

# **ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ, МЕТОДИ ТА ФОРМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВПЛИВУ ПІД ЧАС КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ МОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ У ДОРΟΣЛИХ**

*К.А. Трубаєва*

вчитель-логопед комунальної установи «Інклюзивно-ресурсний центр №4»

Миколаївської міської ради

Часткова або повна втрата можливості спілкуватись з оточуючими та обмеженість соціальних контактів при афазії, на тлі збереженої особистості людини та її адекватної поведінки, закономірно може призвести до таких психологічних розладів, як фрустрації, депресії, соціальна депривація та дезадаптація (А. Барулін, Ф. Бенсон, О. Вінарська, А. Густов, Д. Десмонд, В. Міщенко, В. Оппель, В. Трошин, Р. Чен, Р. Шаффер, Н. Шапаронова, М. Шохор-Троцька та ін.) [3, с. 268].

Сучасні інтеграційні процеси в Україні актуалізують питання орієнтації на високі міжнародні стандарти та багаторічний досвід надання комплексної допомоги особам з обмеженими можливостями (Н. Верещагін, А. Зозуля, І. Зозуля, Л. Касімова, Т. Ніколаєва, Г. Мозгова, М. Поліщук, Л. Руденко, Н. Свірідов, Є. Синьова, В. Скворцова). Варто відзначити, що на сьогоднішній день в Україні не має єдиної чітко окресленої системи надання комплексної медично-соціальної та корекційно-педагогічної допомоги дорослим після перенесеного мозкового інсульту.

Зміст провідних методик, принципів та практичних шляхів реалізації корекційно-розвивальної роботи спрямованої на подолання мовленнєвих порушень у дорослих після перенесеного мозкового інсульту, висвітлено в наукових працях А. Астаф'євої, О. Бердніковича, Ю. Варакіна, Н. Верещагіна, Т. Візеля, О. Вінарської, Д. Газізуліної, С. Коноплястої, Н. Корсакової, Н. Кошелевої, Н.Лапіної, О. Лурії, І. Мартиненко, О. Трошина, А. Савицького, Л. Цветкової, М. Шеремет, В. Шкловського, М. Шохор-Троцької та ін. Вчені констатують, що всі види афазій виникають внаслідок локального ураження головного мозку, і специфіка корекційно-розвивальної роботи обумовлена

відсутністю первинного розладу мислення, уваги та пам'яті, що виникають за наявності дифузних уражень мозку.

Психолого-педагогічні аспекти проблеми корекції порушень мовлення було різнопланово розкрито у дослідженнях Г. Андрєєва, Л. Андрусишиної, Н. Бабич, А. Богуш, Н. Кабельнікової, Л. Кайдалової, О. Козинець, С. Коноплястої, О. Курушиної, І. Мартиненко, О. Мастюкової, І. Омельченко, О. Приходько, О. Пурцхванідзе, Н. Савінової, В.Тарасун, Т. Філічевої, Г. Чиркіної, Л. Цветкової, С. Шаховської, М. Шеремет, В. Шкловського та ін. Аналіз науково-методичної літератури, періодичних видань свідчить, що питання особливостей корекції порушень мовлення дорослих після перенесеного мозкового інсульту знаходиться поза увагою сучасних дослідників.

Актуальність окресленого нами питання, його недостатня науково-теоретична розробка та практична значущість для становлення й розвитку спеціальної педагогіки як науки, сприяли вибору теми дослідження: «Особливості психологічного впливу корекції порушень мовлення після перенесеного мозкового інсульту у дорослих».

Метою даної публікації є виділення основних принципів, методів й форм психологічного впливу під час корекції порушень мовлення після перенесеного мозкового інсульту у дорослих.

На сьогоднішній день дослідниками виділено такі три групи основних принципів психологічного впливу під час корекції порушень мовлення після перенесеного мозкового інсульту у дорослих, як:

1. Психофізіологічні: принцип кваліфікування порушення на основі нейропсихологічного аналізу всіх порушених функцій; принципи корекції з опорою на збережені рівні мовлення, систему аналізаторів та вищі психічні процеси (уява та мислення); принцип залучення до корекційного процесу не мовленнєвих функціональних систем; принцип контролю або принцип зворотнього зв'язку, з метою своєчасної корекції мовленнєвих порушень (дзеркало, диктофон, коментарії логопеда тощо).

2. Психологічні: принцип урахування індивідуальних, вікових та особистих особливостей індивіда; принцип вмотивованості мовленнєвої діяльності; принцип корекції з опорою на доступну предметну діяльність та інші збережені різновиди людської діяльності; діяльнісний принцип, принцип розробки індивідуальної програми розвитку; принцип прогнозування динаміки розвитку та принцип доступності (спрямований на забезпечення можливості дорослого після перенесеного мозкового інсульту самостійно виконувати усі домашні завдання).
3. Психолого-педагогічні: принцип поступового ускладнення, збільшення об'єму й варіативності вербальної та візуальної інформації (матеріалу); врахування суб'єктивної та об'єктивної складності лексичних й фонетичних матеріалів; забезпечення психологічно комфортної атмосфери та емоційно позитивного налаштування особистості під час проведення корекційно-розвивальних занять [2, с. 28].

Вибір методів корекційного впливу безпосередньо залежить від тяжкості перебігу основного захворювання та ступеню мовленнєвого порушення. Перед початком процесу відновлення мовленнєвої функції логопед та психолог ознайомлюються із анамнезом основного захворювання, проводять детальний аналіз нейропсихологічної структури порушення мовлення та інших кіркових функцій [1, с. 606].

Систематичні клінічні спостереження та сліпі рандомізовані мультицентрові дослідження свідчать, що у гострій фазі інсульту корекційно-розвивальну роботу із дорослими доречно починати із надання психологічної підтримки, інформування та навчання дорослого та його найближчих родичів компенсаторним комунікативним стратегіям. Це сприятиме формуванню усвідомлення ситуації та полегшить процес комунікації між дорослим, що переніс мозковий інсульт та його найближчим оточенням.

Реабілітаційні заходи спрямовані на відновлення мовлення доречно розпочинати як тільки загальний стан та стан свідомості дорослого нормалізуються. Так, на ранніх стадіях захворювання, корекція порушень

мовлення має бути орієнтована на активізацію мимовільних рівнів мовленнєвої діяльності шляхом використання автоматизованих мовленнєвих рядків, співу, відтворення завчених раніше мовленнєвих стереотипів.

Інтенсивність та тривалість заняття безпосередньо залежить від загального фізичного й емоційного стану дорослого, від його настрою, рівня втомлюваності та від процесу мовленнєвого продукування, а інформаційне навантаження має відповідати його можливостям [4, с. 9].

Оскільки дорослі після перенесеного інсульту швидко втомлюються, їм доводиться відвідувати кілька корекційних занять протягом дня, тривалість кожного з яких не перевищує 10-15 хвилин.

На наступних стадіях захворювання реабілітаційні заходи спрямовані на максимально активне, свідоме залучення дорослого у процес корекції мовленнєвих порушень. З даною метою використовують методики реструктуризації, що ґрунтуються на свідомому засвоєнні тих чи інших прийомів компенсації наявних дефектів [1, с. 607].

За наявності тяжких розладів мовленнєвої функції чи за умови їх тотального характеру розпочинаючи корекційну роботу доцільно залучати дорослого до невербальних форм діяльності (малювання та ліплення). За наявності афазії доречним є поведення комплексної роботи спрямованої на мовленнєвий розвиток особистості в цілому із врахуванням особливостей порушення кожної окремої мовленнєвої функції. Так, логопед спрямовує корекційну роботу при афазії на розвиток розуміння зверненого мовлення, навичок володіння фразовим мовленням, лексико-граматичної будови мовлення, навичок читання та писемного мовлення.

Найбільш несприятливий прогноз, якщо у гострій фазі інсульту було діагностовано тотальну сенсомоторну афазію, коли сенсомоторний розлад триває 3-4 місяці. Незалежно від рівня впливу афазіологів на процес відновлення мовленнєвої функції, вони можуть допомогти поліпшити процес комунікації та знизити симптоми стресу, спричинені труднощами спілкування

через наявність тих чи інших захворювань головного мозку або у результаті перенесеного мозкового інсульту [1, с. 609].

**Висновок.** Таким чином, ми можемо дійти висновку, що в результаті комплексного лікування та систематичного психологічного впливу під час логопедичних занять із дорослими, що перенесли мозковий інсульт, спостерігається позитивна динаміка змін: від часткового відновлення окремих сторін мовленнєвої функції (зв'язне мовлення, читання, письмо, розуміння зверненого мовлення, чітка артикуляція) до повного відновлення мовленнєвого спілкування за наявності окремих залишкових мовленнєвих порушень.

Методи логопедичного впливу не повинні бути ізольованими, застосовуватись системно та впливати на процес корекції не окремих мовленнєвих операцій, а мовленнєвої функції в цілому. Логопед має бути обізнаним із функціями обох півкуль головного мозку, особливостями їхньої взаємодії, системою провідних шляхів, що надають можливість залучати до процесу корекції мовлення не уражені поля та долі головного мозку, сприяючи таким чином відновленню динамічної організації вищих психічних функцій.

#### **Література:**

1. Зозуля А. І., Зозуля І. С. Організація реабілітаційної допомоги хворим з інсультом. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика*. 2015. № 24 (1). С. 605-610.
2. Кайдалова Л. Г., Пляка Л. В. Психологія спілкування: навчальний посібник. Х.: НФаУ, 2011. 132 с.
3. 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.
4. Шохор-Троцкая М.К. (Бурлакова). Стратегия и тактика восстановления речи: нейропсих. введение в логопедию. М.: Эксмо-Пресс: В. Секачев, 2001. 426 с.