зор. опорою	з зор. опорою	з зор. опорою	з зор. опорою	з зор. опорою
без зор. опори	без зор. опори	без зор. опори	без зор. опори	без зор. опори	без зор. опори	без зор. опори	без зор. опори
							
Права	Ліва	Права	Ліва	Права	Ліва	Права	Ліва
з зор. опорою	з зор. опорою	з зор. опорою	з зор. опорою	з зор. опорою	з зор. опорою	з зор. опорою	з зор. опорою
без зор. опори	без зор. опори	без зор. опори	без зор. опори	без зор. опори	без зор. опори	без зор. опори	без зор. опори

**7. Кінестетичний оральний праксис**

Оцінка: \_\_\_\_\_

Завдання	За інструкцією	За наслідуванням
відкрити рот		
висунути язик		
відвести язик вліво – вправо		
надути щоки		
надути одну щоку		
накласти язик на верхню губу		
накласти язик на нижню губу		
розтягнути губи		
поклацати язиком		
подути		
поцокати		

**8. Мімічний праксис** (оцінка активності стану міміки пацієнта)

Оцінка: \_\_\_\_\_

*гіпермімічно / амімічно / гіпомімічно / норма*

Завдання	За інструкцією	За наслідуванням
Підняти брови		
Насупитися		
Посміхнутися		

**9. Динамічний мануальний праксис** (виконується 4-5 разів)

Оцінка: \_\_\_\_\_

«Кулак-долоня-ребро»

	За інструкцією	За зразком
Права рука		
Ліва рука		

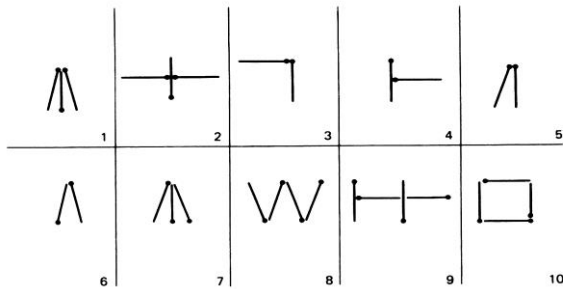
**10. Символічний праксис**

Оцінка: \_\_\_\_\_

Символічні жести	За інструкцією	За наслідуванням
здути пушинку з долоні		
почистити зуби		
порубати дрова		
поаплодувати		
поцілувати		
випити		

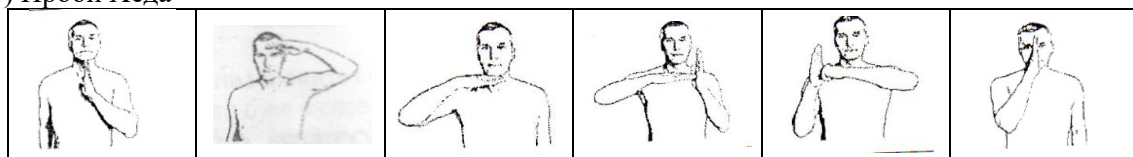
**11. Конструктивний праксис**

Оцінка: \_\_\_\_\_

**12. Динамічна координація рухів**

Оцінка: \_\_\_\_\_

## 1) Проби Хеда

Помилки: *дзеркальність / труднощі розуміння / збільшення латентного періоду*

## 2) Перехресні проби. Орієнтація у правій-лівій стороні

Помилки: *дзеркальність / труднощі розуміння / збільшення латентного періоду*

## Додаток Д

## Кількісні дані констатувального етапу дослідження

Таблиця Д.1

## Розподіл осіб з афазією за рівнями розладу компонентів імпресивного мовлення

Рівні розладу	Діалог		Розуміння слів-предметів		Розуміння слів-дій		Розуміння фраз-інструкцій		Розуміння розповіді	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Легкий	21	20,4	9	8,7	6	5,8	5	4,9	3	2,9
Середньолегкий	38	36,9	7	6,8	11	10,7	9	8,7	6	5,8
Середній	13	12,6	10	9,7	4	3,9	12	11,7	12	11,7
Середньотяжкий	8	7,8	42	40,8	47	45,6	23	22,3	15	14,6
Тяжкий	23	22,3	33	32,1	25	24,3	35	34,0	41	39,8
Глибокий	-	-	2	1,9	10	9,7	19	18,5	26	25,2

Таблиця Д.2

## Розподіл осіб з афазією за рівнями розладу компонентів експресивного мовлення

Рівні розладу	Діалог		Називання предметів		Називання дій		Складання речень		Складання розповіді	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Легкий	3	2,9	6	5,8	5	4,8	2	1,9	2	1,9
Середньолегкий	9	8,7	9	8,7	8	7,8	4	3,9	3	2,9
Середній	15	14,6	11	10,7	15	14,5	9	8,7	10	9,7
Середньотяжкий	44	42,7	31	30,0	23	22,3	18	17,5	8	7,8
Тяжкий	21	20,4	39	37,9	43	41,8	33	32,0	39	37,9
Глибокий	11	10,7	7	6,8	9	8,7	37	35,9	41	39,8

**Розподіл осіб з афазією за рівнями розладу гностико-практичних функцій**

Рівні розладу	Кількість хворих	
	Абс.	%
Норма	8	7,8
Легкий	13	11,6
Середньолегкий	26	24,3
Середньотяжкий	34	36,9
Тяжкий	22	19,4
Глибокий	-	-

Таблиця Д.4

**Розподіл осіб з афазією****за ступенем розладу усвідомлення дефекту свого мовлення**

Рівні розладу	Кількість хворих	
	Абс.	%
Норма	-	-
Легкий	21	20,4
Середній	49	47,6
Тяжкий	33	32,0

Таблиця Д.5

**Розподіл осіб з афазією за рівнем самооцінки**

Рівень самооцінки	Абс.	%
Сильно занижена	47	45,6
Середньо занижена	32	31,1
Помірно занижена	13	12,6
Адекватна	-	-
Помірно завищена	8	7,8
Середньо завищена	3	2,9
Сильно завищена		



**Розподіл осіб з афазією за рівнем адекватності домагань**

Рівень домагань	Абс.	%
Неадекватний занижений	58	56,3
Адекватний	9	8,7
Неадекватний завищений	36	35,0

Таблиця Д.7

**Розподіл осіб з афазією за рівнем тривожності**

Рівні тривожності	Особистісна тривожність		Реактивна тривожність	
	Абс.	%	Абс.	%
Низький				
Помірний	48	46,6	38	36,9
Високий	55	53,4	65	63,1

## Додаток Ж

### Емоційно-сенсорні ігри

#### Ігри-знайомства

#### Гра «Хто поруч?»

Гра проводиться, коли учасники сидять у колі. Починає гру логопед, назвавши своє ім'я. Учасник, який сидить ліворуч від нього, повинен назвати ім'я логопеда і своє. Наступний гравець далі за годинниковою стрілкою має назвати попереднє ім'я і своє, і так далі по колу. При необхідності можна застосовувати таблички з написаними іменами або прописувати їх на аркуші. Закінчує гру знову логопед, назвавши по іменах усіх учасників групи. З часом гру можна проводити в інших варіантах, ускладнюючи завдання.

#### Гра «Мотузочка»

Учасникам, які сидять по колу, дається мотузка, зв'язана на кінцях так, щоб утворилося кільце (довжина мотузки залежить від кількості учасників, які беруть участь у грі). Хворі беруться обома руками за мотузку. Завдання: «Не випускаючи з рук мотузку, побудувати трикутник, коло, прямокутник тощо». Спочатку виникає пауза і повна бездіяльність, потім хтось з учасників має запропонувати варіант рішення і далі керувати діями.

#### Гра «Дзига»

Учасники сидять навколо столу, в центрі якого стоїть дзига зі стрілкою. Логопед задає запитання, потім хтось із хворих (по черзі) розкручує дзигу. На кого вкаже стрілка, той дає відповідь на запитання. Запитання можуть підбиратися за змістом ситуації, за темою заняття або залежно від поставлених завдань. (Як Вас звати? Хто Ви за професією? Ким Ви працюєте? Ким Ви хотіли б працювати? Ким би Ви могли працювати? Покажіть як Ви радієте. Покажіть як Ви дивуетесь. Покажіть який Ви сердитий, коли злитесь. Покажіть який Ви, коли закоханий тощо.

## **Ігри на сенсорну увагу**

### **Гра «Хто це, що це?»**

Логопед пропонує прослухати звукозаписи природних шумів, звуків тварин, предметів; мелодії відомих пісень. Учасникам необхідно вгадати їх та отримати якомога більше фішок, за кількістю яких визначається переможець гри.

### **Гра «Дегустатор»**

Логопед демонструє групі страву зі шматочків фруктів, овочів та інших харчів на шпажках. Завдання для учасників гри полягає в тому, що кожен з них, заплющивши очі, має вгадати на смак та охарактеризувати запропонований продукт. Почерговість виконання гри учасниками визначається за допомогою дзиги.

### **Гра «Мішок скарбів»**

Учасникам роздаються мішечки, наповнені різними речами: гудзики, ковпачки, кришечки, квасоля, шишки, монети, горіхи і т. і. Логопед називає предмет, а учасники повинні, не дивлячись у мішок, на дотик знайти його у своєму мішечку.

### **Гра «Парфумер»**

Для гри потрібно підготувати непрозорі пляшечки з ароматними речовинами: харчові ароматизатори (ваніль, кориця, імбир, перець, есенції); ефірні олії (ялівцева, лимонна, трояндова), побутові пахучі речовини (нафталін, дьоготь, спирт). На стіл викладають картки з зображеннями, що нагадують кожний аромат: булочка – ваніль; паличка кориці – кориця; груша – дюшес; міль – нафталін; бочка – дьоготь тощо). Учасникам необхідно вибрати пляшечку, вгадати аромат та знайти відповідну карточку.

### **Емоційно-розігрівачі ігри**

#### **Гра «Привітання без слів»**

Кожен з учасників повинен привітатися з групою, демонструючи будь-яке невербальне вітання. Це може бути як безконтактна форма вітання (помахати рукою, кивнути головою, зробити реверанс), так і контактна (потиснути руку, обійняти). Також можна використовувати вітання, притаманні різним соціальним і етнічним групам: піонерський салют, японський уклін і ін. Решта учасників групи відповідають на вітання так само (кивають у відповідь, стискають простягнуту їм руку тощо).

#### **Гра «Оплески»**

Логопед починає: «Ми добре попрацювали, я хочу поаплодувати Сергію Петровичу, він сьогодні молодець!» і тихенько починає аплодувати. Учасник, якому аплодує логопед, обирає того, кому він хоче поаплодувати, тобто аплодують вже вдвох з логопедом наступному учаснику трохи голосніше. Другий учасник обирає кому він хоче аплодувати і логопед з першим хворим вже аплодують з ним і т. д. Таким чином останньому учаснику аплодує вся група максимально голосно.

#### **Гра «Ніхто в групі не знає, що я...»**

Кожен з учасників (по колу або в довільному порядку) доповнює фразу: «Ніхто в групі не знає, що я ... ». Наприклад: «Ніхто в групі не знає, що я сьогодні їв омлет», або «Ніхто в групі не знає, що найбільше в світі я боюся павуків» і т. ін. Можна запропонувати учасникам й інші фрази для доповнення: «Я дуже радий тому, що я ...»; «Ми всі сьогодні будемо ...» і т. і.

### **Пальчикова гімнастика**

Логопед вимовляє слова та демонструє вправи, а хворі, наскільки це можливо, повторюють за логопедом. При вираженому парезі верхньої

кінцівки вправи нею виконуються пасивно, здоровою рукою виконуються активно.

### **Вправа «На роботу»**

Стиснути пальці в кулак. По черзі розгинати їх, починаючи з великого. А зі словами: «Встали вчасно всі ...» широко розставити пальці.

*Старший встав – не лінувався.*

*Вказівний за ним піднявся –*

*Розбудив сусід його.*

*Той – свого, а той свого.*

*Встали вчасно всі брати –*

*На роботу треба йти.*

### **Вправа «Доброго ранку»**

Пальцями правої руки по черзі «вітатися» з пальцями лівої руки, торкаючись один до одного кінчиками.

*Доброго ранку, сонце привітне!*

*Доброго ранку, небо блакитне!*

*Доброго ранку, у небі пташки!*

*Доброго ранку тобі і мені!*

### **Вправа «Дні тижня»**

*У понеділок я прала, (Потерти кулаки один до одного)*

*Підлогу у вівторок підмітала. (Кисті розслаблених рук опустити вниз і імітувати рухи по столу)*

*У середу пекла ватрушки, (Печемо «пиріжки»)*

*Весь четвер ладнала подушки, (Розставляти та стискати пальці обох рук, імітуючи збивання подушки)*

*Чашки в п'ятницю помила, (Пальці лівої руки напівзігнуті, долоня стоїть на ребрі, а вказівним пальцем правої руки водимо по колу всередині лівої руки)*

*А в суботу торт купила.* (Долоні розкриті і з'єднані разом по стороні мізинців)

*Всіх кумоньок в неділю*

*На гостини запросила.* (Махаємо долонями до себе)

### **Вправа «Квасимо капусту»**

*Ми капусту шаткували!* (Прямими, напруженими долонями імітуємо рухи сокири: вверх-униз)

*Солі в неї ми поклали!* (З'єднати кінчики пальців разом, «солимо капусту»)

*Ми капусту м'яли, дерли!* (Енергійно стискаємо пальці в кулачки, то одночасно на двох руках, то по черзі)

*Смачну моркву туди терли!* (Пальці однієї руки стиснуті в кулак і здійснюють ритмічні рухи вверх-униз по долоні іншої руки. По черзі міняємо руки).

### **Вправа «Гроза»**

*Краплі перші впали,* (Двома пальцями кожної руки злегка постукати по столу)

*Павуків перелякали.* (Внутрішня сторона долоні опущена вниз; пальці злегка зігнути і, перебираючи ними, показати, як розбігаються павуки)

*Дощик стукотить сильніше,* (Постукати по столу всіма пальцями обох рук)

*Пташки розлетілися хуткіше* (Схрестивши руки, долоні з'єднати тильною стороною; махати пальцями, стискаючи їх)

*Дощ полив як із відра,* (Активно постукати по столу всіма пальцями обох рук)

*Розбіглася дітвора.* (Вказівний і середній пальці обох рук бігають по столу, зображуючи чоловічків; інші пальці притиснуті до долоні).

*У небі блискавка блискає,* (Намалювати пальцем у повітрі блискавку)

*Грім все небо крає.* (Барабанити кулаками, а потім поплескати в долоні)  
*Ну а потім з хмари сонце* (Підняти обидві руки вгору, одночасно розімкнувши пальці рук)

*Зазирає нам у віконце!* (Вказівними пальцями обох рук «намалювати в повітрі» віконце)

### **Фізкультхвилинки з елементами самомасажу**

Вихідне положення при виконанні вправ – сидячи, уражена рука покладена на стіл. Вправи для ураженої руки виконуються з допомогою здорової. Інтенсивність виконання помірною. Дозування індивідуальне. Відповідно до мовленнєвих можливостей хворих групи до вправ підбиралися як прості слова (так-так; раз, два, три, чотири), так і вірші.

Таблиця Ж.1

#### **Приблизний комплекс вправ фізкультхвилинки і самомасажу**

	№	Вправа
Вправи для рук	1.	Руки з'єднати у «замок», робити нахили вправо, вліво, обертальні рухи.
	2.	Імітація миття рук.
	3.	Прокочування качалки-валика по столу, потім між долонями.
	4.	Руки стиснути у кулаки, розігнути та розставити пальці.
	5.	Руки поставити на лікті, з'єднати кінчики пальців правої і лівої руки. Розвести та звести пальці обох рук, тримаючи кінчики разом.
	6.	Для паретичної руки: пасивне розгинання кисті, відведення великого пальця, розведення пальців по одинці, постукування пальцями по столу, розгинання нігтьових фаланг.
	7.	«Ножиці», виконується вказівним та середнім пальцями рук.
	8.	«Камінь, ножиці, папір» – стиснути кулаки, розігнути та розставити вказівний та середні пальці, випрямити долоні.

	9.	«Гусінь» – покласти руки перед собою долонями вниз, пальцями від себе. Не відриваючи пучки пальців від столу, перемістити основу долоні вперед, потім випрямити долоні, не відриваючи їх основу від столу (як рухається гусінь).
Самомасаж	10.	Потерти долоні одна об одну.
	11.	Внутрішньою стороною долоні однієї руки потерти зовнішню сторону другої руки і навпаки.
	12.	Самомасаж пальців обох рук по черзі.
	13.	Стиснути між долонями та прокочувати голчастий валик.
	14.	Натискати пучками пальців по черзі, а потім всією долонею на голчастий аплікатор Ляпко.



## Додаток 3

Таблиця 3.1

## Базовий фразовий матеріал у спільній діяльності

<b>1. Розуміння і виконання доручень, змога висловити прохання, спонукання</b>	
1.1. Розуміння хворим спонукань та його звернення до іншої особи	<i>Сідайте. Подивіться. Візьміть. Дайте. Приберіть. Покладіть. Попросіть. Спитайте, скажіть, відкрийте. Приготуйте. Зліпіть. Намажте. Понюхайте. Оцініть. Намалюйте. Склейте. З'єднайте. Витріть. Підніміть. Помийте. Подивіться. Накрийте. Приєднайте. Напишіть. Намалюйте. Поставте. Достаньте. Додайте. Приготуйте. Відріжте. Відірвіть. Зберіть. Складіть. Покладіть. Перекладіть. І таке інше.</i>
1.2. Форми вираження розуміння або нерозуміння висловлювання	<i>Що? Повторіть. Добре! Гаразд! Я не зрозумів. Скажіть ще раз. Повторіть, будь ласка. Що? Я не зрозумів. А! Зрозумів. Я не зрозумів, скажіть повільніше. Що треба зробити? Я не зрозумів, бо ти сказав швидко (тихо, я не уважний).</i>
1.3. Форми висловлювання прохань	<i>Дайте. Допоможіть. Дайте клей (лінійку, цукерку ...). Дайте мені. Дайте мені ... . Дайте мені, будь ласка. Допоможіть мені, будь ласка. Дайте мені, будь ласка ... .</i>
1.4. Форм висловлювання заборони	<i>Не заважай (-те)! Не розмовляй (-те)! Не сперечайся (-теся)! Не спіши (-іть)! Не запізнюйся (-теся)! Не вказуй. І таке інше.</i>

1.5. Звернення до іншої особи за завданням логопеда	<p><i>Позвіть Валентину Миколаївну. Дайте олівець Миколі Олексійовичу. Попросіть у Сашка. Скажіть їй, що Ви допоможете. Спитайте, що будемо робити? Спитайте, чи всі готові? Спитайте, у них вийшло? Приготуйте аркуші і роздайте всім.</i></p>
<b>2. Повідомлення про діяльність за завданням або за власною ініціативою</b>	
2.1. Повідомлення про спільну діяльність	<p><i>Будемо читати (писати, малювати ...). Почнемо виконувати. Нам вдалося. У нас не вийшло. Спочатку розподілимо обов'язки. Спочатку візьмемо ... , а потім ... . Необхідно принести ... , ... , ... . Сьогодні будемо робити ... .</i></p>
2.2. Повідомлення про власну діяльність (виконання дій, закінчення роботи, можливість виконання завдання)	<p><i>Я готовий. Я приготував ... . У мене є ... . У мене немає ... . Я склеїв (збудував, проспівав, виграв ...). У мене немає ... . Я не можу ... . У мене вийшло гарно. Я побудував вежу. (високу, рівну, ... ). Я перекинув п'ять сірників. (униз, уліво, ...). Я написав невірно. Я не знаю що робити далі.</i></p>
2.3. Повідомлення про діяльність членів групи	<p><i>Д. І. намалював (виконав, виграв ...) І.І. взяла (поклала, попросила ...) ножиці (клей, гудзик ...). Н.К. зробила невірно. Н.К. не наклеїла (не взяла, не зрозуміла ...). О.Б. зробив краще (гірше) за мене. Він не слідував. Вона не уважна.</i></p>
<b>3. Відповідь на питання і звернення з запитанням</b>	
3.1. Про діяльність у зв'язку зі спільною діяльністю	<p><i>Який сьогодні день? Який день тижня? Яка тема? Ви підготувалися (побудували, написали ...)? Вам сподобалося?</i></p>

	<p><i>Ви (ти) не задоволені?</i>  <i>Ви (ти) склали?</i>  <i>У вас вийшло?</i>  <i>Що зробив С.О.?</i>  <i>Хто (ти) виконав поробку (малюнок, завдання...)?</i>  <i>Що зробимо спочатку?</i>  <i>Які плани на сьогодні?</i>  <i>З чого розпочнемо?</i>  <i>Скільки візьмемо намистин (листя, сірників...)?</i>  <i>Ви (ти) можете малювати і рахувати?</i>  <i>Вам сподобалось, як придумав і зробив О.М.?</i>  <i>Чому Ви (ти) не зрозуміли (-в)?</i></p>
3.2. Про об'єкт	<p><i>Хто (що) це?</i>  <i>Що там (тут, зліва, справа...)?</i>  <i>Це риба?</i>  <i>Що вона їсть?</i>  <i>Це молюск чи комаха?</i>  <i>Як називається цей прилад (інструмент, птах, міст...)?</i>  <i>Як він полює?</i></p>

Таблиця 3.2

**Базовий лексичний матеріал до занять за темами  
«Осінній врожай», «Зимові забави», «Весняні роботи на дачі».**

Тема	Лексичний словник
Осінній врожай	<p>Іменники: <i>город, садок, овочі, фрукти, плід, картопля, цибуля, часник, квасоля, морква, буряк, гарбуз, капуста, горіхи, гриби, калина, айва, яблука, груші, насіння.</i>  Дієслова: <i>рости, збирати, рвати, копати, заготовляти, знаходити, продавати.</i>  Прикметники: <i>жовтий, червоний, стиглий, великий, маленький, лісовий, запашний, кислий, солодкий, сухий, твердий, соковитий.</i></p>
Зимові забави	<p>Іменники: <i>сніг, лід, мороз, зима, сніжинка, санчата, ковзани, лижі, каток, гора, сніжки, завірюха.</i>  Дієслова: <i>спускатися, кататися, грати, чистити, ліпити, кидати, мерзнути, їхати, будувати.</i>  Прикметники: <i>холодний, мокрий, зимовий, веселий, спритний, швидкий, білий, крижаний, крутий, пологий.</i></p>

	Прислівники: <i>швидко, далеко, близько, скоро, сьогодні, завтра, вчора, зараз, ніколи, завжди.</i>
Весняні роботи	Іменники: <i>город, садок, овочі, редиска, картопля, цибуля, часник, морква, буряк, капуста, квасоля, огірки, перець, насіння, кукурудза, лопата, граблі, сапа, лійка, добриво, кріп, петрушка, салат.</i> Дієслова: <i>садити, сіяти, поливати, копати, загортати, пікірувати, рости, полоти, обробляти.</i> Прикметники: <i>свіжий, зелений, корисний, соковитий, солодкий, гіркий, гострий.</i>

## Додаток К

### Логопедичні ігри

#### Сценарій логопедичної вікторини для хворих з афазією до тематичного заняття «Рибалка»

*Мета:* закріплення здобутків попередніх видів роботи заняття, відновлення мовленнєвого спілкування.

*Завдання:*

1. Відновлення розуміння смислового значення слів.
2. Збільшення кількості вживаних дієслів та іменників.
3. Попередження аграматизму.
4. Закріплення фраз на теми дня.

#### Хід вікторини

*Вступ*

Логопед знайомить хворих з видом діяльності і формою її проведення. По можливості хворі поділяються на дві команди. За допомогою жеребкування визначається, яка команда відповідатиме першою. За вірну відповідь команда отримує фішку, що допоможе визначити переможців.

*Перший гейм «Правда чи ні?»*

1. Рак живе в своїй норі.
2. А мальки живуть в корі.
3. Весною з під льоду випливають носороги.
4. У карасика страшний тато – бобер волохатий.
5. Пуголовків їсть щука.
6. Рибак, щоб риба ловилась, по каструлі грюкає.

*Другий гейм «Де була я, не скажу, але що робила, покажу»*

Логопед показує дії, а хворі вгадують: свердлила (лід), закидала (вудочку), крутила (котушку), ловила (на мормишку), закидала (сіть), варила (юшку), їла (рибу), їла (юшку).

Третій гейм «Зміст прислів'я»

1. Рибак рибака бачить здалека.
2. Хороший рибак по кльову мусить знати, як рибку звати.
3. Вудка мокне, а рибак сохне.
5. Наперед невода рибою не хвались.
6. Перше в волок подивися, тоді й рибою хвалися.
7. Рибачив, рибачив, а риби не бачив.
8. Сидить Семен під кручею, ловить раків онучею.
9. Велика риба малу цілою ковтає.

Четвертий гейм «Відгадай загадку»

1. У хатах прозорих усі вони живуть,  
Можеш ти їх бачити, та не можеш чути. (Риба)
2. У ставку найбільша злюка –  
Це зубаста хижа ... (Щука)
3. Ляже й спить на глибині  
З шаром мулу на спині,  
Тільки вуса повертає,  
Що навколо – все він знає! (Сом)
4. Чорну гадюку візьму я в руку – вона не вкусить. (В'юн)

П'ятий гейм «Закінчи речення»

- Рибак ловить (що?) \_\_\_\_\_ (чим?) \_\_\_\_\_.
- Рибак чистить (що?) \_\_\_\_\_ (чим?) \_\_\_\_\_.
- На рибалку беруть (що?) \_\_\_\_\_ (з чим?) \_\_\_\_\_.
- Рибак готує (що?) \_\_\_\_\_ (з чим?) \_\_\_\_\_.
- Увечері розводять (що?) \_\_\_\_\_ (чим?) \_\_\_\_\_.
- З риби варять (що?) \_\_\_\_\_ (з чим?) \_\_\_\_\_.

Шостий гейм «Підбери іменник»

- |                              |                        |
|------------------------------|------------------------|
| Піймав (що?) _____.          | Займався (чим?) _____. |
| Боявся (чого?) _____.        | Чекав (чого?) _____.   |
| Заморився від (чого?) _____. | Забув (що?) _____.     |

## Додаток Л

## Анкета № 1

## Необхідність допомоги у відновленні мовленнєвого спілкування

*Шановний пацієнте! Відповіді на запитання анкети допоможуть нам з'ясувати наскільки необхідною є для Вас стороння допомога у відновленні мовленнєвого спілкування.*

*Будемо вдячні за участь.*

1. Наскільки Вам необхідна допомога оточуючих для відновлення мовленнєвого спілкування?

0  10

2. Як Ви вважаєте, наскільки Вам необхідна спеціалізована допомога логопеда для відновлення мовленнєвого спілкування?

0  10

3. Як Ви вважаєте, наскільки Вам необхідна допомога близьких і рідних у відновленні мовленнєвого спілкування?

0  10

4. Наскільки достатньою Ви оцінюєте роботу лише з логопедом по відновленню мовленнєвого спілкування?

0  10

5. Наскільки достатньою Ви вважаєте допомогу рідних і близьких у процесі відновлення Вашого мовлення?

0  10

Дякуємо за співпрацю!

**Анкета № 2****Мовленнєве спілкування у сім'ї**

*Шановний пацієнте!*

*Представлена анкета допоможе з'ясувати особливості Вашого мовленнєвого спілкування у родині.*

*Будемо вдячні за участь.*

1. Чи проявляєте Ви бажання до мовленнєвого спілкування у колі Вашої родини?
  - а) Так, бажання є.*
  - б) Ні, бажання немає.*
  
2. Чи ображаєтесь Ви, коли рідні відсторонюються від мовленнєвого спілкування з Вами?
  - а) Так, ображаюся.*
  - б) Ні, не ображаюся.*
  
3. Чи уникаєте Ви мовленнєвого спілкування з членами Вашої родини?
  - а) Так, уникаю.*
  - б) Ні, не уникаю.*
  
4. Чи наполягаєте Ви на частішому мовленнєвому спілкуванні з рідними?
  - а) Так, наполягаю.*
  - б) Ні, не наполягаю.*
  
5. Чи уникають рідні мовленнєвого спілкування з Вами?
  - а) Так, уникають.*
  - б) Ні, не уникають.*
  
6. Вкажіть, яку допомогу у відновленні мовленнєвого спілкування Ви очікуєте від рідних.
  - а) Щоб рідні займалися зі мною вдома, під керівництвом логопеда.*
  - б) Досить, щоб мене вислуховували.*
  - в) Досить, щоб зі мною більше говорили.*

**Дякуємо за співпрацю!**



### Анкета № 3

#### Допомога у відновленні мовленнєвого спілкування особам з афазією

*Подана анкета допоможе з'ясувати Вашу думку, наскільки необхідною є стороння допомога у відновленні мовленнєвого спілкування осіб з афазією.*

*Будемо вдячні за участь.*

1. Ким Ви є для пацієнта/тки? \_\_\_\_\_

2. Як Ви вважаєте, наскільки \_\_\_\_\_  
необхідна допомога оточуючих для відновлення його / її мовленнєвого спілкування?

0  10

3. Як Ви вважаєте, наскільки \_\_\_\_\_ є необхідною спеціалізована допомога логопеда у відновленні його / її мовленнєвого спілкування?

0  10

4. Наскільки необхідною є Ваша допомога \_\_\_\_\_ для відновлення його / її мовленнєвого спілкування?

0  10

5. Вкажіть, наскільки достатньою Ви вважаєте свою допомогу \_\_\_\_\_ для відновлення його / її мовленнєвого спілкування?

0  10

6. Як Ви вважаєте, чи достатньо занять лише з логопедом для відновлення мовленнєвого спілкування \_\_\_\_\_?

а) так;

б) ні.

Дякуємо за співпрацю!

## Анкета № 4

## Мовленнєве спілкування особи з афазією у сім'ї

(для члена родини)

Подана анкета допоможе з'ясувати уявлення членів родини про афазію та особливості її прояву у хворих з метою визначення направленості консультативного супроводу.

*Будемо вдячні за участь!*

1. Чи знаєте Ви про терапевтичну функцію сім'ї?
  - a) так;
  - б) ні.
2. Як Ви вважаєте, Ваші знання про афазію на достатньому рівні, щоб забезпечити допомогу по відновленню мовленнєвого спілкування для \_\_\_\_\_?
  - a) так;
  - б) ні;
3. Чи достатніми є Ваші знання про особливості мовленнєвого розладу у \_\_\_\_\_, щоб забезпечити йому / їй допомогу у відновленні мовленнєвого спілкування?
  - a) так;
  - б) ні;
4. Чи знайомі Ви з методами відновлення мовленнєвого спілкування при таких розладах як у \_\_\_\_\_?
  - a) так;
  - б) ні;
5. Як Ви вважаєте, чи буде корисним консультативний супровід логопеда для Вашої участі у роботі по відновленню мовленнєвого спілкування \_\_\_\_\_?
  - a) так;
  - б) ні;

Дякуємо за співпрацю!

## Додаток М

## Кількісні дані формувального етапу дослідження

Таблиця М.1

**Розподіл хворих основної групи та групи порівняння після проведення формувального експерименту за рівнями розладу мовлення**

Рівень розладу	Група порівняння (ГП)	Основна група (ОГ)
Легкий	4	9
Середньолегкий	8	11
Середній	10	16
Середньотяжкий	12	10
Тяжкий	12	4
Глибокий	5	2
Загальна кількість осіб	51	52

Таблиця М.2

**Розподіл хворих основної групи та групи порівняння за рівнями розладу мовлення до і після проведення формувального експерименту**

Етапи		Рівень дефекту											
		Легкий		Середньо-легкий		Середній		Середньо-тяжкий		Тяжкий		Глибокий	
		Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%
До форм. експерименту	ГП (51)	3	5,9	6	11,8	6	11,8	13	25,5	16	31,4	7	13,7
	ОГ (52)	4	7,7	5	9,6	6	11,5	13	25,0	16	30,8	8	15,4
Після форм. експерименту	ГП (51)	4	7,8	8	15,7	10	19,6	12	23,5	12	23,5	5	9,8
	ОГ (52)	9	17,3	11	21,2	16	30,8	10	19,2	4	7,7	2	3,8

**Порівняльні діаграми розподілу хворих за рівнями порушення функцій  
до і після формувального експерименту**

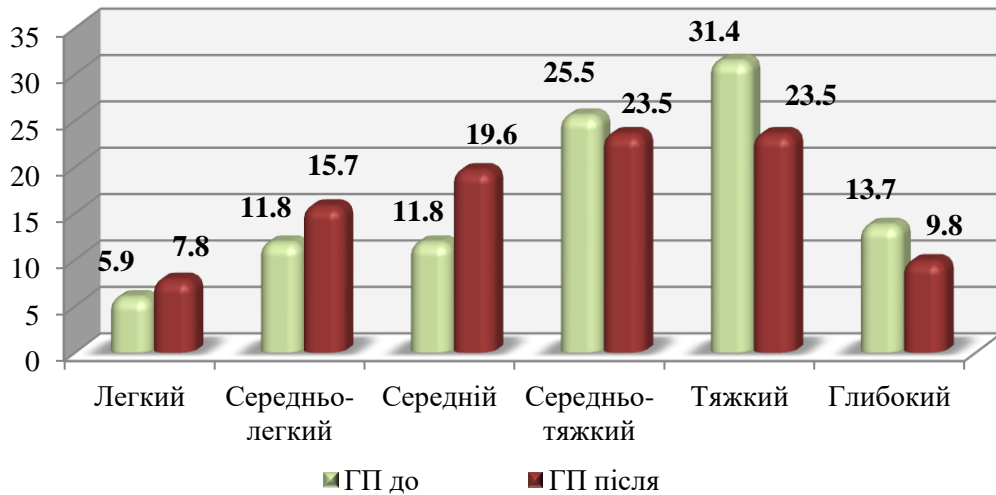


Рис. М.1. Порівняльна діаграма розподілу хворих групи порівняння за рівнями порушення мовлення до і після формувального експерименту (%).

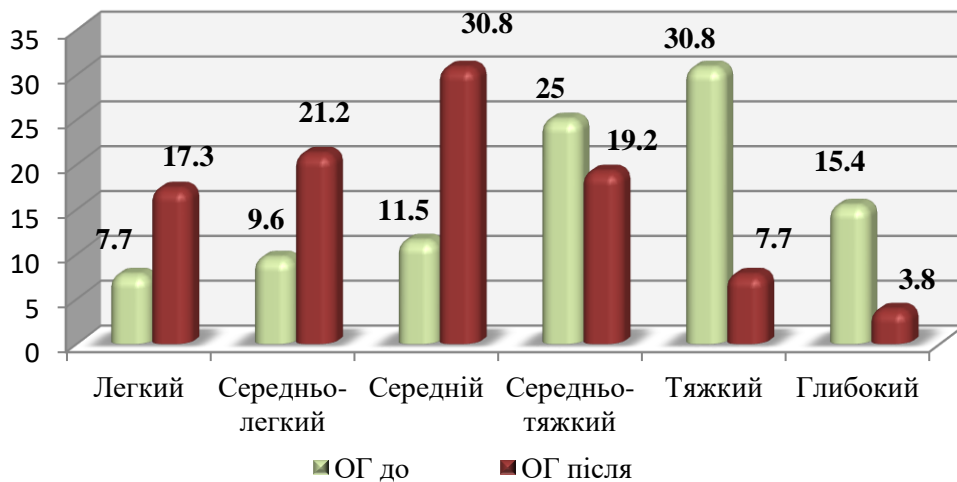


Рис. М.2. Порівняльна діаграма розподілу хворих основної групи за рівнями порушення мовлення до і після формувального експерименту (%).

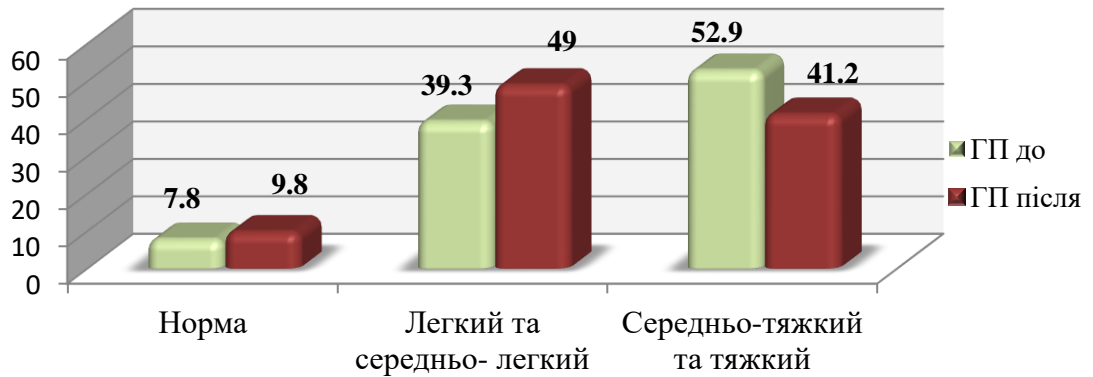


Рис. М.3. Порівняльна діаграма розподілу хворих за рівнями розладу гностико-практичних функцій для групи порівняння до і після формувального експерименту (%).

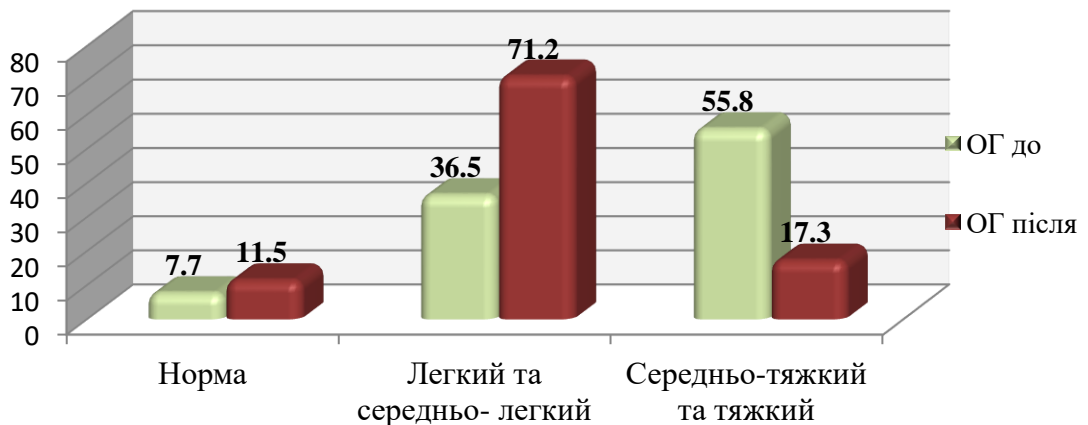


Рис. М.4. Порівняльна діаграма розподілу хворих за рівнями розладу гностико-практичних функцій для основної групи до і після формувального експерименту (%).

**Розподіл хворих з післяінсультною афазією за критеріями дослідження  
особистісної сфери до і після формувального експерименту**

Критерії	Рівні	Кількість хворих (103)					
		Контрольна група (51)		Динаміка	Експерим. група (52)		Динаміка
		Початок формув. експ-ту	Кінець формув. експ-ту		Початок формув. експ-ту	Кінець формув. експ-ту	
		осіб	осіб	%	осіб	осіб	%
Усвідомлення дефекту мовлення	норма						
	легкий розлад	11	13	<b>+3,9</b>	10	18	<b>+15,4</b>
	середній розлад	23	29	<b>+11,8</b>	26	32	<b>+11,5</b>
	тяжкий розлад	17	9	<b>-15,7</b>	16	2	<b>-26,9</b>
Самооцінка	сильно занижена	22	17	<b>-9,7</b>	25	17	<b>-15,4</b>
	середньо- занижена	18	21	<b>+5,9</b>	14	20	<b>+11,5</b>
	помірно занижена	6	8	<b>+3,9</b>	7	10	<b>+5,8</b>
	адекватна		2	<b>+3,9</b>		2	<b>+3,9</b>
	помірно завищена	4	3	<b>-2,0</b>	4	2	<b>-3,9</b>
	середньо завищена	1		<b>-2,0</b>	2	1	<b>-1,9</b>
	сильно завищена						
Адекватн. домагань	неадекв. занижена	30	27	<b>-5,9</b>	28	21	<b>-13,5</b>
	адекватна	4	9	<b>+9,8</b>	5	18	<b>+25,0</b>
	неадекв. завищена	17	15	<b>-3,9</b>	19	13	<b>-11,5</b>
Особистісна тривожність	низький рівень						
	помірний рівень	23	31	<b>+15,7</b>	25	38	<b>+25,0</b>
	високий рівень	28	20	<b>-15,7</b>	27	14	<b>-25,0</b>
Реактивна тривожність	низький рівень						
	помірний рівень	20	27	<b>+13,7</b>	18	31	<b>+23,1</b>
	високий рівень	31	24	<b>-13,7</b>	34	21	<b>-23,1</b>

## Додаток Н

### Список публікацій здобувача за темою дисертації

#### Наукові праці, в яких опубліковано основні результати дисертації

1. Лянна О. В., Лянной Ю. О. Становлення системи реабілітації хворих та інвалідів // Проблеми сучасної педагогічної освіти. Серія : Педагогіка та психологія (Ялта, 9-11 жовтня 2006 р.) : зб. наук. статей. Ялта : РВВ КГУ, 2006. Вип. 12. Ч. 2. С. 231-241.

2. Лянна О. В. Взаємозв'язок корекційно-педагогічної діяльності та фізичної реабілітації при відновленні мови у хворих з афазією // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : наук.-метод. зб. / за ред. В. І. Бондаря, В. В. Засенка. К. : Інститут спеціальної педагогіки АПН України, 2006. Вип. 8. Т. II. С. 203-206.

3. Лянна О. В. Динаміка наукового висвітлення проблеми теорії і методики відновлення мовлення при афазії // Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту школярів та студентів України (Суми, 19-20 квітня 2007 р.) : мат. VII всеукр. наук. конфер. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2007. С. 149-157.

4. Лянна О. В. Особливості атиповних форм афазії та методик відновлення мовленнєвої функції // Сучасні проблеми логопедії та реабілітації (Суми, 4 лютого 2009 р.) : мат. I міського наук.-практ. семінару. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2009. С. 98-107.

5. Лянна О. В. Застосування точкового масажу для нормалізації психоемоційного стану осіб з післяінсультною афазією // Сучасні проблеми логопедії та реабілітації (Суми, 4 лютого 2010 р.) : мат. II міського наук.-практ. семінару. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2010. С. 227-234.

6. Лянна О. В. Мовленнєва діяльність як спосіб реалізації мовленнєвого спілкування // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології (Index copernicus) / голов. ред. А. А. Сбруєва. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. № 5 (49). С. 143-150.

7. Лянна О. В. Сучасні уявлення щодо патогенезу та проявів афазії при мозковому інсульті // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології (Index copernicus) / голов. ред. А. А. Сбруєва. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. № 7 (51). С. 359-368.

8. Лянна О. В. Аналіз сучасних напрямів і методів відновлення мовлення при афазії у осіб післяінсультного стану // Науково-методичний журнал «Логопедія». 2016. № 8. С. 34-41.

### **Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації**

9. Лянна О. В. Ідентифікація проблеми як педагогічна умова відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2016. Вип. 31. С. 55-60.

10. Лянна О. В. Педагогічні умови відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2016. Вип. 32. С. 180-185.

11. Лянна О. В. Компоненти педагогічного середовища в логопедичній реабілітації хворих з афазією // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології (Index copernicus) / голов. ред. А. А. Сбруєва. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. № 1 (65) С. 260-270.

12. Лянна О. В., Толбатова С. В. Застосування ерготерапії в логопедичній реабілітації осіб з афазією // Сучасні проблеми логопедії та реабілітації (Суми, 14 лютого 2017 р.): мат. VI всеукр. наук.-практ. конференції. Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. С. 169-173.



## Додаток П

## Відомості про впровадження результатів дисертації

МОЗ України  
Відділ охорони здоров'я  
Сумської міської ради  
Комунальна установа  
«Сумська міська  
клінічна лікарня №5»  
40007, м. Суми, вул. М.Вознюк, 2  
тел. (0542) 66-28-00 факс 28-01  
Вих. № \_\_\_\_\_

## Довідка

про впровадження у роботу

Комунальної установи «Сумська міська клінічна лікарня № 5»

результатів дисертаційного дослідження Лянною Ольгою Володимирівною на тему  
«Відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного  
стану» поданого на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за  
спеціальністю 13.00.03 – корекційна педагогіка

№ \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

Лянною О.В., у ході обстеження хворих з синдромом післяінсультної афазії, виявлено дефекти імпресивного та експресивного мовлення, гностико-праксичних функцій, що забезпечують мовлення та специфічність особистісних реакцій хворих на зміну свого мовленнєвого статусу. Виявлені розлади стали свідченням складного міжсистемного характеру порушення мовленнєвого спілкування у обстежених осіб, що вимагало розробки та впровадження спеціальної методики відновлення окресленого порушення. У період 2016-2017 років у роботу Комунальної установи «Сумська міська клінічна лікарня № 5» було впроваджено методики комплексної діагностики та відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану.

Впроваджена експериментальна методика відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану передбачала системне, безперервне, комплексне застосування розроблених заходів у ході занять з логопедом в умовах логопедичного кабінету лікарні із використанням комплексного впливу індивідуальних та малогрупових занять з урахуванням взаємозв'язку та комплексного підходу до подолання дефектів мовлення і особистісних реакцій на зміну мовленнєвого статусу хворих з афазією. Методика доповнена педагогічними заходами та засобами загальної стимуляції та активізації мовленнєвої діяльності хворих, спонукання до комунікації, розширення можливостей комунікації та самовизначення особистості хворого. До активної участі та взаємодії у ході реалізації розроблених заходів відновлювального навчання були залучені члени родини хворих.

Перевірка ефективності впроваджених методик комплексної діагностики та відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану дозволяє стверджувати, що наукові напрацювання дисертантки Лянною Ольгою Володимирівною сприяли суттєвому підвищенню ефективності відновлювального навчання. Дана методика активно застосовувалася логопедом лікарні у роботі з хворими з афазією і виявила свою ефективність.

Головний лікар  
КУ «Сумська міська клінічна лікарня № 5»



Петренко В. Ю.

Логопед  
КУ «Сумська міська клінічна лікарня № 5»

Толбатова С. В.



**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**імені М.П. ДРАГОМАНОВА**  
**ФАКУЛЬТЕТ КОРЕКЦІЙНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ**  
00154 м. Київ, вул. Тургенєвська 8/14,  
тел. (044) 486-40-77

---

12.02.2018 № 12/18

На № \_\_\_\_\_

**Довідка**

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Лянної Ольги Володимирівни на тему

«Відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану» поданого на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.03 – корекційна педагогіка

Лянною Ольгою Володимирівною у результаті проведення дисертаційного дослідження на тему «Відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану» було визначено сучасні науково-теоретичні засади відновлення мовленнєвого спілкування хворих з післяінсультною афазією та на їх основі розроблено, науково обґрунтовано та експериментально перевірено наступні методики: комплексної діагностики стану мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану та експериментальна методика його відновлення, а також визначено педагогічні умови ефективної їх реалізації. У період з 2016 по 2018 навчальні роки матеріали дослідження впроваджено в окремі лекційні курси професійно-орієнтованих дисциплін кафедр: логопедії Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова для підготовки майбутніх логопедів до відповідної професійно-педагогічної діяльності з хворими з афазією.

Перевірка ефективності впроваджених у навчальний процес підготовки майбутніх фахівців з логопедії методик комплексної діагностики та відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану дозволяє стверджувати, що наукові напрацювання дисертантки Ляної Ольги Володимирівни сприяли розширенню та поглибленню теоретичних знань і практичних умінь та підвищенню якості навчання майбутніх фахівців вищезазначеної спеціальності. Під час застосування студентами у ході виробничої практики вищезазначених методик вдалося підвищити ефективність корекційно-логопедичної роботи, покращити стан мовленнєвого спілкування хворих з післяінсультною афазією.

Декан факультету корекційної  
педагогіки та психології



акад. Синьов В.М.

Завідувач кафедри логопедії

проф. М. К. Шеремет

**Довідка**

про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Лянної Ольги Володимирівни за темою  
«Відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного  
стану» поданого на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за  
спеціальністю 13.00.03 – корекційна педагогіка  
у роботу Науково-практичного центру логопедії Сумського державного  
педагогічного університету імені А. С. Макаренка

№ 406 від 12.02.2018

У період 2016-2017 років у роботу Науково-практичного центру логопедії було впроваджено методики комплексної діагностики та відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану. Укладена діагностична методика дозволила визначити стан та виділити ступені розладу рецептивної та продуктивної сторін мовлення, гностико-практичних функцій, що забезпечують мовлення, а також змін особистісних утворень, які супроводжують синдром афазії і безпосередньо впливають на мовленнєвий статус хворого.

Відмінними рисами експериментальної методики відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану стали: системне, безперервне, комплексне застосування розроблених заходів у ході занять з логопедом та в домашніх умовах; використання комплексного впливу індивідуальних та малогрупових занять; урахування взаємозв'язку та комплексний підхід до подолання дефектів мовлення і особистісних реакцій на зміну мовленнєвого статусу хворих з афазією; доповнення педагогічних заходів засобами загальної стимуляції та активізації мовленнєвої діяльності, спонукання до комунікації, розширення можливостей комунікації та самовизначення особистості хворого; залучення до активної участі та взаємодія з членами родини у ході реалізації розроблених заходів відновлювального навчання.

Впровадження експериментальної методики відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану дало можливість суттєво підвищити ефективність відновлювального навчання зазначеної категорії хворих. Дана методика активно застосовувалася логопедами Центру у роботі з хворими з афазією, а визначені педагогічні умови використовувалися для вдосконалення організації відновлювального навчання.

Одержані позитивні результати науково-дослідної роботи Лянної О.В. свідчать про доцільність і більш широке впровадження діагностичної та експериментальної методики відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану у діяльність профільних установ.

Проректор з НПП  
СумДПУ імені А. С. Макаренка  д.б.н., професор В. І. Шейко

Керівник НПЦЛ  к.пед.н. професор А. І. Кравченко





МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені А.С. МАКАРЕНКА

вул. Роменська, 87, м. Суми, 40002, факс (0542) 22-15-17, тел. (0542) 68-59-02  
E-mail: [rector@sspu.sumy.ua](mailto:rector@sspu.sumy.ua) Код ЄДРПОУ 02125510

13.02.2018 № 422

На № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

**ДОВІДКА**

про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Лянної Ольги Володимирівни на тему  
«Відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного  
стану» поданого на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук  
за спеціальністю 13.00.03 – корекційна педагогіка

Засвідчуємо, що впродовж 2016-2018 навчальних років у Сумському державному педагогічному університеті імені А. С. Макаренка в окремі лекційні курси професійно-орієнтованих дисциплін кафедр логопедії та здоров'я людини, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії впроваджувалися основні результати кандидатської дисертації Лянної Ольги Володимирівни, які пов'язані з відновленням мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану. Дисертанткою проаналізовано ступінь розробки досліджуваної проблеми в загальній та спеціальній педагогічній, психологічній, нейропсихологічній, нейролінгвістичній науковій та методичній літературі, виявлені особливості порушень мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану.

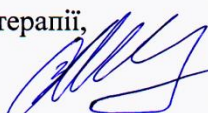
Також Лянною О.В. науково обгрунтовано, розроблено та експериментально перевірено методику відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану в процесі корекційно-відновлювального навчання, визначено педагогічні умови її ефективної реалізації.

Експериментальні дані дисертаційного дослідження використовувалися студентами під час виробничої практики у роботі з хворими з післяінсультною афазією, що підвищило результативність проведених корекційно-логопедичних заходів.

Результати впровадження матеріалів кандидатської дисертації Лянної О.В. на тему «Відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану» поданої на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.03 – корекційна педагогіка було обговорено і схвалено на засіданні кафедри здоров'я людини, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії (протокол № 6 від 29.01.2018 р.).

Перший проректор  професор Л. В.Пшенична

Завідувач кафедри логопедії  професор А. І. Кравченко

Завідувач кафедри здоров'я, фізичної терапії,  
реабілітації та ерготерапії  доцент О. М.Звіряка

