

## ПСИХОЛОГІЯ І СОЦІОЛОГІЯ У КОНТЕКСТІ СУЧАСНОЇ НАУКИ

УДК 316.6:364-787.22:314.151.3-054.7

**Сулятицький І.В.**

ORCID iD 0000-0002-3769-5630;

**Кравець Я.Г.**

ORCID iD0000-0003-0013-2399

### СОЦІОПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ РОБОТИ З АФАЗІЄЮ ЯК ТИПОВИМ ПОРУШЕННЯМ МОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

*У статті розглянуто консолідований соціопсихологічний підхід до проведення кваліфікованої реабілітаційної практики для людей, у яких спектр мовних порушень виник внаслідок перенесеного інсульту. Зроблено короткий огляд сучасних уявлень про порушення мови при локально-органічних ураженнях головного мозку, розкрито актуальні проблеми розробки адаптованих прийомів, технік і вправ для надання спеціальної психокорекційної допомоги особам з афазією внаслідок уражень головного мозку, зокрема після інсульту. Розглянуто нейропсихологічні класифікації афазійних розладів при органічному ураженні головного мозку в зарубіжній і вітчизняній літературі, визначено підстави класифікації симптомів порушення когнітивної сфери при визначенні того чи іншого виду афазії. Також розкрито необхідність використання сучасного міжкультурного (соціопсихологічного) досвіду роботи з афазією як напрямку психокорекційної допомоги особам у постінсультному стані, дієвість якої випробувана на практиці та презентована у даному дослідженні.*

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

© Сулятицький І.В., Кравець Я.Г., 2018

**Постановка проблеми.** Реальність потрапляння людини в складну життєву ситуацію в сучасних умовах безперервно зростає, і це ставить перед спеціалістами різних профілів завдання розробки адекватних методів діагностики, реабілітації та лікування патологічних наслідків, що виникають внаслідок пережитої кризи чи перенесеної хвороби і втручання на шляху одужання. Не є винятком і категорія людей, які внаслідок інсульту зазнали різних психічних порушень. Особливим зламом психологічного комфорту є втрата здатності до нормальної комунікації, пов'язана, зокрема, з виникненням афазії. Особливо це стосується семантичного поля афазії та супутніх порушень, які виникають при механічних ураженнях головного мозку, а також залежності порушень від місця та ступеня ураження, проблем діагностування та надання коректної допомоги особам із порушеннями.

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

**Актуальність теми.** Важливість дослідження зумовлена, по-перше, соціально-медичною значимістю проблеми в сучасному суспільстві, по-друге, недостатнім розвитком цієї галузі ло-

гопедії у сучасній освіті та науці, по-третє, необхідністю створення нових методик та підготовки більшої кількості спеціалістів, які могли б надати потрібну допомогу особам із порушеннями мовлення.

**Мета дослідження** — розробити покроковий алгоритм проведення корекційної, відновлювальної практики при системних мовленневих порушеннях (на прикладі афазії) внаслідок ураження мозку; обґрунтувати необхідність поглибленого вивчення цього напрямку.

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

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

Систематизоване вивчення афазії почалося у другій половині ХІХ ст. Саме цей період Л.С. Цветкова та І.С. Зайцев виділяють як перший етап у розвитку вчення про афазію. Тоді вченими були виділені дві основні форми афазії: моторна (або афазія Брока, 1861) і сенсорна (або афазія Верніке, 1874). П. Брок — відомий французький анатом, який вперше описав моторну афазію як результат ураження задньої частини нижньої лобної звивини лівої півкулі. Десять років потому (у 1874 р.), після відкриття П. Брока, відомий німецький психолог К. Верніке дав перший деталізований опис порушень, які виникають при ураженні задньої третини верхньої скроневої звивини кори лівої півкулі мозку і пов'язані з імпресивним та експресивним мовленням. Через ці симптоми К. Верніке назвав такі порушення сенсорною афазією. Г. Хед запропонував розглядати мовленнєві порушення з точки зору лінгвістики і виділив 4 форми афазії: вербальну, номінативну, синтаксичну і семантичну.

Другий етап, який розпочався з 40-х років ХХ ст. — «сучасний», пов'язаний з активним розвитком афазіології. Розвиток афазіології спричинений появою нейропсихології — науки, яка

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

*Еферентна моторна афазія* виникає внаслідок ураження нижніх відділів премоторної зони кори у лобній долі лівої півкулі (центр Брока). Як зазначають науковці, у пацієнтів спостерігаються експресивні аграматизми, труднощі з використанням у мовленні прийменників, флексій іменників, порушення предикативної функції. Хворий може вимовляти ізольовані звуки, відтворювати автоматизовані ряди, грубо порушене звукове структурування слова. Характерними є елізії, контамінації, персеверації, антиципації, вербальні парафазії. Мовлення уповільнене, порушена слухомовленнєва пам'ять. Спостерігається дисграфія, запис слова або фрази можливий лише при промовлянні слів по складах [7]. При еферентній моторній афазії основним завданням є подолання патологічної інертності та відновлення динамічної схеми сказаного слова. Мета навчання — відновлення усного мовлення, письма, читання. Реалізація даної мети можлива при вирішенні наступних завдань: 1) загальне розгальмовування мовлення; 2) подолання персеверацій, ехолалії;

3) відновлення загальної психічної і вербальної активності. Виділено дві стадії навчання [14]. Завдання першої стадії — відновлення здатності активного виділення, сполучено-відбитого повторення слів і проголошення слова або ряду слів з усталених автоматизованих мовленнєвих рядів. Головне — перевести мовлення на до-вільний рівень, тобто відновити усвідомлення свого мовлення і довільне говоріння.

*Аферентна моторна афазія* виникає внаслідок ураження нижньої частини задньої центральної звивини та тім'яної області кори лівої півкулі. Хворий більш-менш розуміє звернене мовлення, говорить скандовано, йому важко знайти точні артикуляційні пози і уклади для вимови звука. Характерними є парадоксальні заміни, вербальні парафазії, плутання близьких за звучанням та місцем творення звуків; краще збережені окремі слова, фрази. Як свідчать науковці, нерозуміння мовлення недовготривале, швидко встановлюється ситуаційне мовлення та відновлюється можливість виконувати нескладні інструкції [7]. Центральне завдання відновного навчання при моторній аферентній афазії — відновлення артикуляційної діяльності, а мета — відновлення усного експресивного мовлення. Основним у відновленні мовлення при цій формі афазії є метод сенсо-слухової стимуляції слова. Даний метод передбачає вимову не звука, а цілого слова. Відновлення звуко-артикуляційного аналізу і кінетичної основи слова проводиться на базі відновленого активного та пасивного запасу слів [13, 17].

*Динамічна афазія* виникає внаслідок ураження кори головного мозку біля центру Брока. Характерним є порушення сукцесивної (послідовної) організації мовленнєвого висловлювання. Порушений процес реалізації мовлення у зовнішнє середовище (внутрішня програма збережена). Пацієнтам важко скласти речення за серією сюжетних малюнків. Найважливіша ознака порушення — неможливість активного розгортання мовлення. Під час переходу немає послідовності ліній. Труднощі при називанні предметів, власних назв [7]. При динамічній афазії основним завданням корекційно-педагогічної роботи є подолання інертності в мовному висловлюванні. Спочатку це буде подолання дефектів внутрішнього мовленнєвого програмування, потім — відновлення граматичного структурування. Подолання дефектів внутрішнього програмування здійснюється шляхом створення для хворих зовнішніх програм висловлювання за допомогою різних зовнішніх опор (схем, пропозицій, фішок), поступового скорочення їх числа і подальшої інтеріоризації, згортання цієї схеми всередину.

На заняттях зі стимулювання мовленнєвої активності можна інсценувати бесіду з лікарем, в магазині, в аптеці, в гостях [14].

*Сенсорна акустико-гностична афазія* виникає внаслідок ураження зони Верніке у скроневій долі лівої півкулі. Характеризується порушенням акустичного аналізу та синтезу звуків мовлення (порушення розуміння мовлення), що проявляється у порушенні фонематичного слуху. Таким чином, при цій формі афазії порушується фонетична організація мовлення, що створює труднощі процесу звукорозрізнення. Звучання слова втрачає свою контрастність, стійкість, тому розуміння, а також повторення, вимова слів практично неможливі. Звернене мовлення на ранніх етапах сприймається як незрозумілий потік звуків. При цьому у пацієнтів відсутні явні рухові порушення, тому вони часто не усвідомлюють наявності мовленнєвого порушення. У клінічній картині це порушення проявляється у феномені «відчуження змісту слова». Фіксується також велика кількість випадків літеральної та вербальної парафазії. Внаслідок розпаду звукової структури слова для хворих характерне порушення предметної співвіднесеності слова (розрив між значенням слова та звучанням). На ранніх етапах мовлення пацієнтів складається з випадкового набору звуків, складів. Це явище отримало назву «мовленнєва окрошка». Такий період триває 1,5–2 місяці, поступово видозмінюючись у логорею (надмірну мовленнєву активність) з вираженим аграматизмом. Спостерігається також порушення читання та письма у вигляді літеральних парафазії, параграфії тощо [13].

*Сенсорна акустико-мнестична афазія* виникає внаслідок ураження третини середньої скроневої звивини скроневої долі лівої півкулі. Характерними є порушення мовно-слухової пам'яті, обсягу утримання мовленнєвої інформації, зорової пам'яті, слабкість зорових образів слів. Спостерігаються труднощі при вимові серії слів, нездатність утворити словесну інструкцію, словесні парафазії, контамінації. Для подолання порушення мовленнєвої пам'яті необхідне відновлення системи зорових уявлень про предмет, його істотних відмінних ознак або поступове розширення обсягу слухомовленнєвої пам'яті, порушеної суто за акустичними ознаками сприйняття словосполучення, а також подолання експресивного аграматизму, близького за своїми особливостями до експресивного аграматизму при акустико-гностичній афазії [7]. Для подолання мовленнєвих розладів у хворих з акустико-мнестичною афазією логопед спирається на опис ознак предмета, введен-

ня слова в різні контексти, складання мовленевого навантаження. Особливу роль у процесі відновлення акустико-мнестичних мовленнєвих функцій відіграє письмова мова. При тій чи іншій мнестичній афазії звуко-буквений аналіз складу слова у хворих збережений, це дає змогу використовувати запис слів, що передують слуховій стимуляції, долати схильність до вербальної парафазії, а також характерні для їхнього усного мовлення аграматизми. Логопед не фіксує увагу хворого на необхідності показу предмета в певному порядку. Для відновлення зорових уявлень можна провести низку вправ, що включають аналіз близьких за малюнком та формою предметів, які відрізняються однією-двома ознаками, в яких зміна або відсутність однієї деталі змінює функцію предмета, його зміст і призначення. Труднощі знаходження потрібного слова долаються шляхом розширення, а іноді і звуження смислових полів слова, уточнення та систематизації їх значень. Для цього конкретне слово обігрується в різних фразеологічних контекстах, звертається увага на багатозначність слова. Відновлення письмового висловлювання є однією з основних форм розширення лексичного складу мовлення. Зібраність звуко-літерного аналізу складу слова і значне збереження фонематичного слуху дає змогу з перших же днів роботи підключити хворих до складання письмових текстів, активної роботи з розширення словникового запасу, з подолання аграматизму [15].

*Семантична афазія* виникає при ураженні «зони перекриття» (перехрестя тім'яно-скронево-потиличних ділянок кори головного мозку у лівій півкулі). Характерними ознаками є порушення симультанного аналізу та синтезу, одномоментного «схвачування» інформації. Провідним дефектом є порушення розуміння складних логіко-граматичних структур. Словник збіднений, спостерігаються порушені смислові зв'язки слів, які утворюють певні семантичні поля, специфічні труднощі при пошуках потрібного слова або довільного називання предмета. У мовленні мало синонімів та антонімів. Три найбільш важливі завдання відновного навчання при семантичній афазії визначені Л.С. Цветковою [13]: 1) здатність програмування і планування висловлювання, 2) предикативність мовлення, 3) активність мовлення. Вся відновлювальна робота складається з п'яти стадій навчання. Основним завданням першої стадії є актуалізація дієслів з метою розгальмовування проголошення стереотипних фраз. Використовуються невербальні, вербально-невербальні і вербальні методи. До невербальних методів відносяться настільні ігри, ходьба під музику, пантоміма,

метод малюнка тощо. Вербально-невербальні: озвучування жестів, мелодекламація. Вербальні: вербальні асоціації, інтонація при діалозі. Основне завдання другої стадії — відновлення функціональних зв'язків слів на фразах ускладненої конструкції (суб'єкт — предикат — об'єкт). Основним є метод багатозначності слова, який сприяє відновленню багатозначності предикативних зв'язків слова. На третій стадії вирішується таке основне завдання — відновлення більш широких зв'язків слів шляхом введення їх в інші смислові значення. Основний метод — збагачення сітки значень слів і предметно-функціональних зв'язків відпрацьованих раніше слів. Завдання четвертої стадії — відновлення власного зв'язного мовлення. Найбільш широко використовується метод доповнення заданої фрази до цілого. Спочатку пропонуються фрази, які не мають альтернатив, потім з неоднозначним закінченням. Це сприяє відновленню вміння активної побудови фрази. На п'ятій стадії основним завданням є відновлення схеми цілого оповідання. Основний метод — складання плану висловлювання [13].

*Амнестична афазія* (ураження тім'яно-скронево-потиличної зони) проявляється у порушенні номінативної функції мовлення, предметних образів уявлень. Основним завданням є відновлення номінативної функції мовлення, що здійснюється шляхом виконання різноманітних вправ із вибором слова, добором необхідного слова, відмінюванням слів тощо [17].

На основі отриманої інформації ми провели дослідження, яке складалося з трьох етапів: підготовчого, констатувального та формувального. На першому етапі вивчалась науково-методична, педагогічна та психологічна література з метою розкриття питання про діагностику та корекцію афазії у осіб після інсульту. На другому етапі добиралися методики, за якими можна було б ефективно виявити афазію у осіб з ураженнями мозку внаслідок інсультів. Так, був проведений констатувальний експеримент, для якого підготовлена спеціальна методика для виявлення порушень мовлення. Третій етап характеризується добором відповідних вправ для корекційної роботи. Далі проведено повторну діагностику осіб постінсультного стану та здійснено порівняльний аналіз результатів. Наша вибірка досліджуваних складалася з 18 пацієнтів експериментальної групи та 18 пацієнтів контрольної групи із сенсомоторною афазією, з переважаючим моторним компонентом. Діагностика перед початком роботи підтвердила, що у людей із афазією порушуються усі сторони мовлення. У більшості наших досліджуваних імпресивне

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

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

Теоретичною основою відновного навчання при афазії є сучасні уявлення в психології про вищі психічні функції як функціональні системи, їх системні і динамічні локалізації, життєве формування, суспільно-історичне походження, опосередковану будову. На підставі цих теоретичних позицій психологами, фізіологами, неврологами і логопедами був розроблений і практично застосований шлях перебудови функціональних систем методом відновного навчання. Цей шлях має два напрямки в практичній роботі: 1) заміщення порушеної ланки в психологічній структурі; 2) створення нових функціональних систем, що включають в роботу нові ланки, які не брали раніше участі в нині порушеній функції. Клінічна картина протікання афазії має низку симптомів, які можуть вказати на механізм порушення і можливу точку ураження мозку. Психологічна картина прояву дефекту дає можливість розкрити: 1) порушення психологічної структури мовлення; 2) функції, форми і види мовлення, які виявляються порушеними або збереженими при тій чи іншій формі афазії; 3) психологічні механізми порушення мовлення і способи їх подолання. Нейропсихологічний аналіз порушень мовлення при афазії починається в діагностичній і реабілітаційній практиці з ретельного вивчення анамнезу захворювання, даних історії хвороби (неврологічний статус, дані ЕКГ, параклінічні методи обстеження) і включає розгляд декількох аспектів, в яких може виступати дефект. Передусім аналізу підлягає клінічна картина порушення мовлення [13].

Завдання відновного навчання при афазії Л.С. Цветковою названі соціально-психологічним аспектом відновного навчання. Даний аспект передбачає комплексний вплив на мовлення, поведінку і всю психічну сферу в цілому.

Такий підхід вимагає вирішення відповідних завдань: 1) відновлення мовлення як психічної функції, а не пристосування особи з афазією до свого дефекту; 2) відновлення діяльності мовленнєвого спілкування, а не ізольованих сенсомоторних операцій мовлення; 3) відновлення насамперед комунікативної функції мовлення, а не окремих її сторін; 4) повернення особи з афазією до нормальних мовленнєвих умов, а не до спрощених, тобто повернення до професійної діяльності [14].

Виділяють два періоди в роботі з особами з афазією: гострий — до двох місяців після захворювання; резидуальний — після двох і далі. Основні завдання у гострий період: 1) розгальмування тимчасово пригнорблених мовленнєвих структур; 2) запобігання виникненню та фіксації деяких симптомів афазії: аграматизму, літеральної парафазії, мовленнєвого емболу; 3) запобігання ставленню особи з афазією до себе як до неповноцінної, до людини, яка не може говорити. Основним завданням в резидуальний період є гальмування патологічних зв'язків.

Матеріал добирається за його смисловою та емоційною значущістю для особи з афазією, а не за ознакою легкості або важкості вимови. Для цього слід ознайомитися з історією хвороби, поговорити з лікарем, родичами для виявлення схильностей, захоплень, інтересів. Можна використовувати звичні мовленнєві стереотипи — рахунок, дні тижня, місяці, емоційно значущі уривки віршів, домовляння ходових фраз, виразів. Згодом робота з близького для того, хто навчається, матеріалу переходить на питання спеціальності, професії.

Оскільки відновне навчання спрямоване насамперед на відновлення комунікативних здібностей, необхідне залучення у спілкування не тільки на заняттях, але й у родині, громадських місцях. У комплексі відновлювальних заходів при афазії велике місце відводиться психотерапевтичній роботі. У більшості випадків афазія призводить до непрацездатності та соціальної дезадаптації: позбавлення звичних норм комунікації, ускладнення взаємин із сім'єю та суспільством. У початковий період після інсульту і нейротравми можуть бути стани як гострого переживання того, що сталося, так і недостатнього усвідомлення тяжкості захворювання. Згодом «внутрішня картина» патологічного стану зазнає певної еволюції. У більшості випадків особи з афазією починають гостро переживати свої відчуття, що проявляється в невротичних реакціях вторинного характеру. Загострюються преморбідні риси особистості, іноді з'являються суїцидальні тенденції. При цьому психічні

порушення можуть виникати як на тлі незначного відновлення мовлення та інших вищих психічних функцій, так і в тих випадках, коли відзначається позитивна клінічна динаміка. Сказане зумовлює необхідність психотерапевтичного впливу на особистість з афазією [15].

Для корекційної роботи з пацієнтами ми розробили програму, яка містить низку вправ для відновлення тих чи інших порушень мовлення залежно від випадку та стану пацієнта. Вправи: повторення та проговорювання автоматизмів (дні тижня, місяці, пори року, прямий та зворотний рахунок в межах 10, називання імен найближчого оточення тощо) на початку та в кінці кожного заняття; називання картинок (самостійно або з допомогою, в залежності від стану важкості пацієнта); обрання зайвого; розповідь за сюжетним малюнком. Вправи на розвиток граматичної та лексичної сторін мовлення: переписати слово; вставити букву; скласти слово з букв; вставити слово в речення; прочитати текст; переказати текст; з'єднати зображення зі словесним еквівалентом; зробити артикуляційну гімнастику (для розвитку артикуляційного та орального праксису); написати певну кількість слів на задану букву тощо. Робота починалася з вправ, які були максимально доступними для пацієнтів на початковому етапі реабілітації. Поступово вони ускладнювались та додавались нові, які сприяли швидшому відновленню осіб у постінсультному стані.

Робота з усіма нашими пацієнтами тривала 4–5 тижнів. У більшості пацієнтів найкраще корекції піддалась імпресивна сторона мовлення, адже при діагностиці спостерігалась сенсорна афазія з переважаючим моторним компонентом. Менше покращилась експресивна сторона мовлення, бо у більшості пацієнтів мовлення було утруднене ще й апраксією, яку вдалось частково усунути лише в деяких випадках. Значно гірше відновлювалось письмове мовлення, у більшості осіб показник змін мінімальний. За допомогою порівняльного аналізу результатів діагностики експериментальної групи до проведення корекційної роботи та після було виявлено, що середнє значення для усіх пацієнтів стало кращим по усіх показниках. Шляхом порівняльного аналізу ми також відстежили динаміку відновлення пацієнтів контрольної групи, які не піддавалися жодному реабілітаційному впливові. Зміна певних скла-

дових мовлення є мінімальною, а за деякими показниками взагалі відсутньою. Зазначимо, що показники наявності складової мовлення «письма» не набули жодних змін, а показники «читання» навіть погіршилися. Порівнюючи експериментальну та контрольну групи після проведеного експерименту, можна стверджувати, що експериментальна група досягла позитивних результатів. У динаміці відновлення особи цієї групи покращили свої результати за всіма показниками та явно перевищили результати групи, яка не зазнала жодного корекційно-реабілітаційного впливу. Це свідчить про необхідність та важливість цільової корекційно-реабілітаційної практики щодо осіб з афазією внаслідок інсульту мозку, оскільки ймовірність відновлення нормального мовлення без втручання спеціалістів є надзвичайно малою.

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

Зокрема, як свідчать статистичні дані, щороку кількість інсультів зростає та охоплює дедалі більший віковий діапазон хворих. Процес реабілітаційного відновлення мовленнєвих порушень (афазії) осіб після уражень мозку є достатньо складним і довготривалим, оскільки потребує знаходження індивідуальних шляхів перебудови нейронних зв'язків задля відновлення попереднього стану функціональності осіб. На даний час відомі різні методи корекції афазії, проте ми повинні пам'ятати, що кожен випадок є індивідуальним. Для кожного пацієнта повинен бути підібраний свій набір методик для реабілітації та обраний індивідуальний курс відновного лікування.

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

## ДЖЕРЕЛА

1. Амосова Н.Н., Каплина Н.И. Практические упражнения для восстановления речи у больных после инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний головного мозга. Москва: АСТ, 2007.

2. 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.
3. Бейн Е.С., Овчарова П.А. Клиника и лечение афазий. Москва: Книга по требованию, 2012.
4. Булахова Л.О., Саган О.М., Зінченко С.Н. Довідник дитячого психіатра та невропатолога. К.: Здоров'я, 1985.
5. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учебник для студентов вузов. Москва: АСТ: Астрель: Транзиткнига, 2005. 384, (16) с. (Высшая школа).
6. Критчли М. Афазиология. Москва: Медицина, 1974.
7. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. Москва: Академический проект, 2000.
8. Поваляева М.А. Справочник логопеда. Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. 448 с.
9. Рябова Т.В. Механизм порождения речи по данным афазиологии. Москва, 2012.
10. Столярова Л.Г. Особенности нарушения речи у больных с мозговым инсультом и некоторые прогностические факторы ее восстановления. *Оптимизация реабилитационного процесса при церебральном инсульте*. 1990.
11. Тейлор Д. Мой инсульт был мне наукой. История собственной болезни, рассказанная нейробиологом. Corpus. АСТ. 2012. 320 с.
12. Федорова О.А. Афазия — не приговор. Нижний Новгород: Дрофа, 2005.
13. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. Москва: МПСИ, 2001.
14. Цветкова Л.С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение. Москва, 2000.
15. Цветкова Л.С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения. Москва: МПСИ, 2010.
16. Шеремет М.К. Логопедія. К.: Слово, 2010.
17. Шохор-Троцька М.К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. Москва: Ин-т общегуманитарных исследований, 2002.
18. Шохор-Троцькая М.К. Речь и афазия. Москва: Эксмо-Пресс, 2001.
19. Chapoy R. Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2008.
20. Щороку в Україні стається понад 111 тис. випадків інсульту. УНІАН. 2013. URL: <http://health.unian.ua/country/846654-schoroku-v-ukrajini-staetsya-ponad-111-tis-vipadkiv-insultu.html>

## REFERENCES

1. Amosova, N. N. (2007). *Prakticheskie uprazhneniia dlia vosstanovleniia rechi u bolnykh posle insulta, cherepno-mozgovoivoi travmy i drugikh zabolevaniy golovnogo mozga*. [Practical Exercises to Restore Patients' Speech after Stroke, Traumatic Brain injury and other diseases of the brain]. Moskva: AST (in Russian).
2. Atsafieva, A. V., Yepaneshnikova, N. V. (2012). *Neiropsykhologicheskaia kharakteristika narushenii rechi pri ostrykh narusheniiakh mozgovogo krovoobrashcheniia i problemy ikh klassifikatsii v otechestvennoi i zarubezhnoi literature* [Neuropsychological Characteristics of Speech Disorders in Acute Disorders of Cerebral Circulation and Problems of Their Classification in National and Foreign Literature]. *Vestnik YuUrGU*, № 6, 73–79 (in Russian).
3. Bein, Ye. S., Ovcharova, P. A. (2012). *Klinyika i lecheniie afazii* [Clinic and Treatment of Aphasia]. Moskva: Kniga po trebovaniuu (in Russian).
4. Bulakhova, L. O., Sahan, O. M., Zinchenko, S. N. (1985). *Dovidnyk dytiachoho psykhiatra ta nevropatoloha* [Directory of Pediatric Psychiatrist and Neuropathologist]. Kyiv: Zdorovia (in Ukrainian).
5. Vizel, T. G. (2005). *Osnovy neiropsykhologii: uchebnik dlia studentov vuzov* [Basics of Neuropsychology: a textbook for university students]. Moskva: AST: Astrel: Tranzitkniga, 384, (16) p. (in Russian).
6. Kritchli, M. (1974). *Afaziologiia* [Aphasiology]. Moskva: Meditsina 9in Russian).
7. Lurii, A. R. (2000). *Vysshie korkovyye funktsii cheloveka i ikh narusheniia pri lokalnykh porazheniiakh mozga* [Higher Human Cortical Functions and Their Disorders in Local Brain Lesions]. Moskva: Akademskii proekt (in Russian).
8. Povaliaieva, M. A. (2002). *Spravochnik logopeda* [Handbook of Speech Therapist]. R/na-Donu: Feniks, 448 p. (in Russian).
9. Riabova, T. V. (2012). *Mekhanizm porozhdeniia rechi po dannym afaziologii* [Mechanism of Speech Development according to Aphasiology]. Moskva (in Russian).
10. Stoliarova, L. H. (1990). *Osobennosti narusheniia rechi u bolnykh s mozgovym insultom i nekotoryie prognosticheskie faktory vosstanovleniia* [Features of Speech Disorders in Patients with Cerebral Stroke and Some Prognostic Factors of Recovery]. *Optimizatsiia reabilitatsionnogo protsessa pri tserebralnom insulte* (in Russian).
11. Teilor, D. (2012). *Moi insult byl mne naukoii. Istoriia sobstvennoi bolezni, rasskazannaia neurobiologom* [My Stroke of Insigh: A Brain Scientist's Personal Journey]. SShA: Corpus (in Russian).

12. Fedorova, O. A. (2005). Afazyia –ne prigovor [Aphasia is not a Sentence]. Nizhnii Novgorod: Drofa (in Russian).
13. Tsvietkova, L. S. (2001). Afazyia y vosstanovitelnoie obuchenie [Aphasia and Restorative Learning]. Moskva: MPSI (in Russian).
14. Tsvietkova, L. S. (2000). Vvedenie v neiropsikhologiiu i vosstanovitelnoie obuchenie [Introduction to Neuropsychology and Restorative Learning]. Moskva (in Russian).
15. Tsvietkova, L. S. (2010). Afaziologiya: sovremennyye problemy i puti ikh resheniya [Aphasiology: Current Problems and Solutions]. Moskva: MPSI (in Russian).
16. Sheremet, M. K. (2010). Lohopediia [Speech Therapy]. Kyiv: Slovo (in Ukrainian).
17. Shokhor-Trotskaia, M. K. (2002). Logopedicheskaia rabota pri afazii na ranniem etapie vosstanovleniia [Speech Therapy Activity in Aphasia at Early Stage of Recovery]. Moskva: Instytut obshchegumanitarnykh issledovaniia (in Russian).
18. Shokhor-Trotskaia, M. K. (2001). Rech i afaziia [Speech and Aphasia]. Moskva: Eksmo-Press (in Russian).
19. Chapey, R. (2008). Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins (in English).
20. Shchoroku v Ukraini staietsia ponad 111 tys. vypadkiv insultu (2013). [Elektronnyi resurs]. UNIAN (in Ukrainian).  
<http://health.unian.ua/country/846654-schoroku-v-ukrajini-staetsya-ponad-111-tis-vipadkiv-insultu.html>

**Сулятицкий И.В., Кравец Я.Г.**

### **СОЦИОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАБОТЫ С АФАЗИЕЙ КАК ТИПИЧНЫМ НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА**

*В статье рассмотрен консолидированный социопсихологический подход к проведению квалифицированной реабилитационной практики для людей, у которых спектр речевых нарушений возник вследствие перенесенного инсульта. Сделан краткий обзор современных представлений о нарушении речи при локальных органических поражениях головного мозга, раскрыты актуальные проблемы разработки адаптированных приемов, техник и упражнений для оказания специальной психокоррекционной помощи лицам с афазией вследствие поражений головного мозга, в частности после инсульта. Рассмотрены нейропсихологические классификации афазийных расстройств при органическом поражении головного мозга в зарубежной и отечественной литературе, определены основания классификации симптомов нарушения когнитивной сферы при определении того или иного вида афазии. Также раскрыта необходимость использования современного межкультурного (социопсихологического) опыта работы с афазией как направления психокоррекционной помощи лицам в постинсультном состоянии, действенность которой проверена на практике и представлена в данном исследовании.*

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

**I. Sulyatytskyi, Ya. Kravets**

### **SOCIO-PSYCHOLOGICAL PRINCIPLES OF TREATMENT FOR APHASIA AS TYPICAL SPEECH DISORDER AFTER STROKE**

*The article deals with consolidated socio-psychological approach to conducting qualified rehabilitation process for people affected with a spectrum of speech disorders as a result of the stroke. It provides a brief overview on modern concepts of speech disorders in case of local and organic brain lesion, explores crucial issues of developing adapted procedures, techniques and exercises for giving special psychocorrective assistance for aphasia affected people as a result of brain lesion including people with post-stroke aphasia conditions. It considers neuropsychological classifications of aphasia disorders in case of organic brain lesion in home and foreign scientific works. It clarifies the grounds for classification of cognitive sphere symptoms in the process of identification the certain aphasia type. the applicative tasks of the article include showing the necessity of using modern intercultural (socio-psychological) experience of aphasia treatment methods as an approach of psychocorrective assistance for people in post-stroke condition, the efficacy of which were practically tested and presented in this research.*

**Key words:** stroke, poststroke condition, language disorder, aphasia, neuropsychological approach, aphasia classifications, agnosia, apraxia, impressive speech, expressive speech, restoring and rehabilitation treatment, psychocorrective assistance, remedial education.

*Стаття надійшла до редакції 18.12.2018.*

*Прийнято до друку 20.12.2018.*