

неврологической симптоматики. Исследование неврологического статуса детей со стертой дизартрией выявляют отклонения в нервной системе, проявляющиеся в форме невыраженного одностороннего гемисиндрома. Паретические симптомы наблюдаются в артикуляционной и общей мускулатуре, что связано с нарушением иннервации лицевого, языкоглоточного или подъязычного нервов. Сложность структуры дефекта при дизартрии определяет направление и содержание комплексного коррекционного воздействия, включающего медицинский, психолого-педагогический и логопедический аспекты.

Ключевые слова: стертая дизартрия, артикуляция, нарушение звукопроизношения.

Didkova L.M. Clinical and educational characteristics of children with fuzzy dysarthria

The article deals with clinical and educational characteristics of children with minimal symptoms of dysarthria. Studying fuzzy dysarthria is the subject of health care, educational and linguistic disciplines. The fuzzy dysarthria is characterized by symptoms of micro-damage to the central nervous system: the lack of innervation of the speech organs - voice, articulation and respiratory departments; violation of muscle tone and articulation of mimic muscles. Focuses on the persistent violation of the phonetic and prosodic aspects of speech, are leading in the structure of the defect. Pronunciation disorders are polymorphic and are expressed in antropofonical and phonological defects. Presented tests proposed by scientists in the study of children with psychomotor fuzzy dysarthria. Symptoms of the fuzzy dysarthria are illuminated. The complex structure of speech disorders in fuzzy dysarthria requires an integrated approach to the organization and carrying out corrective measures. For the diagnosis of this disorder is necessary to pay attention to the presence of neurological symptoms. The neurological status of children with fuzzy dysarthria reveals abnormalities in the nervous system, is manifested in the form of a unilateral gemisindrom. Paretic symptoms are observed in the articulation and overall muscle, which is associated with impaired innervation of the facial, glossopharyngeal and hypoglossal nerves. The complexity of the structure of the defect with dysarthria determines the direction and content of a comprehensive corrective feedback, including medical, psychological, pedagogical aspects and speech therapy.

Keywords: minimal symptoms of dysarthria, articulation, pronunciation disorders.

Стаття надійшла до редакції 25.09.2014 року

Статтю прийнято до друку 27.09.2014 року

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

УДК: 376.

ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОМУНІКАТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ПРИ МОТОРНІЙ АФАЗІЇ ВНАСЛІДОК ІНСУЛЬТУ

Зарицька А.В.

Порушення комунікативної функції мовлення трапляються в результаті локального ураження кори головного мозку внаслідок інсульту та виступають однією з основних діагностичних ознак афазії. Найскладнішою у подоланні є її моторна форма, яка проявляється у повній або частковій втраті активного мовлення при порівняно збереженому розумінні зверненого мовлення, що призводить до виникнення труднощів у спілкуванні з хворими.

Вчені-афазіологи Е.С.Бейн, М.К.Бурлакова, Т.Г.Візель та ін. першочерговим завданням корекційно-реабілітаційної роботи при різних формах афазії визначають саме відновлення комунікативної функції мовлення хворих [1, 17].

Теоретичний аналіз літератури щодо зазначеної проблеми свідчить про відсутність цілісних уявлень про порушення комунікативної функції мовлення у хворих з моторною афазією. Практично невивченими є особливості втраченої функції на ранньому етапі реабілітації після ішемічного інсульту, що значно ускладнює об'єктивну оцінку патологічного стану хворого.

З огляду на це вважаємо актуальним проведення експериментального дослідження особливостей комунікативної функції мовлення у зазначеній категорії хворих, що надасть можливість побудувати відповідну програму їх подальшої комплексної відновлювальної реабілітації.

Як зазначає Л.С.Цветкова, комунікативна функція мовлення можлива тільки в тісному взаємозв'язку та взаємовпливі усіх інших мовленнєвих функцій, а її реалізація відбувається засобами різних видів та форм мовлення.

Вчена виділяє три види мовлення, якими обумовлена реалізація комунікативної функції:

1. Усне (зовнішнє) мовлення – експресивне, тобто розмовне, мовлення та імпресивне, тобто сприйняття та розуміння мовлення.

2. Писемне мовлення – читання та письмо.

3. Внутрішнє мовлення, яким забезпечується та опосередковується усне та писемне мовлення [5, 32].

Вивчення стану зазначених мовленнєвих функцій ми проводили в ході спеціального нейропсихологічного обстеження, використовуючи методику нейропсихологічної діагностики, розроблену О.Р.Лурією (1975), та її

модифіковані версії, запропоновані Л.І.Вассерман, С.О.Дорофєєвою, Я.О.Меєрсон (1997) та Т.Г.Візель (2005).

За твердженням Л.І.Вассерман, С.О.Дорофєєвої та Я.О.Меєрсон (1997) кількість нейропсихологічних проб, адекватних цілям індивідуальної діагностики, в клінічних умовах повинні обмежуватись рамками певної схеми [2, 30].

Отже, з огляду на мету дослідження ми запропонували свою модифікацію методики обстеження та розробили три блоки тестових завдань, які хворі виконували відповідно у три етапи, а саме:

1. Вивчення стану експресивного мовлення.
2. Вивчення стану імпресивного мовлення.
3. Вивчення стану писемного мовлення.

Таким чином, ми починали обстеження з дослідження експресивного мовлення як основного у реалізації комунікативної функції.

За дослідженнями Л.С.Цветкової усне експресивне мовлення може реалізовуватись у різних формах, що мають різний рівень автоматизації, усвідомлення та довільності. Основними видами усного мовлення вчена визначає монологічне, діалогічне та автоматизоване мовлення, які в афазіології називають спонтанним мовленням.

Зазначені види та форми усного мовлення, за словами вченої, реалізують функцію спілкування. Але вона виділяє і інші види мовлення, що є більш довільними та не беруть безпосередньої участі у розмовному мовленні, хоча виступають його необхідними умовами, - це повторне та номінативне мовлення.

Дослідниця також зауважує, що у процесі спілкування можлива і значно продуктивна еквівалентна заміна мовних засобів паралінгвістичними – мімікою, жестами, рухами голови, інтонованими виразами (вигуками та ін.) [5, 35].

Отже, на першому етапі ми мали на меті дослідити наявні недоліки монологічного, діалогічного та автоматизованого мовлення, а також функцій повторення та називання у обраній групі постінсультних хворих і з'ясувати причини, що призвели до розладів усного мовлення та, як наслідок, до порушення його комунікативної функції.

Оскільки самою звичайною формою спілкування лінгвісти, такі як В.Гумбольдт, Л.П.Якубинський, Л.В.Щерба та ін., називають діалог, то першими тестовими завданнями ми обрали ті, що виявили б можливість встановлення контакту з хворим та його здатність підтримувати діалог.

Спочатку ми ставили хворому прості запитання, які передбачали відповідь одним словом («так», «ні», «добре» та ін.) або рухом голови при неспроможності хворого дати вербальну відповідь:

Завдання 1. Відповісти на запитання: Ваше ім'я Іван? Ваше прізвище Петренко? Як ви себе почуваете? У Вас болить голова? Вас оглядав лікар?

Переконавшись в адекватності реакцій хворого на запитання, ми переходили до обстеження стану діалогічного мовлення та пропонували завдання, що передбачало відповідь або одним словом, або односкладовим чи багатоскладовим реченням. Таким чином ми вивчали артикуляційні можливості хворого та стан його активного усного мовлення.

Завдання 2. Відповісти на запитання: Де Ви знаходитесь? В якому місті Ви живете? Зараз день чи ніч? Що Ви робите ложкою?

Наступне завдання мало на меті вивчення стану фразового мовлення, але не самостійного, а за зразком. Такий вибір завдання був обумовлений тим міркуванням, що у постінсультних хворих на ранньому етапі реабілітації мовленнєва ініціатива завжди значно знижена.

Завдання 3. Запитати за зразком:

Запитайте, котра година. Запитайте, як мене звати. Запитайте, як моє прізвище. Запитайте, де я живу.

Переконавшись у тому, що хворий може активно користуватись мовленням, ми пропонували наступне завдання на вивчення можливостей фразового монологічного мовлення:

Завдання 4. Розповісти на задану тему:

Розкажіть, що з Вами сталося, чому Ви потрапили до лікарні?

У подальшому дослідженні ми з'ясували причини виявлених порушень усного мовлення.

З огляду на те, що за дослідженнями Л.С.Виготського, О.Р.Лурії та ін., передумовою реалізації усного мовлення є орально-артикуляційний праксис, ми приділяли особливу увагу вивченню стану оральної та артикуляційної моторики. Для цього пропонували хворим завдання для обстеження символічного орального праксису, а також виконання мімічних та спеціальних артикуляційних вправ, метою яких ставили вивчення рухливості та чутливості артикуляційних органів в умовах, що потребують різної довільності рухів, а саме:

Завдання 1. Пожувати, проковтнути, подути, свиснути, плюнути, покашляти, облизати верхню губу, облизати нижню губу.

Завдання 2. Надути одночасно обидві щоки; надути одну щоку, а потім по черзі праву та ліву щоки; моргнути

одним оком, потім другим; насупити брови, підняти брови.

Завдання 3. Виконати статичні артикуляційні вправи за зразком:

«гопка»; «лопатка»; «гірка»; «чашечка».

Завдання 4. Виконати динамічні артикуляційні вправи за зразком:

«лоша»; «смачне варення»; «годинник»; «гойдалка»; «посмішка» - «трубочка».

З'ясувавши стан орально-артикуляційного праксису в умовах довільного виконання запропонованих завдань, ми переходили до вивчення стану автоматизованого мовлення як такого, що потребувало участі правої неураженої півкулі головного мозку та найменшої довільності у його реалізації. Для цього пропонували хворим наступні завдання для виконання:

Завдання 1. Порахувати від 1 до 5; від 1 до 10.

Завдання 2. Назвати дні тижня, місяці року.

Завдання 3. Закінчити фразу: *Хто не робить, той не ... (ість). Тихіше їдеш, далі ... (будеш). Що посієш, те і ... (пожнеш).*

Завдання 4. Розповісти улюблений вірш.

Завдання 5. Заспівати добре знайому пісню.

На наступному етапі дослідження експресивного мовлення ми проводили обстеження стану функції повторення як самої простої форми спонтанного мовлення. Пропонували хворим повторити за зразком з візуальним підкріпленням вербальний матеріал на рівні звуку, складу, слова та речення.

Завдання 1. Повторити окремі звуки:

- голосні: *а, о, у, и, е, і;*

- приголосні: *м, с, т, к, л, з, ш, р, х, н.*

Завдання 2. Повторити серії голосних звуків: *ау, уа, оу, аоу, уао.*

Завдання 3. Повторити склади: *ма, да, на, ка, пра, дла, сна, оп, ам.*

Завдання 4. Повторити серії складів: *ма-ма; па-па; ба-ба; ла-ра; са-ша;*

та-то-ту; ма-па-ба.

Завдання 5. Повторити слова різного звукового складу: *вухо, око, ніс, вікно, чашка, стіл, подушка, холодильник.*

Завдання 6. Повторити фрази, різні за лексико-граматичною структурою: *Добрий день. До побачення. Ласкаво просимо. Лікар лікує хворого. Я буду їсти суп і пити чай.*

Метою наступного етапу нашого обстеження було вивчення стану функції називання. Спочатку ми пропонували назвати предмети, що знаходяться в оточенні хворого та назвати дії, що виконував експериментатор або його асистент. Завдання передбачало використання хворим зорового підкріплення з опорою на візуальний образ предмету. Таким чином ми вивчали стан номінативного та предикативного мовлення як основних складових у реалізації комунікативної функції.

Завдання 1. Назвати предмети, які бачите: *вікно, ліжко, двері, лампа, чашка, ложка, рушник, ніс, рука, палець.*

Завдання 2. Назвати дію, що виконує експериментатор: *їсть, п'є, читає, пише, малює, їде, сидить, лежить.*

Наступним було завдання на вивчення стану предикативного внутрішнього мовлення. Ми пропонували хворим дібрати до слів-назв відповідні слова-дії без опори на візуальний образ предмету або явища.

Завдання 3. Назвіть, хто що робить: *лікар (лікує), пташка (летить), будівельник (будує), вітер (віє), сонце (світить), машина (їде).*

Вивчивши стан активного усного мовлення хворих, що брали участь у експерименті, ми переходили до обстеження стану їх імпресивного мовлення.

На першому етапі обстеження нами було виявлено достатнє розуміння досліджуваними хворими простого зверненого мовлення, але, як показало дослідження спеціальної літератури, у хворих з моторною афазією можуть мати місце порушення фонематичного слуху та розуміння фраз, виражених складними лексико-граматичними конструкціями. Тому саме вивченню цих феноменів ми присвятили другий етап дослідження.

Перед обстеженням стану фонематичного слуху ми мали переконатись у нормальному функціонуванні фізичного слуху у досліджуваних, для чого перевіряли його гостроту, використовуючи шепітне мовлення. Значних відхилень від норми нами виявлено не було.

Для вивчення стану фонематичного слуху пропонували хворому виконати наступні завдання:

Завдання 1. Впізнати слова-назви, близькі за звучанням, та показати відповідний малюнок: *рак-лак, ніс-ліс, тачка-дачка, каша-каса, коса-коза.* Завдання 2. Впізнати слова-дії, близькі за звучанням, та показати відповідний малюнок: *їде-їде, біжить-лежить, купається-катається, б'є-п'є, несе-пасе.*

Для вивчення розуміння складних логіко-граматичних конструкцій ми використовували один з найбільш розповсюджених прийомів – це виконання запропонованих на слух словесних інструкцій. Але, знаючи про патологічний стан усного мовлення хворих, при організації дослідження розуміння граматичних форм повністю виключили можливість усної відповіді, а пропонували діяти за мовленнєвою інструкцією, виконання якої було

можливе лише за умови розуміння хворим представлених граматичних форм, а саме:

Завдання 3. Виконати інструкцію:

Покладіть ліву руку на ліве коліно(під коліно).

Закрийте лівою(правою) рукою праве(ліве) око.

Візьміть ложку та покладіть її в чашку(біля чашки).

Дайте мені чашку, а собі візьміть ложку.

В ході обстеження ми звертали особливу увагу на об'єм використання хворим паралінгвістичних засобів спілкування в якості компенсаторних можливостей при наявності труднощів активного мовлення.

З'ясувавши стан усного мовлення хворого та розуміння ним зверненого мовлення, ми переходили до дослідження стану писемного мовлення як невербальної форми реалізації комунікативної функції.

За концепцією О.Р.Лурії функції читання та письма обумовлені станом зорового графічного та акустичного гнозису, артикуляційного та ручного праксису, орієнтацією у просторі [4, 172].

Дослідження стану зазначених функцій, а також функцій глобального та аналітичного читання і письма ми здійснювали на третьому етапі експерименту.

Починали обстеження з вивчення стану функції глобального читання, як такого, що було найбільш закріплене преморбідно, для чого пропонували хворим виконати наступні тестові завдання:

Завдання 1. Знайти своє ім'я та прізвище серед запропонованих надрукованих: Іван, Микола, Оля та ін.; Сидоренко, Петров та ін.

Завдання 2. Розкласти підписи під малюнками: сік, хліб, магазин, вода, молоко.

Далі ми пропонували для виконання наступні тестові завдання з метою вивчення стану функції аналітичного читання:

Завдання 1. Назвати літери: А, О, М, Л, У, З, Д, Р, П, Т, Ш, И, Н, К, Х, Ж.

Завдання 2. Прочитати склади: на, мо, ус, ил, лом, кап, шар, пол, мла, при.

Завдання 3. Прочитати слова: мама, тато, суп, ложка, салат, посміхається.

Завдання 4. Прочитати речення: Добрий день. Щиро дякую. До побачення. Дай мені води. Я буду їсти кашу. По телевізору показують новини.

Проаналізувавши виявлені труднощі під час читання, ми переходили до з'ясування причин, якими вони могли б бути обумовлені. І насамперед проводили обстеження стану зорового графічного гнозису, для чого пропонували хворим виконати наступні тестові завдання:

Завдання 1. Впізнати та показати графічні зображення літер (А, О, М, Н, Р, П, И, У, Д, В, Т, Ш) різного шрифту, перекреслені та накладені одне на одне.

Завдання 2. Впізнати та показати графічні зображення чисел різного шрифту, перекреслені та накладені одне на одне.

Завдання 3. Впізнати та показати графічні зображення геометричних фігур перекреслені та накладені одне на одне.

Далі, з метою дослідження орієнтації хворого у просторі та у часі, ми пропонували для виконання наступні завдання:

Завдання 1. Зорієнтуватись у кімнаті та показати: двері, вікно, стелю, підлогу.

Завдання 2. Показати зазначений час на годиннику: 15.00, 9.00, 6.00, 12.15, 11.30, 14.45.

Наступним у обстеженні було вивчення стану ручного праксису як необхідної умови збереженості функції письма. Але дане дослідження мало місце тільки у тих випадках, коли у хворого не було виявлено правосторонньої геміплегії. При наявності останньої вивчення ручного праксису не мало сенсу, оскільки моторні функції правої руки, а отже і письма, були грубо порушені.

Для дослідження кінестетичного ручного праксису ми пропонували хворим виконати такі тестові завдання:

Завдання 1. Повторити за візуальним зразком пози руки: кулак, вказівний жест, жест «усе добре», жест «погано».

Завдання 2. Повторити без візуального зразку, а з опорою на кінестетичні відчуття пози пальців: «кільце», «равлик», «собака». Ми хустинкою зав'язували хворому очі, формували відповідну позу пальців на його здоровій руці, просили її запам'ятати, щоб потім відтворити самостійно.

Вивчаючи стан кінетичного (динамічного) ручного праксису, ми пропонували хворому для виконання наступні завдання:

Завдання 1. Продемонструвати імітацію гри на піаніно однією та обома руками (за відсутності геміплегії).

Завдання 2. Повторити за зразком серії рухів руки: «кулак-ребро-долоня» однією та обома руками (за відсутності геміплегії) [3, 12].

В ході дослідження ручного праксису ми з'ясували, що у переважній більшості хворих правостороння геміплегія проявлялась у порушенні дрібної моторики пальців правої руки та розладі її скоординованих

послідовних рухів, що унеможливило письмо цією рукою. Тому при обстеженні функції письма, пропонували зазначеній групі хворих для виконання завдання не на написання, а на викладання слів за допомогою літер розрізної азбуки.

Завдання 1. Списати або викласти за зразком слова та фрази: *мама, суп, яблуко, холодильник. Хочу пити. Дай води.*

Завдання 2. Написати під диктовку або викласти:

- літери: *А, Я, І, И, Н, П, Ш, С, Є.*
- склади: *на, мо, ус, лом, акр, дра, мла, при.*
- слова: *мама, тато, син, сумка, молоко, велосипед.*
- речення: *Я хочу пити. Я буду їсти суп. Я хочу дивитись новини.*

Наступне завдання передбачало дослідження можливості хворого писати самостійно.

Завдання 3. Написати або викласти самостійно своє ім'я, прізвище, телефон, домашню адресу, дату та місце народження.

За результатами проведеного експериментального дослідження стану мовленнєвих функцій у досліджуваних постінсультних хворих з моторною афазією ми зробили висновки про особливості комунікативної функції їх мовлення за такими показниками:

- можливість встановлення контакту з хворим, що визначалась рівнем розуміння зверненого мовлення;
- наявність у хворого мотивації до спілкування, що визначалась рівнем мовленнєвої активності хворого;
- вербальні комунікативні можливості, які визначались рівнем збереженості усного мовлення хворого;
- невербальні комунікативні можливості, що визначались рівнем використання хворим невербальних засобів комунікації;
- здатність до підтримки діалогу, яка визначалась рівнем застосування хворим доступних засобів комунікації для ведення діалогу.

Аналіз результатів дослідження показав, що порушення комунікативної функції мовлення хворих з моторною афазією на ранньому етапі реабілітації після ішемічного інсульту бувають легкого, помірною та важкого ступеню.

Так, хворі з легким ступенем порушення комунікативної функції були добре мотивовані до спілкування та проявляли достатню мовленнєву активність, незважаючи на наявні апраксічні артикуляційні труднощі. Також вони продемонстрували гарне розуміння зверненого мовлення: правильно відповідали як на прості запитання, так і на ті, що були сформульовані за допомогою складних логіко-граматичних конструкцій. Ми відмічали у них незначне зниження мовленнєвої пам'яті, яке проявлялось у вигляді труднощів актуалізації слів при називанні предметів та дій, при самостійних відповідях на запитання, що відмічається при усіх формах афазії. Порушення фонематичного слуху призводило до недиференційованого використання слів, що відрізнялись одним артикуляційно близьким звуком. Загалом труднощі при спілкуванні проявлялись у вигляді літеральних та вербальних парафазій, що характерно для моторної афазії. Темп мовлення цих хворих був уповільненим, мовлення було недостатньо модульованим, афективно незабарвленим, але їхні вербальні комунікативні можливості дозволяли підтримувати діалог здебільшого без застосування міміки та жестів.

Хворі з помірним ступенем порушення комунікативної функції показали недостатнє розуміння складних запитань, хоча добре розуміли прості запитання, що свідчило про збереженість розуміння ситуативного мовлення. Мовленнєва активність зазначеної групи хворих була значно зниженою: вони не проявляли самостійного бажання спілкуватись, потребували постійного заохочування та стимуляції до комунікативної діяльності, швидко втомлювались, засмучувались через наявні мовленнєві труднощі, невдалі спроби сказати або повторити слово чи фразу. Їхні вербальні комунікативні можливості виявлялись недостатніми для спілкування та підтримки діалогу, оскільки були обмежені невеликою кількістю слів та фраз, добре закріплених преморбідно. Усне самостійне мовлення характеризувалось значною кількістю парафазичних слів, контамінацій, повторень попередньо сказаних слів та фраз. В якості альтернативних засобів комунікації хворі активно застосовували міміку та жестикулювання. Через значні артикуляційні труднощі вони більше схилились до спілкування за допомогою письма, аніж усно. На письмі відмічались порушення, що були відображенням усного мовлення: заміни букв, що позначають близькі за артикуляцією звуки, повторення, спрощення та перестановка складів у складних словах, контамінації, парафазії. Хворі здатні були підтримувати діалог використовуючи як доступні їм вербальні так і невербальні засоби комунікації.

При важкому ступені порушення комунікативної функції хворі з моторною афазією не проявляли активності до спілкування через відсутність мотивації до будь-якої діяльності. Вони були інактивні, схильні до відсторонення, мали пригнічений настрій. Розуміння зверненого мовлення було ситуативним, обмеженим. Реакція хворих на прості запитання потребувала неодноразового повторення, пояснення. В спонтанному експресивному мовленні ми спостерігали переважно мовленнєві емболи та вокалізації. Хворі намагались компенсувати відсутність усного мовлення використанням жестів та міміки. Невдалі спроби сказати чи повторити

слово призводило до розчарування у вигляді сліз, відмови від будь-яких видів комунікативної діяльності. У випадках, коли хворі здатні були підтримувати діалог, то лише за допомогою невербальних засобів комунікації та з постійним мотиваційним підкріпленням.

Отримані дані ми маємо на меті покласти в основу розробки програм відновлювальної реабілітації зазначеної категорії хворих.

Література

1. Бейн Э.С., Бурлакова М.К., Визель Т.Г. Восстановление речи у больных с афазией. – М., 1982.
2. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. Практическое руководство. – С.-П., 1997.
3. Визель Т.Г. Нейропсихологическое блиц-обследование. – М., 2005.
4. Лурия А.Р. Основные проблемы нейролингвистики. – М., 1975.
5. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Речь и интеллектуальная деятельность. Учебное пособие. – М. – В. – 2004.

References

1. Beyn E.S., Burlakova M.K., Vize! T.G. Vosstanovlenie rechi u bolnih s aphasiei. - M., 1982.
2. Vasserman L.I., Dorofeeva S.A., Meerson Ya.A. Metodi neyropsikhologicheskoy diagnostiki. Uchebnoe posobie. – S.-P., 1997.
3. Vize! T.G. Neyropsikhologicheskoe blitz-obsledovanie. - M., 2005.
4. Luriya A.R. Osnovnie problemi neyrolingvistiki. - M., 1975.
5. Tsvetkova L.S. Neyropsikhologicheskaya reabilitatsiya bolnyih. Rech i intellektualnaya deyatelnost. Uchebnoe posobie. – M. – V. – 2004.

Зарицька А.В. Вивчення особливостей комунікативної функції при моторній афазії внаслідок інсульту

У статті обґрунтована актуальність проведення експериментального дослідження, спрямованого на вивчення особливостей комунікативної функції у хворих з моторною афазією на ранньому етапі реабілітації після ішемічного інсульту. Представлена методика проведення обстеження мовленнєвої та інших вищих психічних функцій у хворих з локальним ураженням головного мозку. Запропоновано проводити дослідження у три етапи: вивчення експресивного мовлення; вивчення імпресивного мовлення та вивчення писемного мовлення. Обґрунтовано вибір напрямків обстеження зазначених мовленнєвих функцій як таких, якими обумовлена реалізація комунікативної функції. Представлено тестові завдання для вивчення стану монологічного та діалогічного мовлення, функцій повторення та називання, сприйняття та розуміння зверненого мовлення, фонематичного аналізу, читання та письма. Обґрунтовано послідовність їх пред'явлення досліджуваній групі хворих для виконання. За результатами обстеження описано особливості комунікативної функції мовлення хворих з різним ступенем порушення за визначеними показниками: можливість встановлення контакту з хворим; наявність у хворого мотивації до спілкування; вербальні комунікативні можливості; невербальні комунікативні можливості; здатність до підтримки діалогу. Зазначено можливість використання отриманих даних для розробки програм відновлювальної реабілітації постінсультних хворих з моторною афазією.

Ключові слова: моторна афазія, комунікативна функція, експресивне, імпресивне, писемне мовлення.

Зарицкая А.В. Изучение особенностей коммуникативной функции при моторной афазии в результате инсульта

В статье обоснована актуальность проведения экспериментального исследования, направленного на изучение особенностей коммуникативной функции у больных с моторной афазией на раннем этапе реабилитации после ишемического инсульта. Представлена методика проведения обследования речевой и других высших психических функций у больных с локальным поражением головного мозга. Предложено проводить исследование в три этапа: изучение экспрессивной речи; изучение импресивной речи и изучения письменной речи. Обоснован выбор направлений обследования указанных речевых функций как таковых, которыми обусловлена реализация коммуникативной функции. Представлены тестовые задания для изучения состояния монологической и диалогической речи, функций повторения и называния, восприятия и понимания обращенной речи, фонематического анализа, чтения и письма. Обоснована последовательность их предъяснения исследуемой группе больных для выполнения. По результатам обследования описаны особенности коммуникативной функции речи больных с различной степенью нарушения по определенным показателям: возможность установления контакта с больным; наличие у больного мотивации к общению; вербальные коммуникативные возможности; невербальные коммуникативные возможности; способность к поддержанию диалога. Указано на возможность использования полученных данных для разработки программ восстановительной реабилитации постинсультных больных с моторной афазией.

Ключевые слова: моторная афазия, коммуникативная функция, экспрессивная, импресивная, письменная речь.

Zarytska A.V. Study of features of communicative function at a motor aphasia as a result of stroke

In the article the urgency of experimental research aimed at studying the features of communicative function in patients with motor aphasia early rehabilitation after ischemic stroke. Presents the methodology of the survey of speech and other higher mental functions in patients with localized brain damage. It is suggested to conduct the study in three phases: a study of expressive speech; study impressive speech and writing speech. The choice of directions for the examination of these speech functions as such, which is due to the realization of communicative functions. Presents tests to study the state of monological and dialogical speech, functions of repetition and naming, perception and understanding of speech, phonemic analysis, reading and writing. Justified the sequence of their presentation of the studied group of patients to perform. The survey describes the features of the communicative functions of speech of patients with different degree of disturbance on the certain parameters: the possibility of establishing contact with the patient; the patient's motivation to communication; verbal communication; nonverbal communication; the ability to maintain dialogue. The possibility of using the obtained data for the development of rehabilitation programs rehabilitation post-stroke patients with motor aphasia.

Keywords: motor aphasia, communicative function, expressive, impulsive, writing speech.

Стаття надійшла до редакції 24.09.2014р.

Статтю прийнято до друку 25.09.2014р.

Рецензент: д.п.н., проф. Шеремет М.К.

УДК 376.37

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПО РАЗВИТИЮ СЛОВАРЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Карапетян С. Г.

кандидат педагогических наук, доцент,

Киракосян А. А.

Известно, что речь важнейшая психическая функция человека, которая является основным способом коммуникации, мышления и познавательной деятельности, которое имеет огромное значение для человека. Богатство словаря – это главный показатель развития речи. Обогащение словаря имеет особенное значение для подготовки детей к школьному обучению [10; 8; 2; 1; 9; и др]. Это приобретает важное значение при подготовке к школьному обучению детей с общим недоразвитием речи (III степень по Р. Е. Левиной).

Нами проводилось экспериментальное исследование словаря у детей с общим недоразвитием речи дошкольного возраста, результаты которого позволяют утверждать, что\

- дошкольники с общим недоразвитием речи имеют бедный словарь и наблюдается огромное расхождение в объеме пассивного и активного словаря;

- у дошкольников с общим недоразвитием речи как в пассивном, так и в активном словаре преобладают преимущественно слова, имеющие предметное значение, мало слов, обобщенного и отвлеченного значения, а также слова, обозначающие состояние, оценку, качества, признаки предметов;

- у дошкольников с общим недоразвитием речи имеются значительные трудности актуализации слов, которые проявляются в трудностях поиска слова, заменой слов в речи. Все эти трудности преимущественно проявляются в связной речи, вследствие чего речь этих детей недостаточно понятна для окружающих;

- дошкольники с общим недоразвитием речи очень мало используют антонимы и практически не владеют синонимами, вследствие чего их речь бедна;

- у дошкольников с общим недоразвитием речи не сформировано восприятие переносного смысла слова. Переносные слова детьми воспринимаются в прямом смысле, в результате ребенок полностью не воспринимает смысл литературных произведений, пословиц и т.д.

Нас интересовало также проявления особенностей словаря в связной речи. По результатам исследования можно констатировать, что дошкольники с общим недоразвитием речи заметно отстают от своих сверстников по развитию связной речи, рассказы составленные этими детьми очень бедны по сравнению с рассказами своих сверстников. Исследования по составлению диалога и по составлению рассказа по заданной теме констатируют, что эти навыки у этих детей недостаточно сформированы.

Итак, результаты проведенных нами исследований позволяют сделать вывод о том, что у дошкольников с общим недоразвитием речи отмечается бедность активного и пассивного словаря, значительные трудности в актуализации слов, а также отмечаются некоторые особенности формирования семантических полей. Результаты социологического опроса педагогов работающих с детьми с общим недоразвитием речи, в свою очередь подтверждают, что логопедическая работа по обогащению словаря в дошкольном возрасте проводится недостаточно систематизировано, вследствие чего бедность словаря проявляется и в учебном процессе в овладении школьной программы.

В аспекте рассматриваемой проблемы нами проводилось еще одно констатирующее исследование, направленное выявить, насколько особенности словаря у детей с общим недоразвитием речи сказываются на эффективности усвоения учебного материала. Исследованию подверглись школьники 1-3 классов, и во всех возрастных группах речевой материал исследования был одинаков. Исследование словаря проводилось на основе учебной программы по тем же параметрам, что и при обследовании словаря у дошкольников с общим недоразвитием речи.

Результаты экспериментального исследования позволяют сделать вывод, что особенности словаря у школьников с общим недоразвитием речи проявляются трудностями при восприятии и воспроизводстве учебного материала, что и снижает эффективность учебного процесса.