

стандартами. Підкривається необхідність пошуку ефективних шляхів організації і проведення корекційно-розвиваючої роботи з дітьми, існуючими особливостями психофізичного розвитку. В європейських країнах модель інклюзивного освіти розвивалась на протязі десятиліть. Автор акцентує увагу, що необхідно вивчати міжнародний досвід. Представлено аналіз зарубіжного досвіду по проблемі організації і змісту інклюзивного освіти, оскільки важливим напрямком удосконалення вітчизняної системи освіти є вивчення і впровадження основних досягнень практики європейських країн.

*Ключевые слова:* інклюзивне освіта, діти з особливостями психофізичного розвитку, загальноосвітні заклади, зарубіжний досвід.

**Zhuravlyova L.S. Analysis of foreign experience with the problem of organization and contents of inclusive education**

The questions of inclusive education that focuses not only on traditional educational achievement, but also on the normal social life, the most active part in all its team members, including children with special needs. Indicated that inclusive education is a logical step, which is associated with rethinking society and the state of his relationship to people with special needs, with the recognition of their rights to providing equal opportunities with others in different areas of life, including education. In all developed countries, people with impaired mental and physical development are perceived as equal as full members of society. Therefore, public policy in our country should be aimed at protecting the rights of people in accordance with international rules and standards. Emphasized the need to find effective ways of organizing and carrying out remedial developing work with children who have special needs. In European countries, inclusive education has evolved over the decades by emphasizing that it is extremely important to study international experience. The analysis of foreign experience problems with the organization and content of inclusive education as an important direction of improvement of the national system of education is the study and implementation of the main achievements of the European countries.

*Keywords:* inclusive education, children with special needs, secondary schools, foreign experience.

Стаття надійшла до редакції 01.03.2014 р.

Статтю прийнято до друку 28.03. 2014 р.

Рецензент: д.п.н., проф. Шеремет М.К.

УДК: 376.

**ДО ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОМУНІКАТИВНОЇ ФУНКЦІЇ  
ПРИ МОТОРНІЙ АФАЗІЇ ВНАСЛІДОК ІНСУЛЬТУ**

**Зарицька А.В.**

Сучасні вітчизняні лікарі-неврологи констатують, що одним із самих тяжких наслідків інсульту є моторна форма афазії (Здесенко І.В., Кадиків А.С., Калашнікова Л.А., Коленко О.І., Міщенко Т.С., Чернікова Л.А., Шапаронова Н.В. та інш.).

Моторна афазія – це збірний термін, який використовується в медичній термінології для визначення ряду хворобливих станів з різною картиною проявів і з різною локалізацією мозкового ураження, загальним симптомом для яких є повна або часткова втрата активного мовлення, а також специфічні порушення звуковимови при порівняно збереженому розумінні зверненого мовлення. Зазначені недоліки призводять до розладу комунікативних можливостей хворих, що стає причиною зниження їх мовленнєвої активності, порушення психо-емоційного стану та, як наслідок, їх соціальної ізоляції. Це виявляється соціально-психологічною проблемою, яка на думку таких провідних спеціалістів-афазіологів як Е.С.Бейн, М.К.Бурлакова, В.В.Оппель, Л.С.Цветкова та ін. повинна вирішуватись, починаючи вже з раннього періоду проведення реабілітаційних заходів. В даному контексті виявляється актуальною проблема організації та проведення спеціального дослідження стану мовленнєвої та інших вищих психічних функцій зазначеного контингенту хворих.

Науково-теоретичними засадами обстеження хворих з афазією є розроблені О.Р.Лурією принципи та методи нейропсихологічного дослідження. Спеціалісти-афазіологи використовують у своїй практиці модифіковані методики нейропсихологічного обстеження, представлені Л.І.Вассерман, С.О.Дорофєєвою, Я.О.Емерсон (1997); Т.Г. Візель (2005) та інші.

Аналіз спеціальної літератури показав, що існуючі версії вищезгаданої методики не адаптовані стосовно раннього етапу реабілітації хворих після інсульту, коли їх загальний та емоційний стан не дозволяє проводити довготривале та об'ємне дослідження всіх вищих психічних функцій.

З огляду на це виступає актуальною розробка методологічних засад вивчення вищих психічних функцій на ранньому етапі післяінсультної реабілітації, що виконано нами в контексті експериментального дослідження стану комунікативної функції хворих з моторною афазією.

Основною метою нейропсихологічного обстеження у зазначений період нами визначено вивчення особливостей комунікативної функції мовлення хворих, відновлення якої виступає першочерговою задачею

ранньої реабілітації хворого з афазією.

Дотримуючись наукового підходу до досягнення поставленої мети, нами було виділено наступні **принципи** обстеження:

1. Принцип комплексного обстеження стану вищих психічних функцій хворого з локальним ураженням мозку. Внаслідок інсульту в тій чи іншій мірі зазнають порушень всі психічні функції, що має негативний вплив на реалізацію мовленнєвих функцій, здебільшого комунікативної, а тому виступає необхідність комплексного нейропсихологічного обстеження для виявлення первинного дефекту та обумовленої ним системної симптоматики.

2. Принцип структурно-динамічного аналізу дефекту. Порушення вищих психічних функцій при інсульті є наслідком нейродинамічних змін у нервовій тканині, що на ранньому етапі знаходиться у патологічному стані, тому нейропсихологічне обстеження повинно передбачати не тільки отримання даних про порушення окремої функції, але і визначення особливостей нейродинаміки, що лежать в основі цих порушень, для уточнення структури дефекту.

3. Принцип урахування преморбідного статусу хворого та його особистості. Одним із проявів дефекту при афазії є зміна особистості хворого, що призводить до зміни його соціального статусу. Вирішальне значення для оцінки стану порушених функцій має той мовленнєвий та інтелектуальний досвід, який був у хворого до початку захворювання.

4. Принцип спланованої організації діяльності хворого. На ранній стадії інсульту хворі з порушеннями моторних функцій інактивні, знаходяться у емоційно пригніченому стані, тому потребують спеціального впливу при організації будь-якої діяльності, зокрема при виконанні тестових завдань в ході обстеження.

5. Принцип спеціального добору матеріалу обстеження. Вербальний та невербальний матеріал для обстеження повинен добиратись з урахуванням спеціальних вимог, що обумовлені особливостями порушення вищих психічних функцій на ранній стадії інсульту та індивідуальним преморбідним статусом хворого.

6. Принцип всебічного аналізу результатів нейропсихологічного обстеження. Отримані в результаті обстеження дані потребують не тільки кількісного, але і якісного структурного та порівняльного синдромного аналізу результатів виконання спеціальних проб з метою виявлення в них загальних ознак, характерних для різних форм афазії, та визначення специфічних особливостей комунікативної функції при її моторних формах.

Для виконання окреслених завдань з урахуванням зазначених принципів в якості основних **методів** дослідження ми обрали наступні:

**1. Аналіз медичної документації.** Як зазначала Л.Г.Столярова (1973), поряд з детальним психологічним, фізіологічним та лінгвістичним аналізом, велике місце належить клінічному, неврологічному вивченню афатичних розладів, в якому важливе значення має аналіз мовленнєвих порушень з урахуванням етіології та патогенезу захворювання, що призвело до їх розвитку. Зокрема, при судинних захворюваннях афатичний синдром залежить від чинників, що визначають розвиток і перебіг мозкового інсульту, загальних умов мозкового кровообігу, поширеності атеросклерозного процесу, стану серцевої діяльності, рівня артеріального тиску, особливостей локалізації осередку ураження при тому чи іншому характері інсульту і т. д. [2, 73].

З огляду на вищезазначене, в якості попередніх методів дослідження ми проводили аналіз медичної документації: історії хвороби, результатів лабораторних, інструментальних та клінічних досліджень.

Особливу увагу приділяли вивченню результатів комплексного клінічного обстеження (неврологічного, терапевтичного, психіатричного, кардіологічного та ін.) з метою виявлення наявності супутніх соматичних захворювань, що можуть ускладнювати процес відновлення.

Аналіз даних спеціальних досліджень за допомогою методів інструментальної діагностики (комп'ютерної томографії – КТ, магнітно-резонансної томографії - МРТ) дав нам можливість уточнити локалізацію, розмір та кількість осередків ураження головного мозку, вид інсульту (ішемічний чи геморагічний), стан мозкового кровообігу, наявність попередніх інсультів або інших органічних уражень нервової системи (пухлини, травми) та ін.

Отримані дані ми враховували при нейропсихологічному аналізі виявлених порушень мовленнєвої та інших вищих психічних функцій.

**2. Психолого-педагогічні спостереження за хворими.** Як зазначає О.П.Пурхванідзе (2011), в гострій стадії інсульту, коли неврологічний стан багатьох хворих залишається тяжким, а складність мовленнєвих розладів змінюється протягом доби, необхідно проводити спостереження за хворими для виявлення особливостей їх загального стану та поведінки [1, 55].

Ми спостерігали за психо-емоційними реакціями хворих в таких режимних моментах, як:

- контакт з медичним персоналом (лікар, медсестра, санітарка та ін.);
- відвідування рідними та близькими;
- прийом їжі або годування;

- проведення гігієнічних процедур (умивання, переодягання);
- проведення реабілітаційних занять зі спеціалістами (інструктор ЛФК, масажист, логопед)

За результатами спостереження необхідно зробити висновки про:

- психічну активність хворого (в'ялість, загальмованість, виснаженість, імпульсивність);
  - його емоційний стан (послаблення чи посилення емоцій, депресія, надмірна стурбованість);
  - стан уваги (нестійкість уваги, порушення довільної уваги та її вичерпність);
  - поведінку хворого (агресивність, «польова» поведінка, адекватна поведінка);
  - рівень усвідомлення хворим свого стану (добре усвідомлює, не завжди усвідомлює, взагалі не усвідомлює);
  - критичність відношення до захворювання (важко переживає, інколи соромиться, взагалі не переживає).
- Результати спостережень ми враховували при плануванні та підготовці до обстеження.

**3. Індивідуальні бесіди з рідними та близькими хворого.** Метою проведення таких бесід було отримання інформації про преморбідний соціальний та мовленнєвий статус хворого, а саме: уточнення паспортних даних; даних про освіту, спеціальність, зайнятість та інтереси хворого; його сімейне оточення; даних про рівень володіння однією або різними мовами та про рідну мову спілкування; наявність ліворуких у родині. Також інформативними є свідчення близьких, що опікуються хворим, про протікання захворювання: початок, прояви, динаміку, ускладнення.

Отримані дані ми використовували при підготовці вербального матеріалу для нейропсихологічного обстеження.

**4. Нейропсихологічне обстеження.** Після виходу хворих з гострої стадії захворювання з метою визначення форми афазії та виявлення особливостей порушення комунікативної функції у хворих з розладами моторного компонента мовленнєвого акту ми проводили нейропсихологічне обстеження, яке мало комплексний характер, тобто включало дослідження особливостей порушення не тільки мовленнєвих, але і немовленнєвих вищих психічних функцій.

Ми запропонували свою модифікацію методики нейропсихологічної діагностики, яка включала п'ять блоків експериментальних завдань:

1. Вивчення стану імпресивного мовлення.
2. Вивчення стану експресивного мовлення.
3. Вивчення стану писемного мовлення.
4. Вивчення стану пам'яті.
5. Вивчення стану інтелекту.

Параметри модифікації визначалися наступними уявленнями:

1. За твердженням Л.С.Цветкової (2004), реалізація комунікативної функція мовлення відбувається засобами усного (зовнішнього) мовлення – імпресивного та експресивного; писемного мовлення; а також внутрішнього мовлення, яким забезпечується та опосередковується усне та писемне мовлення [3, 159].

З огляду на вищевказане, для визначення особливостей комунікативної функції ми проводили вивчення стану функцій сприймання та розуміння зверненого мовлення, спонтанного мовлення, читання, письма та предикативної функції внутрішнього мовлення. З цією метою нами представлено 1-3 блоки завдань.

2. За концепцію О.Р.Лурія(1969), порушення символічного (мовного) рівня організації мовленнєвої діяльності при моторній афазії системно обумовлені первинним порушенням гностико-практичного рівня організації мовленнєвого акту. А за дослідженнями Т.Г.Візель(2004) при афазії відбувається дезінтеграція мовленнєвих навичок, що розпадаються на ті складові, з яких вони формувались в онтогенезі.

Таким чином, дослідження стану мовленнєвих функцій потребувало їх обстеження як на гностико-практичному так і на символічному рівні організації.

Так, оцінюючи стан функцій сприймання та розуміння зверненого мовлення, ми виходили із концепції онтогенетичного розвитку фонетико-фонематичного сприймання, першоджерелами якого є немовленнєві (природні або предметні) шуми та звуки, а також звуковподобання, та включили до 1 блоку завдань тести на дослідження їх впізнання.

З огляду на те, що передумовою реалізації усного мовлення є орально-артикуляційний праксис, ми включили до 2 блоку завдань проби на вивчення стану оральної та артикуляційної моторики у хворих з моторною афазією.

Оскільки, згідно нейропсихологічної теорії, необхідною умовою реалізації комунікативної функції є збереженість предикативної функції внутрішнього мовлення та номінативної функції усного мовлення, то до 1 та 2 блоків ми добирали завдання на обстеження розуміння та називання слів-назв та слів-дій.

За концепцією О.Р.Лурії, функції читання та письма обумовлені станом зорового графічного та акустичного гнозису, артикуляційного та ручного праксису, орієнтацією у просторі. Завдання для вивчення

вказаних функцій ми включили до 1-3 блоків.

3. За твердженнями вчених-афазіологів (О.Р.Лурія, Л.С.Цветкова, М.К.Шохор-Троцька та ін.), реалізація мовленнєвих функцій може ускладнюватись внаслідок порушення пам'яті та інтелекту. Дослідженню вказаних психічних функцій пропонуємо присвятити 4 та 5 блоки тестових завдань.

4. Як зауважує Л.С.Цветкова (2005), на ранній стадії інсульту активізуються механізми спонтанної компенсації втрачених функцій завдяки мимовільному включенню тих функцій, які знаходяться у резерві мовленнєвих та немовленнєвих засобів [3, 178].

З огляду на це, вважаємо адекватним включення до одного блоку завдань на вивчення гностико-практичних та мовленнєвих функцій з метою виявлення кореляції їх стану на ранньому етапі реабілітації. Подібна точка зору висунута О.П.Пурхванідзе (2011) стосовно гострої стадії інсульту.

Виходячи із специфіки предмету дослідження та особливостей стану об'єкту вивчення ми дотримувались наступних **умов підготовки** обстеження:

- прийоми обстеження обирались з урахуванням індивідуальних особливостей хворого за результатами вивчення його преморбідного досвіду та даних клінічного спостереження в гострій стадії захворювання;

- для проведення обстеження нами був спеціально підібраний вербальний та невербальний матеріал, що добирався з урахуванням принципу поступового ускладнення його довільності, звукової та семантичної структури, а також частотності вживання у преморбідному досвіді хворого;

- при відборі тестових завдань ми враховували вік хворого, його освітній рівень, а також преморбідний мовленнєвий та соціальний статус;

- за результатами спостережень під час усього обстеження ми робили висновки про використання хворим невербальних засобів комунікації (жести, міміка, інтонування, пантоміма).

Важливою умовою ефективності та надійності результатів обстеження було дотримання наступних **організаційних умов**:

- проведення обстеження тільки з дозволу лікаря-невролога за умов стабільного самопочуття та позитивного емоційного настрою хворого;

- індивідуальна форма організації обстеження;

- комфортні умови проведення обстеження (забезпечення тиші під час обстеження, усунення відволікаючих моментів, врахування працездатності хворого, уникання його перевтоми під час обстеження та т. ін.);

- час проведення обстеження обирається індивідуально, але не перевищує 30 хвилин;

- темп пред'явлення субтестів методики також має бути індивідуальним.

#### **6. Аналіз результатів дослідження.**

Результати експериментального дослідження були проаналізовані нами не тільки за кількісними характеристиками, але і зроблено якісний синдромний аналіз, метою якого було визначення форми моторної афазії, ступеню тяжкості мовленнєвого порушення та виділення особливостей комунікативної функції при кожній з них за такими показниками:

- можливість встановлення контакту з хворим;

- наявність у хворого мотивації до спілкування;

- рівень мовленнєвої активності;

- вербальні комунікативні можливості;

- рівень використання невербальних засобів комунікації;

- здатність до підтримки діалогу.

Дослідження ми проводили за наступним **планом**:

1. Вивчення та аналіз медичної документації хворих з афазією.

2. Динамічне психолого-педагогічне спостереження за хворими в гострій стадії інсульту; відбір хворих для нейропсихологічного обстеження; підготовка матеріалу для обстеження.

3. Проведення нейропсихологічного обстеження обраної групи хворих в підгострій стадії захворювання (після 3-х тижнів від початку хвороби).

4. Аналіз результатів дослідження.

Дотримуючись вищевикладених методичних засад ми опробували на практиці модифіковану методику нейропсихологічного обстеження хворих з моторною афазією на ранній стадії мозкового інсульту та зробили висновки про особливості реалізації комунікативної функції у зазначеного контингенту хворих.

#### **Література**

1. Пурхванідзе О. П. Реабилитация больных с афазией в ранней постинсультной стадии с использованием аудиовизуальной стимуляции. Диссертация на соискание научной степени кандидата педагогических наук. – М. – 2011.
2. Столярова Л. Г. Афазия при мозговом инсульте. – М. – 1973.
3. Цветкова Л. С. Нейропсихологическая реабилитация

больных. Речь и интеллектуальная деятельность. Учебное пособие. – М. – В. – 2004.

#### References

1. **Purhvanidze O. P.** Reabilitatsiya bolnyh s afaziy v ranney postinsultnoy stadii s ispolzovaniem audiovizualnoy stimulyatsii. Dissertatsiya na soiskanie nauchnoy stepeni kandidata pedagogicheskikh nauk. – М. – 2011. 2. **Stolyarova L. G.** Afaziya pri mozgovom insulte. – М. – 1973. 3. **Tsvetkova L. S.** Neyropsihologicheskaya reabilitatsiya bolnyh. Rech i intellektualnaya deyatelnost. Uchebnoe posobie. – М. – В. – 2004.

#### **Зарицька А.В. До проблеми вивчення особливостей комунікативної функції при моторній афазії внаслідок інсульту**

У статті представлено методичне обґрунтування проведення експериментального дослідження мовленнєвої та інших вищих психічних функцій хворих з локальним ураженням головного мозку внаслідок ішемічного інсульту на ранньому етапі реабілітації. Зазначено, що мета дослідження полягає у вивченні особливостей комунікативної функції у хворих з розладами моторного компонента мовленнєвого акту. Визначено основні принципи підготовки та проведення дослідження: принцип комплексного обстеження стану вищих психічних функцій хворого з локальним ураженням мозку, принцип структурно-динамічного аналізу дефекту, принцип урахування преморбідного статусу хворого та його особистості, принцип спланованої організації діяльності хворого, принцип спеціального добору матеріалу обстеження, принцип всебічного аналізу результатів нейропсихологічного обстеження. Також обґрунтовано вибір основних методів дослідження, а саме: аналіз медичної документації, психолого-педагогічні спостереження за хворими, індивідуальні бесіди з близькими та рідними хворого, нейропсихологічне обстеження, аналіз результатів дослідження. Зазначено необхідність дотримання спеціальних умов організації вивчення особливостей порушення комунікативної функції у хворих на ранньому етапі реабілітації: проведення обстеження тільки з дозволу лікаря-невролога за умов стабільного самопочуття та позитивного емоційного настрою хворого; індивідуальна форма організації обстеження; комфортні умови проведення обстеження. Виділено, за якими показниками проводилось визначення особливостей комунікативної функції, та намічено план проведення експериментального дослідження.

*Ключові слова:* інсульт, моторна афазія, комунікативна функція, експериментальне дослідження.

#### **Зарицкая А.В. К проблеме изучения особенностей коммуникативной функции при моторной афазии в результате инсульта**

В статье представлено методическое обоснование проведения экспериментального исследования речевой и других высших психических функций больных с локальным поражением головного мозга вследствие ишемического инсульта на раннем этапе реабилитации. Отмечено, что цель исследования заключается в изучении особенностей коммуникативной функции у больных с расстройствами моторного компонента речевого акта. Определены основные принципы подготовки и проведения исследования: принцип комплексного обследования состояния высших психических функций больного с локальным поражением мозга, принцип структурно-динамического анализа дефекта, принцип учета преморбидного статуса больного и его личности, принцип спланированной организации деятельности больного, принцип специального отбора материала обследования, принцип всестороннего анализа результатов нейропсихологического обследования. Также обоснован выбор основных методов исследования, а именно: анализ медицинской документации, психолого-педагогические наблюдения за больными, индивидуальные беседы с близкими и родными больного, нейропсихологическое обследование, анализ результатов исследования. Отмечено необходимость соблюдения специальных условий организации изучения особенностей нарушения коммуникативной функции у больных на раннем этапе реабилитации: проведение обследования только с разрешения врача-невролога в условиях стабильного самочувствия и положительного эмоционального настроения больного; индивидуальная форма организации обследования; комфортные условия проведения обследования. Выделено, по каким показателям проводилось определение особенностей коммуникативной функции, и намечен план проведения экспериментального исследования.

*Ключевые слова:* инсульт, моторная афазия, коммуникативная функция, экспериментальное исследование.

#### **Zarytska A.V. On the problem of studying the features of communicative function at an agile aphasia as a result of stroke**

The article presents the methodological support of the experimental research of speech and other higher mental functions of patients with local brain damage as a result of an ischemic stroke at an early stage of rehabilitation. Noted that the purpose of the study is to examine the features of communicative function in patients with disorders of the motor component of the speech act. The basic principles for the preparation and conduct of the study are: the principle of a comprehensive survey of the state of higher mental functions of the patient with local lesion of the brain, the principle of structural and dynamic analysis of the defect, the principle of accounting premorbid status of the patient and his or her personality, the principle of planned organization of the patient, the principle of special material selection survey principle comprehensive analysis of the results of neuropsychological testing. Also justified the choice of basic research methods, namely: analysis of medical records, psychological and pedagogical monitoring of patients, individual interviews with neighbors and relatives of the patient, neuropsychological testing, analysis of the results. Noted the need to comply with the special conditions of the organization study features violations communicative function in patients with early rehabilitation: a survey only with the permission of a neurologist in a stable state of health and positive emotional state of the patient, the individual form of organization of the survey, comfort survey. Emphasis on what indicators conducted to determine the characteristics of communicative function and mapped out a plan for the experimental research.

*Keywords:* stroke, motor aphasia, communicative function, experimental research.

Стаття надійшла до редакції 18.02.2014р.

Статтю прийнято до друку 25.02.2014р.

Рецензент: д. п. н., проф. Шеремет М.К.