

УДК:371.9

## О СПОНТАННОМ И НАПРАВЛЕННОМ ВОССТАНОВЛЕНИИ РЕЧИ ПРИ АФАЗИИ

Пайлозян Ж.А.

кандидат педагогических наук, доцент  
Армянский Государственный Педагогический  
Университет имени Х. Абовяна

*У статті розглядаються питання спонтанного і цілеспрямованого відновлення мовлення при афазії. Підкреслюється необхідність цілеспрямованого логопедичного впливу, але відмічається, що тактика логопедичної роботи багато в чому визначається особливостями спонтанного відновлення. Поряд з такими факторами, як форма і ступінь афазії та ін., на процес відновлення мовлення впливає фактор багатомовності і фактор мовленнєвого середовища.*

*В статье рассматриваются вопросы спонтанного и направленного восстановления речи при афазии. Подчеркивается необходимость направленного логопедического воздействия, но отмечается, что тактика логопедической работы во многом определяется особенностями спонтанного восстановления. Наряду с такими факторами, как форма и степень афазии и др., на процесс восстановления речи влияют фактор многоязычия и фактор речевой среды.*

*In the article the issues of spontaneous and directed speech restoration in case of aphasia are considered. The need of directed speech therapy impact is emphasized, but it is noted, that the approaches of speech therapy are largely determined by the features of spontaneous restoration. It is approved that along with such factors as the form and degree of aphasia and etc. the factor of multilingualism and the factor of speech environment affect the process of speech restoration.*

*Ключові слова:* афазія, цілеспрямоване відновлення мовлення, спонтанне відновлення мовлення, фактор багатомовності, фактор мовленнєвого середовища.

*Ключевые слова:* афазия, направленное восстановление речи, спонтанное восстановление речи, фактор многоязычия, фактор речевой среды.

*Keywords:* aphasia, directed speech restoration, spontaneous speech restoration, factor of multilingualism, factor of speech environment.

Речь – одна из наиболее активно разрабатываемых и в то же время недостаточно изученных проблем современной науки. Предметом исследования является не только нормальная речевая деятельность, но и речевые нарушения, особую группу которых составляют различные формы афазии.

Афазия (от греч. "а" – "не" и "fasio" – "говорю") – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга. Причиной возникновения афазических нарушений являются сосудистые заболевания и опухоли головного мозга, черепно-мозговые травмы, нейрохирургические вмешательства, нейроинфекции. В результате нарушения речи пациенты утрачивают работоспособность и нуждаются в длительном медикаментозном лечении, а также в особых формах терапии и реабилитации.

Обзор специальной литературы показал, что исследователям и практикам долгое время был присущ эмпирический подход к восстановлению речи, и лишь в 50-е гг. XX в. начал формироваться научно обоснованный, нейропсихологический анализ проблемы афазии и восстановительного обучения. В настоящее время принято выделять два типа восстановления речи: спонтанный и направленный.

В специальной литературе справедливо отмечают трудности разграничения спонтанного (самостоятельного) и направленного (логопедического) восстановления, т.к. они постоянно перекрывают друг друга. Л.Виньоло (1964) рекомендовал изучать спонтанное восстановление речи и рассматривал восстановительное обучение не как единственный способ восстановления речи, а лишь как одну из составляющих реабилитации речи [цит. по 5].

По мнению Э.С.Бейн, М.К.Бурлаковой, Т.Г.Визель, в восстановительном процессе важна "встреча" спонтанного и направленного восстановления речи, когда раннее начало занятий совпадает с наиболее интенсивным периодом спонтанного восстановления. В самом понятии "направленное" (в противоположность спонтанному), указывают авторы, заложено представление о возможности направлять восстановление речевых функций пациентов с афазией по наиболее целесообразному пути [1].

Опыт показывает, что неконтролируемое специалистом, пущенное на самотек восстановление речи, приводит к возникновению эмболов, персевераций, а иногда делает невозможным процесс восстановления спонтанной речи [1]. Иногда при быстром спонтанном восстановлении речи могут возникнуть такие патологические симптомы, как смазанность произношения, заикоподобные нарушения темпа и ритма речи, аграмматизмы, "телеграфный стиль" и т.д., которых можно избежать, применяя логопедическую терапию [4].

В свою очередь спонтанное восстановление речи имеет важное значение для результатов восстановительного обучения. Так, Л.Г.Столярова [4] отмечает, что следует обращать внимание на динамику афазии до начала логопедического обучения, на наличие или отсутствие спонтанного восстановления речи, т.е. на фон, на котором проводится направленная восстановительная терапия. По мнению автора, в раннем периоде заболевания большое значение имеет спонтанное восстановление речи, а в позднем – роль спонтанного восстановления уменьшается и основное значение приобретает



восстанавливаться раньше других. При этом проявления афазии в одной из языковых систем могут быть более выраженными. Понимание другого языка (языков) может быть нарушено. Отмечается отход от специализации в использовании языков, изменение их статусов. Со слов пациентов с восстановившейся речью, они как будто забывали тот или иной язык. Со временем “забытый” язык восстанавливается и используется в соответствии с преморбидным статусом. Но отмечаются случаи, когда языки приобретают новый статус. Наши наблюдения показывают, что это либо следствие проведения логопедических занятий лишь на одном языке, либо - результат влияния речевого окружения, когда в процессе коммуникации используется только один из языков пациента, причем не обязательно тот, который доминировал в преморбиде. Хотим отметить, что со временем, под влиянием речевого окружения, статус языков вновь может измениться.

Смешанное восстановление характеризуется проявлениями языковой интерференции:

- фонетической - появление и усиление акцента;
- лексической - контаминации, наличие “слов-прослоек” из одного языка в другом;
- грамматической - перенос грамматических конструкций из одного языка в другой;
- на письме - смешение букв различных алфавитов.

Различение смешиваемых языков на слух сохранно как при моторных, так и при сенсорных формах афазии. Отмечается активизация субдоминантного языка, нередко пациенты начинают активно использовать пассивный язык (т.е. язык, на котором практически не говорили). Весьма характерно то, что на начальных этапах восстановления речи смешение языков, а также перевод с одного языка на другой не осознаются пациентом. В то же время произвольный переход с одного языка на другой затруднены, а порой невозможны. Нарушается статус языков и процесс их произвольного выбора и использования. Нами отмечено, что по мере восстановления речи и критики испытуемые все реже смешивают языки.

Выделенные в ходе исследования типы спонтанного восстановления речи на различных языках наблюдаются при всех формах афазии. Наиболее распространенным является параллельный тип спонтанного восстановления речи на различных языках. Так, из 65 многоязычных пациентов параллельное восстановление отмечалось у 31 (31%), смешанное – у 14 (22%), а последовательное – у 20 (47%). Соотношение типов восстановления речи у многоязычных пациентов с афазией представлено на рис.2.

В ходе проводимых нами логопедических занятий стало ясно, что тип спонтанного восстановления речи на различных языках существенно влияет на тактику логопедической работы.

Так, при параллельном восстановлении целесообразно чередовать устные и письменные задания на разных языках. К примеру, на начальном этапе эффективно использование автоматизированного счета, песен, стихотворений, пословиц, поговорок, сказок и рассказов на различных языках, а на более поздних этапах - сравнение схожих по звучанию, но разных по смыслу слов из различных языков.

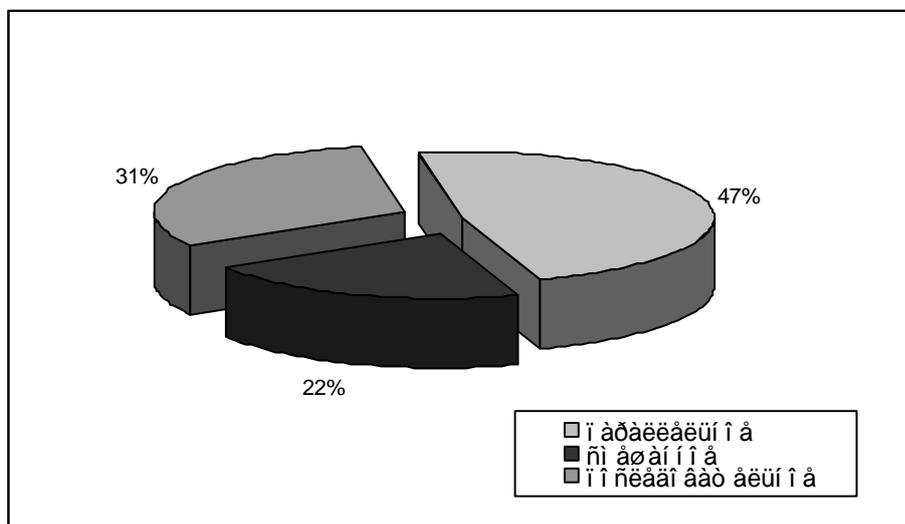


Рис.2. Соотношение типов спонтанного восстановления речи при афазии у многоязычных

При последовательном восстановлении язык, восстановившийся первым, становится основным языком занятий, а все предлагаемые пациенту задания “дублируются” на другом языке. Для восстановления “второго” языка эффективно использование средств спонтанного обучения: радио, телевидение, газеты, журналы, язык речевого окружения и т.п. Когда “забытый” язык начинает восстанавливаться, целесообразно проводить различные аналогии, сравнивать грамматические конструкции, пословицы, метафоры. Практика показала, что сравнение и перевод особенно эффективны при динамической и семантической формах афазии.

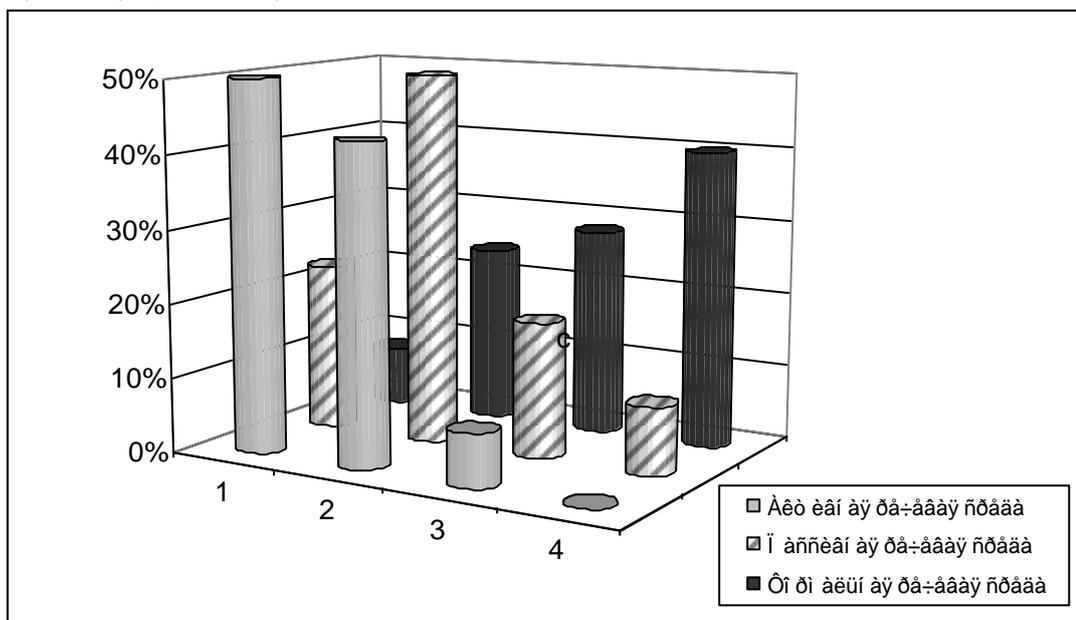
Нередко в ходе спонтанного восстановления речи употребление того или иного языка начинает не соответствовать степени и ситуации его использования до болезни. Это вызывает недоумение, дискомфорт, смущение и другие подобные реакции у пациента и у его близких. Мы пришли к выводу, что логопеду следует контролировать выбор и адекватное использование языка в процессе направленного восстановления речи, особенно при смешанном типе восстановления.

Вне логопедических занятий контроль над адекватным употреблением языков проводится со стороны речевого

окружения, под руководством логопеда. Наблюдения показали, что степень использования того или иного языка во многом обусловлена речевой средой пациента. Следовательно, очень важно методически правильно организовать речевую среду пациента с афазией. Организация речевой среды многоязычных пациентов в соответствии с принципами восстановительного обучения позволяет восстановить преморбидный статус языков и повышает эффективность логопедической работы. Логопеду следует систематически информировать окружающих пациента, как вести себя с ним, каков диапазон его речевых возможностей, на каком языке с ним общаться, какие создавать речевые ситуации, какие соблюдать правила речевого поведения.

Работа с многоязычными пациентами еще раз убедила нас в том, что эффективность восстановления речи и речевой коммуникации во многом зависит от правильной организации микросоциальной речевой среды, прежде всего, семьи. Мы попытались выяснить, влияет ли микросоциальное окружение пациента в процессе логопедической терапии на результаты восстановления речи. Степень участия окружения пациента в восстановительном процессе определялась в соответствии со следующими параметрами: а) отношение к речевой терапии; б) готовность сотрудничества с логопедом; в) применение логопедических рекомендаций; г) проявление инициативы в ходе сотрудничества со специалистом. Это позволило нам разделить речевую среду пациентов с афазией на активную ("сотрудничество"), пассивную ("руководство"), формальную ("безразличие").

Исследование показало, что имеется отчетливая связь между особенностями речевой среды и результатами логопедической работы [3]. Самые низкие результаты восстановления речи отмечены при наличии формальной речевой среды. Показатели логопедической работы повышаются, если микросоциальное окружение следует рекомендациям специалиста (пассивная речевая среда). Однако результаты логопедической работы, проводимой в пассивной речевой среде, все же уступают показателям, достигнутым в процессе активного сотрудничества логопеда и речевого окружения пациента. При наличии активного речевого микроокружения результаты логопедической работы становятся выше и существенно отличаются от показателей формальной и пассивной речевой среды. Сравнительный анализ результатов логопедической работы представлен на рис.3.



1 – значительное восстановление 3 – частичное улучшение 2 – общее улучшение 4 – без изменений

Рис.1. Результаты логопедической работы в зависимости от типа речевой среды

Изложенное позволяет сделать следующие выводы:

- анализ данных спонтанного и направленного восстановления показал, что решающая роль в восстановлении речи при афазии принадлежит направленному восстановлению;
- подчеркивая важность и необходимость направленного логопедического воздействия, следует отметить, что особенности спонтанного восстановления речи во многом определяют тактику логопедической работы при афазии;
- эффективность как спонтанного, так и направленного восстановления речи зависит от ряда факторов (локализация, этиология, форма и степень тяжести афазии, личность пациента и др.), в том числе и таких, как фактор многоязычия и фактор речевой среды.

Выводы наглядно подтверждают необходимость дальнейшего совершенствования организационных и методических подходов к восстановлению речи: учет фактора многоязычия в процессе логопедической работы, организацию речевой среды пациентов с афазией в соответствии с принципами восстановительного обучения, изыскание новых форм и методов сотрудничества логопеда с пациентом и его семьей и др., которые в настоящее время продолжают оставаться недостаточно изученными и разработанными.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Бейн Э.С., Бурлакова М.К., Визель Т.Г. Восстановление речи у больных с афазией. – М., 1982.
2. Пайлозян Ж.А. Из опыта коррекционно-педагогической работы при афазии у многоязычных. //Дефектология. – М. - 2002. – # 6. – С. 82 – 84.
3. Пайлозян Ж.А. О роли микросоциального окружения в процессе нейропсихологической реабилитации пациентов с афазией.- //Медицинский вестник Эребуни.- Ер., 2011, #2 (46). - С. 37 - 40.
4. Столярова Л.Г. Афазия при мозговом инсульте. – М., 1973.
5. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Речь и интеллектуальная деятельность. – М., 1985.
6. Цветкова Л.С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения. - М., 2010.

УДК 37.091.313.376

**КРИТЕРІЇ І ПОКАЗНИКИ СФОРМОВАНОСТІ ІНТЕГРАТИВНИХ  
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ І ПЕДАГОГІЧНИХ ЗНАТЬ**

**Пахомова Н. Г.**

кандидат педагогічних наук, доцент  
Інститут корекційної педагогіки та психології  
НПУ імені М.П.Драгоманова

*У статті представлена необхідність інтеграції медико-психологічних та педагогічних знань в процесі фахової підготовки як основа формування кваліфікованих спеціалістів, визначені критерії та показники інтегративних знань.*

*В статті представлена необхідність інтеграції медико-психологічних і педагогічних знань в процесі професійної підготовки як основа формування кваліфікованих спеціалістів, визначені критерії та показники інтегративних знань.*

*The article presents the necessity for the integration of medical, psychological and pedagogical knowledge in the process of professional training as a basis of qualified experts, the criteria and indicators of integrated knowledge.*

Ключові слова: інтеграція, критерії, показники, професійна підготовка.

Ключевые слова: интеграция, критерии, показатели, профессиональная подготовка.

Keywords: integration, criteria, indicators, professional training.

У Державній національній програмі «Освіта. Україна XXI століття» одним із основних шляхів реформування освіти обрано забезпечення розвитку освітньої галузі на основі нових прогресивних концепцій, запровадження у навчальний процес сучасних педагогічних технологій та науково-методичних досягнень. Пріоритетними в освіті є нове ставлення до знань та інтелекту підростаючого покоління, кардинально нові підходи до інвестиційної політики в освітній сфері.

Зважаючи на те, що теорія і практика професійної освіти постійно знаходиться на стадії розробки та розвитку, в корекційній педагогіці і психології представлені чисельні дослідження, що висвітлюють актуальні питання удосконалення фахової підготовки та впровадження ефективних методів професійного навчання. У контексті проблем підготовки вчителів-дефектологів ґрунтовно розроблено теоретичні аспекти професійної компетентності корекційного педагога і спеціального психолога, визначено систему, зміст та ефективні шляхи удосконалення процесу навчання студентів за напрямом – корекційна освіта (І. Дмитрієва, І. Бех, В. Бондар, С. Конопляста, С. Миронова, Ю. Пінчук, Т. Сак, В. Синьов, Є. Синьова, Є. Соботович, В. Тарасун, Л. Фомічова, М. Шеремет, М. Ярмаченко та ін.), досліджено основні аспекти впровадження інтерактивних методів фахової підготовки (В. Бондар, О. Качуровська, Ю. Пінчук, В. Синьов, М. Шеремет та ін.). Однак, незважаючи на значну кількість наукових праць, поза увагою дослідників залишилося врахування інтеграції педагогічних, психологічних та медичних знань в процесі професійної підготовки дефектологів.

У зв'язку з цим, метою нашого дослідження є визначення критеріїв і показників інтеграції медико-психологічних і педагогічних складових професійної підготовки логопедів. Завданнями дослідження є: визначення критеріїв і виокремлення науково-обґрунтованих показників сформованості у майбутніх учителів-логопедів інтегративних медико-психологічних і педагогічних знань дисциплін професійно орієнтованого циклу у різних формах їх прояву, а також індивідуальних особливостей студентів, що виявляються у процесі інтегративного пізнання, вивчення змісту і функції складових компонентів, встановлення відношень і взаємозв'язків між ними.

Термін «інтеграція» походить від латинського «integratio» – повний, цілий. Новий тлумачний словник української мови пояснює цей термін, як об'єднання чого-небудь у єдине ціле [6]. «Енциклопедія освіти» визначає інтегративний підхід в освіті, як підхід, що веде до інтеграції змісту освіти, тобто доцільного об'єднання його елементів у цілісність, коли результатом інтегративного підходу в педагогіці можуть бути цілісні знання різних рівнів – цілісність знань про дійсність; про природу з тієї чи іншої освітньої галузі, предмета, курсу, розділу, теми [1].

Інтеграцію медико-психологічних і педагогічних складових професійної підготовки логопедів, в контексті нашого дослідження, ми розуміємо як динамічний, безперервний, суперечливий процес, який потребує прогностичного підходу, врахування мотивації та особливостей параметрів знань, виявлення специфіки їх структурування, предметних й інтегрованих знань та передбачає застосування адекватних змісту форм, методів, засобів навчання. Інтеграція педагогічних,