

**ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА**

(повне найменування закладу вищої освіти)

**Факультет психології та соціальної роботи**

(повне найменування факультету)

**Кафедра диференціальної та спеціальної психології**

(повна назва кафедри)

## **Кваліфікаційна робота**

на здобуття ступеня вищої освіти «Магістр»

**Особливості порушень мовлення у дорослих: діагностика та корекція**

Features of speech disorders in adults: diagnosis and correction

Виконала: здобувачка заочної форми навчання  
спеціальності 053 Психологія  
Освітня програма 053 Психологія

**Шуляченко Галина Євгенівна**

Керівник : д.психол.н., професор, Родіна Н.В.

Рецензент: к.психол.н., доцент Головська І.Г.

Рекомендовано до захисту:  
Протокол засідання кафедри  
диференціальної та спеціальної  
психології  
№ \_\_\_\_ від \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 2023 р.

Завідувачка кафедри  
\_\_\_\_\_  
(підпис) Родіна Н.В.  
(прізвище, ім'я)

Захищено на засіданні ЕК № \_\_\_\_\_  
протокол № \_\_ від \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ р.

Оцінка \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(за національною шкалою/шкалою ECTS/ бали)  
Голова ЕК

\_\_\_\_\_  
(підпис) \_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я)

**Одеса 2023**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПОРУШЕНЬ МОВЛЕННЯ У ДОРΟΣЛИХ	
1.1. Поняття про мовлення.....	6
1.2 Види порушень мовлення у дорослих.....	15
1.3 Афазія. Клініко-психологічна характеристика.....	20
1.4 Логоневроз. Клініко-психологічна характеристика.....	27
Висновки до першого розділу.....	31
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ МОВЛЕННЯ У ДОРΟΣЛИХ	
2.1 Організація емпіричного дослідження порушень мовлення у дорослих.....	33
2.2 Методи емпіричного дослідження порушень мовлення у дорослих.....	34
Висновки до другого розділу.....	38
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОРУШЕНЬ МОВЛЕННЯ У ДОРΟΣЛИХ	
3.1 Соціально-демографічні характеристики дорослих із порушенням мовлення.....	40
3.2 Результати дослідження особливостей порушень мовлення у дорослих та їх вплив на психоемоційний стан пацієнтів.....	42
3.3. Психокорекційна програма для роботи із дисфункцією мовлення у дорослих з афазією.....	47
3.4. Психокорекційна програма для роботи із дисфункцією мовлення у дорослих з логоневрозом .....	70
Висновки до третього розділу .....	74
ВИСНОВКИ.....	76
Список використаної літератури.....	78
Додатки.....	86

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Останнім часом в Україні підвищилося число хвороб, пов'язаних із психоемоційним стресом. Постійні емоційні та психосоціальні труднощі посилюються життєвими факторами та шкідливими звичками (гіподинамія, паління, неправильне харчування), що сприяє передчасному старінню та погіршенню здоров'я. Найчастіше вони проявляються через серцево-судинні захворювання, такі як ішемічна хвороба серця та мозку, артеріальна гіпертензія, що часто стають причиною смерті більшості дорослого населення.

Ішемічний інсульт, що відноситься до захворювань головного мозку, є серйозною проблемою, яка призводить до інвалідності. Частота інсультів збільшується з віком та є високою в осіб віком від 60 до 70 років. Це серйозна проблема, що призводить до втрати працездатності. Кожен рік реєструється сотні випадків на кожні 100000 населення, що майже вдвічі більше, ніж у інших країнах Європи. Інвалідизація після інсульту в Україні становить до 84% , а одним з проявів дисфункцій в наслідок хвороби не рідко є повна або часткова втрата мовлення.

Наукова спадщина в області вивчення цієї проблеми тісно пов'язана з внеском таких видатних вчених, як А.А. Леонт'єв, О.Р. Лурія, Є.Г. Семерницька, Л.С. Цветкова, І.М. Рум'янцева, Є.Д. Хомська та ін.

Їхні дослідження та концепції стали фундаментом для подальшого розвитку науки для таких українських науковців як Аршава І.Ф., Корниенко В.В., Калмикова Л.О., Конопляста С. Ю., Лянна О. В., Михальська Ю.А., Шеремет М.К. та інші. Кожен з цих дослідників зробив унікальний внесок у розвиток психології мовлення, діагностики мовленнєвих порушень та їх корекції.

**Мета дослідження :** дослідити особливості порушення мовлення у дорослих, визначити вплив порушень на психоемоційний стан пацієнтів та розробити рекомендації.

Для досягнення зазначеної мети потрібно **вирішити наступні завдання:**

1. Провести теоретико-методологічний аналіз порушення мовлення у дорослих.
2. Визначити клініко-психологічні характеристики дорослих пацієнтів з вадами мовлення.
3. Дослідити особливості порушення мовлення у дорослих пацієнтів.
4. Розробити психокорекційні програми для дорослих пацієнтів із порушеннями мовлення.

**Об'єкт дослідження** – порушення мовлення у дорослих.

**Предмет дослідження** – діагностика та корекція порушень мовлення у дорослих.

**Методи дослідження.** Теоретичні: аналіз психологічної літератури, літератури з дефектології, логопедії, реабілітації хворих з досліджуваної теми; аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, що були використані з метою вивчення порушень мовлення у дорослих з подальшою діагностикою та корекцією. Емпіричні: анкетування, спостереження, аналіз історій хвороб та медичної документації, збір та аналіз анамнестичних даних, інтерв'ю, обстеження мовленнєвих порушень за методикою Хомської Є.Д., психометричний тест С. Деллінгер та МКВ тест М. Люшера. Метод описової (дескриптивної) статистики якісний аналіз та кількісна обробка результатів проведеного дослідження.

**Опис вибірки:** у дослідженні брали участь пацієнти з порушенням мовлення. Вік досліджуваних від 32 до 68 років. Загальний обсяг 20 опитуваних, серед яких 13 чоловіків та 7 жінки.

**База проведення емпіричного дослідження:** дослідження проведено серед дорослих осіб із порушенням мовлення, набуті в наслідок психоемоційного стресу та в межах реабілітаційної клініки ТОВ "Експерт Хелс" у м. Одеса.

**Практичне значення дослідження:**

1. Виявлено значення комплексної діагностики функції мовлення та диференціації станів хворих із мовленнєвими порушеннями.
2. Розроблено рекомендації до психокорекційної програми за типом та формою порушення для подолання дефектів мовлення у дорослих.
3. Підтверджено причино-наслідкові зв'язки між психоемоційним станом хворих та самою хворобою, ставлення до перебігу хвороби та його вплив на реабілітаційні заходи.

**Апробації:** Теоретичні аспекти даної роботи та програма дослідження були обговорені на 79-й звітній студентській науковій конференції Одеського національного університету імені І.І. Мечникова, яка відбувалася 24–28 квітня 2023 року у дистанційному форматі. Тема доповіді: «Дослідження порушень мовлення у дорослих: діагностика та корекція».

**Структура дослідження:** Робота складається зі вступу, 3 розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаної літератури в кількості 77 позицій. Загальний обсяг магістерської роботи становить 95 сторінок. Магістерська робота містить 2 таблиці, 6 рисунків та 4 додатки.

# РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПОРУШЕНЬ МОВЛЕННЯ У ДОРΟΣЛИХ

## 1.1. Поняття про мовлення

Мовлення – це складне, багатогранне та мультифакторне явище. Воно виступає як акт використання мови для спілкування. Мовна взаємодія між людьми завжди базується на конкретній мові та відповідає її внутрішнім правилам. Особливість мовлення характеризується тим, що залучає різноманітні наукові дисципліни. Цей об'єкт дослідження залишається центральним для мовних наук, проте кожна галузь має свій унікальний підхід та предмет вивчення. Мовлення одночасно є психофізіологічним, нейрофізіологічним, нейролінгвістичним, психолінгвістичним, генетичним, соціокультурним, етнічним, біологічним, фізичним та лінгвістичним явищем.

Тому вивчення мовленнєвих явищ потребує міжгалузевого підходу та інтеграції різних концепцій.

Мовлення за своєю природою є насамперед нейро-психо-фізіологічним проявом. Тому психофізіологи та нейрофізіологи розглядають мовлення як результат погодженої діяльності багатьох областей головного мозку.

Виокремлюють сенсорний (сприйняття і розуміння мовлення) та моторний (говоріння, письмо) відділи (зони) головного мозку. Центр сенсорного мовлення (зона Верніке) породжує нервові зв'язки, завдяки яким звукосполучення з огляду на сенсорні відчуття утворюють слова. Центр моторного мовлення (зона Брока) регулює роботу артикуляторних органів, які продукують мовлення з безпосередньою участю в цьому процесі дихального апарату і м'язів брюшного пресу. [22]

Мовлення прямо пов'язане з м'язовою моторикою та рухами рук. О.Р. Лурія, аналізуючи основні форми порушень мовлення (афазій), спричинених локальними ушкодженнями мозку, зробив висновок про фактори, що входять до мовленнєвої діяльності, та про роль різних систем кори головного мозку

людини у забезпеченні мовленнєвих процесів. [2] Він стверджував, що існують дві цілком відокремлені системи кори головного мозку, кожна з яких має свою спеціальну функціональну характеристику. Перша з них пов'язана з роботою задніх відділів мозкової кори (гностичні зони) і забезпечує функцію прийому, переробки та збереження інформації, що надходить ззовні. Друга – з роботою передніх (премоторних і лобних) відділів кори (динамічні зони) і забезпечує функцію формування намірів, планів та програм поведінки, зіставлення ефекту дії з вихідною інтенцією й регулювання діяльності, що відбувається.

Система кори лівої півкулі мозку забезпечує слуховий аналіз і синтез, виділення фонематичних ознак, вибір необхідного звучання із кількох альтернатив, можливість диференціювати різні звучання ([д - т], [п - б]), розрізняти фонемі, комплекси звуків (наприклад збігу приголосних – [кр], [стр]). Такі прояви мовлення, що виражаються в організації фонематичної основи мови, – типовий приклад функціонування мовленнєвих (парадигматичних) кодів. Нижні відділи постцентральної (кінетичної) мовленнєвої кори забезпечують діяльність органів артикуляції, чітке диференціювання близьких за звучанням артикуляцій, розрізнення різних за звучанням, але близьких за рушійною характеристикою артикулем, як губні [м], [б], [п] або піднебінно-язикових [л], [н], [д]. Третичні відділи тім'яно-потиличної зони кори головного мозку («зони перекриття») лівої півкулі пов'язані зі здатністю людини підшукувати необхідні точні слова, із семантичною організацією мовлення – словом як багатомірною матрицею смислових зв'язків. Шукане слово (береза) входить в систему ієрархічних зв'язків (дерево – рослина), зберігаються парадигматичні коди мовленнєвих значень (лексики і семантики). Третичні відділи лівої тім'яно-скронь-потиличної зони кори головного мозку дають змогу розуміти значення складних логіко-граматичних конструкцій, що містять словесне формулювання в парадигматичній системі «комунікації відношень»: «брат батька», «батько матері», «коло під квадратом», «муха більша від слона».

Кортикальні області передніх відділів мозку відрізняються своєю морфологією та фізіологією, маючи прямий вплив на:

1) Організацію рухових мовних процесів і мовної діяльності, що забезпечує їхній безперервний розвиток у часі відповідно до формованих намірів і планів.

2) Плавну синтагматичну структуру висловлювань з переходом від думки до розвиненого мовлення, охоплюючи синтаксичні одиниці та граматичні зв'язки, такі як координація, керування та узгодження слів у реченні, а також інтонаційно-мелодичну структуру.

3) Послідовність у вираженні мови як у формуванні висловлення, так і в розумінні мовних структур.

Останні 30 років досліджень фізіології та нейропроцесів надали детальну інформацію про механізми мовлення лівої півкулі. Вона відповідає за розпізнавання та класифікацію слів, усвідомлення квазіслів, врахування власних мовних зв'язків при обробці слів, а також створення висловлення будь-якої складності.

Мовлення лівої півкулі має складну синтаксичну структуру, здатну до узагальнень та абстракцій, а також багатство граматичних засобів. Зокрема, вона характеризується глибокими граматичними властивостями висловлення, які остаточно оформлені у відношенні до граматики та фонології.

Механізми мовлення правої півкулі мозку пов'язані з перцептивним розпізнаванням слів, рукописним письмом, розумінням мови глухонімих, а також з уподобанням конкретних слів, спрямованих на створення образів та виразних емоцій, не обов'язково з точки зору мовних характеристик. До функцій правої півкулі відносяться глибинні структури, співвіднесені з онтогенезом.

Серед функцій правої півкулі мозку - заповнення висловлень конкретним матеріалом, який сприймається і створюється, відображення індивідуального досвіду та чуттєвих вражень. Під час аналізу лексичного та граматичного матеріалу права півкуля орієнтується не на системну

організацію мови, а на конкретні предметні поняття для слів та позицію імені для фраз.

Мовлення правої півкулі мозку характеризується конкретністю та образністю, містить лексику, яка відображає чуттєві враження. Його структура проста, майже безсинтаксична; воно алогічне, недиференційоване та є підґрунтям для інтуїції та догадок. Участь обох півкуль у мовленнєвій функції передбачає постійну та гнучку взаємодію, що дозволяє створити повний чуттєвий образ світу.

Загальна область досліджень мовлення у науці включає нейролінгвістику та нейропсихологію, автори яких Т.В. Ахутіна, Ж.М. Глозман, О.Р. Лурія, Є.Г. Семерницька, В.М. Смірнов, Є.Д. Хомська, Л.С. Цветкова, А.Н. Шандуріна, Р. Якобсон та інші, присвятили увагу різним аспектам цього явища. [3,19] Їхні дослідження вказують на те, що ліва півкуля мозку, яка є домінантною, відповідає не лише за сам факт мовленнєвої діяльності, але й за організацію психічних процесів, пов'язаних з оволодінням мовою та впливом на форми поведінки, що моделюються мовленням.

Вони проаналізували випадки порушень у психічній діяльності, що виникають при ураженні домінантної (лівої) та субдомінантної (правої) півкуль мозку, виявивши різницю не лише у модально-специфічних (сенсорних і рухових), не лише в предметно-специфічних (мовленнєвих і немовленнєвих) процесах, але й у способі та рівні організації, якими характеризується будь-яка (в тому числі і мовленнєва) діяльність людини.

Ці дослідники переконали, що складна форма свідомої діяльності, зокрема мовленнєва, залучає обидві півкулі мозку, і кожна з них має власний внесок у її розвиток, відіграючи свою роль у структурній організації мовлення, логіко-граматичних формах, фонових компонентах та рівні свідомого, процесу організації. Тож мовлення презентується в науці і як засіб спілкування, і як частковий випадок діяльності спілкування. Тому в психології мовлення трактується передусім як мова, що функціонує в контексті індивідуальної свідомості особистостей, які завдяки мовленню не обмежуються особистим

досвідом; індивідуальна свідомість кожної людини завдяки мові збагачується суспільним досвідом, з одного боку, а з іншого – її особисті знання завдяки мовленню стають надбанням інших людей. Основну функцію свідомості – усвідомлення буття, його відображення – мовлення виконує специфічним чином: відображає буття, позначаючи його засобами мови. Тільки завдяки мовленню свідомість однієї людини стає данністю для іншої.

Здійснення мовлення - це явище психіки людини, її особливість, вища психічна функція, складний системний психічний процес, який формується протягом життя та має біологічні корені, але є соціально обумовленим.

Як психічний процес, мовлення пов'язане з пізнавальними (когнітивними) процесами, разом з якими воно розвивається та допомагає людині у сприйнятті світу. Одночасно ці процеси впливають на формування та розвиток мовлення, сприяють його становленню - вони стають необхідними складовими для мовлення (Б.Г. Ананьєв, А.В. Беляєва, П.П. Блонський, О.В. Брушлинський, Б.М. Величковський, О.В. Запорожець, І.М. Румянцева, Р.Л. Солсо)[19]. Проте мовлення, як процес, має не лише когнітивну, а й емоційно-вольову основу. Велику роль у мовленні відіграють емоційні процеси: вони не є протиставленням внутрішнім пізнавальним процесам, але взаємодіють з ними. Мовленнєва поведінка залежить від соціальних факторів, таких як культура, національні особливості, етика, виховання, міжособистісне спілкування, які під час інтеріоризації стають внутрішніми компонентами психічних структур. Зовнішні прояви психофізіологічних процесів у мовленнєвій поведінці людей виявляються через фонетичні характеристики мовлення (голосові вібрації, темброві модуляції, збільшений темп, швидкість мовленнєвих реакцій).

Проблема психологічних характеристик мовлення та його ролі у формуванні свідомості – це значущий аспект в області психології. Люди використовують мовлення для обміну думками, передачі настрою, почуттів, досвіду тощо. Проте для успішного мовного спілкування потрібні загальні засоби та правила передачі думок, що забезпечує мова. Мова - це система

словесних знаків, яка визначає спосіб спілкування у певному суспільстві. Але мова також є соціокультурним явищем, формованим національними відмінностями.

На відміну від мовлення, мова є загальнолюдським явищем, але водночас має чітко виражений індивідуальний відтінок у кожному конкретному випадку. Ця індивідуальність пояснюється різним рівнем володіння мовою - активним та пасивним словниковим запасом. Доросла людина володіє активним словниковим запасом, яким користується активно, а також значно більшим пасивним словниковим запасом, знання якого є лише пасивним та не використовується у мовленні [39].

Мовлення - це високоскладна функціональна система, яка формується за умов своєчасного розвитку мозкових структур та їх співпраці з соціально-психологічним впливом. Важливість мовлення у суспільному та особистісному житті відображена у його функціях. Деякі науковці виділяють дві основні функції мовлення: комунікативну - для спілкування між людьми, та мислеоформлювальну - як засобу вираження та розвитку думок. Мовлення слугує засобом вираження думок, позначаючи предмети, явища, дії та ознаки. Це призводить до виділення семантичної або сигніфікативної функції мовлення.

Мовлення класифікується на номінативну (змістову, позначальну), ідеаторну (розумову) та комунікативну (регулюючу) функції.

Структура мовлення розглядається у таких аспектах:

- 1) Фонетика - озвучення та артикуляція звуків мовлення;
- 2) Фонематика - аспекти, пов'язані з фонетикою, фонологією, фізіологією та психологією мовлення;
- 3) Граматика - організація мови (форми словозмін, словосполучень, типи речень);
- 4) Лексика - усі слова мови чи діалекту, утворюючи його словник.

Мовлення є складним психічним явищем, завжди індивідуальним і суб'єктивним, відображаючи ставлення особистості до об'єктивної реальності.

Фізіологічно мовлення базується на діяльності другої сигнальної системи, де стимули - це слова, а не предмети чи їх властивості. У процесі мовлення активуються різні функціональні зони кори головного мозку, проте окремі її частини мають ключове значення у цій функції, відомі як мовні аналізатори або центри мови.

Задні частини нижньої лобової звивини містять центр артикуляції та мови, відомий як центр Брока. Його ураження часто призводить до втрати мови. Задня частина верхньої скроневої звивини включає слуховий центр Верніке, ураження якого може призвести до втрати здатності розуміти значення слів. Середня поверхня потиличної ділянки містить зоровий центр, пошкодження якого може призвести до втрати здатності впізнавати написане.

Зазвичай, мовна функція виконується лівою півкулею головного мозку. Лише у 30% людей з переважанням лівої руки вона здійснюється правою півкулею. Зони кори, які відповідають за контроль артикуляції, знаходяться в обох півкулях [40].

Вербальне спілкування підтримується механізмами програмування мовленнєвих висловлювань, структурування синтаксичної форми речення та виразністю слів. Орієнтація суб'єкта мовлення важлива складова мовленнєвої діяльності.

Основними мозковими структурами, що впливають на формування мовленнєвої функціональної системи, є:

1) Акустичний аналізатор, відповідальний за гнозис мовлення - розпізнавання звуків та звукових послідовностей. Ця зона Верніке розташована у задньому відділі верхньої скроневої звивини у провідній півкулі.

2) Кінестетичний аналізатор, що керує праксисом мовлення, розташований у задньому відділі нижньої лобної звивини, в зоні Брока провідної півкулі.

Більшість вчених розглядає мовленнєву діяльність як унікальну форму діяльності, що суттєво відрізняється від інших.

Це положення базується на певних особливостях мовленнєвої діяльності, таких як "біполярність" – вид діяльності, що включає двох суб'єктів: мовця або письменника і слухача або читача. Перший - відправник або адресант, другий - отримувач або адресат. [54].

Мовленнєва діяльність, за своєю природою, є інтелектуальним видом діяльності, орієнтованим на мету та предмет. Її предметом є думка - відображення певного аспекту довкілля у свідомості людини. Адекватне відтворення реальності у мовленні передбачає виконання всіх основних розумових операцій, зокрема аналізу та синтезу.[3].

У мовленні людей, залежно від умов, виявляються різні особливості, і тому розрізняють різні види мовлення. Перш за все, виділяють зовнішнє та внутрішнє мовлення. [68]. Зовнішнє мовлення умовно ділиться на усне та письмове. У свою чергу, усне мовлення може бути монологічним або діалогічним. Зовнішнє мовлення служить спілкуванню (навіть якщо іноді людина роздумує вголос, не спілкуючись ні з ким), і його основною рисою є доступність для сприйняття іншими (через слух або зір).

Залежно від того, чи використовуються для цього звуки або писемні символи, розрізняють усне (звичайне усне мовлення) та писемне мовлення. Усне та писемне мовлення мають свої психологічні відмінності. Усне мовлення передбачає взаємодію зі слухачами, тоді як писемне звернене до відсутнього читача. Залежно від умов спілкування усне мовлення може бути діалогічним або монологічним.

Діалогічне мовлення - це обмін словами двох або декількох осіб, що говорять по черзі. У звичайному спілкуванні діалогічне мовлення відбувається неплановано і є процесом взаємодії. У такому спілкуванні не потрібна спеціальна підготовка, оскільки учасники спільно сприймають ті ж факти та явища, тому легко розуміють один одного.

Монологічне мовлення відображає обставину, коли одна людина говорить, а інші лише слухають, не приймаючи участі у бесіді. Такий вид мовлення широко використовується в лекціях, доповідях та промовах на

заходах. Саме ця форма мовлення має чітко виражену спрямованість на аудиторію. Її мета - вплинути на слухачів, передати їм знання та переконати у чомусь. Саме через це монологічне мовлення вимагає розгорнутого викладу думок, систематичного планування та підготовки.

Внутрішнє мовлення - це внутрішній, беззвучний процес мовлення. Це не доступний для інших мовленнєвий процес і не може слугувати засобом спілкування. Внутрішнє мовлення - це словесний образ мислення. Воно є скороченим, згорнутим та майже завжди не вираженим у повних реченнях. У зовнішньому мовленні слова отримують значення через різноманітні когнітивні, емоційні та інші асоціації. У внутрішньому мовленні сенс переважає над значенням. Воно має скорочену форму промови та глибокий смисловий зміст. Особливістю семантики внутрішнього мовлення є аглютинація - злиття слів в одне зі скороченням. Слова, що виникають, мають подвійне чи навіть потрійне значення, об'єднане в одному слові.

Проміжне положення між зовнішнім та внутрішнім мовленням визначається як егоцентричне мовлення, спрямоване на себе, а не на співрозмовника. Воно не передбачає зворотної реакції зі сторони іншої людини. Дитяче егоцентричне мовлення, яке часто проявляється, коли діти граються та спілкуються самі з собою, можна помітити й у дорослих, особливо коли вони самостійно вирішують складні завдання та роздумують вголос. Ця форма мовлення служить не стільки спілкуванню, скільки внутрішньому мисленню, поєднуючи в собі як зовнішню, так і внутрішню психологічну функцію. Починаючи як зовнішній діалогічний процес, егоцентричне мовлення розвивається внутрішнім.

Види такого мовлення можна розрізнити за кількома ознаками:

- 1) Складність психофізіологічних механізмів (хорове, ехолалічне - просте повторення, мовлення-називання та комунікативне).
- 2) Рівень планування (активне - монологічне, реактивне - діалогічне, допоміжні види - читання письмового тексту).
- 3) Ступінь довільності (в більш або менш довільній формі).

4) Зовнішність чи внутрішність (усне - зовнішнє монологічне та діалогічне, афективне мовлення; письмове - зовнішнє; внутрішнє мовлення). [24,39]. Нормативні оцінки мовлення включають різні параметри: розвинутість, склад, темп, швидкість, правильність звукового використання, адекватність висловлювань та інші аспекти.

Окрім цього, мовлення має свої показники: словниковий запас, граматична правильність, фонетична чистота, а також відповідність мовлення віковій групі особистості.

Отже, мовлення – це активне використання мови для спілкування. Комунікація між людьми через мову завжди підпорядкована її правилам. Мовлення є не лише психофізіологічним, але й нейрофізіологічним, нейролінгвістичним, психолінгвістичним, генетичним, соціокультурним, етнічним, фізичним, лінгвістичним явищем та іншими.

## 1.2. Види порушень мовлення у дорослих

Оскільки проблеми мовлення протягом тривалого часу привертати увагу медичних наук, перші класифікації мовленнєвих вад мали в основі клінічний та етіопатогенетичний підхід. Однією з широко використовуваних у практиці є класифікація мовленнєвих розладів за клінічно-педагогічним підходом, розроблену М.Є. Хватцевим, О.Ф. Рау, О. В. Правдіною, С.С. Ляпідевським, Б.М. Гриншпуном та іншими. [24]

Ця класифікація відрізняє різні форми мовленнєвих порушень, кожна з яких має свою унікальну симптоматику та динаміку проявів. Її увага зосереджена на порушеннях, що піддаються корекції за допомогою логопедичних методів, заснованих на медичних даних і клінічних характеристиках, що розкривають причини цих порушень мовлення. Такий підхід базується не на одному, а на різноманітних психолого-лінгвістичних та клінічних критеріях, розширюючи уявлення про розлади мовлення.

Порушення усного мовлення можна розділити на дві основні категорії:

1) Порушення звукового вираження або вимови, що стосуються зовнішнього оформлення висловлювання (порушення голосоутворення, ритміки та темпу, інтонації та мелодії мовлення).

2) Порушення внутрішньої структури та смислового наповнення висловлювання, які називають системними або поліморфними порушеннями мовлення.

Ці розлади можуть бути ізольованими або поєднаними, в залежності від чого класифікують їх у різні види мовленнєвих відхилень. Афонія, дисфонія, відносять до порушень голосоутворення, що спричинені патологічними змінами у голосовому апараті. Ці терміни можуть використовуватися як синоніми: голосові або фонаційні порушення. Їх характеризує відсутність звукового вираження (афонія) або часткова втрата висоти, сили та тембру голосу (дисфонія). Причиною афонії (дисфонії) може бути несправність або обмеженість руху голосових зв'язок через органічні або функціональні проблеми у системі голосоутворення, будь то центральні чи периферичні проблеми. Це порушення може виникати як самотійно, так і в поєднанні з іншими дефектами мовлення, наприклад, у разі афазії, дизартрії, ринолалії чи заїкання.

Існує декілька типів мовних відхилень, які часто спостерігаються у дорослих[68]. Поширені серед них:

Дизартрія - це повільне, нечітке висловлювання через ураження м'язів або нервових структур, що контролюють мовлення.

Спастична дисфонія - хриплість або приглушеність голосу внаслідок непередбачуваних скорочень голосових зв'язок (часом це може спричиняти утруднення дихання під час мовлення).

Афазія - це ускладнене розуміння усного мовлення та вибір слів для висловлення думок (іноді супроводжується неправильною вимовою слів).

Порушення мови взагалі - будь-які негативні зміни у функціонуванні мовного апарату людини, як от зміни вимови слів або складності сприйняття мовлення. Причини таких змін можуть бути різними - від конкретного

порушення до певних медичних умов. Наприклад, афазія може бути результатом інсульту, тромбоутворення, наявності новоутворень у мозку або травм голови. У деяких випадках у дорослих може бути ускладнено вибирати та інтерпретувати слова через захворювання, такі як хвороба Альцгеймера або деменція.

Існують різні види відхилень у мовленні:

1) Проблеми зі швидкістю мовлення (або з його темпом, будь то занадто швидке або повільне).

2) Порушення мовного апарату, які можуть бути викликані патологічними змінами у вигляді фізичних аномалій або дефектів у роботі мовного апарату.

3) Проблеми з вимовою або заїканням, які можуть включати неправильну артикуляцію певних звуків.

4) Порушення роботи мовного апарату, центральної нервової системи (ЦНС) або головного мозку, що може призводити до різноманітних дефектів мовлення.

Дислалія - одна з найбільш поширених форм порушень мовлення, коли людина має великий словниковий запас і здатна правильно формувати речення, але неправильно вимовляє певні звуки. Цей дефект є фонетичним, тобто пов'язаним з вимовою. У людей із цим розладом не спостерігається погіршення слуху.

Механічна дислалія виникає через анатомічні аномалії у периферичному мовному апараті, такі як аномалії зубної системи, відсутність чи аномалії різців, проблеми з прикусом або патологічні зміни у структурі різних частин ротової порожнини.

Ці порушення мовлення часто є самостійними, але іноді можуть виникати порушення, коли відразу заангажовані кілька компонентів складного механізму мовлення, наприклад, дизартрія або ринолалія.

Дизартрія - це розлад мовлення, викликаний органічними ураженнями центральної нервової системи, зазвичай рухової, і проявляється у різних

порушеннях артикуляції, фонації та дихання. Його характер і ступінь виявляються в залежності від тяжкості ураження нервової системи. В легких випадках можуть спостерігатися лише деякі недоліки вимови, що проявляються як нечітке мовлення, важчі випадки супроводжуються серйозними проблемами з вимовою, ритмом, виразністю та замінами звуків, що призводить до важкостей у розумінні мови.

Типовим для дизартрії є загальне порушення звуковимови, включаючи вимову голосних та приголосних звуків, ритмічність, інтонацію та мелодію мовлення через обмежену рухливість артикуляційних м'язів. При важких ураженнях ЦНС може наступити повний параліч мовно-рухових м'язів, призводячи до анартрії, коли мовлення стає неможливим.

Розрізняють декілька форм дизартрії в залежності від місця ураження нервової системи: бульбарна, псевдобульбарна, коркова, підкоркова (змішана, екстрапірамідна), мозочкова. Кожна з них має свої клініко-психологічні та нейролінгвістичні особливості і потребує не лише корекційно-логопедичних втручань, але й спільної систематичної роботи спеціалістів у цій області.

Ринолалія представляє собою порушення тембру голосу та артикуляції, спричинене анатоміко-фізіологічними аномаліями мовного апарату. Гугнявість, як фонетичне явище, має різний початок і походження. Це може бути і внаслідок надмірного, і в результаті недостатнього резонансу в носовій порожнині під час мовлення. Перший випадок спричинений аномаліями будови твердого та м'якого піднебіння, що впливають на зв'язок між ротовою та носовою порожнинами, й призводить до неспроможності повністю затримувати повітря в ротовій порожнині, що призводить до виходу значної частини повітря через ніс. Другий варіант гугнявості зумовлений органічними змінами у носовій або носоглотковій ділянках або функціональними порушеннями затримки повітря в ротовій порожнині, що ускладнює нормальний процес носового дихання. Залежно від характеру функціональних аномалій піднебінно-глоткового зв'язку, існує кілька форм ринолалії. Зазвичай виділяють три основні форми: закрити, відкрити та змішану, і кожна з них

може мати органічне або функціональне походження згідно з етіологічними критеріями.

Мутизм є однією з патологій, яка може розвиватися в результаті сильної психічної травми. У дорослих осіб це захворювання проявляється такими ознаками: повна німота, відсутність як активного спілкування, так і виразного висловлення; збереження розуміння оточуючих, аналітичних здібностей та спроможності засвоєння інформації; свідомість залишається, хоча рухові та мовні функції втрачені – людина може спостерігати за навколишнім, рухати очима та тимчасово зосереджуватися на чомусь; режим сну та активності не порушений; можливі реакції на зовнішні подразники – збільшення серцевого ритму, потовиділення та реакції рухів.

У більшості випадків селективний мутизм у дорослих проявляється у вигляді тривоги та хвилювання. Під час спілкування людина може говорити тихо, запинятися на словах та почервоніти. Також можливі нав'язливість: особа може посилити деякі рухи під час розмови, надмірно мисити руки або обпікає нігті.

Істеричний мутизм є наслідком сильного шоку, після якого відбувається втрата мови. Люди, схильні до цієї патології, зазвичай є чутливими та емоційними, особливо це стосується жінок. Цей стан може тривати від кількох хвилин до кількох місяців, залежно від глибини психологічного стресу та ефективності терапевтичних заходів під час лікування.

Вибірковий мутизм є наслідком біологічних та соціальних чинників. Серед перших – спадкова схильність до збільшеної тривоги та слабкий тип нервової активності. Серед соціальних факторів: часті стресові ситуації; психічні травми; черепно-мозкові травми;

Таким чином, порушення усного мовлення поділяють на два типи: порушення вимовного аспекту мовлення чи порушення фонаційного (зовнішнього) оформлення висловлювання та порушення структурно-семантичного (внутрішнього) оформлення висловлювання. Існують наступні типи дефектів мовлення: проблема швидкості відтворення (швидко чи

повільно); патологія мовного апарату; заїкання (логоневроз); дефекти вимови різних звуків; неправильна робота мовного апарату, ЦНС і головного мозку, афазичний розлад мовлення.

### **1.3 Афазія. Клініко-психологічна характеристика дорослих пацієнтів**

Афазія є станом, коли мовлення втрачається або зменшується через пошкодження кори головного мозку. Це порушення впливає на різні аспекти мовлення та спричиняє дезінтеграцію психічної сфери особистості. Причинами афазії можуть бути пухлини, травми головного мозку, проблеми з кровообігом, судинні або інфекційні захворювання. Вивчення афазії, яке називається "афазіологія", має важливе значення для розуміння мовлення пацієнтів з афазією як засобу самовираження, передачі і сприйняття інформації, вираження емоційного ставлення та соціальної координації поведінки [19].

Характер афазії, важкість дефекту та спосіб його прояву залежать від таких чинників:

- а) розміру та місцезнаходження ураження;
- б) характеру порушення кровообігу;
- в) стану непошкоджених ділянок мозку, які здатні виконувати компенсаторні функції.

Розглянемо типові форми афазій та їх клінічні, психологічні та нейропсихологічні відмінності :

*Акустико-гностична сенсорна афазія (афазія Верніке).* У клінічній картині ця форма афазії виявляється у феномені «відчуження сенсу слів», в порушенні розуміння слів, зверненої мови. У психологічній картині, перш за все, виявляється порушення всіх функцій мови, крім її емоційно-виразних компонентів. Нейропсихологічний синдром включає: порушення всіх видів усної імпресивної мови; порушення читання і письма; порушення усного

рахунку (зі слуху) через дефекти аналізу звуків; порушення відтворення ритмів; порушення емоційно-вольової сфери, що виявляється в тривожності, легкої збудливості, нестійкості емоційних реакцій. Мовленнєві порушення: Спонтанне мовлення складається з набору випадкових звуків, складів, словосполучень, що отримало назву «жаргонафазія», «мовна окрошка» або «словесний салат», логорея, літеральні і вербальні парафазії. Мовлення іноді має «вигадливий» стилістичний малюнок. Розпад процесу читання, невміння прочитати вголос і дізнатися окремі літери; глобальне читання збережене.

*Еферентна моторна афазія (афазія Брока).* У клінічній картині проявляється в персеверації - патологічних повторах або наполегливому відтворенні якої-небудь дії, складу, слова. Психологічна картина характеризується наявністю труднощів включення в активне мовлення. При спробі спонтанного висловлювання, при відповідній в діалозі не в змозі почати фразу. Однак, якщо вдається вимовити перше слово, то нерідко здійснюється проголошення і всієї фрази. В нейропсихологічний синдром еферентної моторної афазії входить також порушення читання і письма, що виникає через порушення того ж механізму (утруднення в починанні фрази); порушуються предметні дії (апраксія). Мовленнєві порушення: проголошення окремих звуків залишається збереженим, усне мовлення порушується лише при переході до серійного проголошення звуків, слів. Через персеверації стає неможливим конструювання і проголошення пропозицій. Персеверації збільшуються зі збільшенням наполегливих спроб вимовити склад, слово, пропозицію. У зв'язку з цим усне мовлення відсутня повністю, заміщаючи одним-двома мовними уламками - емболами. Порушення просодики мови, ритміко-мелодійної структури, інтонації: голос погано модульований, мовлення скандоване. Спонтанне мовлення рясніє штампами, стереотипами.

*Аферентна кінстетична моторна афазія.* Клінічна картина проявляється або в повній відсутності експресивної мови, або у великій кількості літеральних парафазій у всіх видах експресивної мови (спонтанна, повторна, номінативна). Автоматизовані перші форми мови (спів, вірші, імена

близьких людей і т.п.) залишаються більш збереженими. У психологічній картині виявляється порушення ланки звукорозрізнення в структурі мови, тобто порушення сенсомоторного рівня організації мовлення в ланці кін естетичного аналізу звуків, що веде до труднощів створення моторної програми мови. При відносній збереженості мимовільного рівня організації мовлення, труднощі починаються, коли необхідно усвідомлено вимовити, повторити звук, слово, фразу. Нейропсихологічні особливості : В основі даного порушення лежить порушення адресації нервових імпульсів, які повинні забезпечити потрібний розмах, силу і напрям рухів губ, язика. Особи з цією формою афазії не можуть швидко і без напруги артикулювати слова і звуки. У зв'язку з цим відбувається заміна одних звуків іншими, близькими за місцем і способом походження. Все це призводить до порушення усного експресивного мовлення. Порушуються всі функції, види, форми мовлення.

*Акустико-мнестична афазія.* Клінічна картина цієї афазії полягає у негрубому порушенні розуміння мови і відчуження сенсу слів, нерозуміння сенсу прихованого підтексту висловлювання, порушення називання предметів, негрубі порушення мовлення (характерні вербальні парафазії при відсутності літеральних). У клініці має місце і симптом відчуження сенсу слова при правильному його повторенні, проте немає таких потужних симптомів відчуження сенсу слів, як при сенсорній афазії (немає «мовної окрошки»).

В психологічній картині слід зазначити, що порушення розуміння мови, відчуження змісту слів йде на тлі збереженого фонематичного слуху та процесу звукорозрізнення. Основний механізм порушення операцій мовнослухової пам'яті, причому - не порушення слідової діяльності, тому що сліди фіксуються, а гальмування цих слідів, які не "забуваються", а «забиваються» наступною інформацією, визначаючи феномен ретроактивного гальмування, який виявляється в кращому «зчитуванні» свіжих слідів в порівнянні з колишніми, що призводить до посилення порушення при збільшенні інформації. Феномен «відчуження сенсу слів» предметних образів.

Нейропсихологічні симптоми: порушення розуміння мови - звернень, підтексту, алегорій; відчуження значення і змісту слів, іноді при правильному їх повторенні і проголошенні; порушення усної експресивної мови - спонтанної, повторної; порушення номінативної функції мови; порушення сприйняття та оцінки ритмів. Всі види праксису і гнозису збережені. В емоційно-вольовій та особистісній сферах хоча і має місце тривожність і зайва метушливість, проте відсутня різка емоційна лабільність. При цій формі афазії є розуміння коротких мовних конструкцій. При сприйнятті більш розгорнутих текстів характерні помилки осмислення. Груба і середня ступінь прояву порушення характеризуються наявністю в експресивній мові коротких фраз з частими паузами через труднощі знаходження потрібного слова і вербальними парафазіями. Легка ступінь представлена різноманітним словниковим запасом, досить розгорнутої фразової промовою; іноді відзначаються труднощі знаходження потрібного слова по амнестичному типу.

*Семантична афазія.* У клінічній картині не виявляється глибокого порушення експресивної мови. Справляють враження людей зі зниженням пам'яті, звуженням кругозору. У просторі орієнтуються насилу. У психологічній картині не відзначено грубих зовнішніх ознак порушення мови: розуміють побутову мову, адекватно відповідають на питання, труднощі в усному мовленні не виходять за межі легкого забування слів. Семантична афазія протікає в нейропсихологічному синдромі симультанній агнозії, астереогноза, порушення схеми тіла, просторової і конструктивної апраксії і первинній акалькулії (порушення рахунку). На тлі збереженого сприймання окремих предметів виявляється порушення сприймання тонких просторових відносин, взаємовідносин предметів в просторі. Відсутні порушення читання і письма, можуть розмовляти, використовуючи прості конструкції пропозицій, розуміти просто побудовану звернену мову, однак ускладнення граматичної будови мови веде до її нерозуміння й розгубленості. При збереженості акустичного гнозису порушується розуміння мови через труднощі симультанного сприймання логіко-граматичної конструкції.

*Динамічна афазія.* У клінічній картині проявляється при активному, продуктивному мовленні, що виражається в заміщенні мовними шаблонами, стереотипами та в порушенні предикативності мовлення: в мові мало дієслів, або взагалі відсутні, коротка «рубана» фраза, тривалі паузи між словами. Психологічна картина представлена порушенням комунікативної функції мови через порушення таких її властивостей, як активність, навмисність, емоційно-виразна функція. Страждають усна експресивна і внутрішня форми мовлення. Повторна, номінативна форми мовлення залишаються збереженими. Збережені читання і письмо. Найбільш виразно при динамічній афазії виступає порушення монологічного мовлення і розгорнутого діалогу. [44,64,65,68]

Важливо зауважити, що афазії нерідко можуть бути комбінованого типу. Так, у хворих можна спостерігати комплексну моторну афазію та сенсорно - моторну афазію. Останній вид доволі тяжкий випадок, адже розуміння зверненої мови та артикуляція слів пацієнту не доступні.

Афазія безперечно впливає на особистість і може викликати стійкі або динамічні зміни. У випадку стійкого типу змін особистості, спостерігаються зміни в мотивах поведінки, емоційно-вольовій сфері та самооцінці. Різні форми афазії можуть мати відмінності в характері та ступені вираженості цих змін. Наприклад, хворі з моторною афазією можуть відчувати більш виражений дефіцит вербальної комунікації, тоді як у хворих з сенсорною або акустико-мнемонічною афазією можуть зберігатися деякі можливості мовлення, хоча спотворені. Афазія також може впливати на самооцінку та рівень домагань на мовленнєві завдання.

Реакції на афазію можна розділити на три основні категорії: нормальна реакція, яка є природною відповіддю індивіда на подію, що глибоко змінила його життя; невротична реакція, яка виникає внаслідок події і вказує на наявність розладу, спровокованого стресом; та психотична реакція, яка свідчить про наявність відповідного розладу, викликаного стресовою ситуацією[21]. Порушується контроль над емоційною сферою, а не сама сфера

емоцій. Також спостерігаються у пацієнтів виражені проблеми з критикою, звуженням кола інтересів та емоційними розладами.

Афатичні хворі демонструють появу розчарованості, втрату віри у можливість відновлення мовленнєвої функції, емоційну нестійкість і тривожність[38].

У пацієнтів з афазією також спостерігаються особистісні порушення, такі як аспонтанність, інактивність та інертність.[21] Аспонтанність виявляється в нездатності самостійно займатися діяльністю, тому пацієнтів потрібно постійно стимулювати, мотивувати та підбадьорювати, звертаючи увагу на прогрес, що досягається. Інактивність проявляється в сповільненні часу, потрібного для виконання завдань у межах певної функції. Для корекції цих порушень, слід дати пацієнтам можливість самостійно вибирати складність завдань відповідно до їхніх здібностей та уподобань, стимулювати активність, а також встановлювати часові рамки.

Інертність означає складність переходу від одного виду діяльності до іншого. Ця особливість у хворих вимагає систематичної та цілеспрямованої організації діяльності, в якій різні види діяльності чергуватимуться. Порушення сну також є типовими для осіб з афазією. Це може проявлятися у безсонні або, навпаки, підвищеній сонливості. Ці проблеми можуть бути наслідком ураження мозку, спричиненого порушенням кровообігу або депресивного стану. У першому випадку, особливо під час гострого періоду інсульту, серйозні порушення сну свідчать про тяжкість ураження і неблагоприятний прогноз. Порушення сну також можуть бути проявом депресивного стану. Майже у всіх хворих, які пережили порушення мозкового кровообігу, спостерігаються різні емоційні реакції, такі як апатія, роздратування та агресія. Ці реакції виникають внаслідок втрати інтересів, віри в одужання та проявів депресії. Крім фізичних страждань та інших прямих обмежень, що спричинені хворобою, хворий також переживає свою безпорадність та повну залежність від оточуючих. Він боїться стати інвалідом та становити тягар для своїх близьких. У перші дні і тижні після інсульту

емоційний стан хворих є дуже нестійким: сумовитість змінюється на дратівливість та запальність.

Афазія не відноситься до психічних розладів. При афазії порушення стосуються не загальних інтелектуальних здібностей, а мовленнєвого механізму, який перешкоджає реалізації інтелектуальної діяльності [66].

Хворі на афазію сприймають об'єктивну дійсність по-іншому, оскільки вони часто мають агностичні розлади та порушення первинної перцепції (зорової та слухової). Проте ці порушення не еквівалентні загальній деменції, і вони не суттєво впливають на зміни у поведінці у повсякденних ситуаціях.

Характер порушень інтелектуальних функцій у різних формах афазії є досить різноманітним і залежить від особливостей мовленнєвого дефекту.

Часто хворі на афазію мають синдром "егоцентризму" мислення, коли вони оцінюють все навколишнє з точки зору власного ставлення до себе. У динамічній афазії інтелектуальний дефект є первинним, що відрізняє її від інших форм афазії. Мовний дефект відображає інтелектуальну недостатність, при якій хворі не здатні аналізувати навіть елементарні завдання та виділяти суттєві зв'язки. Відсутній мотив інтелектуальної діяльності та загальна мета вирішення завдання.

Таким чином, афазія є серйозним захворюванням, яке призводить до втрати мовлення та впливає на особистість хворого. Це впливає на його ставлення до себе та до інших людей. Порушення особистості можуть бути як структурними, коли їх дефекти входять до самої структури афазії, так і функціональними, що є реакцією хворих на хворобу та зміну соціального статусу. Ці особливості можуть впливати як негативно, так і позитивно на тяжкість афазії, її динаміку, а також на реадaptaцію та соціалізацію хворого.

Зміни в особистості у хворих на афазію, так само як і сама афазія, можуть змінюватися на краще при проведенні раціонального відновлювального навчання. Спонтанні зміни в цих випадках не відбуваються.

## 1.4 Логоневроз. Клініко-психологічна характеристика дорослих пацієнтів

Життя з логоневрозом є складним, оскільки від здатності до спілкування залежать успіх у суспільстві, самоповага, особисте життя та кар'єрні можливості.

**Логоневроз** (від латинського "Logoneurosis") - це патологічне порушення плавності мови, яке проявляється у мимовільних затримках, повтореннях або зтяжному вимовлені окремих звуків, складів або слів.

Інша назва логоневрозу - заїкання. Заїкання зазвичай розвивається у дитячому віці від 3 до 8 років, і у хлопчиків воно спостерігається утричі частіше, ніж у дівчаток. Без лікування заїкання може залишатися протягом усього життя. Логоневроз зазвичай сприймається як невротичний розлад, який може бути спричинений психологічною травмою, переляком або іншими сильними переживаннями. Основною небезпекою, яку він несе, є соціальна дезадаптація, розвиток неврозів, фобій, почуття неповноцінності та низької самооцінки [23].

Тому важливо з'ясувати причини логоневрозу і забезпечити його лікування.

Різні форми заїкання можна об'єднати у дві основні групи:

- 1) функціональне заїкання,
- 2) органічне заїкання.

Зазвичай розрізняють два типи функціонального заїкання: заїкання, яке виникає у період розвитку і посттравматичне заїкання.

Симптоми логоневрозу, як захворювання, є непостійними і часто супроводжуються іншими невротичними порушеннями. У випадку такого типу заїкування людина не має стійких проблем з складними звукосполученнями, а заїкання проявляється лише в стресових ситуаціях, коли спілкування стає психологічно важким (наприклад, в конфліктних ситуаціях, під час виступу або іспиту). Деякі джерела також використовують терміни "лалоневроз" або "логоклонія" для позначення цього стану. Оскільки

логоневроз має неврологічне коріння, він часто пов'язаний з феноменом, відомим як логофобія (або вербофобія) - страх говорити. [68]

Головний симптом логоневрозу - заїкання, викликане спазмом певної частини мовного апарату. Це може бути спазм гортані, коли людина блокує звук, або спазм губ або язика, що призводить до неспокійного мовлення. Логоневроз проявляється повторенням одного звуку, слогу або невеликого слова. Це може виникнути через артикуляційний спазм або спазм мовного апарату. Заїкання при логоневрозі з'являється лише в стресових ситуаціях. Будь-яка емоційна напруга, сварка чи сильні емоції можуть спровокувати його. Оскільки логоневроз є головним неврологічним фактором, він може супроводжуватися певними симптомами. До заїкання можуть приєднатися м'язові тики, непрохані гримаси, моргання та судоми. Пацієнти скаржаться на відчуття задухи й нестачі повітря.

Сукупність проявів, які об'єднуються під поняттям "заїкання", включає[1]:

- Неперервне повторення слів або їх частин, які пацієнт не може припинити своєю волею.
- Подовження або "витягування" звуків або складів.
- Необґрунтоване збільшення гучності мови, коли важко "пропхнути" слово.
- Перший склад слова, який пацієнт намагається вимовити максимально голосно.
- Напруга м'язів обличчя та шиї, їх скорочення.
- Відчуття задухи й спазми дихання під час "заїкання".
- Додаткові рухи рук або тулуба, які пацієнт виконує, ніби "допомагають" мовленню.
- Використання міміки замість слів у всіх випадках.

*Спастичне дихання є найхарактернішим ознакою.* Голосовий і дихальний апарати тісно пов'язані між собою, і коли м'язи гортані судомно

стискаються, мова стає нерівномірною. Емоційне збудження підсилює цей стан, а спроба прискорити мову робить затримки ще помітнішими.[1,68]

Цікаво, що під час "мовлення всередині себе", тобто без вимови слів, думки та внутрішня мова рухаються плавно без будь-яких зупинок.

Проблеми виникають саме тоді, коли людина намагається вимовити свої думки вголос. Ця невідповідність свідчить про невротичний характер заїкання. Мовленнєві проблеми впливають на поведінку людини, і вона прагне уникати спілкування з незнайомими людьми та уникати публічних виступів. Важливо, що в колі родини або друзів, при доброзичливому та терплячому ставленні, заїкання стає практично непомітним і пом'якшується.

Залежно від переважання певних симптомів виділяють кілька типів невротичного заїкання [1,23]:

Таблица 1

<b>Вид логоневрозу</b>	<b>Клінічні прояви</b>
Тонічний логоневроз	Виявляється у вигляді паузи у промові, під час якої людина робить спроби щось сказати. Цей вид порушення мови може бути «розтягуванням» будь-якого звуку.
Клонічний логоневроз	Людина, яка страждає на цей вид, повторює один звук або склад.
Змішаний тип	Варіант, у якому можливі обидва прояви.

Перехід від клонічного заїкання до тонічного заїкання свідчить про прогресування захворювання.

Люди, які мають невротичні розлади, зокрема заїкання, часто виявляють певні особистісні риси та потрапляють у ситуації, які погіршують їх стан, подібно до ключа, що пасує до замка.

Заїкання рідко розвивається у людей, які є збалансованими, спокійними та задоволеними життям. Зазвичай перед початком заїкання в особистого розладу існують певні проблеми, комплекси, почуття провини та незадоволення собою, що заважають відкриватися. Багато дорослих з заїканням мають невротичні звички, такі як гризіння нігтів, скручування волосся на палець, крутіння гудзиків або безпосередні рухи, які допомагають зняти внутрішню напругу.

Також змінюється психічний стан людини, вона стає вразливішою і гостро відчуває свою неповноцінність. Люди з заїканням можуть скаржитися на втрату апетиту, порушення сну, підвищений рівень тривожності та немотивовані страхи. Цей стан психіки, в свою чергу, сприяє виникненню нових приступів заїкання. Людина з логоневрозом починає свідомо уникати ситуацій, які можуть спровокувати заїкання, що може призвести до депресії.

Заїкуватість у дорослих може бути пов'язана зі складністю самовираження, невпевненістю у собі, страхом приниження, публічного сорому, перебільшеними думками про свій зовнішній вигляд та сприйняття інших людей. Часто людина не вважає себе достатньо гідною для рівноправного спілкування, вільного висловлення своїх думок і почуває себе нудною або "гіршою за інших". Логоневроз, як і інші неврози, зазвичай розвивається у чутливих людей з високими вимогами до себе та комплексами.

У дорослих, які страждають від заїкання протягом усього життя, до передумов можуть додаватись вимогливі та авторитарні батьки, які часто є невротичними і перешкоджають розвитку індивідуальності дитини.

Загалом, «цілями» логоневрозу або неврозу мови можуть бути [27]:

- Люди з травмами головного мозку, інфекційними захворюваннями мозку, ДЦП, пухлини, порушення трофіки головного мозку, інсульту, психічні захворювання та психопатії, спадкова схильність.
- Маленькі діти, що тільки починають вивчати мову, заїкання може бути нормальним етапом формування мовного апарату.

- Підлітки, в яких заїкання може бути наслідком нестійкості психіки, емоційної збудливості, схильності до драматизації та вразливості, а також реакцією на сімейні негаразди і конфлікти.
- Люди, що отримали психогенне заїкання під впливом психічної травми або дисбалансу нервової системи.

У відміну від заїкання, що виникає в період розвитку мовлення, **посттравматичне заїкання** появляється несподівано під впливом нервового потрясіння, страху, гніву, болю та інших факторів. Причиною заїкання можуть бути фізична травма (падіння з певної висоти, отримані травми в автокатастрофі тощо) або психічна травма.

Посттравматичне заїкання найчастіше має тонічну форму і у деяких випадках супроводжується синкінезіями, що означає, що воно є заїканням другого або третього ступеня. Синкінезії можуть з'явитися одночасно з заїканням або долучитися пізніше.

Травми можуть спричинити появу прихованих форм патологічних змін у центральній нервовій системі, які можуть проявитися лише після певного часу. Посттравматичне заїкання є найважчою формою заїкання, що вражає різко вираженою інвалідністю. Внаслідок численних синкінетичних скорочень м'язів обличчя хворого нагадує спотворену маску, іноді дуже неприємну.

Наприклад, у одного пацієнта гримаси спотворюють губи, як тільки він починає говорити; у іншого видається язик або різко відкидається голова, а іноді й усе тіло назад; у деяких пацієнтів під час мовлення починають рухатися кінцівки, наприклад, вони стискають кулаки, кидають ноги тощо.

### **Висновки до першого розділу**

За результатами теоретико-методологічного аналізу порушень мовлення у дорослих, виявлено що процес мовлення – це складне психічне явище, завжди унікальне та суб'єктивне, відображаючи індивідуальне ставлення до

світу. Фізіологічною основою мовлення є діяльність другої сигнальної системи, де слова виступають як подразники. Мова та мовлення взаємодіють, утворюючи спільну цілісність.

Порушення усного мовлення поділяються на два типи: порушення вимовного аспекту (голосоутворення, темпо-ритмічна, інтонаційно-мелодична, звуковимовна організація) та порушення структурно-семантичного оформлення висловлювання.

До основних типів афазії, що є наслідком інсульту та травм мозку відносять: тотальну афазію, коли втрачено здатність говорити, розуміти мову та впізнавати оточуючих; моторну афазію, коли людина розуміє мову, але не може говорити через ураження мовно-рухового центру; сенсорну афазію, яка порушує розуміння мови внаслідок ураження зони Верніке; семантичну афазію, коли важко розуміти багаторівневі мовні конструкції, але прості фрази доступні; та амнестичну афазію, коли забуваються назви предметів або не можна співвіднести назву і фізичний об'єкт.

Логоневроз виявляється сукупністю порушень темпу, ритму та плавності мови, спричинених судомами м'язів обличчя. Це призводить до вимушених зупинок мови, повторення звуків чи складів, а також додавання зайвих звуків.

## **РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ МОВЛЕННЯ У ДОРΟΣЛИХ**

### **2.1 Організація емпіричного дослідження порушень мовлення у дорослих**

Дослідницьку роботу виконано на кількох етапах, кожен з яких мав свою вагому роль у становленні та розвитку наукового дослідження:

Перший етап: Пошуково-теоретичний.

Було проведено аналіз наукової психологічної, нейропсихологічної та логопедичної наукової літератури, оцінювалася актуальність наявних наукових робіт і визначалися основні напрямки подальших досліджень. Було обрано методи проведення дослідження.

Метою дослідження стало вивчення особливостей порушення мовлення у дорослих та визначення вплив порушень на психоемоційний стан пацієнтів. Результати дослідження використано для розроблення психокорекційної програми.

Другий етап: Формувальний.

На цьому етапі розроблялася анкета для анамнезу, обиралися завдання для діагностики мовних порушень та створювався зручний стимулюючий матеріал, адаптований для української та російської мови.

Третій етап: Дослідницький.

На цьому етапі відбувалися зустрічі з пацієнтами та їхніми родичами. Під час цих зустрічей збиралися дані та проводилася діагностика наявних порушень мовлення та тестування психоемоційного стану дорослих пацієнтів з порушенням мовлення.

Четвертий етап: Заключний

На цьому етапі було описано та інтерпретовано результати дослідження. На основі результатів дослідження були розроблені рекомендації до програми відновлення пацієнтів з вадами мовлення.

Дослідження здійснювалось у вересні 2022 - травні 2023 року, серед дослідження проведено серед дорослих осіб із порушенням мовлення, набуті в наслідок психоемоційного стресу та в межах реабілітаційної клініки ТОВ "Експерт Хелс" у м. Одеса.

Загальна кількість осіб, що досліджувались: 20 осіб

## **2.2 Методи емпіричного дослідження порушень мовлення у дорослих**

Анкета, призначена для збору анамнезу, включала ряд ключових блоків запитань з підготовленими варіантами відповідей. Вона охоплювала основні особисті відомості та контактну інформацію, вік та стать пацієнта, інформацію про соціальний статус, а саме про місце роботи та місце проживання, сімейний стан, задоволеність ним, наявність дітей та їхній статус (біологічні, усиновлені тощо), із ким проживає пацієнт, як у респонденток пройшли пологи та інші аспекти сімейного життя.

Ставилися питання стосовно шкідливих звичок, про наявність хвороб в анамнезі, особливостей умов життя та інша інформація, що могла стати фактором ризику виникнення хвороби. Також в анкеті був блок запитань стосувався факту надання медичної та реабілітаційної допомоги, її результатів.

Анкета зі збору анамнезу надає важливий контекст для дослідження та допомагає зрозуміти різноманітні аспекти життя та здоров'я пацієнтів не залежно від хвороби.

Розглянути анкету більш детально можна у Додатках.

У випадках з афатичними хворими коли вони швидко стомлювались, ми зверталися до його близьких для отримання відповідей або додатково уточнення інформації від самого пацієнта у наступну зустріч. Було дуже важливо було переконатися в достовірності і повноті інформації.

Під час процедури діагностики порушень мовлення, яка виконувалася в рамках кожної індивідуальної зустрічі з пацієнтом, було приділено особливу увагу різним аспектам їхнього мовлення. Ключовими аспектами стали:

*Моторна сторона мовлення.* Досліджено можливості пацієнтів у виконанні різних мовленнєвих завдань, включаючи спонтанне мовлення, автоматизоване мовлення та дезавтоматизоване мовлення.

*Сенсорна сторона мовлення.* Проводився аналіз їхньої спроможності розрізняти та розуміти звернене мовлення.

*Семантична сторона мовлення.* Оцінка розуміння складних логіко-граматичних конструкцій та спроможність орієнтування у просторі.

*Читання:* Досліджувалися їхні навички читання, включаючи розпізнавання букв (як простих, так і стилізованих), читання звичайних слів, читання складних слів, які рідко зустрічаються, і навіть читання неправильно написаних слів.

За методикою дослідження мовлення та читання Є. Д. Хомської [65], оцінка успішності виконання завдань пацієнтами була проведена у межах трьох можливих варіантів результатів: "нема порушень" та оцінювалось в 1 бал , "симптоми проявляються легко"- 2 бали, та "порушення є сильно виявленими"- 3 бали.

Якщо пацієнт виконував завдання без затримок і безпомилково, а також самостійно розумів інструкції, результат був зафіксований як "нема порушень". У випадках, коли пацієнт спершу може бути незрозумілим у реакції на завдання, але потім швидко концентрується і вирішує завдання або коригує свої помилки, встановлювалась оцінка "симптоми проявляються легко".

Нарешті, якщо пацієнту було важко зосередитися, зрозуміти суть завдання, виконати його, або він не міг визначити правильну відповідь, то результат фіксувався як "порушення є сильно виявленими".

Для оцінки рівня *спонтанного мовлення* використовувалася неформальна розмова з пацієнтом, яка включала в себе спілкування

дослідника з ним, спостереження за його реакціями на ситуативне мовлення близьких, обговорення навколишньої обстановки, погоди, а також обговорення стану почуттів та приводів для зустрічі.

Оцінка рівня *автоматизованого мовлення* проводилася через постановку пацієнту двох завдань. Перше завдання включало в себе продовження числового ряду; Друге завдання передбачало продовження ряду із назвами днів тижня.

Діагностика рівня *дезавтоматизованого мовлення* включала оголошення аналогічних завдань, але в протилежному напрямку руху.

Проведення оцінки рівня *повторного мовлення* включало в себе послідовні завдання, які передбачали необхідність повторити фонему, слова та скоромовки. Пацієнтам пропонувалися такі завдання: *повторювання фонем, слів, серії слів та скоромовок*.

Для дослідження *зорового гнозису та слухо-зорового* сприймання інформації, пацієнтам ставили завдання *назвати предмети*, показані на картинках, а також показати ці предмети один за одним на прохання дослідника.

Для перевірки сенсорної сторони мовлення пацієнтам пропонувалися побутові інструкції, наприклад, "Закрийте очі», «Вкажіть на підборіддя», «Стисніть кулак». Більше про сенсорну та семантичну картину перебігу хвороби можна було дізнатися за допомогою наступних фраз: «Покладіть олівець під/над зошит. Котра зараз година на годиннику?». Також пацієнтам ставили питання про світло і темряву, порівнюючи предмети за яскравістю. Крім цього, пацієнтам пропонувалося визначити, яка фігура є матір'ю, а хто є донькою, на одному з малюнків.

Під час дослідження стану читання пацієнтів висували різні скарги, пов'язані з порушеннями читання, такі як забування букв, незнання окремих літер, або неможливість прочитати написане. Для оцінки цього стану використовувалися наступні завдання: *читання літер, читання слів, догадування слова та читання простого тексту*.

Більш детально з методикою дослідження мовлення та читання, що використовувалась у дослідженні, можна ознайомитись в додатках.

*Оцінка психоемоційного стану обстежуваних проводилась за допомогою двох тестів: методики обстеження особистості за допомогою психогеоетричного тесту С. Деллінгер та методики обстеження емоційних станів особистості за допомогою МКВ тесту М. Люшера.*

*Методика обстеження емоційних станів особистості за допомогою МКВ М. Люшера [55]*

Колірний тест Люшера – це проектний метод дослідження особистості, який був вперше представлений швейцарським психотерапевтом Максом Люшером у 1949 році. Люшер, вдосконалюючи ідеї великих митців, таких як Гете і Кандинський, розробив концепцію "структури кольору". Він розумів під цим поняттям сталі, загальнопоширені для всіх людей, незалежно від раси, культури, освітнього рівня, статі та віку, значення кольору.

За Люшером, функція кольору відображає суб'єктивне сприйняття людиною кольору, і вона визначається її власними властивостями. Він вважав, що встановивши зв'язок між кольором і психікою, можна обґрунтувати методи психодіагностики, пов'язані з кольорами. Хоча науковий світ спершу критикував Люшерові погляди, зокрема за вільне використання понять, проте його прихильники вносять переконливі аргументи. Навіть у наші дні метод Люшера залишається важливим і затребуваним. Цей тест використовується для вивчення колірних пріоритетів респондентів, що стає показником різних психологічних характеристик об'єкта дослідження.

Для проведення дослідження було обрано версію восьми кольорів, що складається з 8 різнокольорових карток. Завдання полягає в тому, аби обрати один з кольорів, що найбільш до вподоби, та проаранжувати до останнього кольору. Результати послідовності виборів записують та згодом інтерпретують.

Слід зазначити, що автор тесту не вважає помилкою, обирати кольори лише один раз, а не два, як зазначено у класичному варіанті тесту, що дуже важливо у роботі із випробуваними, які швидко стомлюються.

*Методика обстеження особистості за допомогою психогіометричного тесту Сьюзан Деллінгер (Psycho-Geometrics System) [76].*

Методика психогіометричного тестування – це практичний інструмент для аналізу особистості, створений у 1978 році американським спеціалістом з соціально-психологічної підготовки управлінських кадрів, С. Деллінгер.

Цей метод дозволяє визначити один із п'яти типів (або форм) особистості та надати докладний опис особистісних якостей та особливостей поведінки особи, яку тестують. Завдяки цій методиці можна краще зрозуміти себе та інших, розкриваючи та розвиваючи потенціал кожної особистості. Така інформація стане в нагоді у роботі з особами, що не мають змоги вільно виражати свої думки, а отже рекомендовано для діагностики людей з вадами мовлення.

Тест складається з п'яти геометричних фігур: коло, трикутник, квадрат, прямокутник та зигзаг. Завдання полягає в тому, аби обрати одну з п'яти фігур, що найбільш до вподоби, та повторити до останнього зображення. За автором тесту, саме за першою обраною фігурою можна робити висновок про тип особистості досліджуваних, але бувають випадки, коли наступний вибір посилює (або пояснює) значення першого вибору.

Досліджувані обирали фігури, дотримуючись вказаних інструкцій.

Загальне тестування окремого пацієнта за усіма обраними методиками займало в середньому 60 хвилин, з урахуванням складності завдань для кожного пацієнта.

## **Висновки до другого розділу**

Таким чином у другому розділі було розглянуто етапи роботи та мету дослідження особливостей порушення мовлення у дорослих.

Обрано методи проведення дослідження, з урахуванням вербальних можливостей досліджуваних.

Вибірка складала 20 дорослих осіб з вадами мовлення, загальним дефектом яких є неспроможність до спонтанного, діалогічного способу спілкування.

За допомогою збору анамнезу (об'єктивного та суб'єктивного) та клінічної бесіди, детально було з'ясовано інформацію про життя та перебіг хвороби пацієнтів. За допомогою нейропсихологічної методики Є.Д. Хомської було досліджено можливості мовлення та читання пацієнтів.

Дисфункція мовлення, ніколи не буває очікуваною, тож нас цікавило, який вплив має відсутність можливостей до вільної комунікації на психоемоційний стан особистості.

Проведено додаткові дослідження психоемоційних станів пацієнтів за допомогою методик С.Деллінгер та МКВ М. Люшера, аби визначити відношення до перебігу хвороби та наблизитись до розуміння їх особистості.

Такий обсяг інформації про кожного з пацієнтів надає можливість детально та різнобічно ознайомитись зі станом досліджуваних, що буде описано далі у результатах дослідження.

## РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОРУШЕНЬ МОВЛЕННЯ У ДОРΟΣЛИХ

### 3.1 Соціально-демографічні характеристики дорослих із порушенням мовлення

Дослідження охопило 13 чоловіків та 7 жінок, з яких 25% учасників були віком від 32 до 40 років, 50% - від 41 до 55 років, і 15% - від 56 до 65 років, тоді як лише 10% були старше 66 років.

Усі досліджувані мають порушення мовлення різного ступеню прояву,

Вибірка пацієнтів, що пройшли дослідження

- 75% - пацієнти з афазією
- 25% - пацієнти з логоневрозом



причинами яких є *афазія, що становить 75% від вибірки досліджуваних та логоневроз - 25% відповідно. Усіх пацієнтів відсутнє, або значно порушене спонтанне мовлення.*

Рисунок 1.2.2. Вибірка пацієнтів, що пройшли дослідження

Щодо місця проживання, 65 % респондентів мешкають у місті Одеса, 30 % - громадяни України, що зараз знаходяться за кордоном і 5 % - в інших містах, що не є обласними центрами.

За даними анамнезу та клінічної бесіди з пацієнтами вдалось встановити такі показники сімейного статусу учасників: 70% перебувають у шлюбі, 10% розлучені, 15% - вдови або вдівці, та 5% проживають разом без офіційної реєстрації шлюбу. Щодо життя з сім'єю, 45% пацієнтів проживають зі своєю родиною, включаючи дітей, тоді як 55% живуть окремо.

Цікаво, що 65% тих, хто в парі, відчувають задоволення від сімейного життя. Майже у всіх хворих є біологічні діти, при цьому 60% жінок мали нормальні пологи, 25% перенесли кесарів розтин, і 15% зіткнулись із складнощами під час пологів.

Що стосується моменту початку симптомів, то 80% учасників відчули їх менше року тому, 20% - від 1 до 5 років тому.

Травми голови в своєму анамнезі мали 50% пацієнтів, контузії – 30%, контузія під питанням – 40%. Конфлікти на роботі мали 45 % опитуваних і 55% їх не мали зовсім. Правопорушень і судимості не мали 100 %.

Паління терміном більше 5 років мали 80 % опитаних, 20 % із них не палили зовсім. 55 % з опитаних рідко дозволяли собі вживати алкоголь, 30 % - випивали регулярно і 15 % - не вживали алкоголь зовсім.

65 % опитаних пацієнтів пов'язують початок хвороби та періоду мовленнєвих вад з перенесеним стресом напередодні, 20 % з травмою голови, 10 % з операцією на мозку та 5% із артеріальним тиском.

Фактори, що спровокували хворобу на думку самих пацієнтів (за даними анамнезу та клінічної бесіди)

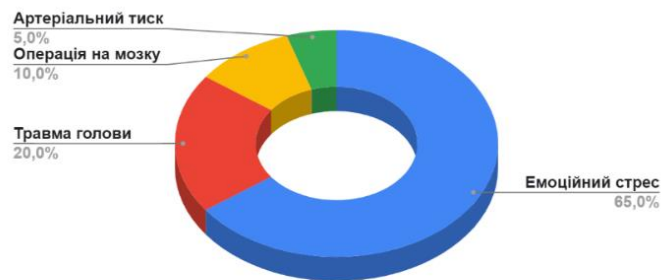


Рисунок 2.2.2. Фактори, що спровокували хворобу

Серед респондентів, що пройшли опитування правшами себе вважають 90 %, лівші становили 10 %.

**Серед афатичних хворих**, зверталися за допомогою лікаря усі 100%, та мають у історії хвороби діагноз «афазія», у більшості без уточнення її типу, що над важливо для початку реабілітаційної роботи. Тому, дослідження ставить собі за мету диференціювати типи афазії пацієнтів, що згодні на дослідження та розробити корекційну програму, що буде ефективною відповідно для кожного стану.

### 3.2 Результати дослідження особливостей порушень мовлення у дорослих та їх вплив на психоемоційний стан пацієнтів

За загальними даними нейропсихологічного дослідження хворих на афазію не складно відслідкувати найбільш поширені симптоми порушень мовлення. Таким пацієнтам зовсім недоступне спонтанне мовлення та

читання тексту, трохи менше складнощів (але все ще дуже наближене до сильно вираженого симптому), виникають із повторним мовленням, називання предметів, читанням слів та деавтоматичним мовленням. Доля цих вад за дослідженням сягає **71%**.

Наступні складнощі **за слабо вираженим ступенем** прояву відзначається у спробах відтворити *автоматичне мовлення, читанні літер та розуміння складних граматичних конструкцій*, що становить **23%**.

Ще **6%** пацієнтів з вибірки респондентів також мають часткове порушення сенсорної сторони мовлення (розуміння мовлення), що входить до симптомокомплексу загального порушення яке буде зазначене далі.

*Демонстрація загальних результатів нейропсихологічного дослідження мовлення та читання у хворих на афазію*

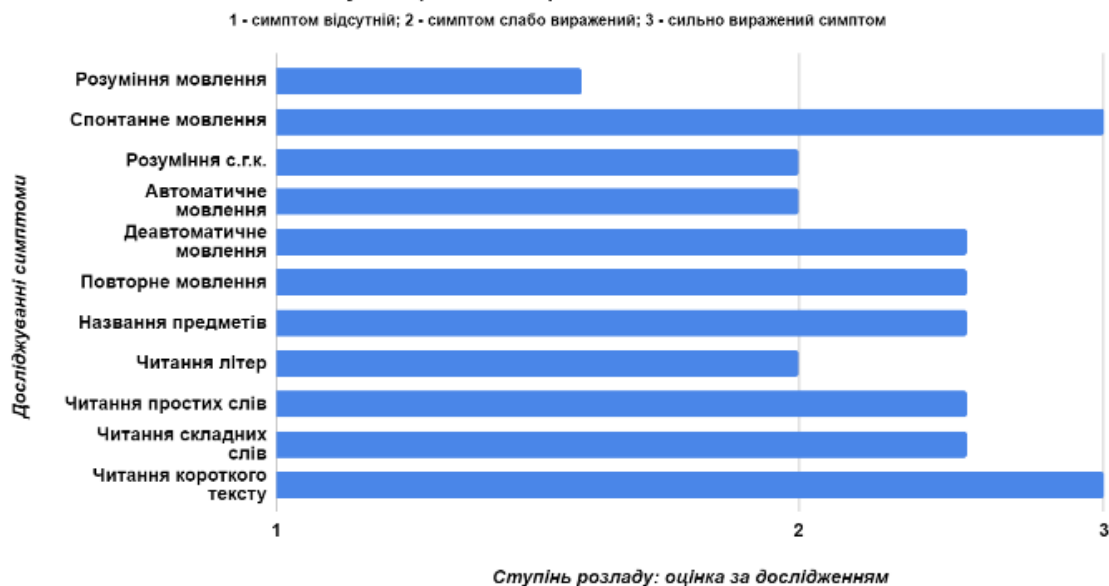


Рисунок 3.2.2. Демонстрація результатів нейропсихологічного дослідження хворих на афазію

Завдяки детальному нейропсихологічному дослідженню, збору об'єктивного та суб'єктивного анамнезу та проведенню клінічної бесіди (у випадках, де це можливо було зробити), вдалось встановити види афазії пацієнтів, що згодилися прийняти участь у дослідженні.

Результати розподілились наступним чином : у 7 з 15 пацієнтів з афазією, що становлять **46,7%** з *вибірки* мають порушення, що свідчать про симптоми *еферентної афазії (інакше відомою як афазія Брока)*.

- Еферентна моторна афазія (афазія Брока)
- Сенсо-моторна афазія
- Комплексна моторна афазія
- Амнестична афазія
- Семантична афазія

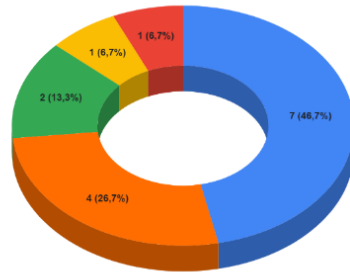


Рисунок 4.2.2. Диференціювання типів афазій за нейропсихологічним дослідженням

*Сенсо-моторна афазія середнього ступеня прояву* спостерігається у **26,7%** вибірки, в той час як *комплексно-моторна афазія* у **13,3%**. Значно менша кількість мовленнєвих симптомів належить *амнестичній та семантичній афазії* - їх по **6,7%** кожній.

Важливо зауважити, що ефективно відновлювальне навчання не можливе без правильно встановленого типу порушення, оскільки один і той же на перший погляд симптом може бути первинним чи вторинним та свідчити про різні типи порушень. Тільки детальна нейропсихологічна діагностика здатна це встановити.

**На відміну від пацієнтів з афазією, пацієнти з логоневрозом** не мають вад фізичного здоров'я, та не зверталися зі своїм станом до лікаря, а *причиною виникнення мовленнєвого порушення пов'язують з надсильним емоційним потрясінням*. Про це свідчать данні зібраного анамнезу та клінічної бесіди: **усі 25% пацієнтів** із загальної вибірки підкреслюють, що порушення мовлення почало турбувати їх *після травматичного досвіду*. Також пацієнти з логоневрозом зазначають у своєму анамнезі такі данні як порушення сну, дратівливість, *надмірну емоційність*. В ході нейропсихологічного дослідження пацієнти з логоневрозом не демонструють сильно виражених симптомів порушення, а результати розподіляються наступним чином:

*Розуміння мовлення, розуміння складних граматичних конструкцій, автоматичне та деавтоматизоване мовлення, називання предметів, читання літер та простих слів* : симптом порушення мовленнєвої функції **відсутній у 100% досліджуваних;**

Складнощі в таких пацієнтів виникають при спробі *спонтанного, ситуативного мовлення та при повторному мовленні*. Лише у **20%** досліджуваних з логоневрозом *симптоми порушення відсутні*, в той час як *слабко виражений симптом проявляється у 80%*.

*Читання складних слів та короткого тексту* також демонструють *слабо виражені симптоми* порушень мовлення, що виникають у **всіх 100%** досліджених дорослих з логоневрозом.

Отже, нейропсихологічне дослідження мовлення у дорослих пацієнтів з логоневрозом не демонструє надто важких розладів функції мовлення, але звертає увагу на *слабкі сторони мовленнєвої діяльності* таких випадків.

За досліджуванням психоемоційного стану особистості за методикою восьмикольорового тесту М. Люшера серед тотожній кількості дорослих

Росподілення результатів за тестом М.Люшера (20 пацієнтів вибірки)

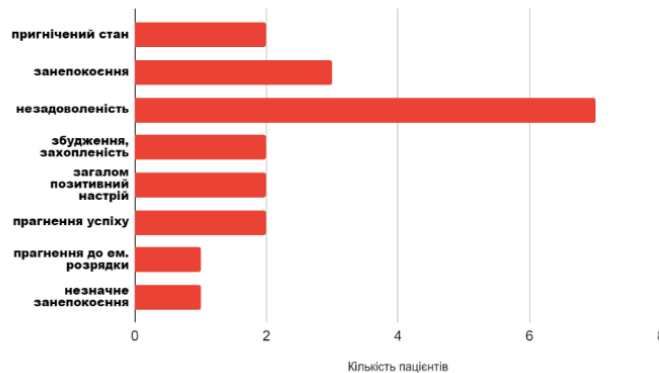


Рисунок 5.2.2. Росподілення результатів за тестом Люшера

пацієнтів з вадами мовлення, психоемоційний стан досліджуваних розділюється на наступні категорії:

Загалом *позитивний настрій* відзначають **10%** опитуваних, ще **10%** досить *вмотивовані* та *мають прагнення до успіху*. *Збудження*

*та захопленість* продемонстрували - **10%** опитуваних та **5%** тих, хто мав *бажання до емоційної розрядки*; *Занепокоєння* відзначалось в **15%** результатів; *Значне занепокоєння* - **5%**; *Незадоволеність* – **35%**. *Негативно пригнічений стан* становив **10%** з загальної вибірки.

Підсумовуючи, виявлено, що значна кількість досліджуваних відчуває стани негативного забарвлення. Так, *тотожний відсоток незадоволеності, занепокоєння та пригнічених станів дорівнює 65%*, що є переважною більшістю.

В цій частині дослідження вдалося з'ясувати, що вади функції не рідко є причиною занепокоєння різного рівню прояву та незадоволення власним станом, що не тільки відзначається на самооцінці людини, але й є причиною поновлення, посилення, не рідко – закріплення дисфункції, на кшталт замкнутого кола, яке не можливо розірвати.

При проведенні корекційної роботи важливо обов'язково враховувати ці особливості персональних переживань пацієнтів та надавати психологічну допомогу та підтримку.

Аби більше наблизитись до розуміння особистості досліджуваних та розробити індивідуальну корекційну програму з урахуванням особливостей типу особистості, в рамках дослідження, усім пацієнтам було запропоновано пройти тестування за методикою С. Деллінгер.

Розподілення результатів психометричного тесту за методикою С.Деллінгер (20 пацієнтів вибірки)

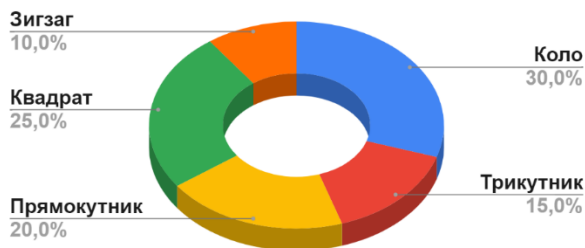


Рисунок 6.2.2. Розподілення результатів тесту С.Деллінгер

Результати дослідження усіх пацієнтів з вибірки за психометричним тестом С.Деллінгер підсумовано наступним чином: Геометричній фігурі **Коло** віддали перевагу більшість досліджуваних, що становило **30%**, трохи менша кількість пацієнтів обрали **Квадрат- 25%**. **Прямокутник** відзначили **20%** та **Трикутник** ще **15%**. Найменшу кількість відповідей збирала фігура **Зигзаг - 10%** від загальної кількості вибірки.

Серед тих, хто проходив тестування за психометричним тестом С.Деллінгер, більшість становлять комунікативні та емпатійні «кола». Такі особистості характеризуються прагненням до встановлення міжособистісних відносин та співпраці у команді та загалом дуже люблять спілкування.

Саме тому погіршення функції мовлення переживають тяжко, проте легко вмотивовуються до корекції поточного стану.

Наступних за кількістю «Квадратів» виділяє працелюбність та наполегливість на шляху до заданої цілі. Ці якості стануть чудовим ресурсом у відновлювальному навчанні. Такі особистості полюблюють ясність та чіткість, тому гідно зможуть оцінити, мету завдань, що стануть перед ним.

На відміну від інших, більш «стабільних» фігур психогеоетричного тесту, прямокутник символізує стан емоційного переходу, так звана тимчасова форма особистості. Пацієнти - «прямокутники» знаходяться у стані смуту, заплутаності та невизначеності на даний момент часу. Вони безперечно бажають змін та ще не мають достатнього розуміння та сил, аби це зробити. За правильно вибудованої комунікації з «прямокутником», не складно спонукати особистість до плідотворної співпраці.

Особи - «Трикутники» досить енергійні та нестримні особистості. Вони полюблюють відчуття першості та суперництво і як наслідок це може приймати форму впертості по відношенню до інших. Але не зважаючи на це, ці особистості досить свідомі, та з рештою, відповідально ставляться до справи, якщо мають достатньо аргументів, чому це важливо.

Кількість обраних фігур вибірки досліджуваних закриває творчий та динамічний «Зигзаг». Людям, що обирають цю фігуру, як правило, естети. Їм складно продуктивно працювати в добре структурованих ситуаціях і завжди прагнуть нових ідей. Це необхідно враховувати у роботі з ними, аби не розгубити їх мотивацію до спільної роботи.

Проаналізувавши данні усіх досліджень загалом, встановивши детальну симптоматику порушень, розуміючи тип особистості та психоемоційний стан кожного з досліджуваного, маємо змогу використовувати ці данні як ресурс для початку розробки корекційної програми, з урахуванням сильних і слабких сторін особистості та індивідуальних особливостей поточного стану. Ці данні стануть початковою точкою у відслідковуванні динаміки процесу реабілітації та її коригуванню за необхідністю.

### 3.3. Психокорекційна програма для роботи із дисфункцією мовлення у дорослих з афазією

Діагностикою і корегуванням афатичних розладів займається ціла команда фахівців — неврологів, нейропсихологів, логопедів.[30]

Діагностика афазії та розробка корекційної програми вимагає комплексного обстеження мовленнєвих навичок пацієнта. Нейропсихологія вивчає як усне, так і письмове мовлення, зокрема, списування, під диктовку, читання та розуміння прочитаного. Крім того, необхідна діагностика пам'яті як зорової, так і рухової, праксису, зорового гнозису, інтелектуальних процесів та конструктивно-просторової діяльності пацієнта. Ці всебічні заходи допомагають точно визначити форму афазії та відмежувати її від інших можливих проявів, забезпечуючи найефективніші та індивідуалізовані методи лікування. Також нейропсихологічне обстеження допомагає відслідковувати динаміку процесу реабілітації та, за необхідністю, корегувати програму відновлення.

Психокорекційна робота при афазії починається відразу після перенесеного захворювання, ще на гострій стадії хвороби, за умови згоди лікаря. Цей підхід робить можливим уникнення фіксації патологічних мовних дефектів, таких як парафазії, мовний ембол та аграматизм. Метою є не просто відновлення мовлення, але й забезпечення пацієнтам можливості повернутися до повноцінного життя через індивідуалізований та своєчасний підхід до лікування.

Корекційна програма повинна будуватися перш за все на контакті між тим хто навчає та хто навчається, тому варто сказати про загальні принципи, які допоможуть налагодити оптимальний контакт між спеціалістом та пацієнтом, допоможуть стати командою за для подолання хвороби:

*Принцип позитивності* виявляється у зверненні до індивідуальних інтересів і схильностей пацієнта, його емоційних переживань та почуттів. Це проявляється у постійній підтримці та заохоченні, стимулюючи відкритість у

спілкуванні про особисте життя, близьких, важливі для нього події та речі. Важливо надихати пацієнтів розповідати про себе, допомогти знайти зв'язок із своїм внутрішнім світом та відкриваємо можливості для позитивних трансформацій. Особиста інформація пацієнта, що зібрана анамнезом, про те що він любить, чим займався до хвороби та інше, може активно використовуватись при розробці вправ. Наприклад, якщо пацієнт жінка, що полюбляє вирощувати квіти в своєму саду, з задоволенням виконує вправи, де тематикою є краса природи. А пацієнт чоловік, що усе життя грав на гітарі, з задоволенням дописує незакінчені тексти улюблених пісень.

*Принцип оптимальності* – вибір оптимального часу та тривалості занять у кожному конкретному випадку. На початок циклу занять навантаження потрібно чітко дозувати і працювати протягом 30-40 хв. На першій зустрічі спеціалісту варто домовитися з пацієнтом, аби хворий обов'язково дав знати, якщо втомиться. Якщо таке сталося, заняття необхідно зупинити та надати відпочинок до наступної зустрічі. Недопустимо, аби під час заняття пацієнт скаржився на втому або головний біль. Ефективність такого заняття буде незначною, а у іншому випадку спровокує погане самопочуття та вірогідність повторного інсульту. Якщо перші заняття пройшли без скарг, в подальшому час роботи можна збільшувати до 60 хв та більше, залежно, від особливості корекційної програми та бажання хворого.

*Принцип активації рефлексивних процесів* вимагає зниження негативних переживань через саморефлексію та вербалізацію, створюючи гармонію у внутрішньому світі та розвиваючи позитивний наратив. Залежно від форми афазії та якщо стан пацієнта задовільний, буде правильно розмовляти з ним про емоції та відчуття хворого до хвороби, до себе та тих, хто його оточує, до корекційної роботи. Не рідкі випадки, коли пацієнти переживають ранню депресивну переробку дефекту мовлення. Вони замикаються, відмовляються від контакту та виконання завдань. Люди в подібному стані не бачать в цьому сенсу. Важливо, щоб пацієнт розумів, що те, що його стан можливо скорегувати, але для цього треба знайти в собі сили та насагу аби пройти цей

шлях. Завдання корекційного психолога надати підтримку, сформувані позитивну картину до того, що відбувається, що його чують та відчують, розуміють та хочуть допомогти, але всю найбільшу роботу, пацієнт повинен виконувати сам.

*Принцип "від простого до складного"* передбачає систематичну розминку та підготовку до виконання складних завдань. Цей підхід включає в себе використання простих словосполучень, поступове додавання нових слів і фраз до вже відомих виразів, що сприяє поетапному повернення мовлення.

*Принцип індивідуальних особливостей.* Розробка корекційної програми повинна мати суто індивідуальний характер, з урахуванням особливостей як самого діагнозу так й стилю життя до хвороби. Так, приклад, чоловік та жінка з однаковим мовленнєвим дефектом у вигляді комплексної моторної афазії не можуть виконувати завдання однакової складності, оскільки мають різний рівень освіти. Отож, жінка-викладач у ВУЗі та будівельник-чоловік, рівень освіти якого не є надто високим, повинні отримати коригуючі завдання, що будуть відповідати їх можливостям впоратися з ними.

*Принцип зниження опори на наглядність* — це шлях до розвитку глибокого логічного мислення та уяви. Чим менше пацієнт спирається на візуальні предмети, тим більше його розум зосереджується на слуховому сприйнятті, увазі до співрозмовника та змісту його слів. Цей підхід допомагає мовленню стати більш виразним та логічно зв'язаним, розвиваючи наші мовні навички на найвищому рівні.

Під час занять важливо активно працювати над розвитком дрібної моторики пацієнта, використовуючи ефективні методи, такі як пальцева гімнастика.

Особлива увага приділяється розвитку моторики мовного апарату, для чого використовуються спеціальні вправи, включаючи ортофонічні, артикуляційні та дихальні гімнастики, а також логопедичний масаж.

Цей комплексний підхід дозволяє ефективно коригувати порушену мову та закріплювати правильну артикуляцію. Поступово відбувається

вдосконалення звуковимови пацієнта, покращення виразності мовлення та розвиток мовної комунікації. Заняття повинні бути спрямовані на досягнення найкращих результатів у розвитку мовленнєвих навичок і покращенні якості життя пацієнтів.

Корекційно-реабілітаційний вплив при афазії передбачає комплексну діяльність у медичному та логопедичному контекстах. Лікування порушень мозкового кровообігу чи інших основних захворювань, що спричинили розвиток афазії, проводиться під контролем неврологів чи нейрохірургів. Цей процес включає медикаментозну терапію, іноді нейрохірургічні втручання, активну фізичну реабілітацію, зокрема лікувальну фізичну культуру, масажі, сеанси механотерапії та фізіотерапії.

Процес відновлення функції мовлення здійснюється через систематичні логопедичні заняття, структура і зміст яких повністю залежать від симптомокомплексів і форми афазії, а також від етапу корекційної роботи. При будь-якій формі афатичних розладів важливо впроваджувати мотивацію пацієнта до відновлення його мовлення. У цьому контексті важливо розвивати збережені після захворювання периферичні аналізатори, включати всі аспекти мовлення: експресивний та імпресивний вираз, навички читання і письма.

При роботі з різними формами афазії, відомими як еферентна моторна, аферентна, акустико-гностична та акустико-мнестична, стає важливим розуміння конкретних завдань корекційних занять. У випадку еферентної моторної афазії, головна мета полягає у відновленні динамічної схеми відтворення слів. При аферентній афазії ключовим є подолання проблем з розпізнаванням кінестетичних ознак фонем. Для акустико-гностичної афазії важлива робота над розумінням мови та відновленням фонематичного слуху. А от акустико-мнестична форма афазії вимагає подолання порушень зорової та мовно-слухової пам'яті.

Корекція дефектів у випадку амнестико-семантичної форми афазії спрямована на усунення імпресивного аграматизму. У випадку динамічної афазії, акцент робиться на подоланні розладів внутрішнього програмування

висловлювання та планування мовлення пацієнта, а також на стимуляції його мовної активності.

Загалом, терапевтична робота з відновлення мовлення у хворих після настання афазії зазвичай займає від 2 до 3 років, залежно від специфічних вимог кожної форми афазії. Але й не рідко зустрічаються випадки, коли реабілітація мовленнєвих функцій може займати значно менше часу, при умовах гарно розробленій корекційній програмі, регулярних вправах, активності та завзятості самого пацієнта.

Відновлення мовлення після афазії - це важкий та тривалий шлях, який потребує спільних зусиль всіх учасників процесу: логопедів, лікарів, ерготерапевтів, нейропсихологів, пацієнтів та їхніх близьких. Ефективність подолання мовленнєвих розладів визначається якістю та своєчасністю наданої медичної допомоги при основному захворюванні та початком корекційних заходів після його вилікування. Перспектива відновлення мовлення пацієнта залежить від місцезнаходження та розміру пошкодженого ураження головного мозку, важкості мовленнєвих розладів, моменту початку корекційних вправ, регулярності та якості проведених занять, а також від оптимально підібраних методик та стану здоров'я хворого. Загалом, молоді пацієнти мають кращі шанси на успішне відновлення мовлення, якщо всі необхідні заходи вжито вчасно та систематично.

Надзвичайно гарні результати відновлення після афазії демонструють шульги. Період відновлення мовленнєвих функцій в таких пацієнтів скорочується в середньому у кілька разів, невідмінну від людей з ведучою правою рукою.

Спонтанне відновлення втрачених або порушених функцій, рухів і мовлення у пацієнтів з такими захворюваннями може бути обмеженим чи навіть відсутнім[55]. Якщо пацієнт залишається без допомоги у подоланні цих розладів, дефекти мовлення можуть залишитися з ним назавжди. Отже, вчасна та компетентна підтримка грає ключову роль у відновленні мовлення та покращенні якості життя пацієнтів.

Для визначення умов відновлення вищих психічних функцій, таких як розумові операції та мовленнєве висловлювання, важливо розглянути результати спільної роботи терапевта мови та мовлення з пацієнтом.

Ефективність відновлення визначається закінченістю мовленнєвого відрізка за змістом та інтонацією, його доцільністю та усвідомленістю, співвіднесенням з предметною ситуацією, послідовністю відображення змістовних елементів у висловлюванні та лексико-граматичною оформленістю. Отже, вимірювання успішності відновлення мовлення враховує різноманітні аспекти виразності та зрозумілості мовного висловлювання пацієнта у конкретних ситуаціях.

Корекційна робота з відновлення мовлення при афазії базується на сучасних наукових уявленнях про вищі психічні функції, їх локалізацію, процеси формування та походження, а також їхню опосередковану будову. Спеціалісти різних галузей знань розробили та практично випробували схему переорганізації функціональних систем шляхом відновлювального навчання. Це досягається двома основними напрямками практичної корекційної роботи:

*Заміщення порушеної функції в психологічній структурі.* Цей підхід передбачає заміщення втрачених або пошкоджених елементів мовлення вже наявними, іншими функціональними ланками пацієнта.

*Утворення нових функціональних систем.* Цей підхід передбачає створення нових функціональних систем, які залучають до роботи зовсім нові аспекти, які раніше не брали участь у конкретній порушеній функції мовлення.

Розробка конкретної корекційної програми повинна враховувати закономірності психіки: хворому легше сприймати осмислені слова, ніж беззмістовні звукові комбінації. Пацієнту доступніше сприймати цілісні речення, ніж окремі слова. Особливості афазії включають в себе вторинні зміни в інших когнітивних функціях, таких як розумові процеси, візуально-просторове сприйняття, пам'ять та сприйняття ритму. Для ефективного відновлення мовлення необхідний комплексний вплив на особистість через врахування нейродинамічних порушень.

Аналіз клінічної картини хвороби - це ключовий етап у визначенні механізму порушення функції та точок пошкодження мозку. Кожен дефект має унікальну психологічну картину прояву. Дослідження цих аспектів дозволяє розкрити, які психологічні структури мовлення потребують корекції, які функції та види мовлення були уражені, і які психологічні механізми призвели до порушення мовлення. Це, у свою чергу, надає важливі вказівки для вибору оптимальних методів корекції.

Підходячи до нейропсихологічного аналізу порушень мовлення у дорослих при органічних ураженнях, важливо ретельно вивчати анамнез хвороби, включаючи неврологічний статус пацієнта, результати параклінічних обстежень та ЕКГ. Виявлені дефекти потрібно аналізувати з усіх можливих аспектів, враховуючи теоретичні можливості їх виявлення та корекції. Цей глибокий аналіз надає цінний контекст для розробки індивідуальних корекційних стратегій.

Під час корекційної роботи з афазією перед фахівцем стоїть кілька ключових завдань: не лише відновити мовлення як важливу психічну та комунікативну функцію, але й допомогти особі повернутись до її звичних мовленнєвих умов. Мета полягає в тому, щоб не тільки відновити мовленнєві навички як окремі сенсо-моторні операції, але й повернути пацієнта до повноцінного життя і професійної діяльності, не обмежуючи його спрощеними варіантами. Якісна корекційна робота при афазії призводить до повернення особи до активного і повноцінного життя, де вона може відновити свою роль в суспільстві та в сфері професійної діяльності.

Корекційна робота з хворими афазією розділяється на два ключові періоди: гострий, який триває від моменту захворювання до двох місяців після нього, та резидуальний, який настає після цього періоду і продовжується далі.

Під час гострого періоду спеціаліст має на меті розгальмувати тимчасово пригнічені мовленнєві структури, запобігти розвитку та фіксації конкретних симптомів афазії, таких як аграматизм, мовленнєві емболі та

літеральні парафазії. Важливо надати психологічну підтримку особі з афазією, щоб запобігти зміні її самопочуття та відношення до себе, щоб не відчувати себе неповноцінною та неспроможною говорити та функціонувати нормально.

*У резидуальному періоді* перш за все необхідно загальмувати патологічні зв'язки, що вже утворювались. Матеріал для роботи відбирається з урахуванням його смислової та емоційної важливості для хворого. Спеціаліст повинен детально ознайомитися з попереднім життям пацієнта, його історією хвороби, медичною документацією, а також поспілкуватися з рідними та лікарями, щоб в'яснити, які здібності, інтереси та захоплення мали місце у пацієнта. Використання звичних для пацієнта мовленнєвих стереотипів, таких як «автоматичні ряди»: дні тижня, місяці, пори року, рахунок, є вельми ефективним. Також важливо враховувати індивідуально значущі уривки віршів і пісень, афоризми та вирази. Через певний час матеріал, відібраний з близьких для пацієнта сфер життя, може бути використаний для обговорення його професійних інтересів. Оскільки реабілітація повинна бути комплексною, важливо залучити до роботи родичів та близьких, спонукати їх створювати потрібні ситуації та вести розмови за зазначеними прикладами.

Комплексний підхід у реабілітації хворих афазією передбачає не лише відновлення мовленнєвих та рухових функцій, але й проведення психотерапевтичної роботи. Дуже часто, разом із невротичними розладами, у хворих розвивається психопатична симптоматика, що є реакцією на втрату мовлення та рухових навичок, на зміни соціального та трудового статусу, а також на зміни у сімейному колі.

Патологія мовлення у хворого прогресує з часом, реагуючи на події та внутрішні стани. Інсульт може викликати глибокі емоційні переживання або неприйняття важкості ситуації. Багато пацієнтів стикаються з невротичними розладами через втрату працездатності та відчуття соціальної непридатності. Втрата навичок комунікації та проблеми у відносинах з рідними та друзями можуть спричинити загострення психічних розладів, інколи навіть призвести до суїцидальних думок.

Тому, для нейропсихолога вельми важливо зуміти побудувати психологічно коректні відносини з пацієнтом, спрямовані на формування позитивних лікувальних та життєвих установок.

Для правильної діагностики мовленнєвих порушень та їх виправлення важливо залучити кваліфікованих терапевтів мови та мовлення, які мають глибокі знання нейропсихології та володіють спеціальними методами корекції мовних дефектів. Програма корекційно-відновлювальної роботи базується на тому, що мовленнєва функція не обмежується конкретними ділянками мозку. Тому вогнищеві ураження не призводять до повного втрати цієї функції.

Відновлення мовленнєвої функції при будь-якій формі афазії потребує системного підходу та нормалізації всіх порушених мовних рівнів. Кожна форма афазії вимагає постановки специфічних завдань, оскільки необхідно подолати певний первинний дефект. Проведення корекційної роботи з хворими, які страждають на афатичні порушення, має свої особливості. Незалежно від конкретної форми афазії, на початковому етапі важливо встановити контакт із пацієнтом. Ефективним методом для цього є проведення бесіди на різноманітні теми, що близькі хворому. Надання психологічної підтримки та інформування пацієнта та його близьких про компенсаторні комунікативні стратегії мають на меті сформувати спільну реальність, підвищити рівень довіри і сприяти налагодженню ефективної комунікації між пацієнтом і терапевтом мови та мовлення. Це сприятиме взаєморозумінню та полегшить процес відновлення мовленнєвої функції.

*Під час гострого етапу* корекція відбувається шляхом активного залучення хворого до реабілітаційного процесу. Усі методики поступово переносяться на рівень свідомого мовленнєвого процесу пацієнта.

Якщо спостерігаються симптоми дизартричних порушень, програма корекційної роботи включає дихальні та голосові вправи, артикуляційну гімнастику та логопедичний масаж. Ці методи сприяють активізації м'язів, необхідних для мовленнєвого акту. Масаж поліпшує кровообіг, нормалізує тонус м'язів і координацію рухів, позитивно впливає на нервову систему.

Використання специфічних видів немовленнєвої діяльності, таких як малювання і конструювання, сприяє покращенню результатів логопедичної роботи.

Для подолання первинних мовленнєвих дефектів при аферентній моторній афазії фахівці зосереджуються на відновленні артикуляційних схем окремих звуків. При еферентній афазії акцент робиться на здатності до реалізації серійних артикуляційних актів і організації сукцесивних мовних рядів. Для динамічної форми афазії важлива робота над відновленням функції мовного програмування та подоланням граматичних розладів у висловлюваннях. При сенсорній афазії відновлюється фонематичний слух та здатність до диференціації схожих за звучанням фонем, що сприяє розумінню мови в цілому. Акустико-мнестична афазія вимагає розширення слухо-мовної пам'яті та подолання слабкості слідів сприйнятого мовлення. При семантичній афазії терапевт працює над ліквідацією імпресивних аграматизмів, відновлюючи здатність сприймати складні логічно-граматичні звороти.

Працюючи над афазією, важливо зосередитися на корекції вторинних розладів розуміння мовлення, розширенні активного словника хворого та нормалізації граматичних аспектів мовлення, письма та читання. Це стає важливим завданням незалежно від конкретної форми афазії. Факт виникнення афазії непосредньо впливає на різні аспекти мовлення, і ступінь вираженості дефекту визначає обсяг потрібної корекційної роботи, оскільки він має значущий вплив на загальну клінічну картину симптомів. Відновлення вторинних розладів акту мовленнєвого спілкування у хворих з афазією передбачає повернення розгорнутого, граматично і лексично правильно оформленого, спонтанного мовлення. При цьому робота в цьому напрямі спрямована на стимуляцію здатності адекватно осмислювати та розуміти мовлення, як у межах одного взятого речення або фрази, так і цілого тексту – від короткого простого до більш розгорнутого і складного.

Розробка корекційної програми для кожного пацієнта є індивідуальним завданням, що залежить від ступеня вираженості мовленнєвого дефекту та

змін у симптомокомплексі, які відзначаються під час реабілітації. При роботі з хворими, які стикаються з серйозними порушеннями мовлення, навіть до тотальної афазії, основним завданням корекційної методики є активізація компенсаторних можливостей субдомінантної півкулі головного мозку.

На цьому етапі відновлення психічної функції у попередньому вигляді стає неможливим, тому необхідно пристосувати її структуру радикально. Важливо зазначити, що існує певний закономірний процес відновлення функцій у пацієнтів, що перенесли інфаркт мозку. Поруч із вогнищем ураження в мозку формуються зони пластичності та вторинної заміни втрачених функцій. Цей процес супроводжується активністю аналогічних зон гіперметаболізму в симетричних областях протилежної півкулі мозку. Перспектива успішного відновлення словесного мовлення у хворих з афазією безпосередньо залежить від здатності правої півкулі на початкових етапах тимчасово взяти на себе функції лівої півкулі.

Саме тому *на початковому етапі реабілітації* пацієнтам з акустико-гностичною афазією пропонується виконання завдань глобального читання тексту, а хворим із акустико-мнестичною афазією надаються завдання, спрямовані на нормалізацію зорово-предметного сприйняття. Наприклад, вони можуть детально розглядати недоповнені предметні зображення та називати їх. Щодо пацієнтів із семантичною афазією, проводиться робота над відновленням зорового-просторового сприйняття і подоланням акалькулії, що сприяє покращенню їхньої мовленнєвої функціональності.

*На наступних етапах відновлення* мовлення у хворих із середньою тяжкістю дефектів акцент врівноважується між пригніченою домінантною півкулею та участю субдомінантної півкулі для забезпечення оптимальної ефективності відновлення. Пацієнти з акустико-гностичною афазією відновлюють фонематичне сприйняття та семантику мовлення, вводячи слова у відповідний контекст. Щодо хворих із акустико-мнестичною афазією, для розширення слухо-мовленнєвої пам'яті їм рекомендують запам'ятовувати

адреси та номери телефонів. Пацієнти із семантичною афазією працюють над глибоким розумінням слів, розглядаючи значення приказок і прислів'їв.

*На заключному етапі відновлення* легкого ступеня вираженості мовленнєвих дефектів враховується не лише вогнище ураження, але і його зв'язки з іншими складнішими відділами кори головного мозку, зокрема третинними відділами другого функціонального блока і пре-фронтальною корою передніх відділів головного мозку, яка відповідає третинним полям третього функціонального блока. Це відображається в наступних завданнях: пацієнти із акустико-гностичною афазією розв'язують кросворди та пояснюють логіко-граматичні звороти; хворі із акустико-мнестичною афазією переказують прочитане та роз'яснюють переносне значення слів і приказок; у пацієнтів із семантичною афазією вимагається виявлення логічних та стилістичних помилок, допущених у тексті.

Після порушень мозкового кровообігу або черепно-мозкових травм часто виникає дефект у одній з ключових складових функції мовлення: кіностетичній, акустичній, програмуючій або плануючій. Це особливість дає можливість компенсувати порушення аналізаторної системи шляхом участі інших компонентів. Наприклад, аферентна моторна афазія є одним з найважчих мовних розладів, який виникає через ураження постцентральної нижньотім'яних відділів головного мозку. Ці відділи розташовані від центральної борозни до зони перекриття аналізаторних систем, зокрема нижні відділи постцентральної зони лівої домінантної півкулі на рівні вторинних полів. Ця особливість відкриває можливості для компенсації порушень та подолання їх шляхом взаємодії із залишеними функціями мовлення.

У випадках аферентної моторної афазії, основним дефектом є аферентна артикуляційна апраксія, що призводить до розпаду системи артикуляційних поз звуків мови. Це призводить до повної нездатності відтворювати звуки мови або до спотворення їх артикуляції в хворих. Характерними симптомами є безладні рухи язика та губ перед спробами вимовити звуки. Артикуляційна апраксія може супроводжуватися оральною апраксією, проявляючись у втраті

здатності виконувати певні пози за інструкцією (наприклад, підняти язик вгору, поцокати ним, тощо). Спонтанне мовлення практично відсутнє, замість нього може виникати мовний ембол, який складається з уламків слів або окремих слів. Цей ембол є емоційно насиченим, інтонованим та супроводжується жестами та мімікою у спробах спілкування з оточуючими. У легших випадках дефект може виражатися у збідненому спонтанному мовленні, яке складається з окремих слів. У пацієнтів із високим ступенем аферентної афазії спостерігається відсутність мовних автоматизмів, які, зазвичай, є вивченими і відображаються у преморбідійному рівні (наприклад, послідовний рахунок або спів зі словами). Спілкування фразами доступне лише обмеженій кількості пацієнтів, і навіть у цих випадках фрази є простими з логічною структурою. Виділяється значний словарний дефіцит, а ускладнення вимови проявляються у спробах знаходження окремих звуків та можуть вести до звукових спотворень і літеральних парафазій, особливо на початку слів. У легших випадках порушення мовних автоматизмів можуть бути пом'якшені, і труднощі в їх вимові можуть бути менш помітні. Проте при грубому ступені розладу спроби вираженого мовлення практично невдалі. У деяких випадках пацієнти можуть повторювати окремі голосні звуки, користуючись артикуляторним зразком та акустичними відомостями від інших осіб. При пом'якшеному ступені дефекту, хоча відображене мовлення присутнє, спостерігаються серйозні порушення вимови. У важких випадках пацієнти не можуть назвати предмети через неможливість знайти відповідні артикулеми. Однак, якщо артикуляційна апраксія не настільки важка, пацієнти можуть вимовити окремі назви. Зі збереженням тенденції формування відповіді, використовуючи слова з питання, їхня вимова значно ускладнюється. При важких проявах аферентної моторної афазії пацієнти втрачають можливість вести діалоги. Але при менш важких випадках існує тенденція формувати відповіді, використовуючи слова, що містяться у питанні, хоча порушення у вимові залишаються значними.

Хворі з вираженою аферентною афазією, зазвичай, можуть розуміти загальні комунікативні вирази, адресовані їм у повсякденному спілкуванні. Однак вони можуть мати складнощі з розумінням більш складних форм мовлення, особливо логічно-граматичних конструкцій. Іноколи окремі предмети або частини тіла втрачають свій зміст для них. Це може бути пов'язано з неможливістю відтворення відповідних слів та фраз при слуховому сприйнятті, через відсутність необхідних артикуляційних підсилень. У випадках, коли фонетичний слух залишається відносно збереженим, розуміння розгорнутого і монологічного мовлення може бути важким для них. Такі особливості розуміння мовлення у пацієнтів із вираженою аферентною афазією є наслідком втрати системних артикуляційних опорів.

У пацієнтів із важкою моторною афазією в основному спостерігається глобальне порушення читання. Це означає, що вони можуть прочитати окремі прості слова, що складаються з часто вживаних звуків, і прикріпити підписи до відповідних картинок. Однак вони не можуть читати навіть окремі букви вголос через втрату асоціативних зв'язків між фонемами і графемами. Навіть написання власного прізвища для них може бути проблемою. Іноді пацієнти використовують "рабське копіювання", намагаючись відтворити текст точно так, як він виглядає у зразку. Проте їм складно писати під диктування навіть ті слова, які вони впізнають за назвами.

При середньому ступені важкості афазії письмове мовлення також суттєво порушене. Хворі можуть списувати окремі слова та невеликі фрази, але вони не можуть відтворити текст, який їм диктують. Однією з ключових завдань корекційної роботи при моторній афазії, де основним порушенням є втрата спонтанної артикуляції, є відновлення здатності переводити внутрішні звукові образи мови і слів (фонеми) в артикуляційні вирази. У цьому контексті корисними можуть бути прямі методи, які використовують букву як посередника між внутрішнім звуковим образом і артикуляційною виразністю.

Для виправлення порушень при моторній аферентній афазії застосовують методи, спрямовані на подолання первинних мовленнєвих

неполадок і виправлення вторинних системних симптомів. У випадку важкої патології найефективнішими є розгальмовуючі та стимулюючі методи. Розгальмування вимовної сторони мовлення досягається за допомогою пов'язаних, відтворених або атоматизованих мовних рядів, таких як порядковий рахунок, назви днів тижня та місяців у послідовності, спів пісень із словами, сценаріїв, що стимулюють вигуки "ох", "ах", "Боже мій", закінчення афоризмів з "жорстким контекстом" та ключових для спілкування слів: "треба", "буду", "ні", "так", "хочу", "дай", "на", "не знаю" та інші. Для покращення розуміння ситуативної та побутової мови під час процесу відновлення використовуються спеціальні вправи. Одним із методів є використання діалогічних вправ, які включають показ предметів і відповіді на питання. Щодо стимуляції глобального читання, застосовується відновлювальний метод, який полягає в аналізі підписів під картинками, як об'єктними, так і сюжетними, а також у пов'язаному читанні. Ці вправи сприяють покращенню мовленнєвих навичок та поліпшенню здатності розуміти мовлення в різних ситуаціях. Для подолання літеральних парафазій застосовують реконструкцію артикулем, яка здійснюється оптико-тактильним методом. Особлива увага приділяється автоматизації артикуляції у словах, де звуки займають різні позиції та відрізняються за складо-ритмічною структурою. Літеральні парафазії включають спонтанні пропуски, заміни, перестановки і повторення окремих звуків у словах.

Під час відновлення писемного мовлення рекомендується писати найбільш звичні ім'я, назви міст, предметів побуту, списування знайомих текстів пісень, віршів, відомих приказок. Основною метою цієї роботи є відновлення асоціативного зв'язку між артикуляцією та графемою. Цей результат можна досягти через списування та написання букв, що відповідають вимовленим звукам, і подальше їх читання після написання. Крім того, для відновлення мовлення можна застосовувати авторські методики.

Для досягнення більш помітного ефекту при розгальмовуванні мовлення пацієнтів виявляється дуже ефективним використання пришвидшеного темпу пов'язаного мовлення разом із застосуванням ритмічного хлопання.

У випадках, коли пацієнт має неконтрольоване пришвидшення темпу мовлення (тахіталія), можна включити завдання щодо списування слів друкованими літерами як додатковий елемент основної методики. Відмінності цього підходу від списування прописом полягають в тому, що він спонукає пацієнта вимовляти фрази «про себе», що він записує, і це призводить до помітного зниження темпу виконання завдання. Цей метод також сприяє зниженню темпу реального мовлення, оскільки змушує пацієнта вимовляти слова практично по буквах. Також ефективно у роботі з тахіталією демонструють себе такі методи як:

- Прослуховування відбивання метронома на швидкості трохи повільніше за темп розмови людини без мовленнєвих недоліків (40 ударів/хв). Звук метронома рекомендовано вмикати як під час занять так і на фоновому режимі впродовж звичних справ.
- Спільне читання тексту за ролями. Під час таких вправ пацієнт несвідомо копіює темп мови партнера.
- Читання складних для промовляння слів та текстів, що само по собі сповільнює темп мовлення.

У лікуванні моторної афазії аферентного типу виникає проблема з вимовою першого складу в словах. Для подолання цього, пацієнтам рекомендується працювати разом із фахівцем, використовуючи пов'язане мовлення. Завдання полягає у вимові складу, який викликає труднощі. Спочатку ми досягаємо автоматизації вимови цього звукосполучення, а потім без паузи включаємо ціле слово в пов'язане мовлення і проговорюємо його декілька разів. Наприклад, якщо людина не може вимовити повністю "дорога", а лише "рога", ми пропонуємо йому багато разів вимовити "до-до-до". Після цього пацієнт легко проговорить "дорога" без проблем.

Для лікування пацієнтів із дуже важкими порушеннями письма рекомендується використовувати завдання з копіювання слів. Пацієнтам пропонують списувати слова друкованими літерами і вимовляти їх вголос. Спочатку це можуть бути короткі слова з двох або трьох букв із відкритими складами, потім слова з одним відкритим і одним закритим складом, і так далі. Поступово збільшують довжину слів і ускладнюють їх структуру.

Відновлювальне навчання базується на одній з найважливіших властивостей головного мозку - його здатності до компенсації. Для відновлення порушених функцій використовуються як прямі, так і обхідні компенсаторні механізми.

Важливо строго враховувати особливості кожного конкретного випадку захворювання, зокрема індивідуальні риси хворого, важкість соматичного стану, умови життя тощо. Відновлювальне навчання проводиться за спеціально розробленою програмою, яка має включати конкретні завдання та відповідні методи роботи, диференційовані залежно від форми афазії (апраксії, агнозії), ступеня вираженості дефекту, етапу захворювання та індивідуальних особливостей порушень мови.




*Програма навчання будується з дотриманням принципу системності. Це означає, що відновлювальна робота повинна охоплювати всі аспекти порушеної функції, а не лише ті, які постраждали вперше.*

Крім того, відновлювальне навчання в першу чергу має бути спрямоване на відновлення комунікативних можливостей хворих. Необхідно включення хворого у спілкування не лише під час занять, але й в родині, а також у громадських місцях.

У деяких хворих, що становлять більшість, грубість порушення мови визначається стадією відновлювального періоду; у інших - дефект залишається грубим і на пізніших стадіях відновлення.

*Далі наведено приклади найбільш рекомендованих вправ, що підбираються індивідуально та використовуються в залежності від типу афазії та періоду перебігу хвороби.*

Таблиця 2

Артикуляційні практиси	Укріплення м'язів артикуляційного апарату, що можуть бути зслабими для мовлення	Гімнастика губ, щік, язика за роз'ясненням чи повтором								
Розгальмуванн я автоматизовано ї мови	Рахунок до 10, дні тижнів, пори року, місяці року, спів улюблених пісень, повторювання простих віршів	Рахунок можна об'єднувати з загинанням/розгинанням пальців рук, з опорою на календар. <i>Особливо гарні результати демонструють емоційно-забарвлені пісні.</i>								
Практиси рук	Пальчикова гімнастика, стимуляція пальців рук	Спеціальні вправи та будь-яка інша діяльність руками: вишивання/в'язання, малювання пальцями, мозаїка, перебирання круп, письмо (за можливістю) і т.д.								
Приговорюван ня голосних	Закріплення та автоматизація голосних звуків А,О,У,Є,Я окремо та у складі слова.	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td data-bbox="963 1397 1209 1503"></td> <td data-bbox="1209 1397 1455 1503"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="963 1503 1209 1570"><b>рука</b></td> <td data-bbox="1209 1503 1455 1570"><b>река</b></td> </tr> <tr> <td data-bbox="963 1570 1209 1682"></td> <td data-bbox="1209 1570 1455 1682"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="963 1682 1209 1749"><b>лук</b></td> <td data-bbox="1209 1682 1455 1749"><b>лак</b></td> </tr> </table>			<b>рука</b>	<b>река</b>			<b>лук</b>	<b>лак</b>
										
<b>рука</b>	<b>река</b>									
										
<b>лук</b>	<b>лак</b>									
Номінативна частина мови	Називання звичних предметів	Слова звернені до хворого повинні бути повільними і утрируваними, <i>обов'язково підкріплені зображенням</i>								

Орієнтація у просторі, усвідомлення власного тіла	Називання частин тіла з опорою на зображення та демонстрацією на собі	
Стимулювання проговорювання простих фраз	Закріплення фраз, що спрощують побутове життя	«Я хочу їсти», «Я хочу спати», «Підемо гуляти» і т.д.
Орієнтація у просторі, розуміння складних інструкцій, стимулювання мовлення	Розуміння значення право/ліво, догори/вниз.	 <p>Вправа «Метелик». Пропонується проговорити шлях метелика до заданої квітки або знайти квітку за шляхом «польоту»</p>
Фонематична частина мовлення, аналіз та синтез слова	Закріплення розпізнавання фонем в складі слова	Дописування слів за допомогою запропонованих літер. Наприклад : Т, П, В: __аза, __анк, __ляж.
Фонематична частина мовлення, аналіз та синтез речення	Закріплення розпізнавання фонем в складі речення	Дописування речень за допомогою запропонованих слів. Наприклад: Пар, Жар : З чайника йде ____; У пічці _____.

Моторна частина мовлення	Приговорювання або читання складів, від простих до ускладнених	Наприклад:  «са-са-са,за-са-са,за-за-са»,  «ох-ох-ох, ах-ох-бах»,  «ол-юл-ял»						
Моторна частина мовлення	Розбивання по складам складних слів та закріплення результату	Наприклад :  «гра-ви-та-ція, па-ра-ле-ло-грам, гар-де-роб-ни-ця,»						
Моторна частина мовлення та пам'ять	Повторення, читання, запам'ятовування простих скоромовок	Наприклад: «Носоріг носорогу наступає на ногу», «Коло крилечка кільце не знайдеться»						
Відновлення словникового запасу, стимулювання читання	Розуміння значення слів, категоризація понять	<p>Розкладіть слова по групах:</p> <p>Абстракціонізм, актриса, черевики, черевки, вологість, виставка, град, градус Цельсія, густий туман, драма, дубль, подих вітерця, зябра, спека, живопис, документальний фільм, каблук, короп, кінокартина, комедія, кросівки, крупний план, гачок, волосін, човен, метеоролог, модерн, морський краєвид, каживка, нижче за нуль, знарядий, взуттєвий магазин, окунь, пейзажист, перекладина(турник), оповідання за кадром, підшова, порив вітру, прогноз погоди, стрибок у довжину, сандалі, шевець, мережа, синоптик, снасть, сонячний, стадіон, устілка, сценарій, титри, вудка, улов</p> <table border="1" data-bbox="874 1223 1370 1379"> <tr> <td data-bbox="874 1223 1038 1301">Погода:</td> <td data-bbox="1038 1223 1203 1301">Кінос:</td> <td data-bbox="1203 1223 1370 1301">Рибалка:</td> </tr> <tr> <td data-bbox="874 1301 1038 1379">Мистецтво:</td> <td data-bbox="1038 1301 1203 1379">Спорт:</td> <td data-bbox="1203 1301 1370 1379">Вуттк:</td> </tr> </table>	Погода:	Кінос:	Рибалка:	Мистецтво:	Спорт:	Вуттк:
Погода:	Кінос:	Рибалка:						
Мистецтво:	Спорт:	Вуттк:						
Слухова пам'ять	Проговорювання по літерам слів зі структурою різної складності. Повторювання довгих речень, в тому числі відстрочено							

<p>Номінативне мовлення, стимуляція експресивної мови</p>	<p>Впізнання та називання зображень, розуміння контексту, робота над спонтанним мовленням</p>	 <p>... грають у пісочниці    ... летить над морем    ... спить у берлозі ... лікує пацієнтів    ... плавають в морі    ... приятель людини</p>
<p>Номінативна сторона мовлення, категоризація понять. Розуміння скг. Увага.</p>	<p>Візнання та проговрювання цифр, символів, кольорів.</p>	 <p>Пропонується назвати або знайти колір чи цифру, цифру та колір. Завдання ускладнюється за потребою та може мати безліч варіацій</p>
<p>Слухо-мовленнєва пам'ять, зорова пам'ять, увага, номінація предметів</p>	<p>Прослуховування та запам'ятовування переліку не зв'язаних між собою слів, пошук, впізнання, називання предметів з переліку.</p>	 <p>Перелік слів та зображення до них, що можуть бути використані у різних варіантах, залежно від мети вправи</p>
<p>Слухо-мовленнєва пам'ять</p>	<p>Написання коротких та простих за змістом диктантів.</p>	

Розуміння складних граматичних конструкцій	Розуміння значення прийменників під, над, в, з та ін.	Пропонуються вправи на вписування та проговорювання пропущених прийменників. Приклад: «Кріт живе (під/над) землею. Голуб летить (під/над) площею»
Розуміння складних граматичних конструкцій	Розуміння сенсу речення	Приклад вправ: «Яке з варіантів речень є вірним: Норка в шубці, шуба з норки, в норки шубка, шубка з норкою» та більш складний рівень «Петро йде за Ганною. Кто спереду?»
Ситуативне мовлення	Складання простих та складних речень за сюжетним зображенням. На початковому етапі за допомогою навідних питань	 <p>Приклад: «Скажіть, хто тут зображений? Що робить? Де? Скажіть одним реченням та запишіть»</p>
Ситуативне, діалогічне мовлення	<p>Наголошується увага до частих, змістовних розмов з хворим на цікаві йому теми.</p> <p>Уважне та терпляче слухання хворого розслабляє та надає йому впевненості, а активне піддобрювання – мотивує продовжувати реабілітацію.</p>	

Після проведення циклу відновлювальних вправ, зазвичай спостерігаються значні поліпшення мовленнєвої функції. Хворі розпізнають розмову, спрямовану до них, за невеликим винятком окремих складних конструкцій. Їх власна мова відзначається достатньою структурованістю. Речення стають граматично правильними, логічно й стилістично відповідають ситуації висловлювання. Лише у розвинених формах усної і письмової мови можна помітити окремі літературні та словесні заміни. Хворі вільно переписують текст, пишуть власні оповідання та твори, виражаючи себе достатньо вільно та ефективно.

Нажаль, у практиці відновлювальної реабілітації хворих із афазією трапляються випадки, коли тривалий час не спостерігається позитивний ефект відновлення мовної функції. Це призводить до серйозних проблем у соціальній адаптації хворих та ускладнює їхнє повноцінну взаємодію в суспільстві, порушуючи функцію комунікації.

На допомогу у вирішенні цих проблем використовуються методи невербальної комунікації. У цій системі невербальної взаємодії використовуються жести, міміка, пантоміма, інтонація голосу та малюнки для вираження думок і почуттів. Ці невербальні засоби мовлення, які відображають загальні поняття, допомагають хворим спілкуватися, навіть якщо слова залишаються недоступними. Невербальна комунікація базується на універсальних комунікативних потребах хворих та використовує іконічні та абстрактні мальовані знаки. Наприклад, поняття "пити" можна виразити жестом руки, що тримає чашку і підносить її до рота. Ця система жестів відображає структуру розмовної мови і допомагає хворим виражати свої потреби та бажання, надаючи їм можливість частково компенсувати втрачену мовну здатність.

### 3.4. Психокорекційна програма для роботи із дисфункцією мовлення у дорослих з логоневрозом

Найчастіше заїкуватість виникає у дитячому віці на фоні раннього психічного і мовного розвитку, емоційної нестійкості, загальної ослабленості, неврологічних змін.

Однак, не рідкісні випадки виникнення логоневрозу на тлі сильного емоційного потрясіння та у дорослому віці, наприклад, як у пацієнтів, які погодилися на обстеження для написання цієї магістерської роботи.

При заїкуватості порушуються дихання, голос, артикуляція. Крім того, заїкаюваті мають психологічні особливості: страх мови, скутість, фіксованість на своєму дефекті, уникнення мовного спілкування. Тому лікування заїкуватості має проводитися комплексно, за участю психотерапевта, невропатолога, психолога, логопеда. Інколи із залученням нетрадиційних методів, таких як акупресура [57]. Вирішальним фактором є участь самого заїкаючого в процесі реабілітації, його настрої на лікування та самостійна робота над своєю мовою.

Першим значущим пунктом у роботі з такими пацієнтами є допомога у визначенні факту травмуючого агента у минулому та його значущості для психіки пацієнта. З'ясувавши це, психолог чи психотерапевт матиме можливість усунути чи знизити його ефект. Для цих цілей добре підійдуть методи Гештальт [67] та Рациональної психотерапії [16]. Під засобом індивідуальних і колективних бесід ці методи дозволяють усунути причину виникнення порушення мови, пояснити хворому який зв'язок між заїканням і подією, що травмує, розкрити значення і потребу в активному відношенні і цілеспрямованості для успішного лікування заїкуватості.

Ефективним методом корекції мовленнєвих порушень є тілесно-орієнтована терапія - напрямок психотерапії, метою якого є зміна психічного функціонування людини за допомогою орієнтованих на тіло методичних прийомів.

Важливою ланкою у лікуванні логоневрозу є виявлення і корекція зафіксованих психологічних захисних механізмів. В. Райх назвав ці захисні механізми «м'язовий панцир» виходячи з того, що страхи та інші емоції людини пригнічуються не тільки в підсвідомість (несвідоме), а й у м'язи, утворюючи тим самим м'язові «затискачі» та зайві психологічні захисту, які наводять до невротичних розладів. [60] Було описано «м'язовий панцир» області рота: м'язи підборіддя, шиї та потилиці. Автор вказує, що затискачі у цих зонах є причиною гніву, який людина не може висловити. Для усунення мовленнєвих порушень за методом тілесно орієнтованої терапії, запропоновано роботу з оральним сегментом, який включає м'язи підборіддя, шиї та потилиці. Щелепа може бути занадто затиснутою або неприродно розслабленою. Цей сегмент утримує емоційне вираження кривляння, плачу, крику, гніву, кусання, ссання. В. Райх пропонує розслабити захисний панцир шляхом імітації плачу, виголошення звуків, мобілізацією губ, кусанням, блювотним рухом, а також через пряму роботу з відповідними м'язами. Ще один сегмент, який може бути причиною мовленнєвих порушень, включає глибокі м'язи шиї (горла), язика. Захисний панцир у горлі утримує переважно гнів, крик і плач. Але оскільки пряма дія на м'язи в глибині шиї неможлива, важливим засобом розпускання панцира є крики, галас, тощо.

Спільно з роботою з психологом над процесом проживання травмуючого досвіду, рекомендовано використовувати методи словесного навіювання та вплив пов'язаний з рухом і диханням. У такому разі правильно використовувати один або кілька способів психічної саморегуляції: нервово-м'язова релаксація, аутогенні тренування, ідеомоторне тренування м'язів і сенсорна репродукція образів.

Психічну саморегуляцію можна назвати психогігієнічним засобом, здатним запобігти накопиченню перенапруги, відновити сили, нормалізувати психоемоційний стан та мобілізувати ресурси організму.

Завданням всіх методик саморегуляції є зниження психофізіологічної напруженості, виражених стресових реакцій і запобігання їх небажаним

наслідкам. Вирішення цього завдання досягається за допомогою навчання самостійного входження в стан «релаксації» та досягнення на його основі різних ступенів аутогенного занурення, при переживанні яких створюються сприятливі умови для повноцінного відпочинку, посилення відновлювальних процесів та вироблення навичок довільного регулювання низки вегетативних та психічних функцій.

Зрушення, що спостерігаються в цих станах, у перебігу фізіологічних і, насамперед, нейрогуморальних процесів є зворотною копією відповіді організму на стресову ситуацію. З цього погляду релаксаційний стан - «енергетичний антипод стресу», що розглядається з боку його проявів, особливостей формування та механізмів запуску. Свідомо керуючи своєю активністю, людина може вибирати найефективніші способи відновлення відчуття психологічного комфорту. Формування усвідомленої, довільної саморегуляції сприяє відновленню природних адаптаційних можливостей організму, успішнішому взаємодії людини з реальністю, гармонізації його Я-концепції.

Психічна саморегуляція здатна знизити емоційну та м'язову напругу, згладити вираз стресових реакцій, позбавити від почуття тривоги, занепокоєння, страху, дискоординації у діяльності внутрішніх органів, підвищити стійкість до дії стрес-факторів, а у разі виникнення напруженої ситуації — активізувати необхідні напруження.

Разом з цим, необхідно проводити роботу безпосередньо над усуненням фізіологічних проявів логоневрозу [1], а саме:

- зняття напруги з органів апарату артикуляції;
- відпрацювання правильного мовного дихання;
- тренування «важких» звуків та вироблення чіткості їхньої вимови;
- вдосконалення інтонаційної виразності мови;
- темпо-ритмічна вимова та робота над голосом.

Кожне заняття слід розпочинати з дихальної гімнастики. Це сприяє зняттю загальної та мовної напруги, що тренує дихальну мускулатуру і сприяє

виробленню тривалого безсудомного мовного видиху. Усі дихальні вправи виконуються разом з рухами. В основному це нахили вперед, під час яких виконується вдих, а не видих. Вдих, крім того, робиться в момент, коли плечі та грудна клітка стиснуті руками (при цьому виконується швидке згинання рук у ліктях, як би спроба обійняти себе за плечі). Весь акцент робиться на енергійний вдих, не об'ємний, а активний.

Для тренування м'язів апарату артикуляції, які в нормі своєю узгодженою роботою забезпечують виразну мову, потрібно виконувати комплекс артикуляційних вправ.

Артикуляційні вправи корисно чергувати з масажем м'язів обличчя. Він діє заспокійливо, знімає м'язову втому. Оскільки у заїкуватих органи апарату артикуляції знаходяться в стані напруги, підвищеного тону, особливе значення потрібно приділяти розслаблюючим вправам. Розслаблення нижньої щелепи та мови має бути доведено до повного автоматизму.

Пропонується відпрацювати такі інтонації на запропонованих фразах: інтонацію наказу, вимоги, заклику, переконання, запрошення, прохання, вітання. Наприклад: “Потримайте сумку. Збирайтеся, нам час! Подивіться вперед”.

Одним із найскладніших видів мовної роботи при заїкуватості є тренування мови у різних ситуаціях. Як правило, існує певний ряд ситуацій, складних для тих, хто заїкається, в мовному та психологічному відношенні. Пацієнту пропонують продумати свою поведінку та мовлення, відрепетирувати та розіграти наступні сюжети:

- інтерв'ю: відповіді на питання, які зазвичай провокують заїкуватість;
- телефонна розмова: дзвінок-інформація, повідомлення, попередження, запрошення, загроза та ін ;
- розмови у магазині, в інституті, у кафе, на вулиці, у транспорті;
- ситуації на роботі: взяти відпустку власним коштом у роздратованого начальника влітку;

- суперечка з непосвяченою людиною, з неспеціалістом, який не хоче вас розуміти;
- замовити квиток на літак, коли квитків немає та ін.

На завершальному етапі готують пацієнтів до складнішої мовної ситуації – публічного виступу перед багатолюдною аудиторією. Усі ланки комплексного лікувально-педагогічного впливу спрямовані на підготовку пацієнтів до цього серйозного іспиту.

### **Висновки до третього розділу**

В цьому розділі було розглянуто результати проведеного дослідження, головні принципи та методи проведення корекційної роботи при афазії та логоневрозі.

Незалежно від типу мовленнєвого порушення та його рівня прояву, корекційну роботу необхідно будувати у двох напрямках:

- над проявленням дефекту мовлення безпосередньо;
- над психоемоційною складовою.

Усі відновлювальні заходи повинні бути побудовані на підтримці та заохоченні пацієнтів, сприяючи відкритості у спілкуванні про особисте життя та важливі події, спрямовані на зниження негативних переживань та розвиток позитивного наративу. Навчання передбачає поетапне відновлення мовлення через використання простих слів та поступове додавання нових елементів та зобов'язує використовувати індивідуалізований підхід до кожного пацієнта, з урахуванням його освіти та стилю життя.

Успішність у подоланні мовленнєвих дефектів та відновленні функції мовлення у дорослих залежить *від вчасності, якості та тривалості наданої спеціалізованої допомоги*. Корекційно-реабілітаційний вплив при будь-яких видах розладу повинен бути комплексним для досягнення найкращих результатів та покращення якості життя пацієнтів. Ефективність цього впливу залежить від спільних зусиль фахівців, що працюють у напрямку реабілітації

та відновлення навичок мовлення, а також від підтримки та допомоги близького оточення та вмотивованості самого хворого.

## ВИСНОВКИ

1. Таким чином, було проведено аналіз наукової теоретико-методологічної літератури з психології, логопедії та дефектології, встановлено поняття про мовлення. З'ясовано, що мова - суттєвий елемент людської діяльності, що дозволяє людині пізнавати навколишній світ, передавати свої знання, думки та досвід іншим людям, акумулювати їх для передачі наступним поколінням. Визначено, що мовленнєвою діяльністю є процес використання людиною мови з метою спілкування, але у формі окремих мовленнєвих дій вона обслуговує всі види діяльності. Мовлення є найважливішою формою вираження емоцій людини, тож повна або часткова втрата цього дару, без перебільшення, має вплив на життя людини. Мова – одна із найскладніших форм вищих психічних функцій. Мовлення характеризується багатозначністю, багаторівневою структурою, рухомістю і зв'язком з іншими психічними функціями та є результатом погодженої діяльності багатьох областей головного мозку.

2. Визначено клініко-психологічні характеристики порушень мовлення у дорослих. З'ясовано, що афазія – це порушення мовлення, що виникає у наслідок локального ураження кори та найближчої підкірки головного мозку (у праворуких) та має відповідну класифікацію в залежності від втрачених мовленнєвих ланок. Причиною афазії може стати гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), черепно-мозкові травми та операції на мозку, онкологічні та інфекційні захворювання. Хоча афазія не є психічним розладом, проте має вплив на особистість і може викликати стійкі або динамічні зміни. У випадку стійкого типу змін особистості, спостерігаються зміни в мотивах поведінки, емоційно-вольовій сфері та самооцінці. Характеристика мовленнєвого порушення логоневроз у дорослих визначається як дисфункція плавності, темпу та ритму мовлення. Цей судомний розлад мовлення може мати біологічні та психологічні чинники. З'ясовано, що посттравматичний логоневроз у дорослих є функціональним

порушенням та має безпосередній зв'язок із надмірною невротизацією у наслідок психологічної травми. Спільною рисою вивчених мовленнєвих порушень у дорослих є логофобія (страх говорити), що пов'язана із феноменом фіксованості на ваді.

### 3. Досліджено особливості порушень мовлення у дорослих.

Підтверджено важливість збору анамнезу та проведення клінічної бесіди для з'ясування чинників розладу. За даними анкетування, головним фактором, що спровокував хворобу, на думку самих опитуваних, є психоемоційний стрес. Вивчено особливості організації дослідження мовлення та читання у дорослих з мовленнєвими порушеннями. Було адаптовано та доповнено методологічний матеріал, зроблений якісний та інформативний підбір методик дослідження психоемоційних станів. Емпіричні методики дослідження враховували вербальні можливості пацієнтів. Встановлено, що більшість досліджуваних з афазією мають складнощі із моторною складовою мовлення. Таким пацієнтам зовсім недоступне спонтанне мовлення та читання тексту, трохи менше складнощів (але все ще дуже наближене до сильно вираженого симптому), виникають із повторним мовленням, називання предметів, читанням слів та деавтоматичним мовленням. Доля цих вад за дослідженням сягає 71%. Досліджувані з посттравматичним логоневрозом мають схожі складнощі, що й пацієнти з моторною афазією, слабо вираженого ступеню прояву. Досліджено поточний психоемоційний стан та психологічний тип особистості кожного з немовленнєвих пацієнтів. За результатами дослідження виявлено тенденції негативно забарвлених станів, серед яких відзначається незадоволеність, занепокоєння та негативно пригнічений стан. Тотожній відсоток цих психоемоційних станів серед досліджуваних з мовленнєвою дисфункцією сягає 65%. Ці дані свідчать про вплив обмеженої функції висловлювання на особистість людини та зобов'язують до надання психологічної підтримки хворого під час реабілітації.

### 4. За результатами проведеного дослідження розроблені

психокорекційні програми для відновлення мовленнєвих функцій у дорослих. Реабілітаційні програми відповідають загальним принципам відновлювальної роботи з мовленнєвими порушеннями у дорослих та доповнені авторским матеріалом. Надано рекомендації до організації корекційної роботи з немовленнєвими пацієнтами. Результати дослідження за типом особистості надають можливість урахувати індивідуальні особливості особистості пацієнтів за для досягнення високої результативності реабілітаційних заходів. Психокорекційні програми базуються на підтримці та заохоченні пацієнтів до відновлювального навчання. Спрямованість на зниження негативних емоцій та розвиток позитивного наративу сприятиме відкритості в спілкуванні. Доведена важливість проведення комплексного психокорекційного впливу на всіх етапах реабілітаційної роботи із порушеннями мовлення у дорослих.

### Список використаної літератури:

1. Арнаутова Л.В. Корекція заїкання у вітчизняній та зарубіжній практиці./ Актуальні питання корекційної освіти: збірник наукових праць. Кам'янець-Подільський, 2017.
2. Аршава И.Ф., Корниенко В.В. Нейропсихологический анализ нарушений высших психических функций при локальных поражениях мозга: Учебное пособие/ Днепропетровск: Изд-во «Свидлер А.Л.», 2017. - 236 с.
3. Аршава И.Ф., Корниенко В.В. Основы нейропсихологии. Підручник - Д.: Вид-во: «Пороги», 2013
4. Аршава И.Ф., Корниенко В.В. Основы нервових та психічних хвороб (для спеціальностей «Психологія» та «Спеціальна освіта»). Підручник - Д.: Вид-во «Свідлер А.А.», 2018.
5. Базима Н. В. Застосування заохочень для підвищення мотивації до мовленнєвої діяльності // Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. 2014. Вип. 27. С. 13-17.
6. Бейн Э.С., Герценштейн Э.Н. Пособие по восстановлению речи у больных с афазией / – Книга по Требованию, 2021
7. Березан О. Органи мовлення і слуху: анатомо-фізіологічні та клінічні аспекти : навч. посіб. Полтава, 2020.
8. Боровик С. П. Борьба с инсультом и сосудисто-мозговыми заболеваниями: проблемы, решения, перспективы // Український медичний часопис. 2014. № 6 (104). С. 24-27.
9. Боярчук Е.Д., Иванюра И.А., Самчук В.А., Скрыпник Н.Н. Анатомия, физиология и патология органа речи: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Луганск: Альма-матер, 2007.
10. Булеца Б. А., Адамчо Н. Н., Пулик О. Р. Поетапне лікування мозкових інсультів. Тези наукового симпозіуму та Пленуму нпт з міжнародною

- участю «Індикатори якості надання неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги». Чернівці, 2010. С. 72-73.
- 11.Вілянський В. М., Приходько В. В., Чернігівська С. А. Управління власним здоров'ям (в аспекті непрофесійної фізкультурної освіти студентів) : навч. посіб. Дніпропетровськ : НГУ, 2012. 124 с.
  - 12.Вінничук С. М. Пошук нових підходів до лікування гострого ішемічного інсульту. Український неврологічний журнал. 2010. № 1 (14). С. 3–10.
  - 13.Данько Р. В. Динаміка мовних порушень в процесі реабілітації післяінсультних хворих : автореф. дис. ... канд. мед. наук: «Нервові хвороби»; Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. Харків, 2007. 20 с."
  - 14.Дуве Х. В., Шкробот С. І. Оцінка когнітивних функцій у пацієнтів у відновному та резидуальному періодах аневризмального субарахноїдального крововиливу // Український вісник психоневрології. 2017. Том 25. № 1 (90). С. 83-84.
  - 15.Дуткевич Т.В. Теорія і практика розвивально-корекційної роботи психолога. Кам'янець-Подільський нац. ун-т ім. Івана Огієнка. – Київ : КНТ, 2017. – 264 с.
  - 16.Діджузеппе Р., Дойл К., Драйден В. "Раціонально-емоційно-поведінкова терапія"- Київ, 2021
  - 17.Живілова Я.С. Заходи психосоціальної реабілітації хворих на органічні ураження головного мозку в умовах лікарні з суворим наглядом/ Український вісник психоневрології. 2017. вип. 3(92)
  - 18.Зозуля А. І., Кіт І. В. Геморагічний інсульт: етіологія, патогенез, клініка, лікування. Ліки України. Кардіоневрологія. 2013. № 8 (174) С. 4-9.
  - 19.Калмикова Л.О., Калмиков Г.В., Лапшина І.М., Харченко Н.В. Психологія мовлення та психолінгвістика. “Фенікс”, 2008. – 245 с
  - 20.Коваленко В.М., Коломішин В. Ю. Стрес і хвороби системи кровообігу: посібник / Київ: 2015. 352 с.

- 21.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.
- 22.Кокур О.Н. Психофізіологія - Київ, 2006
- 23.Кондратенко В. Заїкання: феноменологія та основні напрями реабілітації: Посібник, 2006. – 70 с.
- 24.Конопляста С. Ю., Сак Т. В. Логопсихологія : навч. посіб / Знання, 2010. 294 с.
- 25.Копчак О. О. Особливості постінсультних когнітивних порушень у пацієнтів з метаболічним синдромом. Міжнародний неврологічний журнал. 2012. № 3 (49). С. 88–95.
- 26.Корнієнко В.В. Особливості соціального функціонування та міжособистісних комунікацій як складові психологічного реабілітаційного потенціалу пацієнтів з депресивними порушеннями. Journal of Psychology Research “– С. 33-41
- 27.Кравченко А. І. З історії питання клініко-фізіологічної характеристики заїкання. 2014.
- 28.Левчук Т.О. Особливості функціональної асиметрії кори головного мозку у хворих з моторною афазією. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. Збірник наукових праць: веб-сайт URL.: <http://ap.uu.edu.ua/article/119>
- 29.Лисенюк В.П. Сучасні стандарти та критерії в галузі реабілітаційної медицини: Навчальний посібник, 2011. 70 с.
- 30.Лопатинська Н.А. Трансдисциплінарний підхід до вивчення системних порушень мовлення. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць : вип. 7, Кам’янець-Подільський 2016.
- 31.Лянна О. В. Аналіз сучасних напрямів і методів відновлення мовлення при афазії у осіб післяінсультного стану. Науково-методичний журнал «Логопедія». 2016. № 8. С. 34-41.

- 32.Лянна О. В. Застосування точкового масажу для нормалізації психоемоційного стану осіб з післяінсультною афазією. Сучасні проблеми логопедії та реабілітації: матеріали І міського науково-практичного семінару. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2010. С. 227-234.
- 33.Лянна О. В. Компоненти педагогічного середовища в логопедичній реабілітації хворих з афазією. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології / голов. ред. А. А. Сбруєва. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. №1 (65) С. 260-270.
- 34.Лянна О. В. Мовленнєва діяльність як спосіб реалізації мовленнєвого спілкування. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології Суми, 2015. № 5 (49). С. 143-150.
- 35.Лянна О. В. Особливості атиповних форм афазії та методик відновлення мовленнєвої функції. Сучасні проблеми логопедії та реабілітації : мат. І міського наук.-практ. семінару. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2009. С. 98-107.
- 36.Лянна О. В. Педагогічні умови відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2016. Вип. 32. С. 180-185.
- 37.Лянна О. В. Сучасні уявлення щодо патогенезу та проявів афазії при мозковому інсульті. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології (Index copernicus) / голов. ред. А. А. Сбруєва. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. № 7 (51). С. 359-368.
- 38.Магулка І. В. Психологічні аспекти комплексної реабілітації пацієнтів, які перенесли геморганічний інсульт. Всеукраїнський форум нейрореабілітації та медико-соціальної експертизи : Матеріали Першого міжнародного конгресу. Київ, 2013. С. 53.

39. Мартиненко І. В. Логопсихологія: курс лекцій : навчальний посібник. К. : ДІА. 2014. 100 с.
40. Маруненко І.М. Анатомія, фізіологія, еволюція нервової системи : навчальний посібник для студентів небіологічних спеціальностей вищих навчальних закладів. Київ , 2013. - 184 с
41. Марута Н. А., Панько Т. В. Особенности диагностики и терапии тревожных расстройств невротического и органического генеза // Український вісник психоневрології. 2013. Т. 21. вип. 1 (74). С. 75—82.
42. Марута Н. О. Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги /Український вісник психоневрології. - 2017. - Т. 25, вип. 1. - С. 135.
43. Матвієнко Ю. Поширені синдроми порушення мови у загальномедичній практиці. Журнал «Медицина світу». 2015
44. Михальська Ю.А., Михальська С.А. Нейропсихологічний підхід до порушень мовлення внаслідок локальних уражень мозку/Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології» Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка та Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2012. Том 15.
45. Михалюк Є.Л . Інсульт: фізична і соціальна реабілітація: навч. посіб. - Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. - 131 с.
46. Міщенко М.С. Теоретичні аспекти відновлення комунікації у дорослих з афазією, що перенесли інсульт /Електронний ресурс/  
[https://www.researchgate.net/publication/344952744\\_Teoreticni\\_aspekti\\_vidnovlenna\\_komunikacii\\_u\\_doroslih\\_z\\_afazieu\\_so\\_perenesli\\_insult](https://www.researchgate.net/publication/344952744_Teoreticni_aspekti_vidnovlenna_komunikacii_u_doroslih_z_afazieu_so_perenesli_insult)
47. Негрич Т.І., Боженко Н.Л., Матвієнко Ю.О. Ішемічний інсульт: вторинна стаціонарна допомога: навч. посіб. Львів: ЛНМУ імені Данила Галицького, 2019. 160 с.
48. Пайлозян Ж. А. Афазіология: этапы развития и актуальные вопросы // Медицинская наука Армении НАН РА, 2011. Т. 51. № . С. 27-37

- 49.Пайлозян Ж. А. Использование сказок и игр в процессе восстановления речевой коммуникации у пациентов с афазией // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова.Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2014. Вип. 27. С. 144-149.
- 50.Панхальська М. Олександр Романович Лурія і мікрогенетичний підхід до діагнозу й реабілітації пацієнтів з травматично ушкодженою головою // Психолінгвістика/ Переяслав-Хмельницький, 2013. № 13. С. 44-77.
- 51.Панченко О.А. Украинско-польское сотрудничество в области нейрореабилитации и психоневрологии / Укр. вісн. психоневрології. - 2017. - Том 25, Вип. 1. - С. 140.
- 52.Пенова И. К. Общие принципы программы реабилитации пациентов пожилого возраста с когнитивными расстройствами /Український вісник психоневрології. - 2017. - Т. 25, вип. 1. - С. 141.
- 53.Погорєлов О.В. Нейрофізіологічна діагностика астеничних станів при ішемічних порушеннях головного мозку. Український неврологічний журнал. 2009. №2(11). С.49–53.
- 54.Полозенко О.В., Омельченко Л.М., Яшник С.В., Свистун В.І., Стахневич В.І., Мартинюк І.А., Жуковська Л.М. Основи загальної психології. – К.: НУБіП, 2009. – Т. 1. – 322 с.
- 55.Посібник із використання восьмиколірного тесту Люшера / Упоряд. О. Ф. Дубровська, 2008. - 63с
- 56.Привалова Н. М. Нейропсихологічні критерії діагностики і прогнозу при закритій вибуховій черепно-мозковій травмі / Український вісник психоневрології. - 2017. - Т. 25, вип. 1. - С. 99
- 57.Прилепа В. А. Акупресура як складова системи корекційно-лікувального впливу при заїканні / Сучасні проблеми логопедії та реабілітації: збірник матеріалів конференції,2017.
- 58.Псядло Э. М. Анатомия и морфология центральной нервной системы: Учебное пособие для студентов факультета «Психология и социальная работа» / Одеса : «Фенікс», 2018. – 206 с

- 59.Ревенько І. Л. Епідеміологія інсульту в Україні. Запорозький мед. журнал. 2010. Т. 12. № 3. С. 42–47.
- 60.Ревуцька І.В. Мовленеві порушення та їх корекція за допомогою телісно-орієнтованої терапії. Вестник Донецького педагогического інститута № 4 2017
- 61.Рокошевська В. В. Методика реабілітаційного обстеження осіб після перенесеного мозкового геморагічного інсульту. Вісник Чернігівського державного педагогічного університету. Чернігів, 2008. Вип. 55, т. 2. С. 267–271.
- 62.Сарвир И. Н. Особенности эмоционально-аффективной сферы у больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями /Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. - 2017. - № 1-2. - С. 21-27.
- 63.Тейлор Д. Мой инсульт был мне наукой. История собственной болезни, рассказанная нейробиологом / Джил Тейлор. – США: Corpus, 2012.
- 64.Тригуб Г. В. Нейролінгвістичні особливості мовленнєвих порушень. Вісник Одеського національного університету. Серія : Психологія. 2015
- 65.Хомская Е..Д. Нейропсихология : учебник для студ., обуч. по направ. "Психология" и спец. "Психология" и "Клиническая психология": Питер, 2006. - 496 с"
- 66.Худик В.А. Исследования интеллекта и личности. Исключение предметов/ В.А. Худик — Киев, 1994. – 280с
- 67.Франчесеті Дж., Джечеле М., Гештальт-терапія у клінічній практиці. Від психопатології до естетики контакту, 2017
- 68.Шеремет М.К., Боряк О.В.; Сум. держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка. Неврологічні основи логопедії : навч. посіб. Сум. держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка.Суми,2016. 251 с."
- 69.Blumenfeld H. Neuroanatomy Through Clinical Cases. 2nd ed. Sinauer : Associates, 2011. 975 p.

70. Barnes M. P., Good D. C. *Neurological Rehabilitation*. Vol. 110. Elsevier, 2013. 680 p.
71. Bersano A., Burgio F., Gattinoni M. Aphasia burden to hospitalized acute stroke patients: need for an early rehabilitation programme, PROS II Study Group // *Int. J. Stroke*. 2009. № 4(6). P. 443-447.
72. Davis G. A. *Aphasia and Related Cognitive-Communicative Disorders*. Boston : Pearson Education, 2014. 432 p.
73. Di Pino G., Pellegrino G., Assenza G., Capone F., Ferreri F., Formica D., Ranieri F., Tombini M. et al. Modulation of brain plasticity in stroke: a novel model for neurorehabilitation. *Nat. Rev. Neurol.* 2014. 10: 597–608
74. Rosenzweig S. *Psychodiagnostics*, 1949.
75. Sarno M.T., Postman W.A., Cho Y.S., Norman R.G. Evolution of phonemic word fluency performance in post-stroke aphasia, 2005
76. Susan Dellinger. *Psycho-Geometrics: The Science of Understanding People, and the Art of Communicating with Them*, 1997
77. Whitworth A., Whitworth A. A., Webster J., Howard D. *Cognitive Neuropsychological Approach to Assessment and Intervention in Aphasia : A Clinician's Guide*. N.Y. : Psychology Press, 2014. 392 p.

## ДОДАТКИ

### Додаток № 1

Анкета для збору анамнезу

1. ПІБ пацієнта
2. Вік (повних років) 1. до 18 років; 2. 19-25 років; 3. 26-40 років;
4. 41-55 років; 5. 56-65 років; 6. після 66 років.
3. Стать: 1. чоловік; 2. жінка. Тел. \_\_\_\_\_
4. До хвороби Ви працювали
  1. в державній або комунальній установі;
  2. в приватній організації;
  3. військовослужбовець;
  4. підприємець, самозайнята особа
  5. студент (школяр);
  6. пенсіонер;
  7. безробітний працездатний;
  8. безробітний непрацездатний.
5. Чи встановлено Вам діагноз афазії? 1. Так 2. Ні 3. Не знаю
6. Де Ви проживаєте 1. в столиці; 2. в місті - обласному центрі;
3. в місті, що не є обласним центром; 4. смт;
5. в селі
7. Сімейний стан: 1. одружений; 2. розлучений;
3. вдовець (вдова); 4. в "цивільному шлюбі";
5. одинак.
8. З ким разом Ви проживаєте? 1. з сім'єю; 2. з сусідом/сусідкою 3. сам
9. Коли з'явилися перші симптоми хвороби?
  1. до 1 року назад 2. 1 - 5 років назад 3. 6 - 10 років назад
  4. більше 10 років назад 5. з дитинства
10. З чим Ви пов'язуєте виникнення хвороби?
  1. після операції на головному мозку;
  2. з отриманням контузії;
  3. з отриманням травми або поранення голови;
  4. з гіпертонією

5. після проведення променевої терапії;
6. зі стресом;
7. з інфекцією;
8. з віком;
9. з енцефалопатією;
11. Чи звертались Ви з проблемою розладу мовлення до лікарів?
1. Так, одразу після виникнення симптомів; 2. Так, через рік;
3. Так, пізніше, ніж через рік; 4. Ні
12. Як хвороба розвивалась далі?
1. стан погіршився; 2. стан залишився таким самим;
3. стан покращився; 4. повне відновлення
13. Чи проходить Ви регулярні необхідні обстеження та лікування?
- 1.Так 2. Іноді 3.Ні 4.Так, але завадила ситуація з ковідом
- 14.\* Як Ваша сім'я ставиться до захворювання?
1. Підтримує; 2. Критикує; 3.Ігнорує.
15. Чи маєте Ви дітей?
1. Так, біологічних; 2. Так, усиновлених;
3. Так, взятих під опіку/піклування; 4. Ні
- 16.\*\*Як проходили пологи? 1. Нормально;
2. Паталогічно; 3. Кесарев розтин.
17. Чи мали Ви відношення до військової служби?
1. Так, до строкової; 2. Так, участь в бойових діях;
3. Ні.
18. Чи були у Вас конфлікти на роботі? 1.Так 2. Ні 3. Не пам'ятаю
19. Чи були у Вас правопорушення, судимість? 1.Так 2. Ні
20. Чи хворіли Ви на
1. атеросклероз; 2. менінгіт; 3. менінгоенцефаліт; 4. інсульт;
- 5 мікроінсульт; 6. енцефалопатію
21. Чи були у Вас фізичні травми голови? Поранення голови?
1. Так 2. Ні 3. Не знаю
22. Чи були у Вас контузії 1. Так 2. Ні 3. Не знаю
23. Чи палили Ви до хвороби ?
1. Так, більше 5 років; 2. Так, від 2 до 5 років;
3. Так, від 1 до 2 років; 4. Так, менше року 5. Ні.

24. Чи вживали Ви до хвороби алкоголь?

1. Так, регулярно; 2. Так, рідко; 3. Ні.

25. Чи відчуваєте Ви розлади мовлення на даний час?

1. Так 2. Ні 3. Не знаю

26. Чи відчуваєте Ви труднощі в сприйманні? 1. Так 2. Ні 3. Не знаю

27. Як впливає хвороба на Ваше життя?

1. я став непрацездатним;  
2. я можу виконувати лиш нескладну роботу;  
3. я самостійно можу долати труднощі, викликані хворобою;  
4. майже не впливає  
5. не впливає зовсім

28. До кого Ви себе відносите?

1. До правшів 2. До лівшів  
3. Амбідекстер 4. Не знаю

## Додаток № 2

Дослідження мовлення			
Скарги на порушення моторної, сенсорної сторони мовлення та інше			
Симптоми	Немає	Слабко	Сильно
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Спонтанне мовлення</b> (Розмова з хворим (<i>Як Ви захворіли? Куди звертались? Що давало мотивацію відновлюватись?</i>))</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Автоматизоване мовлення</b> Цифровий ряд : від 1 до 10 Дні тижня: <i>понеділок, вівторок...</i></li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Дезавтоматизоване мовлення</b> Цифровий ряд: <i>10,9,8...</i> Дні тижня: <i>Неділя, субота...</i></li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Повторне мовлення</b> 4.1 Повторювання опозиційних фонем: <i>б-п, п-б, д-т, т-д, з-с, с-з</i>  (за неможливості повторювати– реакція вибору на опозиційні фонемі або показ відповідної букви)  4.2 Повторювання слів: <i>дім, вікно, кіт, швець, стогін, слон, залицяльник, обличчовальник, умивальник, кооператив, кораблетроца</i>  4.3 Повторювання серії слів: <i>дім-ліс, віл-стіл, Дуб-ніч-голка, Сад-шафа-день</i>  4.4 Повторювання скоромовки: <i>Боронила борона по боронованому полю.</i></li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Називання предметів</b> 5.1 За картинками: <i>яблуко, чайник, лампа, пляшка, годинник.</i>  5.2 Части тіла: <i>око, рука, лікоть, плече, палець,</i> (відмічаємо характер труднощів : чи допомагає підказка;пошуки, відмови; літеральні и вербальні парафазії і т.д.)</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Розуміння мовлення</b> 6.1 Розуміння слів ( з опорою на картинку): По одному елементу <i>око, рука, лікоть, плече, палець</i> По два елемента <i>яблуко-чайник, лампа-пляшка, годинник</i>  6.2 Розуміння значення слів (частин тіла без зорової опори): <i>показати вухо-ніс-око по одному елементу (вухо і т.д.)</i>  6.3 Розуміння побутових інструкцій і речень: <i>доторкніться правою рукою до лівого вуха</i>  6.4 Розуміння логіко-граматичних конструкцій: Виконати інструкцію: <i>книга під зошитом, зошит під книгою, книга над зошитом, і т.д.</i>  Показати який предмет <i>більш світлий; більш темний, менш світлий; менш темний.</i>  6.5 Показати або пояснити значення: <i>мамина дочка, дочкина мама.</i>  6.6 <i>Я поспідав після того, як прочитав газету. Що я робив раніше?</i></li> </ul>			
Дослідження читання			
(Скарги на порушення читання букв, слів, неможливість прочитати написане та ін..)			
<b>Читання букв</b> (простих і стилізованих) Н я Д ч Ж А С О			

<b>Читання звичних слів</b> <i>Микола, Петро, Олексій, Павло, Андрій, дім, літо, вікно, дерево</i>			
<b>Читання складних слів, які рідко зустрічаються</b> <i>Увімкнення, простір, підставка, велотрек, синтетика, каталізатор</i>			
<b>Читання неправильно написаних слів</b> <i>Сотпа, сітл, сноце, криинця, севріз</i>			

## Сбор анамнеза

ФИО \_\_\_\_\_

2. Возраст (полных лет)

1. До 18 лет                      2. 19-25 лет                      3. 26-40 лет  
4. 41-55 лет                      5. 56-65 лет                      6. После 66 лет

3. Пол : 1. мужчина      2. женщина                      Тел. \_\_\_\_\_

4. Вы работаете? 1. в государственном или коммунальном учреждении      2. в частной организации  
3. военнослужащий                      4. предприниматель или самозанятое лицо  
5. студент (школьник)                      6. пенсионер  
7. безработный трудоспособный      8. безработный нетрудоспособный

5. Установлен ли Вам диагноз афазии      1. Да      2. Нет      3. Не знаю

6. Где Вы проживаете? 1. в столице                      2. в городе-областном центре  
3. в городе, что не есть областным центром      4. в поселке городского типа  
5. в селе

7. Семейное положение : 1. в браке                      2. в разводе  
3. вдовец (вдова)                      4. в «гражданском браке»  
5. одиночка

8. С кем вместе Вы проживаете? 1. с семьей ;      2. с соседом/соседкой      3. сам

9. Когда появились первые симптомы болезни? 1. до 1 года назад      2. 1-5 лет назад  
3. 6-10 лет назад      4. больше 10 лет назад      5. с детства

10. С чем связываете возникновение болезни? 1. с перенесенным инсультом (микроинсультом)  
2. с получением контузии                      3. с получением травмы или ранением головы  
4. после операции на головном мозге      5. после проведения лучевой терапии  
6. со стрессом                      7. с инфекцией  
8. с возрастом                      9. с энцефалопатией  
10. другое \_\_\_\_\_

11. Обращались ли Вы с проблемой расстройства речи к врачам?

1. Да, сразу после возникновения симптомов; 2. Да, через год; 3. Да, позже, чем через год 4. Нет

12. Как болезнь развивалась далее? 1. состояние ухудшилось; 2. состояние осталось таким же;  
3. состояние улучшилось; 4. полное возобновление.

13. Проходите ли Вы регулярные необходимые обследования и лечение? 1. Да 2. Иногда 3. Нет

14. \* Как Ваша семья относится к заболеванию? 1. Поддерживает 2. Критикует 3. Игнорирует

15. Имеете ли Вы детей? 1. Да, биологических;                      2. Да, усыновленных;  
3. Да, взятых под опеку/попечительство;      4. Нет

16. \*\* Как проходили роды? 1. Нормально 2. Паталогично 3. Кесарево сечение

17. Имели ли Вы отношение к военной службе?

1. Да, к срочной;      2. Да, участие в боевых действиях;      3. Нет

18. Были ли у Вас конфликты на работе? 1. Да      2. Нет      3. Не помню

19. Были ли у Вас правонарушения, судимость? 1. Да      2. Нет

20. Болели ли Вы на ...?

1. атеросклероз; 2. менингит; 3. менингоэнцефалит; 4. инсульт 5. микроинсульт 6.энцефалопатию

21. Были ли у Вас физические травмы головы? Ранения головы? 1. Да 2. Нет 3. Не знаю

22. Были ли у Вас контузии? 1. Да 2. Нет 3. Не знаю

23. Курите ли Вы (курили когда-нибудь)? 1. Да, более 5 лет; 2. Да. От 2 до 5 лет

3. Да, от 1 до 2 лет 4. Да, менее года 5. Нет

24. Употребляете (-ли) ли Вы алкоголь? 1. Да, регулярно 2. Да, редко; 3. Нет

25. Чувствуете ли Вы нарушения речи в данное время? 1. Да 2. Нет 3. Не знаю

26. Чувствуете ли Вы трудности в восприятии? 1. Да 2. Нет 3. Не знаю

27. Как влияет болезнь на Вашу жизнь?

1. я стал нетрудоспособным

2. я могу делать лишь несложную работу

3. я самостоятельно могу преодолевать трудности, вызванные болезнью;

4. почти не влияет

5. не влияет сов сем

28. К кому Вы себя относите? 1. К правшам

2. К левшам

3. Пользуюсь двумя руками в одинаковой степени 4. Не знаю

Исследование речи Жалобы на нарушения моторной функции речи и др.			
Симптомы	Нет	Слабо	Сильно
<b>1. Спонтанная речь</b> (Разговор с больным ( <i>Как Вы заболели? Куда обращались? Что давало мотивацию восстанавливаться?</i> ))			
<b>2. Автоматизированная речь</b> Цифровой ряд : <i>от 1 до 10</i> Дни недели: <i>понедельник, вторник...</i>			
<b>3. Дезавтоматизированная речь</b> Цифровой ряд: <i>10,9,8...</i> Дни недели: <i>Воскресенье, суббота...</i>			
<b>4. Повторная речь</b> 4.1 Повторение оппозиционных фонем: <i>б-п, п-б, д-т, т-д, з-с, с-з</i>  (при невозможности повторить – реакция выбора на оппозиционные фонемы или показ соответствующей буквы)  4.2 Повторение слов: <i>дом, окно, кот, швец, стон, слон</i> <i>Поклонник, половник, полковник</i> <i>кооператив, кораблекрушение</i>  4.3 Повторение серии слов: <i>дом-лес, вол-стол</i> <i>Дуб-ночь-игла,</i> <i>Сад-шкаф-день</i>  4.4 Повторение скороговорки: <i>Из-за топота копыт пыль по полю летит</i>			
<b>5. Называние предметов</b> 5.1 По картинкам: <i>яблоко, чайник, часы, лампа, бутылка.</i>  5.2 Части тела: <i>глаз, рука, локоть, плечо, палец.</i> (отмечается характер затруднений : помогает ли подсказка, поиски, отказы; литеральные и вербальные парафазии и т.д.)			
<b>6. Понимание речи</b> 6.1 Понимание слов ( с опорой на картинку): По одному элементу <i>глаз, рука, локоть, плечо, палец.</i> По два элемента <i>яблоко-чайник, лампа-бутылка, часы</i>  6.2 Понимание значения слов (частей тела без зрительной опоры): <i>показать ухо-нос-глаз по одному элементу (ухо и т.д.)</i>  6.3 Понимание обиходных инструкций и предложений: <i>коснитесь правой рукой левого уха.</i>  6.4 Понимание логико-грамматических конструкций: Покажите: <i>книга под тетрадью, тетрадь под книгой, книга над тетрадью и пр.</i>			

Показать какой предмет <i>более светлый; более темный, менее светлый; менее темный.</i>			
6.5 Показать или разъяснить значение: <i>мамина дочка, дочкина мама.</i>			
6.6 Я позавтракал после того, как прочитал газету. Что я сделал раньше?			
<b>Исследование чтения</b> (Жалобы на нарушение чтения букв, слов, невозможность прочитать написанное и др.)			
<b>1. Чтение букв</b> (простых и стилизованных) Н я Д ч Ж АСО			
<b>2. Чтение привычных слов</b> <i>Николай, Петр, Алексей, Павел, Андрей, дом, лето, окно, дерево</i>			
<b>3. Чтение сложных, редко встречающихся слов</b> <i>Включатель, разброд, пространство, подставка, велотрек, синтетика</i>			
<b>4. Чтение неверно написанных слов</b> <i>Галз, сотл,слонце, клоодец, севриз</i>			