МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ

КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему: **«ВИКОРИСТАННЯ PROMPT-ТЕХНОЛОГІЇ У ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ НАВЧАННІ ПРИ МОТОРНИХ АФАЗІЯХ»**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.0163-з
спеціальності 016 «Спеціальна освіта»
освітньої програми «Логопедія»
В. В. Потіп

Керівник: ст. викладач кафедри соціальної педагогіки та спеціальної освіти, доктор філософії PhD В. В. Апухтіна

Рецензент _____
_____

Запоріжжя

2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра соціальної педагогіки та спеціальної освіти
Рівень вищої освіти магістерський
Спеціальність 016 Спеціальна освіта
Освітня програма «Логопедія»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри _____
«____» _____20__ року

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Потіп Валерії Владиславівні

1. Тема «Використання prompt-технології у відновлювальному навчанні при моторних афазіях»
керівник роботи Апухтіна Вікторія Валеріївна, доктор філософії PhD, старший викладач
затверджена наказом ЗНУ від «20 » лютого 2024 р. № 316-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи матеріали педагогічної практики, курсових робіт

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, що їх належить розробити) проаналізувати наукову літературу щодо проблем мовленнєвого спілкування у пацієнтів з моторною афазією, пов’язаною з ішемічним інсультом; розглянути причини виникнення, патофізіологію та наслідки ішемічного інсульту, що призводять до мовленнєвих розладів у вигляді моторної афазії; охарактеризувати типи моторної афазії, що спостерігаються у дорослих пацієнтів, та їхні особливості; визначити основні напрямки корекційної роботи з пацієнтами, які страждають на моторну афазію в післяінсультний період; дослідити теоретичні засади PROMPT-терапії як логопедичного методу та її потенціал у відновленні мовленнєвих функцій при моторній афазії; проаналізувати особливості практичного використання PROMPT-терапії у відновлювальному періоді після інсульту; провести експериментальне дослідження ефективності застосування PROMPT-терапії для корекції моторної афазії та проаналізувати отримані результати.

5. Перелік графічного матеріалу (із точним зазначенням обов'язкових креслень) рисунків – 2 з результатами дослідження.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Консультант	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Апухтіна В.В.		
Розділ 1	Апухтіна В.В.		
Розділ 2	Апухтіна В.В.		
Висновки	Апухтіна В.В.		
Додатки	Апухтіна В.В.		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	жовтень-листопад	виконано
2	Написання вступу	листопад	виконано
3	Написання першого розділу	грудень-квітень	виконано
4	Написання другого розділу	травень-вересень	виконано
5	Написання висновків	жовтень	виконано
6	Оформлення додатків	жовтень-листопад	виконано
7	Оформлення роботи, рецензування	листопад-грудень	виконано
8	Захист	грудень	

Студент _____ Потіп В. В.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Керівник роботи _____ Апухтіна В. В.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Апухтіна В. В.
(підпис) (прізвище та ініціали)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 52 с., 2 рисунка, 62 джерела.

Об’єкт дослідження – процес відновлення мовлення у пацієнтів з аферентною моторною афазією після ішемічного інсульту.

Предмет дослідження – зміст, форма та метод корекції аферентної моторної афазії пацієнтів після ішемічного інсульту засобами PROMPT-терапії.

Мета дослідження: комплексний аналіз теоретичних засад і практичних аспектів застосування PROMPT-терапії у відновленні мовлення у пацієнтів з аферентною моторною афазією, зумовленою ішемічним інсультом.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз літератури з психології, педагогіки та логопедії для дослідження моторної афазії та методів її корекції; емпіричні – діагностика мовленнєвих функцій пацієнтів з аферентною моторною афазією, формувальний експеримент з апробації PROMPT-терапії та оцінка її ефективності; кількісна та якісна обробка даних – порівняння, аналіз відсоткових показників, описове спостереження.

Теоретичне значення дослідження полягає у систематизації знань про аферентну моторну афазію, уточненні її психологічних та логопедичних характеристик, а також розробці основ використання PROMPT-терапії для відновлення мовлення після інсульту.

Практична значущість роботи – у створенні ефективного алгоритму корекційної роботи для пацієнтів з аферентною моторною афазією на основі PROMPT-терапії, що можуть використовувати логопеди та фахівці з реабілітації для поліпшення якості життя пацієнтів.

Галузь використання: заклади охорони здоров’я, які надають послуги з відновного лікування після інсульту.

АФЕРЕНТНА МОТОРНА АФАЗІЯ, ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ, ВІДНОВЛЕННЯ МОВЛЕННЯ, PROMPT-ТЕРАПІЯ, ЛОГОПЕДИЧНА КОРЕКЦІЯ

SUMMARY

Potip V. Use of PROMPT Technology in Rehabilitative Training for Motor Aphasia, 2024. 67 p.

The qualification work consists of an introduction, 2 sections, findings, a list of references (62 items, 15 of them in a foreign language).

The qualification work volume is 67 pages long, 52 of them – main text. There are 2 illustrations.

The qualification work provides a theoretical survey and presents an experimental study on the application of PROMPT technology in rehabilitative training for patients with afferent motor aphasia following an ischemic stroke. It explores methods and approaches for the effective correction of motor aphasia in adult patients.

The research object is the process of speech rehabilitation in patients with afferent motor aphasia post-ischemic stroke.

The research subject – the content, form, and methods of correcting afferent motor aphasia in post-stroke patients through PROMPT therapy.

The aim of the study is to establish a theoretical foundation and conduct experimental verification of the effectiveness of PROMPT therapy in restoring speech in patients with afferent motor aphasia.

The tasks of the qualification work*:*

1) To analyze the literature on speech communication issues in patients with motor aphasia following ischemic stroke;

2) To investigate the causes, pathophysiology, and consequences of ischemic stroke leading to motor aphasia;

3) To describe the types and characteristics of motor aphasia observed in adult patients;

4) To outline the primary directions of correctional work with patients suffering from motor aphasia in the post-stroke period;

5) To examine the theoretical principles of PROMPT therapy as a speech

correction method and its potential in speech restoration;

6) To analyze the practical application of PROMPT therapy during the rehabilitation period post-stroke;

7) To conduct an experimental study assessing the effectiveness of PROMPT therapy for motor aphasia correction.

To address these tasks and test the hypothesis, the study applied general scientific research methods: theoretical (analysis of psychological, pedagogical, and speech therapy literature; comparison, analysis, and synthesis of obtained data) and empirical (diagnostics of speech function, formative experiment, quantitative and qualitative data analysis).

Section 1 “Theoretical aspects of motor aphasia and ischemic stroke” defines motor aphasia and provides an overview of the causes and consequences of ischemic stroke affecting speech.

Section 2 “Correction of motor aphasia using PROMPT therapy” describes the fundamentals of PROMPT therapy, practical application in the post-stroke period, and the results of its experimental use in speech rehabilitation for patients with afferent motor aphasia.

The results demonstrate the effectiveness of the developed approach using PROMPT therapy in restoring speech functions in post-stroke patients with afferent motor aphasia.

Keywords: afferent motor aphasia, ischemic stroke, speech rehabilitation, PROMPT therapy, speech therapy.

ЗМІСТ

Вступ …….. 8
Розділ 1. Теоретичні аспекти поняття моторної афазії, теоретичні поняття виникнення ішемічного інсульту …… 12
1.1 Проблема мовленнєвого спілкування в науковій літературі…… 12
1.2 Теоретичні поняття про ішемічний інсульт, причини виникнення та наслідки інсульту…….. 18
1.3 Поняття про моторну афазію, види моторної афазії у дорослих пацієнтів…….. 27
1.4 Корекція моторного афазії в післяінсультний період…….. 33
Розділ 2. Корекція моторної афазії логопедичним прийомом PROMPT-терапії ……. 39
2.1 Поняття про PROMPT-терапію, основи використання……. 39
2.2 Організація та проведення дослідження……. 43
2.3 Аналіз результатів дослідження ……. 52
Висновки…… 57
Список використаних джерел……... 60

ВСТУП

Мовлення є однією з основних форм спілкування людини, яка відіграє вирішальну роль у когнітивному, соціальному та емоційному розвитку особистості. Воно забезпечує можливість не лише передавати інформацію, але й висловлювати свої думки, почуття, формувати міжособистісні зв’язки та інтегруватися в суспільство. Однак втрата мовленнєвої функції стає серйозним ударом для людини, суттєво знижуючи її якість життя. Однією з головних причин мовленнєвих порушень є ішемічний інсульт, що виникає через гостре порушення мозкового кровообігу та часто призводить до складних неврологічних наслідків.

Серед найпоширеніших післяінсультних мовленнєвих розладів виділяють афазію – порушення мовлення, яке виникає внаслідок пошкодження ділянок мозку, відповідальних за мовленнєву діяльність. Афазія суттєво впливає на здатність людини розуміти та відтворювати мову. Особливу увагу науковців привертають зони Брока та Верніке, розташовані у відповідних ділянках мозку та відповідальні за мовленнєву продукцію та розуміння. Ураження цих зон призводить до порушення мовленнєвих функцій, відомих як моторна та сенсорна афазія відповідно.

Серед важких форм афазії особливе місце займає аферентна моторна афазія, що виникає при ураженні нижньої частини задньої центральної звивини та тім’яної частини кори лівої півкулі мозку. Для таких пацієнтів характерна часткова чи повна втрата здатності контролювати артикуляцію, що ускладнює спонтанне мовлення та сприйняття чужої мови. Вони можуть частково розуміти звернене мовлення, проте відчувають труднощі з вибором артикуляційних позицій, що часто призводить до вербальних парафазій і заміни звуків.

У зв’язку з важливістю відновлення мовленнєвої функції для пацієнтів з аферентною моторною афазією, у сучасній логопедичній практиці використовуються різноманітні методи корекційного навчання. Одним із

найбільш перспективних методів є PROMPT-терапія – підхід, розроблений Деброю Хайден у 1970-х роках. PROMPT (англ. «Підказки для реструктуризації усно-м’язово-фонетичних цілей») передбачає тактильно-кінестетичний вплив на мовленнєву мускулатуру пацієнта, що дозволяє коригувати артикуляцію через фізичну стимуляцію мовленнєвих органів (щелепи, язика, губ). Цей метод спрямований на розвиток тактильно-кінестетичних відчуттів і допомагає пацієнтам оволодіти артикуляційними навичками для правильної вимови звуків, слів та фраз.

Дослідженнями моторної афазії займалися відомі науковці, зокрема Т. Візель, О. Лурія, Г. Морозов, Л. Цвєткова, які зробили значний внесок у розуміння природи афазійних порушень і запропонували практичні підходи до їх корекції. Також вагомий внесок у вивчення мозкових мовленнєвих центрів зробили французький анатом П. Брока, який уперше описав моторну афазію, і німецький психолог К. Верніке, який відкрив природу сенсорної афазії.

Таким чином, **метою** даного дослідження є комплексний аналіз теоретичних засад і практичних аспектів застосування PROMPT-терапії у відновленні мовлення у пацієнтів з аферентною моторною афазією, зумовленою ішемічним інсультом.

Об’єкт дослідження – процес відновлення мовлення у пацієнтів з аферентною моторною афазією після ішемічного інсульту.

Предмет дослідження – зміст, форма та метод корекції аферентної моторної афазії пацієнтів після ішемічного інсульту засобами PROMPT-терапії.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукову літературу щодо проблем мовленнєвого спілкування у пацієнтів з моторною афазією, пов’язаною з ішемічним інсультом.
2. Розглянути причини виникнення, патофізіологію та наслідки ішемічного інсульту, що призводять до мовленнєвих розладів у вигляді моторної афазії.
3. Охарактеризувати типи моторної афазії, що спостерігаються у дорослих пацієнтів, та їхні особливості.
4. Визначити основні напрямки корекційної роботи з пацієнтами, які

страждають на моторну афазію в післяінсультний період.

5. Дослідити теоретичні засади PROMPT-терапії як логопедичного методу та її потенціал у відновленні мовленнєвих функцій при моторній афазії.

6. Проаналізувати особливості практичного використання PROMPT-терапії у відновлювальному періоді після інсульту.

7. Провести експериментальне дослідження ефективності застосування PROMPT-терапії для корекції моторної афазії та проаналізувати отримані результати.

Для досягнення мети та виконання поставлених завдань ми використовували такі методи:

- **теоретичні** – аналіз наукової літератури з психології, педагогіки та логопедії для глибокого дослідження проблеми моторної афазії та методів її корекції; порівняння, аналіз і синтез даних щодо різних підходів у відновленні мовлення після інсульту;
- **емпіричні** – діагностика: здійснено оцінку стану мовленнєвих функцій пацієнтів з аферентною моторною афазією для визначення рівня розвиненості імпресивного та експресивного мовлення; формувальний експеримент: проведено експериментальну роботу з апробації PROMPT-терапії, спрямованої на корекцію аферентної моторної афазії, та визначено її ефективність у відновленні мовлення; кількісна та якісна обробка даних: для аналізу та інтерпретації результатів використовувалися порівняння та аналіз відсоткових показників, а також описове спостереження та оцінка досягнень пацієнтів під час терапії.

Теоретичне значення дослідження полягає у систематизації знань про аферентну моторну афазію, уточненні її психологічних та логопедичних характеристик, а також у розробці теоретичних засад використання PROMPT-терапії як корекційного методу для відновлення мовлення у пацієнтів після інсульту.

Практична значущість роботи полягає у розробці та впровадженні ефективного алгоритму корекційної роботи для пацієнтів з аферентною

моторною афазією на основі PROMPT-терапії. Результати можуть використовуватись логопедами та фахівцями в галузі реабілітації мовленнєвих функцій для поліпшення якості життя пацієнтів з мовленнєвими порушеннями.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПОНЯТТЯ МОТОРНОЇ АФАЗІЇ, ТЕОРЕТИЧНІ ПОНЯТТЯ ВИНИКНЕННЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

1.1 Проблема мовленнєвого спілкування в науковій літературі

Моторна афазія є розладом мовлення, який може виникати внаслідок ураження кори головного мозку. Цей стан порушує важливу складову нашого життя – спілкування, яке в англомовній культурі часто називають «комунікацією». Спілкування є невід'ємним процесом нашого повсякдення.

Афазія спостерігається більш ніж у третини всіх випадків церебрального інсульту і часто супроводжується іншими порушеннями, такими як агнозія, апраксія та правосторонні геміпарези, що призводять до серйозних наслідків та обмежують працездатність пацієнтів. Втрата можливості спілкування та обмеження контактів з оточуючими, за умови збереження особистості та адекватної поведінки, спричиняє фрустрацію і депресію, що врешті-решт призводить до соціальної ізоляції та дезадаптації хворого.

Для повного розуміння поняття «мовлення», його ролі в нашому житті, а також особливостей мовленнєвої діяльності у пацієнтів з моторною афазією після інсульту, необхідно розглянути цей феномен з наукової точки зору.

Науковий інтерес до проблеми розвитку та порушень спілкування виник ще у минулому столітті, що відобразилося у великій кількості вітчизняних і зарубіжних досліджень. Представники різних галузей, зокрема логопсихології (С. Конопляста, І. Мартиненко) [31; 41] та логопедії (Л. Андрусишин, Л. Волкова, С. Конопляста, Н. Манько, І. Мартиненко, О. Мастюкова, О. Приходько, Н. Савінова, Ю. Рібцун, В. Тарасун, М. Шеремет та ін.) [46; 40; 38; 52], соціології (Г. Андреєва, О. Луньова та ін.) [2; 1], психології (Б. Ананьєв, О. Бодальов, А. Волкова, Є. Ільїн, В. Калягін, Г. Костюк, О. Леонтьєв, М. Лісіна,

Б. Ломов, В. Лубовський, А. Петровський, Т. Пироженко, А. Реан, В. Синьов, Л. Фомічова та ін.) [1; 14; 23; 24; 29; 45; 47], психолінгвістики (Т. Ахутіна, А. Залевська, О. Леонтьєв, Д. Слобін, Є. Соботович, В. Тарасун, Р. Фрумкіна, А. Шахнорович та ін.) [3; 21; 59; 61], педагогіки (І. Зимня, А. Мудрик, Ф. Сохін та ін.) [20; 61], вивчали природу спілкування, його індивідуальні особливості, механізми перебігу та динаміку змін.

Для початкового дослідження важливо розібратися з поняттям «спілкування». Спілкування загалом розглядають як складний і багатогранний процес, який може виступати як форма взаємодії людей, інформаційний процес, спосіб налагодження стосунків та взаємовпливу. Відсутність єдиного визначення цього феномену обумовлює виникнення різних підходів до його розуміння. Як зазначає А. Волкова, численні трактування поняття «спілкування» вказують на основні функції або аспекти цього процесу і мають описовий характер.

В англомовній культурі відсутнє слово «спілкування» в нашому розумінні, натомість вживається термін «комунікація», що позначає комунікативні процеси. Це вказує на синонімічність понять «комунікація» і «спілкування», що, за І. Мартиненком, дозволяє моделювати процеси, які забезпечують пересилання та прийом даних [43]. Етимологічно «комунікація» походить від латинського слова *communicatio*, що означає «робити загальним, пов’язувати, спілкуватися». Отже, одним із найбільш поширених значень поняття «комунікація» є саме спілкування.

Різна термінологія, яку використовують дослідники, призвела до різноманітних трактувань понять «спілкування», «комунікація» і «комунікативна діяльність». Це свідчить про не лише змістовні відмінності у розумінні цих понять, а й про різні підходи до дослідження факторів, що відображають складність процесів взаємодії (Ж. Глозман, Н. Манько, С. Конопляста, В. Лубовський, І. Мартиненко, Н. Савінова, В. Синьов, В. Тарасун, М. Шеремет) [19; 23; 40; 41; 55; 59].

Аналіз літератури свідчить про існування кількох підходів до цієї проблеми. Перший з них полягає у диференціації понять. Наприклад, М. Каган

виокремив відмінності між спілкуванням та комунікацією, зазначаючи, що спілкування має як практичний, так і духовний характер, тоді як комунікація є суто інформаційним процесом. Спілкування є міжсуб'єктною взаємодією, часто діалогічною, тоді як комунікація передбачає суб'єктно-об'єктну взаємодію.

Є. Ільїн, Є. Клюєв та Ж. Ніколаєва також розглядають комунікацію як загальний процес, а спілкування – як його специфічний підвид, що є характерним для високорозвинених живих істот, зокрема людини. У цьому сенсі комунікація розглядається як зв'язок між двома системами, у ході якого одна система передає іншій сигнал, що несе інформацію. Це поняття застосовується до технічних систем і взаємодії людини з машинами, а також до людських стосунків. На думку Ільїна, не всі форми комунікації є спілкуванням, але будь-яке спілкування є приватною формою комунікації. Спілкування включає не лише отримання чи передачу інформації, а й емоційний відгук, взаємодію симпатії чи негативного ставлення до партнера [8; 9].

Як підкреслюють В. Фефєлова, М. Філоненко та А. Львова, поняття «спілкування» передбачає особистісний, духовний контакт, тоді як «комунікація» має раціональну та ділову спрямованість [37; 10; 4].

Представники другої групи науковців виділяють чітко визначені поняття, такі як І. Божович, Л. Виготський, С. Зимня, В. Курбатов, О. Леонтьєв, О. Лурія, М. Мясищев та Т. Парсонс, які вважають, що спілкування є активним процесом з діалогічною структурою, який може розглядатися як форма взаємодії між індивідами [5; 15; 18; 20; 26; 30; 36; 44]. Згідно з Т. Парсонсом, спілкування є обміном інформацією та ідеями між індивідами, тоді як Е. Черрі визначає комунікацію як соціальну діяльність, що охоплює різні системи комунікації, серед яких мова та мовлення є найбільш виразними [45; 10; 12].

Часто спілкування розглядають як взаємодію між індивідами. Проте, за Е. Ільїним, комунікація не завжди присутня у кожній взаємодії [13]. Б. Ломов розширює цю думку, стверджуючи, що спілкування є унікальною формою взаємодії між людьми, яка передбачає не лише обмін діями, але й вираження підтримки, протистояння, згоди або конфлікту, співпереживання тощо.

В Мясищев наголошує на тому, що спілкування – це єдність взаємодії та відносин між людьми, що підкреслює його цілісне бачення як процесу взаємного впливу [34].

У психології багато досліджень присвячено зв'язку між спілкуванням та взаємодією. Наприклад, М. Андрєєва виділяє три складові спілкування: комунікативний, інтерактивний та перцептивний. Комунікативний компонент охоплює обмін інформацією між людьми, інтерактивний – організацію взаємодії, а перцептивний – сприйняття та розуміння одне одного. Ці елементи взаємодіють у процесі реального спілкування, формуючи цілісну картину [57; 37].

В. Куніцин узагальнює ці підходи, зазначаючи, що спілкування є потребою людини, формою обміну відносинами, симпатією, взаємопізнанням та діяльністю [23]. З точки зору педагогіки, В. Целуйко визначає спілкування як форму діяльності, що здійснюється між рівноправними партнерами і сприяє встановленню психічного контакту.

Окремі вчені, зокрема А. Алхазішвілі, Л. Архангельський та Б. Ломов, зазначають, що спілкування є лише атрибутом людської діяльності і принципово іншим феноменом, ніж діяльність [2]. Б. Ломов вважає, що спілкування не поступається таким категоріям, як свідомість, особистість та діяльність, оскільки у процесі міжособистісного спілкування формуються людські стосунки, які є основою для взаємодії в різних сферах, таких як гра, навчання та праця [34].

Аналізуючи наукову літературу, можна зробити висновок, що варіації у визначенні спілкування частково зумовлені відсутністю єдиного визначення поняття «діяльність». Якщо будь-яку дію чи прояв енергії людини розглядати як діяльність, тоді спілкування можна вважати її формою. Якщо ж діяльність розуміється лише як об'єктивно задане завдання, то спілкування не може бути класифіковане як діяльність.

У контексті нашого дослідження розглядаються такі аспекти, як інтерпретація повідомлень, комунікація та діяльність спілкування, які можуть існувати як самостійні явища або бути частиною інших видів діяльності. Спілкування, як і сам акт комунікації, розглядається як окрема сутність, що

відображає специфіку людської взаємодії. Основним аспектом спілкування є взаємодія між людьми, їхніми цінностями та унікальними психологічними характеристиками, що сприяє встановленню довготривалих психологічних зв'язків і спільним зусиллям.

З позицій діяльнісного підходу, в структурі комунікативної діяльності науковці (О. Запорожець, Д. Ельконін, О. Леонтьєв, М. Лісіна, І. Мартиненко, В. Тарасун, В. Тищенко, Л. Фомічова, М. Шеремет та ін.) виділяють такі основні компоненти: суб'єкт спілкування, потреби та мотиви, комунікативні якості, стиль спілкування, організація взаємодії, її засоби та результат [22; 33; 35; 42]. Ці компоненти є необхідною умовою ефективного функціонування комунікаційної діяльності.

Аналіз зазначених компонентів особливо актуальний для нашого дослідження, оскільки системні розлади, такі як афазія, суттєво впливають на ефективність мовленнєвого спілкування у пацієнтів після інсульту. Ретельний аналіз допомагає визначити рівень та особливості пошкодження цих функцій.

Суб'єкт спілкування є ключовим елементом комунікаційної діяльності, який передає повідомлення чи ідею та значною мірою визначає її характер. Згідно з теоретичними основами І. Зимної, мовленнєва діяльність розглядається як засіб відображення взаємозв'язків і асоціацій між об'єктами та явищами, що нас оточують.

О. Леонтьєв вказує на те, що потреба – причина дії – реалізується саме у суб'єкті. М. Лісіна підкреслює значення спілкування як фундаментального аспекту людської взаємодії, який сприяє розвитку самосвідомості та впевненості в собі. Учені наголошують на важливості потреб у визнанні та підтримці, що є основними мотивами для людей, включаючи потребу у враженнях, активному залученні, визнанні та підтримці (Л. Божович, М. Кістяковська, Д. Берлайн, Г. Кантор) [8; 32].

Організація взаємодії має вирішальне значення для комунікації. Важливими є середовища, у яких формуються специфічні форми взаємодії та відносин. Стиль взаємодії охоплює зміст і манеру, з якою людина спілкується з

іншими. Зміст визначає предмет обговорення, а стиль показує, як люди взаємодіють між собою.

Т. Ладиженська, фахівець з практичної лінгвістики, виділила чотири етапи мовленнєвого процесу, що дозволяють структуровано дослідити походження мовленнєвого висловлювання. У галузі нейропсихології та психолінгвістики Т. Ахутіна виділяє сім етапів, що узагальнюють різні моделі, зокрема підходи І. Зимної, Л. Виготського, О. Леонтьєва, О. Лурії. Ці моделі породження мовленнєвого висловлювання не суперечать одна одній, а уточнюють і доповнюють теорію мовленнєвої діяльності, оскільки різні ситуації спілкування передбачають різні способи вираження думок.

Передача та прийом мовленнєвих повідомлень вимагає забезпечення зворотного зв’язку, а різні механізми спілкування координує мозок, який активує мовний апарат і формує функціональну систему. Порушення зв’язку між механізмами продукування та сприйняття мовленнєвих повідомлень є основою афазії – розладу, що виникає через пошкодження певних ділянок мозку та призводить до втрати мовленнєвої здатності, ускладнюючи спілкування.

Такий підхід дозволяє дослідити мовленнєву діяльність у пацієнтів з афазією як складну взаємодію фізіологічних, когнітивних і соціальних компонентів. Зокрема, порушення мовленнєвої функції при афазії включає не лише проблеми з артикуляцією або формуванням мовлення, але й порушення здатності до комплексного аналізу та синтезу інформації, що знижує можливості пацієнта адаптуватися в соціумі.

Вивчення моделей спілкування в рамках реабілітаційних підходів, таких як PROMPT-терапія, допомагає фахівцям з логопедії та нейропсихології розробляти індивідуалізовані стратегії відновлення мовлення. PROMPT, як метод, базується на залученні сенсомоторних і когнітивних процесів, активізуючи залишкові ресурси мозку для покращення точності та автоматизму мовленнєвих рухів. Це особливо важливо для пацієнтів з моторною афазією, у яких здатність до відтворення усних мовленнєвих конструкцій значно обмежена.

Застосування такого інтегративного підходу дозволяє не лише досягти

поступового відновлення мовленнєвої здатності, а й сприяє зміцненню соціальних навичок пацієнтів. Адже ефективне спілкування повертає їм можливість брати активну участь у соціальному житті, що є важливим для зменшення ризику ізоляції та психологічного дискомфорту, характерного для людей з афазією.

Отже, комплексний аналіз мовленнєвих процесів і використання спеціалізованих методик реабілітації відкривають нові перспективи в логопедичній та нейропсихологічній роботі з пацієнтами після інсульту, надаючи їм можливість повернути контроль над комунікаційною діяльністю.

1.2 Теоретичні поняття про ішемічний інсульт, причини виникнення та наслідки інсульту

Інсульт є цереброваскулярним захворюванням, оскільки він викликаний порушенням кровопостачання мозку. Мозок і кровоносні судини, які є частиною цереброваскулярної системи, відіграють вирішальну роль у підтримці загального здоров’я та благополуччя [47].

Під час інсульту артерії, що живлять мозок, блокуються або розвиваються, це призводить до відмирання частини мозку тобто інфартку мозку, надалі симптоми з’являються дуже раптово.

Більшість інсультів є ішемічними (спричиненими закупоркою артерії), а деякі є геморагічними (спричиненими розривом артерії). Транзиторні ішемічні атаки схожі на ішемічні інсульти, але немає постійного пошкодження мозку, а симптоми оборотні протягом години.

Симптоми з’являються раптово і можуть складатися з м’язової слабкості, Параліч, аномальні відчуття або відсутність чутливості однієї сторони тіла є поширеним симптомом інсульту. Утруднене мовлення, сплутаність свідомості та проблеми із зором є одними із симптомів афазії, запаморочення та втрата рівноваги та координації, а в разі геморагічного інсульту сильний, раптовий

головний біль [8; 9].

Загальний діагноз групується насамперед за симптомами також паралельно проводяться візуалізація та аналізи крові. На відновлення пацієнта інсульту впливають різні фактори, включаючи тяжкість інсульту, загальний стан здоров’я пацієнта та ефективність отриманого лікування. Контроль високого кров’яного тиску, високого рівня холестерину та цукру в крові, а також відмова від куріння можуть може допомогти усунути інсульти.

Лікування може передбачати використання ліків, які знижують імовірність згортання крові або розріджують тромби, а іноді різні процедури для лікування заблокованих або звужених артерій або хірургічне втручання з видалення тромбу (наприклад, ангіопластика).

Головний мозок отримує кров від двох основних артерій – внутрішньої сонної артерії та хребетної артерії.

– Внутрішні сонні артерії несуть кров від передньої частини серця, від шиї до мозку.

– Хребетні артерії, які несуть кров від серця вниз по шиї.

У черепі хребетні артерії об’єднуються, утворюючи артерію основи черепа (на потилиці). Внутрішні сонні артерії та артерія основи черепа поділяються на кілька гілок, включаючи мозкові артерії. Деякі гілки утворюють артеріальне коло (віллісове коло), що з’єднує хребетні артерії і внутрішні сонні артерії. Інші артерії відходять від цього кола Вілліса, як дороги від кільця. Ці гілки несуть кров до всіх відділів мозку.

Коли основні кровоносні судини, що живлять мозок, блокуються, це може призвести до інсульту, пацієнти, як правило, не відчувають симптомів або мають лише легкі симптоми. Однак в іншої категорії пацієнтів з такою ж закупоркою може статися ішемічний інсульт значних розмірів. Колатеральні артерії відходять від інших артерій і проходять між ними та пропонують додаткові з’єднання.

До цих артерій відноситься окружність Вілліс і співвідношення між артеріями, що виходять з кола. Деякі особи, народжуються з великими

колатеральними артеріями, які можуть захистити. У пацієнта стався інсульт, незважаючи на закупорку артерії, кров все ще може циркулювати.

Коли артерія блокується, кров продовжує текти через колатеральну артерію, іноді запобігаючи інсульту. Коли закупорки розвиваються повільно і поступово, як наприклад при атеросклерозі, нові артерії можуть вчасно вирости, для кров'яного постачання ураженої ділянки мозку, тим самим запобігаючи інсульт. Якщо інсульт уже трапився, нові артерії можуть допомогти запобігти повторному інсульту (але вони не можуть скасувати вже завдану шкоду).

Інсульт є другою поширеною причиною смерті в усьому світі. У Сполучених Штатах інсульти є п'ятою основною причиною смерті та основною причиною неврологічних розладів у дорослих. У Сполучених Штатах близько 795 000 осіб щорічно переживають інсульт. Близько 130 000 людей втрачають життя через інсульт.

Інсульти частіше зустрічаються у людей похилого віку, ніж у молодих, насамперед через поступовий розвиток захворювань, які призводять до інсульту. Понад дві третини всіх інсультів трапляються з людьми віком 65 років і старше. Інсульти більш поширені в осіб, які мають сімейну історію захворювання, через те що інсульт це захворювання судинної системи які можуть передатись по сімейній гілці.

Жінки частіше постраждають від інсульту ніж чоловіки. Приблизно 60 відсотків смертельних випадків від інсульту припадає на жінки, можливо, через те, що жінки, в середньому старші, коли трапляється інсульт [41].

Ішемічний інсульт поділяють на два типи

– Ішемічний інсульт
– Геморагічний

Приблизно 80 відсотків інсультів відбуваються як ішемічні інсульти, які зазвичай спричинені закупоркою артерії, що часто є наслідком тромбу. Коли клітини мозку позбавлені кровопостачання, вони не можуть отримувати достатню кількість кисню та глюкози, які транспортуються кров'ю. Ступінь шкоди, викликаної порушенням кровообігу, визначається тривалістю

переривання.

Коли кровопостачання тимчасово переривається, навіть на короткий момент, клітини мозку відчувають стрес, але мають потенціал для відновлення. Коли клітини мозку не мають кисню протягом тривалого періоду, вони гинуть, і певні функції можуть бути остаточно втрачені. Швидкість, з якою клітини мозку гинуть через відсутність кровопостачання, різна. У деяких областях мозку цей процес може завершитися протягом декількох хвилин, тоді як в інших це може зайняти до 30 хвилин або навіть більше. Іноді, коли клітини мозку гинуть, інша область мозку може втрутитися і взяти на себе функції ураженої ділянки.

Транзиторні ішемічні атаки (ТІА) часто служать ранньою ознакою загрози ішемічного інсульту. Вони є результатом тимчасового порушення кровотоку в певній ділянці мозку. Завдяки швидкому відновленню кровотоку тканини мозку не піддаються некрозу, як при інсульті, і мозок швидко відновлює свою нормальну роботу.

Решта 20% інсультів виникають в результаті кровотечі всередині або навколо мозку. У цьому конкретному інсульті лопається кровоносна судина, що перериває регулярний потік крові та призводить до витоку крові в тканину мозку або простір, що оточує мозок. Коли кров контактує з мозковою тканиною, вона може дратувати тканину та викликати рубцювання, що може призвести до судом.

Певними факторами ризику інсульту можна керувати або певною мірою зменшити їх, наприклад, шляхом лікування основного захворювання, яке підвищує ймовірність інсульту.

Основними факторами, які можна змінити, щоб зменшити ризик як ішемічного, так і геморагічного інсульту, є:.

- гіпертонія;
- високий рівень холестерину;
- діабет;
- інсулінорезистентність (неадекватна реакція на інсулін), яка виникає при діабеті 2 типу;
- тютюнопаління;

- прийом наркотичних засобів;
- ожиріння;
- надмірне вживання алкоголю;
- відсутність фізичної активності;
- нездорова дієта (з високим вмістом насичених жирів, транс-жирів і калорій);
- депресія або інший психічний стрес.
- захворювання серця, що підвищує ризик розриву тромбів у серці та подорожі кровоносними судинами у вигляді емболії (наприклад, серцевий напад або аномальний серцевий ритм, що називається фібриляцією передсердь);
- інфекційний ендокардит (інфекція внутрішньої оболонки серця і зазвичай серцевих клапанів);
- запалення кровоносних судин (васкуліт).

Багато з них також є факторами ризику артеріосклерозу, який є частою причиною ішемічного інсульту. Атеросклероз – це стан, при якому артерії звужуються або закупорюються через накопичення жирових відкладень на їхніх внутрішніх стінках.

Порушення згортання крові, що призводить до надмірного згортання, є фактором ризику ішемічних інсультів. Певні умови, які призводять до надмірної кровотечі, підвищують ймовірність виникнення геморагічного інсульту.

До факторів ризику, на які неможливо вплинути, відносяться: історія інсульту, старший вік, генетичні фактори. Симптом інсульту або транзиторної ішемічної атаки можуть виникнути раптово. Тяжкість інсульту залежить від точного місця в мозку, де був порушений кровотік або місце кровотечі. Кожну ділянку мозку живлять певні артерії, наприклад, якщо закупорюється кровоносна судина в ділянці мозку, яка відповідає за рух м’язів лівої ноги, у лівій нозі може проявлятися слабкість або параліч.

Інсульт зазвичай вражає лише одну півкулю головного мозку. Оскільки нерви передають сигнали від однієї області мозку до іншої частини тіла, відповідні симптоми відчуваються на протилежній стороні тіла.

Попередні симптоми інсульту:

- раптова слабкість або параліч однієї сторони тіла (наприклад, половини обличчя, руки чи ноги або всієї сторони тіла);
- раптова втрата чутливості або незвичні відчуття на одній стороні тіла;
- раптові труднощі з вимовою, включаючи труднощі з висловами та іноді невиразне мовлення;
- раптова плутанина з проблемами розуміння мови;
- раптове погіршення зору, розмитість зору або втрата зору, особливо на одне око;
- раптове відчуття запаморочення або втрата рівноваги та координації, що призводить до падінь.

Більшість інсультів, спричинених закупоркою чи кровотечею, демонструють принаймні один із наведених нижче симптомів. Ознаки транзиторної ішемічної атаки подібні, але зазвичай вони зникають протягом декількох хвилин і рідко перевищують годину за тривалістю. Серед інших ранніх симптомів можуть бути проблеми з пам’яттю, мисленням, увагою та навчанням. Периферичний зір може бути обмежений, слух може бути частково порушений. Крім того, ковтання може стати складним і може виникнути запаморочення. Контроль дефекації може бути складним протягом кількох днів або навіть довше після інсульту, а в деяких випадках це може стати постійною проблемою.

Пізнішими симптомами додатково можуть включати спазми м’язів (спастичність) та не контрольованість емоцій. Депресія також може бути спровокована інсультом.

У більшості випадків втрата працездатності найбільш помітна відразу після ішемічного інсульту. Приблизно в 15-20% усіх випадків інсульту інсульт є прогресуючим, що вказує на те, що найбільш значна втрата функцій відбувається протягом перших одного-двох днів. Такі інсульти називаються інсультами розвиваючими.

Протягом кількох днів або місяців деякі функції зазвичай відновлюються, оскільки певні клітини мозку гинуть, а інші зазнають пошкоджень, але мають

потенціал до регенерації. Крім того, інші ділянки мозку можуть виконувати функції, які раніше виконувала пошкоджена ділянка – ця характеристика відома як пластичність. На жаль, початкові симптоми інсульту, такі як параліч, можуть продовжувати впливати на людину. Коли м'язи не працюють належним чином, вони можуть стати напруженими та жорсткими, що призводить до болісних судом.

Пам'ять, мислення, увага, навчання та емоційний контроль можуть і надалі становити проблеми. Постійна депресія, проблеми зі слухом або зором і запаморочення можуть бути ознаками ускладнень. У деяких випадках контроль над сечовим міхуром і кишечником може бути остаточно порушений [50].

Симптоми, спричинені інсультом, можуть викликати додаткові ускладнення. Проблеми під час споживання їжі (жування та ковтання), а також ризик потрапляння рідини або слини в легені з рота. Вдихання таких речовин може призвести до аспіраційної пневмонії. Утруднене ковтання також може вплинути на здатність споживати їжу, потенційно призводячи до недоїдання та зневоднення.

Комп'ютерна томографія або магнітно-резонансна томографія головного мозку зазвичай використовується, щоб з'ясувати, чи мав місце інсульт, і оцінити загальний стан. Процес видалення тромбу, який блокує велику артерію, за допомогою механічного пристрою відомий як ендоваскулярна (механічна) тромбектомія.

На додаток до магнітно-резонансної ангіографії, комп'ютерної томографії (КТ) і церебральної ангіографії існують інші методи візуалізації, доступні для оцінки мозку. Під час церебральної ангіографії тонку гнучку трубку (катетер) обережно вводять у пахову артерію та направляють через аорту та сонну артерію до шиї та черепа. Однак, оскільки КТ-ангіографія є менш інвазивною, вона значною мірою замінила церебральну ангіографію. Ангіографія, процедура, яка передбачає введення контрастної речовини у вену, вважається безпечнішою альтернативою введенню катетера в артерію, як церебральна ангіографія.

Спеціальний тип МРТ, відомий як дифузійно-зважена МРТ, може

ідентифікувати серйозні та зазвичай постійно пошкоджені ділянки тканини мозку, які більше не функціонують, тим самим підтверджуючи діагноз. Це також може допомогти відрізнити транзиторну ішемічну атаку від ішемічного інсульту.

Щоб визначити причину інсульту, лікарі прагнуть встановити основні фактори, що сприяють цьому стану та з'ясувати проблематику та походження інсульту:

- з боку серця: електрокардіографія (ЕКГ), ехокардіографія та аналізи крові проводяться для перевірки пошкодження серця;

- кровоносні судини: КТ, МРТ та УЗД проводяться для перевірки кровоносних судин, що ведуть від серця до мозку;

- кров: аналізи крові проводяться для перевірки умов, що викликають згортання крові.

Певні стандартизовані критерії часто використовуються для оцінки тяжкості інсульту та моніторингу прогресу відновлення пацієнта. Ці оцінки включають оцінку рівня свідомості, здатності відповідати на запитання, здатності виконувати основні інструкції, гостроти зору, рухів рук і ніг і мови.

Чим раніше буде розпочато лікування інсульту, тим менш серйозне ураження головного мозку і вища ймовірність успішного одужання. На ймовірність одужання після інсульту впливає кілька факторів.

Якщо є втрата свідомості або значне пошкодження лівої частини мозку, яка відповідає за мову, це зазвичай вважається важким інсультом.

Після перенесеного інсульту часто виникає депресія, яка може перешкоджати процесу відновлення, це виліковно. Якщо пацієнт з інсультом відчуває сильний смуток або повну втрату інтересу або задоволення від попередніх реабілітаційних заходів, реабілітолог повідомляє про це лікаря. Інше:

Найважливішою стратегією запобігання першого інсульту є мінімізація основних факторів ризику. Якщо пацієнт вже переніс інсульт, зазвичай потрібні додаткові профілактичні заходи.

Вкрай важливо постійно контролювати артеріальний тиск і рівень діабету. Вкрай важливо оцінити рівень холестерину в організмі, особливо якщо він

високий, щоб розпочати відповідне лікування (наприклад, гіполіпідемічні препарати), щоб мінімізувати ймовірність розвитку атеросклерозу.

Після перенесеного ішемічного інсульту прийом антикоагулянтів може знизити ймовірність повторного інсульту, а також зменшити ймовірність утворення тромбів. Впроваджуючи інтенсивні реабілітаційні заходи після інсульту, люди можуть працювати над подоланням функціональних обмежень, які вони можуть відчувати. Заняття вправами під час реабілітації допомагають навчити неуражені ділянки мозку виконувати функції, які раніше виконувала пошкоджена ділянка. Наприклад, людина набуває здатності використовувати неуражені м'язи, щоб компенсувати втрату функції, спричинену інсультом.

Основними цілями реабілітації після ішемічного інсульту є покращення рухових функцій, покращення когнітивних здібностей та сприяння загальній незалежності у повсякденній діяльності.

- прагнути відновити якомога більше нормальних функцій у повсякденній діяльності;
- відновити старі навички або, якщо потрібно, придбати нові.

Успіх залежить від пошкодженої ділянки мозку та загального фізичного стану пацієнта, його фізичних і розумових здібностей до інсульту, його соціальної ситуації, здатності до навчання та ставлення. Терпіння та наполегливість мають вирішальне значення. Активна участь у програмі реабілітації може допомогти хворому уникнути або зменшити депресивні розлади.

Реабілітаційні заходи починаються в лікарні, як тільки пацієнт стає фізично здатним, як правило, протягом одного-двох днів після госпіталізації. Здатність рухати ураженими кінцівками має вирішальне значення.

Регулярні вправи для кінцівок можуть допомогти запобігти скороченню та затвердінню (відомому як спастичність) м'язів. М'язовий тонус і силу також можна зберегти. Якщо пацієнт не може рухати своїми м'язами самостійно, фізіотерапевт може застосувати спеціальні вправи для покращення функції м'язів. Пацієнту також рекомендується займатися додатковими видами

діяльності, такими як зміна положення в ліжку, зміна положення тіла та вставання.

Після інсульту деякі проблеми потребують спеціальної терапії – наприклад підтримка ходьби (тренування ходьби або руху), для покращення координації та рівноваги, для зменшення спастичності (мимовільного скорочення м'язів) або для компенсації проблем із зором і мовленням, для відновлення та покращення мовлення дану роботу виконують логопеди. Після виписки з лікарні в більшості випадків доцільно залишатися на стаціонарному лікуванні в реабілітаційній клініці або проходити амбулаторне лікування в реабілітаційному центрі або вдома. Ерготерапевти та фізичні терапевти допомагають пацієнтам полегшити повсякденне життя та пристосуватись до навколишнього середовища, Логопеди допомагають пацієнтам по новому відновлювати мовлення для відновлення повсякденного мовлення пацієнта.

1.3 Поняття про моторну афазію, види моторної афазії у дорослих пацієнтів

Ураження головного мозку, причиною якого може бути інсульт, травма чи інший патологічний процес, часто супроводжується порушенням розуміння та порушенням мови – виникає афазія. Афазію слід відрізняти від периферичних мовних або слухових розладів, розладів засвоєння мови (набутих дефіцитів), психічних захворювань (з очевидними органічними причинами) та медичних станів (виникає з «вогнищевими» ураженнями).

Афазії виникають при ураженнях мовленнєвих зон кори головного мозку, розташованих в задньому відділі нижньої лобної звивини, у верхній скроневій звивині, нижній тім'яній долі та на стиках тім'яної, скроневої та потиличної областей домінантної півкулі. Так, при локальному ураженні зазначених зон первинно порушується нейрофізіологічні та нейропсихологічні механізми, що призводять до специфічних системних порушень різних рівнів, сторін, видів

мовленнєвої діяльності. Афазія включає чотири складові: порушення саме мовлення та вербального спілкування; порушення інших психічних процесів; зміну особистості; особистісну реакцію на хворобу [6]. У вітчизняній і зарубіжній спеціальній педагогіці існують різні класифікаційні системи афазій. Найбільш поширеною серед них є класифікація за О. Лурія. Відповідно до цієї класифікації існують такі форми афазій:

1. Моторна афазія аферентного типу.
2. Моторна афазія еферентної типу.
3. Динамічна афазія.
4. Сенсорна (акустико-гностична) афазія.
5. Акустико-мнестична афазія.
6. Семантична афазія.

Більшість виділених форм афазії корелюються з порушенням нормального функціонування кіркових структур лівої (домінантної) півкулі. При цьому мовленнєвий дефіцит може проявлятися на різних рівнях: фонематичному, морфологічному, лексичному, синтаксичному, дискурсивному, і зачіпати більшою мірою або розуміння, або породження мовлення [1].

Порушення експресивної сторони мовлення при афазії є характерною рисою дисфункції передніх відділів мозку, що включають класичну мовленнєву зону Брока. До цього типу належить такі види еферентна моторна, аферентна моторна та динамічна афазія. При зазначених формах характерними ознаками є: низька мовленнєва активність, дефіцит при породженні мовленнєвих висловлювань та їх аграматизми, недоліки внутрішнього програмування висловлювання, що в свою чергу, призводить до розладів комунікації [6].

У практиці спостерігається велика кількість порушень вербальної комунікації, що мають ознаки різних форм афазії. Виділяють наступні варіанти змішаних афазій.

Тотальна (глобальна) афазія. Виявляється у вигляді повної відсутності експресивного та імпресивного мовлення, частіше в гострому періоді захворювання ЦНС. У відновлювальному періоді симптоматика може

зберігатися з незначною динамікою. Іноді з’являється нечленороздільна звукова продукція і мовленнєві емболії. Автоматизоване та відображена мовлення, а також називання відсутні. Імпресивне мовлення грубо страждає, можуть бути доступні окремі інструкції [7].

Якщо слідувати класифікації О. Лурія то ми можемо виділити афазії, які виникають при ураженні верхньоскроневої і нижньотім’яної зон, називають «задніми» формами афазії. При данній формі афазії характерне порушення парадигматичних відношень, тобто відношення між словами на основі спільності або протилежності їхніх значень.

Від задніх форм афазії ми можемо перейти і до афазій які виникають при ураженні задньолобнох відділів мозку, що входять в третій функціональний блок називаються «передніми» афазіями. При данній формі афізії характерне порушення синтагматичних відношень, тобто здатність мовних одиниц поєднуватись.

Розглянемо кожен вид по порядку. Аферентно моторна афазія – ураження вторинних зон постцентральної і нижньотім’яної відділів кори головного мозку, розташованих ззаду від центральної або Роландової борозни.

Як зазначають вчені при аферентній моторній афазії, як правило, порушено і оральний, і артикуляційний праксис. Пацієнти іноді справляються лише з імітацією простих оральних поз, а виконання їх за усною інструкції в більшості випадків їм недоступно. Спостерігаються пошуки пози, які проявляються в безладних рухах язика та губ. Артикуляційна апраксія є первинним порушенням при цій формі афазії і становить «ядро» всього синдрому.

Як зазначає Т. Візель при аферентній моторній афазії, як правило, порушено і оральний і артикуляторний праксис. Тривалий час у пацієнтів спостерігаються специфічні особливості порушення розуміння мовлення. Вони полягають у вторинних порушеннях фонематичного слуху. При аферентній кінестетичній моторній афазії виникають труднощі в розпізнаванні на слух слів зі звуками, які мають спільні ознаки за місцем і способом артикуляції.

Розбере також аферентну моторну афазію при грубому ступені порушення.

При грубому ступені мовленнєвого порушення спонтанне усне мовлення практично відсутнє, є лише мовленнєві «емболії», які замінюють вербальне мовлення при спробах спілкування з оточуючими. Особи широко користуються жестами та мімікою. При менш грубому порушенні, спонтанне мовлення бідне, складається з окремих слів. Фразове мовлення можливе лише в окремих пацієнтів. За логічною структурою фрази примітирні.

Наступну форму афазії яку ми розберемо це еферентно моторна афазія. Еферентна моторна афазія – ураження передніх гілок лівої середньомозкової артерії. Воно супроводжується, як правило, кінетичною апраксією, що виражається в труднощах засвоєння і відтворення рухової програми.

Як зазначали Л. Волкова та С. Шаховська «Ураження премоторних відділів мозку викликає патологічну інертність мовленнєвих стереотипів, що призводять до звукових, складових і лексичних перестановок і персевераций. Через персеверації стає неможливим конструювання та побудова речень. Як описувала Л. Цветкова «Пацієнти можуть вимовляти окремі звуки, інколи слова або короткі речення, але перейти до вимови серії звуків, де необхідно своєчасне та чітке переключення з одного елемента на інший, призводить до розпаду «кінетичної мелодії».

Додатково мають місце також і труднощі сприйняття мовлення через відсутність повноцінних артикуляційних опор, а також інертності в області переключення слухової уваги. Відмічається неповне розуміння мовленнєвих конструкцій, в яких граматичні елементи несуть істотне смислове навантаження. Спонтанне мовлення пацієнтів з грубою формою афазії бідне. Мовлення в основному складається з добре усталених слів, переважно номінацій. Є значні труднощі вимови, які проявляються в «застряванні» на окремих фрагментах слова.

Наступною формою афазії яку ми розглянемо це динамічна афазія. Динамічна афазія – ураження задньолобних відділів домінантної півкулі, тобто відділів третього функціонального блоку – блоку активації, регуляції і планування мовленнєвої діяльності.

Як зазначали В. Шкловський та Т. Візель «У пацієнтів з динамічною афазією спонтанне мовлення практично відсутнє, за винятком окремих усталених в колишній мовленнєвій практиці мовленнєвих штампів, переважно розмовно-побутового характеру. При їх відтворенні не виявляється будь-яких вимовних труднощів, проте інтонаційна картина відрізняється одноманітністю. Мовленнєва активність пацієнта низька».

Особи з грубим порушенням розуміють мовлення неповністю переважно внаслідок виснаження уваги, персевераций. В усному мовленні спостерігається порушення предикативності мовлення: у мовленні мало дієслів, коротка «рублена» пауза, тривала пауза між словами.

Надалі ми розберемо наступну форму афазії, а саме Сенсорна (акустико-гностична) афазія. Сенсорна (акустико-гностична) афазія – ураження задньої третини верхньої скроневої звивини лівої півкулі.

Спираючись на дослідження Л. Волкової та С. Шаховської «На ранньому етапі після інсульту при сенсорній афазії спостерігається повна втрата розуміння мовлення, тобто чуже мовлення сприймається як нечленороздільний потік звуків. Нерозуміння мовлення оточуючих і відсутність явних рухових порушень призводить до того, що пацієнти не завжди відразу усвідомлюють у себе наявність мовленнєвого порушення. На пізніших етапах і при менш виражених порушеннях спостерігається лише часткове нерозуміння мовлення, заміна точного сприймання слова здогадками.

Спонтанне мовлення набуває вигляду «словесного салату»: велика кількість літеральних і вербальних парафазій, логорея, явища звукового і смислового «зісковзування». Виявляються численні аграматизми узгодження, але, в цілому, мовлення пацієнтів справляє враження потоку. Інтонації багаті, темп прискорений, є помилки у наголосі; лексика різноманітна. У ній переважають дієслова, а також вигуки та інші службові частини мови. Пацієнти супроводжують висловлювання різноманітною мімікою і жестами.

Наступну форму афазії яку ми розберемо Акустико – мнестисну афазію.

Акустико-мнестична афазія – ураження середніх і задніх відділів скроневої

області. Спираючись на дослідження Л. Волкової та С. Шаховської «Для акустико-мнестичної афазії характерна дисоціація між відносно збереженою здатністю повторити окремі слова і порушенням можливості повторення трьох-чотирьох не зв'язаних за змістом слів».

Розглядаючи грубу акустико-мнестичну афазію, як правило, розуміють короткі мовленнєві конструкції. При сприйманні більш розгорнутих текстів виявляються помилки осмислення. При пред'явленні серій назв виникає відчуження сенсу слова. Первинних порушень фонематичного слуху не виявляється, однак обсяг слухомовленнєвої пам'яті часто недостатній для утримання мовленнєвого ряду навіть з 3- х елементів – голосних звуків або слів. Прості (однозначні) усні інструкції, як правило, виконуються, багатоступеневі – ні.

Спонтанне мовлення представлене короткими фразами, різноманітними по лексико-граматичній структурі. Водночас мають місце досить часті вербальні парафазії і паузи, зумовлені характерними труднощами знаходження потрібного слова. У довгих, складних за звуковою структурою словах, є спотворення в послідовності звукоряду, що становить слово: перестановки, пропуски, додавання звуків і слів.

Останньою формою афазії яку ми розберемо – це семантична афазія. Семантична афазія – ураження третинних, тім'яно-потиличних відділів кори лівої півкулі. Спираючись на дослідження В. Шкловського та Т. Візель «Розуміння ситуативного і неситуативного мовлення є в тому випадку, якщо в ньому відсутні складні логіко-граматичні мовленнєві звороти. Тексти, що містять логіко-граматичні конструкції, як правило, важко розуміються особою з означеними порушеннями. Експресивне мовлення практично не змінене. Можна відзначити лише обмеження числа складних логіко-граматичних зворотів мовлення, більш рідкісне, використання просторових прийменників і слів з просторовим значенням».

Аналіз наявних підходів до характеристики та відновлення мовлення в пацієнтів, які перенесли інсульт, показує що дослідники не приділяють

достатньої уваги проблемам вимови в дорослих, з наслідками вогнищем уражень головного мозку. Питання навчальнометодичного забезпечення при дизартріях та афазіях також не знайшло в літературі широкого відображення. Тому у сучасній практиці сформувався ряд протиріч між існуючими труднощами у відновленні мовлення при означених порушеннях на етапі реабілітації та теорією і практикою корекційної роботи; існуючим практичним досвідом відновлення мовлення та недостатністю його науково-методичного забезпечення.

У зв'язку з вищесказаним ми заявляємо про необхідність проведення досліджень, спрямованих на вивчення мовних порушень у пацієнтів з інсультом, включно з дизартрією та афазією, розроблення диференційованої та сучасної системи методів відновлення мовлення, визначення спеціальних умов, що оптимізують процес відновлення мовлення та їх експериментальну перевірку.

1.4 Корекція моторного афазії в післяінсультний період

Після того як ми розібрались структуру інсульту, розібрали очаги інсульту та основні причини та наслідки інсульту. Ми розібрали одну з форм порушень мовлення, а саме афазію і тепер нам необхідно розібрати корекційні роботи до відновлення мовлення після інсульту.

Організація ефективної терапії та реабілітації пацієнта з афазією залежить від якості обстеження особи мультидисциплінарною командою та подальшим складенням індивідуального плану реабілітації.

Під час обстеження логопед обов'язково вивчає історію хвороби пацієнта,на основі нейропсихологічних даних діагностує мовленнєву функцію, ковтання яку виконує логопед, читанняй письмо,усну практику,немовленнєву практику, стан гнозису, а також з'ясовує, чи збережено слух, які фізичні захворювання є та як вони проявляються.

Насамперед фахівець розмовляє з обстежуваним і робить висновки про спонтанне мовлення (гучність, продуктивність). Якщо особа не в змозі

спілкуватися фахівцю слід зафіксувати її активність та намагання до комунікації (байдужість, фрагментарність мовлення, мовні емболи, інтонація тощо).

Для повноцінного розуміння та відтворення мовлення людині необхідний, окрім всього іншого ще й добре розвинутий фонематичний слух. У осіб з афазією для його обстеження використовують класичні методи (повторення близьких опозиційних складів таких як [па-ба], [та-да], [са-за] та інші, сприймання на слух слів з фонетично близькими звуками.

У зв'язку з тим, що у вимові складів помилки повторення можуть бути викликані первинними артикуляційними труднощами (під час моторних афазій), для уточнення збереженості фонематичного слуху використовують умовно – рефлекторну методику: пацієнтові пропонують на один із опозиційних звуків, наприклад, на [б] підняти руку, а на [п] тримати руку на столі, потім дається серія складів [ба, па, па, ба, па]. Із рештою фонематичний слух можна дослідити з опорою на показ відповідних складів або слів із опозиційними звуками («бік – пік», «бучок – пучок»).

Щоб з'ясувати чи розуміє пацієнт з афазією звернене мовлення, інструкцій і конкретних висловлювань, фахівці пропонують називати навколишні предмети та показувати їй частини тіла тощо. Для обстеження слухової пам'яті логопед називає певну кількість слів, починаючи з двох та поступово збільшуючи їхню кількість. Візуальний матеріал також може бути використаний, якщо мовленнєве відтворення у пацієнта порушене при всіх формах афазій, але відрізняється інтенсивністю проявів.

Перевірки на читання і письмо підбираються індивідуально залежно від стану здоров'я пацієнта. Наприклад, немовленнєві пацієнти можуть підписувати картинки відповідним чином, виконувати різні письмові інструкції та позначати прочитане картинками, а вербальні пацієнти можуть читати вголос або самостійно та усно повідомляти про прочитане.

Навички письма перевіряються шляхом диктування невеликих слів, складних речень і фраз. Логопеди також повинні перевірити ступінь збереження рахункових операцій через труднощі з обчисленнями, які часто трапляються у

людей з афазією. До них належать операції додавання і віднімання з переходом від десятків до десятків, прямі і зворотні порядкові номери, запис цифр і багатозначних чисел.

Для діагностики зорового гнозису також використовують зашумлені картинки, перевернуті, віддзеркалені літери, цифри.

Проба «кулак-ребро-долоня» використовується для перевірки збереженості плавності, почергованості дій, послідовності змінювання рухів однією верхньою кінцівкою.

Оцінка та відтворення ритмів відбувається за допомогою вистукування звуків різних довжин, які особа з афазією має відтворити.

Пам’ятайте, що пацієнти з афазією завжди психологічно розгублені: вони вразливі та можуть проявляти агресію, апатію, байдужість і зниження продуктивності через когнітивні порушення внаслідок органічного ураження, тож спеціалісти повинні уважно й з повагою ставитися до емоційних сплесків з боку таких людей та надавати підтримку Відзначати успіхи пацієнта, ніколи не перенавантажувати його, розмовляти з сім’єю щодо стану пацієнта з афазією, проводити необхідні медичні обстеження за запитом, заохочувати пацієнта до участі в корпоративі, проводити необхідні медичні обстеження.

Виділяють два періоди в роботі з хворими на афазію: гострий – до двох місяців після захворювання і резидуальний – після двох і далі.

У гострий основними завданнями є:

1) розгальмовування тимчасово пригнічених структур;

2) попередження виникнення і фіксація певних симптомів афазії: аграматизму, вербальних та літеральних парафазій, мовленнєвого емболу;

3) попередження виникнення ставлення у індивіда із афазією до себе як неповноцінного, до людини, яка не може говорити.

Основними завданнями в резидуальний період є гальмування патологічних зв’язків.

Розгальмовування мовленнєвої функції на основі старих мовленнєвих стереотипів слід проводити на подразниках малої сили (шепіт, тонкі голоси).

Матеріал підбирають залежно від його смислової та емоційної значущості для пацієнта з афазією, а не за ознаками легкості чи важкості вимови. Це можуть бути рахівниці, дні тижня, місяці року, уривки з емоційно значущих віршів, закінчення відомих фраз і виразів тощо. Поступово на зміну знайомим словам приходять спеціалізація і професія.

В основу відновлювальної роботи із розгальмовування мовленнєвої функції покладене діалогічне мовлення. Варто використовувати таку схему відновлення діалогічного мовлення:

1) повторення готової формули відповіді (відображене мовлення);
2) підказки одного – двох складів кожного слова відповіді;
3) спонтанна відповідь з вибором двох – чотирьох слів, використаних логопедом у запитанні;
4) спонтанна відповідь на поставлене запитання без урахування кількості слів, що використовувались у запитанні;
5) задавання запитання самим хворим на афазію [4, ст. 382].

Реабілітаційні програми з відновлення комунікативної функції при різних видах афазій дуже добре подані у книзі « Відновлення мовної функції у хворих з різними формами афазій» авторами якої є В. Шкловський та Т. Візель Дослідники продиференціювали програми в залежності від ступеня тяжкості мовленнєвого порушення при афазії. Також автори зазначають, що у більшості осіб з афазією складність порушення мови визначається стадією відновлення, а в решти порушення може залишатися тяжким і на пізніх стадіях.

При моторній аферентній афазії на стадії тяжких проявів доцільно працювати над подоланням розладів розуміння мовлення в ситуативній та побутовій сферах. Реалізація цього процесу відбувається через показ малюнків та світлин із зображенням найбільш вживаних предметів та простих дій. Найпростіше використовувати зображення за категоріями (одяг, посуд,овочі тощо) за допомогою карток Домана. Спочатку назву предмета чи дії називає логопед, потім просить показати вказівним жестом ці об’єкти особу з афазією. Ще використовуються питання, що потребують відповідей «так або ні». Якщо

пацієнту тяжко говорити, то усну відповідь можна замінити відповідними кивками голови. Розгальмовування вимови відбувається за допомогою автоматизованих мовних рядів (дні тижня, місяці, співи тощо), стимуляції до вигуків (Ой! Ого! Ух! та інші), загальмовування мовних емболів − шляхом їх введдення в слова, вимова простих слів, спонукання до звичайної комунікації (якщо дозволяє стан пацієнта), використання піктограм та жестів з одночасним проговорюванням простих фраз, читання по складах, списування легких текстів тощо дозволяє підкорегувати мовленнєве порушення.

При середньому ступені тяжкості операції з віднолювального навчання полягають у відновленні вимовної функції (виділення певного звука у слові, автоматизація певних звуків, подолання парафазій, відновлення й корекція фразового мовлення (складання речень або розповідей за серією малюнків чи малюнком) за допомогою навідних питань, корекція лексико – граматичної сторонни мовлення, переказ текстів з наочною опорою, підбір антонімів та синонімів, відновлення аналітико – синтетичного читання і письма (звуко – буквенний аналіз) та інше.

При легких проявах фахівець зосереджує увагу на диференціації звуків у словах, звуковимові, інтонації, переказі, діалозі, розгорнутих відповідях, міркуванні та поясненні пацієнта смислів прислів'їв, фразеологізмів, складних слів, писемному мовленні. Реабілітаційне навчання при моторній афазії еферентного типу при тяжкому ступені не відрізняється від навчання при аферентній афазії. Середній ступінь тяжкості корегують навчанням правильній артикуляції, ритмічності слова, подоланням аграматизмів в усному мовленні. При тяжкому ступені – навчання таке ж як і при аферентній афазії.

Комунікація є невід'ємною часткою життя людини, тому її втрата або ж недоліки деяких її ланок є величезною душевною травмою для індивіда. Афазія належить до одних із багатьох тяжких проявів порушення мовлення, які потребують багато зусиль для їх подолання і відновлення на гідному рівні.

Логопедичний вплив є, безумовно, головним чинником, що корегує порушення: систематичність занять направлених на задіяння усіх психічних

сфер людини у тісному зв’язку з врахуванням механізму порушення афазії та правильного обстеження пацієнта мультидисциплінарною командою, що підкріплене медикаментозною терапією й психологічною підтримкою дає позитивні результати.

Після опису та переліку вище перелічених методів відновлення при моторній афазії ми можемо визначити що запорукою успіху в реабілітаційної мови і мовлення є незупинний логопедичний процес відновлення мовлення. У нашому дослідженні ми хочемо виділити одну з тяжких форм моторної афазії яку тяжче відновити. Для відновлення ми хочемо розібратись у британській методиці PROMPT-терапії.

РОЗДІЛ 2
КОРЕКЦІЯ МОТОРНОЇ АФАЗІЇ ЛОГОПЕДИЧНИМ ПРИЙОМОМ PROMPT-ТЕРАПІЇ

2.1 Поняття про PROMPT-терапію, основи використання

В останнє десятиліття після покращення вимірювання фізичних та фізіологічних аспектів мовленнєвих рухів, ми можемо побачити що більшість людей з афазією, незалежно від класифікаційного типу, мають певні порушення моторного мовленнєвого контролю.

Як правило, особи з афазією внаслідок пошкодження задніх відділів мозку демонструють підвищену варіативність у реалізації рядку фонетичних параметрів, аномальні патерни в часових співвідношеннях сегментарної структури всередині слів і між словами і навіть труднощі у контролі виробництва фрикативної тривалості як сигналу до озвучування за різних темпах промови. Для осіб з афазією, особливо афазією Брока, зазвичай чітко спостерігаються моторні порушення мовлення, які часто характеризуються перцептивними особливостями, такими як знижена артикуляційна гнучкість, уповільнений темп, мовленнєві помилки, включаючи спотворення, заміни та додавання, артикуляційне обмацування та аномальні просодичні патерни. За класифікаціями афазії визначають цю залежність від сенсорних і моторних супутніх захворювань і характеристик мовлення. Таким чином, наявність відсутність дефіциту моторного рівня неявно стала важливою і невід’ємною частиною частиною опису афатичних синдромів та Афазії зокрема.

За результатами проведеного дослідження 80% та більше пацієнтів з афазією Брока, мають апраксію мовлення (АМ) (Wertz, LaPointe, Rosenbek). Таким чином, цілком ймовірно, що значні моторні порушення співіснують з мовними порушеннями і, ймовірно пояснюють принаймі астину зниження вербальної продуктивності і телеграфної мови (Darley; McNeil, Kent), які як

вважають інші дослідники, мають переважно лінгвістичну природу. Вплив моторних мовленнєвих розладів на вербальну експресивність людей з афазією Брока не вивчався систематично в попередніх дослідженнях.

Традиційне лікування афазії Брока здебільшого зосереджене на покращенні лінгвістичних здібностей пацієнтів, мало уваги приділяючи мовленнєвій моториці, за винятком випадків відвертої апраксії мовлення. Навіть тоді лікування мовленнєвої апраксії часто проводиться окремо від лікування афазії, замість того, щоб бути інтегрованим в лікувальну парадигму, яка одночасно полегшує як моторні аспекти, так і лінгвістичні компоненти вербального висловлювання. Іншими словами, мовна фасилітація у людей з афазією, як правило, проводилася за відсутності фасилітації моторних аспектів вербального виробництва. Якщо це правда, що труднощі вербального вираження у людей з афазією, особливо з афазією Брока, мають як моторну, так і лінгвістичну основу, терапія, яка фокусується лише на покращенні лінгвістичних формулювань для покращення вербального вираження, може не надавати достатньої підтримки та можливостей для пацієнта покращити вербальну здатність.

При лікуванні пацієнтів з афазією, особливо з клінічно значущими порушеннями мовленнєвої моторики, одночасне лікування моторики або підтримка моторно-мовленнєвої системи повинні бути інтегровані зі стратегіями формулювання мови, щоб оптимально сприяти виробленню вербальних висловлювань.

Сприйняття розвитку мовленнєвої моторики можна забезпечити різними способами, включаючи тактильну та кінестетичну підтримку або мелодичні та ритмічні методи. Для повноцінної корекції пацієнтів з афазією ми розберемо Систему PROMPT (Prompts for Restructuring Oral and Muscular & Phonetic Targets) – яка являє собою тактильно-кінестетичну методику лікування дітей з моторними розладами мовлення, що розвиваються, а згодом був модифікований і ефективно застосовувався для дорослих з моторними розладами мовлення [58]. Підказки спрямовані на те, щоб провести клієнта через часові та просторові

аспекти мовленнєвих рухів.

Давайте детальніше розберемо поняття про PROMPT-терапію та розглянемо її виконання та результати досліджень.

Система PROMPT (Prompts for Restructuring Oral and Muscular & Phonetic Targets) – це тактильно-кінестетичний метод лікування. Цей метод спочатку був розроблений Chumpelik для лікування дітей з моторними розладами мовлення, що розвиваються, а згодом був модифікований і ефективно застосовувався для дорослих з моторними розладами мовлення (Square-Store, Hayden). Підказки спрямовані на те, щоб провести клієнта через часові та просторові аспекти мовленнєвих рухів.

Сприяння розвитку мовленнєвої моторики можна забезпечити різними способами, включаючи тактильну та кінестетичну підтримку (Square, Martin, Bose) або мелодичні та ритмічні методи. Система PROMPT (Prompts for Restructuring Oral and Muscular & Phonetic Targets) – це тактильно-кінестетичний метод лікування. Цей метод спочатку був розроблений Chumpelik для лікування дітей з моторними розладами мовлення, що розвиваються, а згодом був модифікований і ефективно застосовувався для дорослих з моторними розладами мовлення (Square-Store, Hayden). Підказки спрямовані на те, щоб провести пацієнта через часові та просторові аспекти мовленнєвих рухів підвищуючи оро-фаціальну кінестетичну і тактильну обізнаність щодо траєкторій і послідовність рухів підвищуючи оро-фаціальну кінестетичну і тактильну обізнаність щодо траєкторій і послідовність рухів. Тактильні та кінестетичні сигнами є динамчними за своєю природою і призначені для забезпечення сенсорного входу щодо місця артикуляційного контакту, ступеня відкриття нижньої щелепи, наявності та ступеня округлення та втягування губ, голосу, м’язового напруження, синхронізації сегментів, способу артикуляції та артикуляції. PROMP можна використовувати для підказки або спонукання сегментів мовлення на рівні фонеми, слова або фрази (Square-Store, Hayden), або для полегшення лише певних параметрів руху, таких як відкривання щелепи або часовий потік багатоскладових висловлювань (Square).

У попередніх дослідженнях було продемонстровано, що PROMPT є ефективним сенсо-моторним методом лікування, який допомагає людям з афазією Брока набути функціональних мовленнєвих навичок. Результати трьох існуючих досліджень ефективності лікування за допомогою системи PROMPT дорослих з хронічною апраксією та афазією були обнайдійливими, але самі дослідження є проблематичними (Freed, Marshall, Frazier; Square, Chumpelik, Adams; Square, Chumpelik, Morningstar, Adams). У двох дослідженнях Square та ін. використовувався неконтрольований дизайн одночасного лікування для порівняння лікування PROMPT з інтегральною стимуляцією (Rosenbek та ін.) і використовувалася обмежена кількість фонемних контрастів, цільових слів і фраз. У дослідженні Фріда та ін. використовували лікування PROMPT, але не дотримувалися ієрархії лікування моторного мовлення PROMPT (Hayden, Square). Далі лікування проводилося продовжено кількість сеансів для моторно неоднорідних слів і фраз. Таким чином, попередні дослідження щодо ефективності лікування афазії за програмою PROMPT були отримані шляхом неконтрольованого одночасного лікування без належних заходів контролю моторних труднощів та з обмеженим урахуванням кількості стимулів і сеансів.

Обрана методика включає в себе підказки на рівні речення або фрази, коли пацієнт намагався створити речення, обрані для корекції. Не була зроблена явна спроба покращити або попрацювати над синтаксичними чи граматичними аспектами виробництво речень. Наприклад, якщо спостерігалося надмірне латеральне ковзання щелепи під час виголошення висловлювання, була зроблена спроба нормалізувати рухи щелепи по середній лінії; або якщо було надмірне втягнення губ коли мішені повинні були бути округлені, тактильні підказки доставлялися для полегшення губ тактильні підказки доставлялися, щоб полегшити округлення губ у відповідній точці висловлювання. Основне призначення струму дослідження, отже, мало визначити ефективність негайного лікування підвищення точності й автоматизму мовленнєвих рухів при різних лінгвістичних вимоги.

Хоча зміни граматичної правильності речень ніколи не було основною

метою дослідження, були виявлені зміни в граматичній правильності тому додатково досліджено. Під граматичною правильністю ми розуміємо, чи це висловлювання були граматично правильними чи неправильними, незалежно від їхнього мовлення моторна точність. Тому другорядною метою цього дослідження було визначення зміни в лінгвістичній правильності висловлювань незалежно від моторики як а результат підтримки моторики мовлення в лікуванні. Після розбору поняття PROMPT-терапії ми можемо провести наше дослідження.

2.2 Організація та проведення дослідження

Наше дослідження було проведено в КНП «Запорізька обласна клінічна лікарня» ЗОР на базі відділення Фізичної та реабілітаційної медицини. В нашому дослідженні приймав участь однією пацієнтки, 30-річна жінка, яка була носієм російської та української мови. Вона була високоосвідченою і мала наукову ступінь у галузі комунікації. До захворювання вона була правшею. У серпні 2020 року під час роботи під час роботи у неї раптово почався сильний головний біль, який швидко прогресував до паралічу, коми і правої геміплегії. Пізніше їй поставили діагноз: лівопівкульне порушення мозкового кровообігу (ПМК) внаслідок крововиливу в результаті розриву вродженої артеріовенозної мальформації. На комп’ютерній томографії, зробленій у вересні 2020 року, було виявлено велике ураження лівої лобно-тім’яно-потиличної ділянки. Згодом у неї була діагностована тяжка неплинна афазія з вираженою оральною та вербальною апраксією.

На момент проведення дослідження пацієнтка перебувала на 13 місяці після перенесеного ГПМК і мала геміпарез правої половини тіла. Перед початком дослідження було проведено детальне обстеження мовлення та мовних навичок. Перед початком дослідження було проведено детальне обстеження мовлення та мовних навичок. Для оцінки ступеня тяжкості афазії та визначення

класифікації афазії використовувалась первинний діагностичний огляд логопеда (+), Шкала інсульту Національного Інсульту здоров'я (NIHSS). Для оцінки нейромоторної цілісності мовленнєвих систем, виключення наявності значної дизартрії та визначення рівня порушення мовленнєвої моторики (глобальної моторики, ортомоторного контролю та послідовності) використовувався тест The Verbal Motor Production Assessment for Adults (VMPAA), для перевірки когнітивні функції пацієнта ми використали Монреальськаий когнітивний тест (MOCA) а також використовуємо тест для перевірку ураження лобних долей на дисфункцію та перевірку когнітивних функцій Батарею Лобних Дисфункцій (Frontal Assesment Battery – FAB), додатково для перевірки слухового сприйняття ми використали WAB-тестування.

Мовлення пацієнта характеризувалось труднощами в ініціюванні мовлення, артикуляційним обмацуванням, видим і чутним пошуком і саморепетицією, фонематичними персеверативними помилками, помилки випередження та транспозиції, помилки у вимові голосних, спотворення та заміни приголосних, труднощі з послідовністю рухів при збільшенні довжини висловлювання, різноманітні нецільові спроби вимовити слова, а також повільне та утруднене мовлення з точки зору сприйняття.

Для перевірки когнітивних функцій ми використали тест для перевірки роботи лобних дисфункцій (FAB), пацієнтка набрала 14 балів з 18, що показує середній когнітивний функцій пацієнтки, додатково ми використали Монреальський когнітивний тест MOCA, результати якого показали що пацієнтка набрала 20 балів з 30, що є середнім результатом тесту.

У неї також спостерігалися менші труднощі з автоматичним мовленням порівняно з довільним. Результати тестування на VMPAA (The Verbal Motor Production Assessment for Adults) Для оцінки нейромоторної цілісності мовленнєвих систем, виключення наявності значної дизартрії та визначення рівня порушення мовленнєвої моторики (глобальної моторики, ортомоторного контролю та послідовності) використовувався тест, результати якого вказують нам на труднощі з оромоторним контролем як мовленнєвої, так і немовленнєвої

пози, а також на порушення контролю траєкторій мовленнєвих рухів нижньощелепної, піднебінної та лінгвальної підсистем. Здатність до мовленнєвої послідовності також була порушена, але не так сильно, як здатність до ортомоторного контролю нижньощелепної, піднебінної та мовної підсистем. Моторно-мовленнєве обстеження не виявило значних порушень м'язового тонусу чи сили або будь-яких класифікованих дизартрій, про які писали Дарлі, Аронсон і Браун. Важливо зазначити, що хоча у пацієнтки був легкий геміпарез правої половини обличчя, її мовні помилки не можна було пояснити цим геміпарезом. Її загальні мовленнєві характеристики відповідали визначенню AOS, запропонованому McNeil, Robin та Schmidt, згідно з яким помилки вважаються наслідком нездатності перевести точно заповнений фонологічний фонологічний фрейм у кінематичні параметри, необхідні для виконання мовленнєвих рухів.

До участі в поточному дослідженні пацієнтка пройшла майже рік стаціонарної та амбулаторної реабілітації. Вона відвідувала логопедичні заняття (чотири рази на тиждень) у навчально-реабілітації. Вона відвідувала логопедичні заняття (чотири рази на тиждень) у навчально- реабілітаційній лікарні. На ранніх етапах лікування вона пройшла програму «Комунікативна ефективність при афазіях» (Prompting Aphasics' Communicative Effectiveness, PACE) (Davis, Wilcox). Також використовувалася мовна програма стимуляції синтаксису Хелма-Естабрукса (Helm-Estabrooks Language Program foe Syntax Stimulation, HELPSS) (Helm- Estabrooks) Під час стаціонарної та амбулаторної реабілітації не проводилися спеціальна або систематична логопедична терапія, хоча пацієнтки заохочували до спроб виправити деякі з її мовних помилок під час занять за програмою HELPSS.

Пацієнтка також відвідувала фізичну терапію та ерготерапії з приводу правої геміплегії та фізичної слабкості. Вона продемонструвала значне відновлення після геміплегії і на момент дослідження відновила їзду на велосипеді та ходьбу без будь-який зовнішніх допоміжних засобів. Однак вона продовжувала використовувати недомінуючу (ліву) руку для письма. Пацієнтка

продемонструвала значну ідеомоторну апраксі. Кінцівок та осьову апраксію за шкалою Neusopraxis для визначення апраскаї кінцівок, використовуючи плюс-мінусову систему оцінювання. Вона правильно виконувала 6 з 8 неперехідний жестів, 1 з 6 перехідних жестів перехідним жестів і в 2 з 12 складних осьових жестів.

Початкове тестування, зондування та терапевтичні сеанси проводяться в лікувальному кабінеті логопеда в Запорізькій обласній клінічній лікарні. Кімната містила стіл, два стільця яка була призначена для індивідуального лікування дорослих.

Стимули складання з 30 функціонально та особистісно релевантних коротких фраз, згрупованих у три типи речень: імперативи, активні декларативи та питальні речення. Ця ієрархія фраз була обрана на основі роботи Helm-Estrabrooks, яка продемонструвала подібний порядок складності (імперативи є найпростішими, а питальні конструкції- складнішими) побудови речень різних типів для осіб з афазією Брока.

Усі фрази були відібрані за допомогою пацієнта, щоб забезпечити відповідальність її стилю використання мови та її оцінці фукціональності фраз у повсякденному житті. З 30 фраз 15 були відірвані як тренувальних фраз і 15 – для дослідження узагальнення. Таким чином, кожен тип речень включав п’ять тренувальних фраз для узагальнення. Фрази були випадковим чином розподілені між тренувальними та узагальнюючими умовами і максимально наближені за довжиною складів та довжиною слів у кожному наборі стимулів та між наборами стимулів. Щоб зберегти функціональну релевантність програми лікування для суб’єкта, ми не змогли прирівняти тренувальні фрази до узагальнюючих фраз за фонетичною схожістю та просодичними характеристиками (Додаток А).

Залежний показник визначався як відсоток моторно точних і правильних висловлювань. Для того, щоб бути правильними, висловлювання не повинні були містити таких артикуляційних та мовленнєвих помилок: фальстарти, повторення окремих звуків, складів та слів, артикуляційні помилки, включаючи заміни, пропуски, спотворення та додавання, фонематичні метатези,

артикуляційне обмацування, персеверацію та випереджувальні помилки.

Відсоток правильних фраз визначався наступним чином. Кожна фраза розглядалась як цілісна одиниця для аналізу. За 5-бальною категоріальною шкалою від 0 до 4 оцінювали два виміри моторної продуктивності для кожної фрази, а саме: моторний контроль і плавність-просодичність. Вимір моторного контролю відображав точності і акуратність моторних рухів, вимір плавності-просодії відображав здатність вільно ініціювати і завершувати фрази, а також просодичні характеристики фраз. Система оцінювання, що використовувалися в цьому дослідженні, базувалася на візуальних і слухових характеристиках сприйняття рухів і точність мовлення, що дозволяє зробити висновок про характер сприйняття рухів і точність мовлення дозволяє зробити висновок про характер фактичних моторних рухів. Лінгвістичні помилки відзначатися, але не використовувалися для оцінки залежної змінної.

Кожна фраза могла отримати максимальну оцінку у вісім балів, а саме чотири бали за точність рухів і чотири бали за вільне володіння мовою. Таким чином, загальна максимальна кількість балів за кожен набір з п’яти фраз становила 40 балів (тобто 8 балів, 6-5 фраз = 40). Цей загальний бал, отриманий за кожну групу фраз, переводився у відсоток, який виводився шляхом ділення суми сирих балів за кожне завдання на максимально можливий бал, а потім множився на 100 (Додаток Б).

Відсоток правильної побудови фраз використовується для вимірювання ефективності лікування під час базового, лікувального та підтримуючого тестування. Критерієм навчання було максимум шість терапевтичних сесій для кожного набору речень. Тобто, незалежно від відсотка точного відтворення мовленнєвої моторики, навчання завершувалося на певному наборі навчальних елементів після завершення шести тренувальних сесій.

Усі пробні сесії записувалися за допомогою відеокамери, яка була сфокусована перпендикулярно до обличчя досліджуваного, щоб зафіксувати чітку та різку картину його мовленнєвих рухів. З метою підрахунку балів, всі сеанси зондування були рандомізовані, а потім оцінені двома підготовленими

слухачами, які були дефектологами.

Для оцінки впливу PROMPT на точність відтворення коротких речень було застосовано дизайн з кількома зондами (Horner, Baer; Kearns), що охоплював різні поведінкові реакції. Зокрема, вплив PROMPT оцінювався для трьох різних типів речень, а саме імперативів, активних спонукальних та питальних речень. Послідовність дизайну була такою. Спочатку визначалася базова оцінка цільової поведінки, тобто до імперативів. Базові оцінки періодично виводилися з решти двох типів поведінки, які ще не були оброблені – активних декларативів та інтерогативів, поки перша поведінка перебувала на студії навчання. Після досягнення критерію навчання для першої поведінки, лікування застосувалося до другої поведінки, тобто до активних декларативних висловлювань. Третя поведінка періодично отримувала базову оцінку, поки друга поведінка отримувала лікування. Знову ж таки після досягнення критерію навчання для другої поведінки, тобто питальна поведінка. Поведінка, яка досягла критерію навчання, досліджувалася як засіб моніторингу підтримки.

Цей дизайн дозволив контролювати сторонні змінні без необхідності припинення або відміни лікування, як це було б необхідно в інших дизайнах, наприклад, дизайн ABAB. Демонструючи, що зміни відбуваються лише після початку лікування певної поведінки, тоді як базові показники залишаються незмінними (до початку лікування), цей дизайн дозволяє нам пов’язувати зміни з лікуванням, а не із сторонніми змінними, такими як анамнез і дорослішання (Horner, Baer). Дизайн з множинним зондуванням був визнаний більш практичним, ніж дизайн з множинною базовою лінією (який вимагає безперервних даних), оскільки він дозволяє уникнути небажаних ефектів навчання завдяки повторному тестуванню, використовуючи лише періодичне зондування (Horner, Baer). Як згадувалося раніше, після того, як пацієнтка пройшла максимум тренувальних сесій, тобто досягнув критерію навчання, починалося навчання наступній поведінці.

Базові дослідження. Перед початком лікування під час перших трьох сесій були визначені початкові базові показники всіх трьох цільових моделей

поведінки. Під час дослідження фрази були представлені у випадковому порядку. Пацієнтка отримувала невелику розповідь про ситуацію і заохочувався до генерування фрази. Генерація фраз була обрана в якості тестового режиму, тому що вона більш точно відповідає процесам, необхідним для вираження думки в реальному житті, ніж повторення процесам, необхідним для вираження думки в реальному житті, ніж повторення речень (Benson, Ardilla; Berndt). Наприклад, експериментатор сказав: «Твої друзі хочуть, щоб ти прийшов на вечірку, але у тебе багато роботи. Тому ти кажеш …. ». Очікуваною відповіддю пацієнтки було: «Я сьогодні зайнята». У пацієнтки рідко виникали проблеми з розумінням розповіді, але коли у неї виникали труднощі, розповідь повторювали лише один раз.

Під час проведення проб не було жодних підказок щодо вимови фраз чи зворотного зв'язку щодо точності відповіде. Крім того, під час проведення зондування не застосовували жодних підказок. Після завершення зондування стимулу, незалежно від його точності, експериментатор переходив до наступного стимулу. Спочатку існувало занепокоєння, що досліджуваний не відтворить цільову фразу, а натомість відтворить фразу, схожу за змістом. Постфактум аналіз усіх відповідей показав, що піддослідний майже завжди відтворював цільові висловлювання.

Зонди. Зонди збирали на залежному показнику під час фази підтримуючої терапії. На етапі лікування зонди брали безпосередньо перед терапевтичним сеансом. Фрази досліджувалися у випадковому порядку в межах і між типами речень, щоб мінімізувати ефект порядку. Підтримуючі зонди були взяті для попередньо пролікованої поведінки. Інструктивні підказки, а також визначення відповіді та наслідки для правильних і неправильних відповідей були ідентичні базовим пробам.

Визначення методу лікування/незалежного показника. Незалежне вимірювання визначилося як застосування експериментатором відповідних підказок у відповідь на помилкові рухи суб'єкта при відтворенні фонеми, слова або фрази. Відповідні підказки для певних англійських фонем можна знайти в

посібнику PROMPT (Hayden). У цьому дослідженні підказки подавалися переважно як поверхневі та параметричні підказки PROMPT, коли це було необхідно (Square).

Поверхневі підказки – це підказки, які націлені на помітні рухи в послідовності рухів. Наприклад у слові «сенсація» ключові рухи на двох «с» та одного з «с» подаються як втягнуті губи для першої «С» та округлені губи для «С». Параметри PROMPT – це ті, що встановлюють ступені свободи та межі рухів артикуляційних підсистем, щелепи, губ та язика. Параметри Рекомендації можна розглядати як загальні керівні принципи для мовлення рухів у кожній підсистемі. Так, на слові «швабра», якщо щелепа відкривається занадто широко або ковзає вправо або вліво на «А», лікар обмежує висування щелепи та горизонтальне ковзання щелепи, фізично направляючи пацієнта через правильні межі та параметри руху. Тобто фізично обмежуючи надмірну амплітуду відкривання щелепи або надаючи тактильний тиск у бік, в який щелепа буквально рухається.

Сеанс лікування. Пацієнтка відвідувала індивідуальні сеанси лікування тричі на тиждень. Кожен сеанс тривав 50 хвилин і проводився експериментатором. Цей експериментатор, логопед, який пройшов навчання за програмою PROMPT першого рівня (Hayden), також відповідав за проведення базового та щоденного тестувань.

Послідовність тренування цільової поведінки була такою: імперативи, активні декларативи та інтерогативи. Під час сеансів лікування клініцист усно пред’являв цільову фразу з тренувального набору, а пацієнтка намагалась її повторити. Якщо відповідь була правильною, пропонувалося наступне завдання на цю фразу. Якщо відповідь була неправильною, лікар негайно подавав підказав PROMPT, підібрані для зменшення рухових помилок пацієнтки. Пацієнтка отримувала письмові стимули щоразу, коли у неї виникали проблеми з виконанням усних інструкцій. Приблизно 10 спроб відтворення п’яти цільових фраз були виконані випадковим чином під час кожного сеансу, тобто послідовних спроб відтворення однієї і тієї ж фрази не було. Вправи включали

рольові ігри, обговорення поточних подій та повсякденну діяльність, що включала цільові фрази. Теми для обговорення стосувалися діяльності, пов'язаної з нещодавніми подіями в повсякденному житті суб'єкта, і в більшості випадків наш суб'єкт допомагав вибрати тему для обговорення або рольової гри. Цільові дискусії та рольові ігри були схожими, але не ідентичними. У цих завданнях не робилося спроб поліпшити синтаксис, морфосинтаксис або порядок слів у фразах, або лексичний пошук.

Зонд підтримки. Зонди підтримки проводилися для раніше навченої поведінки, коли пацієнтка закінчила шість сеансів терапії для певного типу речень. Наприклад, коли пацієнтка досягнула критерії навчання для третього набору фраз (питальних), були зібрані контрольні дані для першого (імперативних) і другого (декларативних) типів поведінки. Процедури були ідентичні до базових зондів. Продовження дослідження цих параметрів після припинення прямого лікування дозволило експериментатору оцінити збереження терапевтичних досягнень для імперативів і декларативів.

Аналіз граматичної правильності проводився на основі даних транскрипції, отриманих з відеозаписів кожної сесії для всіх вимовлених речень. Висловлювання вважалось граматично правильним і повним, якщо воно було ідентичним або схожим на очікувану відповідь без синтаксичних помилок. Висловлювання, які були синтаксично правильно побудовані, але містили незначні семантичні заміни цільових слів, але були контекстуально точними, оцінювалися як граматично правильно побудовані та повні. Граматично неправильні формування включали «відсутність відповідей» та «граматично неправильно оформлені» або «неправомірні англійські конструкції». Відсоток граматично правильних і неправильних формулювань порівнювався для кожного типу речень до і після лікування. Тобто, дані, представлені тут, це дані, які були зведені за всіма сеансами дослідження після терапії.

Перевірка узгодженості між спостерігачами була проведена для залежного показника (мовленнєва моторика) для 30% досліджуваних на всіх етапах дослідження. Визначалася точкова збіжність для судження про правильність

вироблення цільової поведінки. Згоду фіксували, коли експериментатор і спостерігач реєстрували однакову реакцію. Міжспостережну узгодженість розраховували, беручи кількість згод плюс розбіжності і множачи на 100.

2.3 Аналіз результатів дослідження

Для оцінки ефективності застосування PROMPT-терапії у відновленні мовленнєвих функцій пацієнтів з моторною афазією було проведено комплексне дослідження, що охоплювало базові, щоденні та профілактичні спостереження. Ця терапія націлена на поліпшення моторних мовленнєвих реакцій пацієнтів з використанням тактильно-кінестетичних стимулів, які полегшують артикуляцію та підвищують точність відтворення мовленнєвих елементів. Основна мета дослідження полягала у визначенні змін у мовленнєвій моторній діяльності пацієнтів на різних етапах лікування – від початкового рівня до завершення підтримуючої терапії.

Задля забезпечення об'єктивності та надійності результатів у дослідженні використовувався метод перевірки узгодженості між спостерігачами, яка здійснювалася у 30% випадків на кожному етапі спостережень. Середній показник узгодженості між спостерігачами становив 86% (з діапазоном 82–90%) для базових тестів, 80% (діапазон 75–87%) для щоденних тестів та 82% (діапазон 78–84%) для профілактичних тестів, що свідчить про високий рівень узгодженості та достовірність отриманих даних.

На рис. 2.1 відображено відсоток правильних мовленнєвих моторних реакцій пацієнтів на різних етапах дослідження: початковий етап, етап активного лікування та етап підтримуючої терапії. Дані представлені окремо для кожного типу речень, упорядкованих за послідовністю корекційних впливів, що дає змогу оцінити динаміку прогресу пацієнтів. Навчені речення позначені ромбиками, тоді як узагальнюючі, ненавчені речення – порожніми кружечками, що відображає вплив PROMPT-терапії як на відтворення тренованих, так і на

узагальнюючих мовленнєвих завдань.

Цей детальний аналіз результатів дозволяє не лише відслідковувати прогрес у відтворенні мовленнєвих реакцій, а й оцінювати загальний рівень узагальнення та стабільності досягнутих навичок, що є особливо важливим для комплексної реабілітації пацієнтів із моторною афазією.

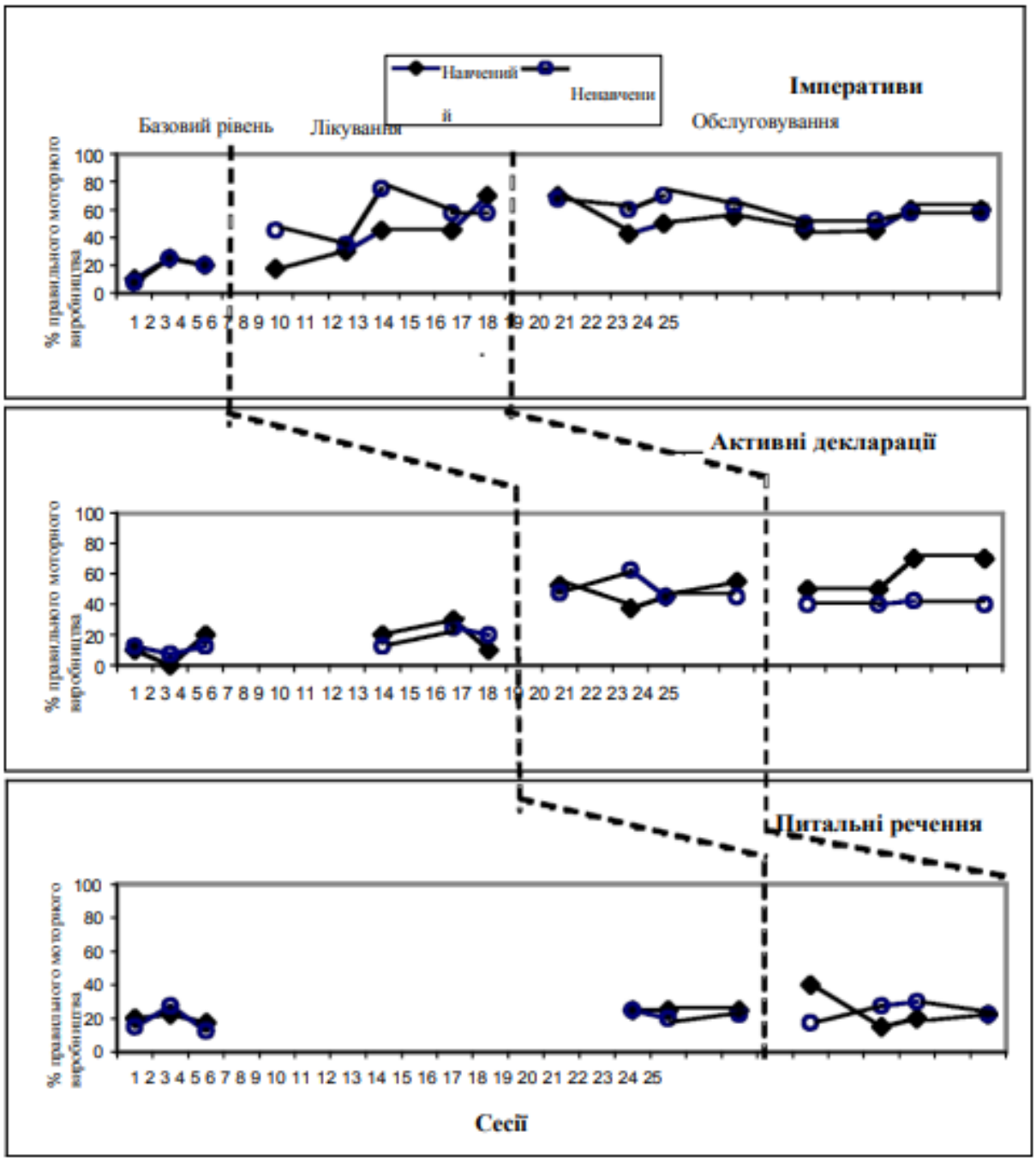


Рисунок 2.1 – Загальний відсоток правильної моторної продукції у пацієнтки до занять та після

Як видно з рис. 2.1, початкові показники мовленнєвої моторики у

пацієнтки були низькими, що свідчить про обмежену здатність до правильного відтворення різних типів речень до початку терапії. Зокрема, рівень відтворення імперативів становив 10–25% (середній показник 18%) для навчених елементів та 7,5–25% (середній показник 17%) для ненавчених, активні декларативи – 0–30% (середній показник 15%) для навчених і 7,5–25% (середній показник 15%) для ненавчених, а питальні речення – 17,5–25% (середній показник 22,5%) для навчених і 15–27,5% (середній показник 20%) для ненавчених елементів. Це відображає низьку мовленнєву моторну активність і труднощі в артикуляції та відтворенні фраз, що є типовими для пацієнтів з моторною афазією.

З початком застосування PROMPT-терапії спостерігалося помітне покращення у мовленнєвій моториці, особливо для навчених елементів імперативів та активних декларативів. Показники для ненавчених завдань також покращилися, хоча залишалися більш варіабельними, що свідчить про вплив терапії на загальну здатність пацієнтки до узагальнення набутих навичок. Зокрема, правильність відтворення імперативів зросла з початкових 17,5% до 75% (у середньому 42%) для навчених речень і з 35% до 75% (у середньому 53%) для ненавчених речень. У виконанні активних декларативів правильність підвищилася з 37,5% до 55% (у середньому 49%) для навчених речень і з 45% до 62,5% (у середньому 50%) для ненавчених. Особливо значний зсув спостерігався в активних декларативних реченнях, де рівень правильності підвищився з 10% до лікування до 55% після його завершення.

Натомість показники для питальних речень практично не змінилися навіть після терапії, залишаючись на рівні 15–40% (у середньому 24%) для навчених і 17,5–30% (у середньому 24%) для ненавчених речень. Це може свідчити про більшу складність питальних конструкцій для пацієнтів з афазією, які потребують більшого лінгвістичного навантаження і тому менш чутливі до терапевтичного впливу у порівнянні з імперативами та декларативами.

Ефект підтримки мовленнєвих навичок виявився стабільним для імперативів і активних декларативів. Для імперативів він був сильнішим для ненавчених елементів, що свідчить про стійке покращення навичок, засвоєних

під час терапії. У випадку активних декларативів ефект підтримки виявився стабільнішим для навчених елементів. Середні показники для підтримуючої терапії складали 53% для навчених та 58% для ненавчених імперативів, тоді як для активних декларативів середні показники становили 60% і 40% відповідно.

Таким чином, результати демонструють, що PROMPT-терапія має значний позитивний вплив на покращення мовленнєвої моторики у пацієнтів з моторною афазією, особливо для простих мовленнєвих структур, таких як імперативи та активні декларативи. Однак для складніших мовленнєвих конструкцій, таких як питальні речення, потрібно або більше часу на тренування, або додаткові методи терапевтичного впливу для досягнення аналогічних покращень.

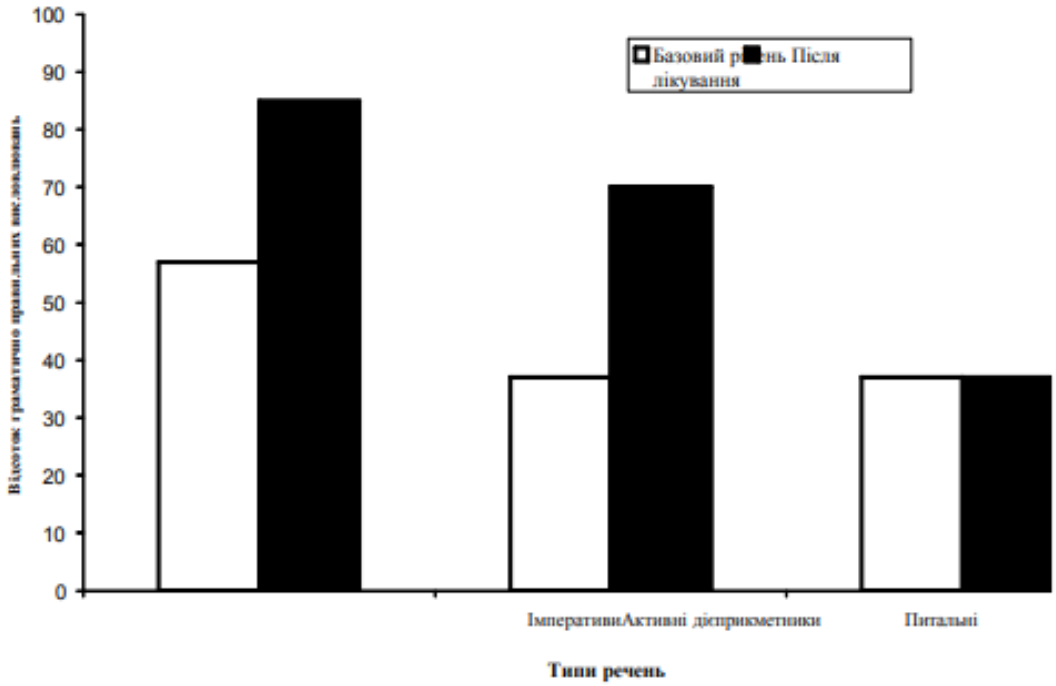


Рисунок 2.2 – Відсоток граматично правильних висловлювань до і після лікування

На рис. 2.2 зображено граматичну правильність для різних речень до і після лікування. Відсоток правильних імперативів зріс з 57% до 85%, а активних декларативів – з 37% до 70%. Для питальних речень граматична правильність залишилася незмінною на рівні 37%.

Це дослідження вивчало вплив PROMPT-терапії на точність і

автоматизацію мовленнєвих рухів при різних структурних вимогах речень. PROMPT-терапія показала позитивні зміни у точності мовленнєвої моторики для простих речень, як-от імперативи та активні декларативи. Результати узагальнюючих завдань також виявили покращення, хоча й зі збереженням варіабельності.

Попри позитивні зміни у простіших реченнях, у питальних реченнях не було помітних змін. Одним із можливих пояснень є те, що питальні речення мають більшу лінгвістичну складність, яка потребує більше ресурсів для обробки, що виснажує моторні ресурси (McNeil, Odell, Tseng; Murray). Таким чином, більш складні мовні завдання можуть знижувати ефективність мовленнєвої моторики.

Отримані результати свідчать про інтерактивну природу лінгвістичних і моторних процесів, де зростаюча складність завдань може знижувати моторну продуктивність (Manner, Smith, Grayson; Van Lieshout). Ці дані вказують на необхідність підбору мовленнєвих завдань із врахуванням їх лінгвістичної складності для досягнення ефективності у терапії пацієнтів з афазією.

Аналіз також показав, що, хоча PROMPT-терапія не була націлена на зміну граматичної структури речень, пацієнтка продемонструвала покращення граматичної правильності, що може вказувати на позитивний вплив мовленнєвої моторики на лінгвістичне формулювання. Таким чином, дослідження підтверджує, що PROMPT-терапія є ефективним методом корекції моторної афазії після інсульту.

ВИСНОВКИ

Дослідження ефективності PROMPT-терапії для корекції мовленнєвих розладів у пацієнтів з моторною афазією, спричиненою ішемічним інсультом, дозволило отримати низку важливих результатів, які підтверджують дієвість цього методу. На основі проведеної роботи можна зробити наступні висновки:

1. Аналіз порушень мовленнєвого спілкування показав, що мовлення є невід'ємною складовою соціальної, когнітивної та емоційної сфер життя людини. Мовленнєві розлади внаслідок інсульту, зокрема аферентної моторної афазії, суттєво знижують здатність пацієнта до соціальної взаємодії, ведуть до фрустрації, депресії та зменшення якості життя. Отже, актуальність розробки ефективних корекційних методів є надзвичайно високою, що обґрунтовує необхідність застосування PROMPT-терапії як перспективного підходу до реабілітації мовленнєвих функцій.

2. Вивчення патофізіології ішемічного інсульту дозволило більш глибоко зрозуміти механізми виникнення мовленнєвих порушень. У ході аналізу було визначено, що порушення кровопостачання мозку, викликане ішемічним інсультом, уражає мовленнєві центри, зокрема зони Брока, що відповідають за мовленнєву моторну активність. Ураження цих зон спричиняє значні труднощі у продукуванні зв'язного мовлення, знижує контроль над артикуляційними рухами та унеможливлює повноцінне мовленнєве спілкування, що є основою для подальшого застосування спеціалізованих методів корекції.

3. PROMPT-терапія як інноваційний метод корекції моторної афазії продемонструвала свою ефективність у відновленні мовленнєвих навичок пацієнтів з афазією Брока. Застосування цього методу дозволило значно покращити точність мовленнєвих рухів і їхню автоматизацію для відносно простих структур речень, таких як імперативи та активні декларативи. PROMPT-терапія сприяла стабільному зростанню показників виконання навчених мовленнєвих завдань, а також позитивним змінам в узагальнюючих завданнях.

Це свідчить про здатність методу впливати не лише на засвоєння конкретних мовленнєвих форм, але й на генералізацію навичок, що важливо для функціонального відновлення.

4. Різниця у впливі терапії на різні типи мовленнєвих структур підтверджує важливість адаптації терапевтичного підходу відповідно до рівня складності мовленнєвих завдань. PROMPT-терапія виявилася найбільш ефективною у корекції простих мовленнєвих структур (імперативів і декларативів), де спостерігалися стабільні позитивні зміни. У той же час, складніші мовні конструкції, такі як питальні речення, не продемонстрували значного покращення. Це може пояснюватися потребою у більших когнітивних і лінгвістичних ресурсах для формулювання питальних речень, що перевищує можливості пацієнтки з моторною афазією. Така варіабельність результатів свідчить про важливість індивідуалізації терапевтичного підходу залежно від мовленнєвих можливостей та завдань, з якими стикається пацієнт.

5. Практичні результати застосування PROMPT-терапії довели її позитивний вплив на реабілітацію пацієнтів із моторною афазією, зокрема у випадках, коли терапія спрямована на прості мовленнєві конструкції. Пацієнтка виявила високу мотивацію та задоволення від власного прогресу, що підтверджує значення емоційної підтримки та психотерапевтичного ефекту від PROMPT-терапії, спрямованої на відновлення мовлення. Терапія виявилася ефективною не тільки з точки зору моторного вдосконалення, але й завдяки створенню відчуття впевненості у пацієнтки, що є важливим фактором для підтримки її активної участі в реабілітаційному процесі.

6. Інтерактивність лінгвістичних і моторних процесів підтверджується результатами дослідження, які показують, що мовленнєва моторика і лінгвістичні аспекти висловлювань є взаємозалежними. Це означає, що під час відтворення більш складних речень (як-от питальних) мовленнєвий апарат може бути перевантажений, що знижує його ефективність. Таке розуміння підкріплює необхідність подальших досліджень щодо впливу когнітивного навантаження на мовленнєву моторику пацієнтів з афазією та корекцію різних типів мовлення.

Отже, проведене дослідження підтвердило ефективність PROMPT-терапії як корекційного методу для відновлення мовленнєвих функцій у пацієнтів з моторною афазією, викликаною ішемічним інсультом. Метод PROMPT, націлений на тактильну та кінетичну стимуляцію мовленнєвої моторики, показав позитивні результати у корекції простих мовленнєвих структур, що підтверджує його доцільність у практичній реабілітації. Водночас результати дослідження вказують на потребу у підборі мовленнєвих завдань відповідно до індивідуальних можливостей пацієнтів, що дозволить оптимізувати терапевтичний ефект.

PROMPT-терапія може бути використана як основний інструмент у корекції моторної афазії, або як доповнення до інших методів реабілітації для досягнення оптимальних результатів у відновленні мовленнєвих функцій пацієнтів після інсульту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамович С. Д., Чікарькова М. Ю. Мовленнєва комунікація. Київ : Видавничий дім Дмитра Бураго, 2013. 460 с.
2. Афазія : навч.-метод. посібник для здобувачів освіти спеціальності Дошкільна освіта. Спеціальна освіта. / уклад. : І. В. Самойлова, О. А. Тельна. Харків, 2021. 156 с.
3. Беляк С. В., Тищенко В. В. Сучасні підходи до класифікації мовленнєвих порушень у дорослих, які перенесли інсульт в україні та сша: компаративний аналіз. Наукові здобутки студентів Інституту людини. №1(7). 2017. URL: https://studscientist.kubg.edu.ua/index.php/journal/article/view/91
4. Брошура шкал і тестів для оцінки стану пацієнта. Основні шкали клінічної оцінки — від гострого інсульту до нейрореабілітації. URL: https://cerebrolysin.com.ua/fileadmin/user_upload/stroke/addition/Cerebrolysin -Scales-21.pdf
5. Галущенко В. І., Тимошенко М. О. Сучасні тенденції і підходи до корекції та реабілітації при афазії. *The 34th International scientific and practical conference «Science, latest trends, modern problems and improvement of theories»* (August 29–September 01, 2023) Warsaw, Poland. International Science Group. 2023. 2023. С. 142.
6. Гарга А. Й., Дубров С. О., Гавриленко О. О. Лікування гострого порушення мозкового кровообігу у відділенні інтенсивної терапії (огляд клінічних рекомендацій та настанов). *Біль, знеболення та інтенсивна терапія*. 2019. № 1. С. 37–52.
7. Зозуля А. І., Зозуля І. С. Організація реабілітаційної допомоги хворим з інсультом. *Зб. наук. праць співробіт*. НМАПО імені П. Л. Шупика. 2015. № 24(1). С. 605-610.
8. Зозуля А. І., Кіт І. В. Геморагічний інсульт: етіологія, патогенез, клініка, лікування. *Ліки України. Кардіоневрологія.* 2013. №8 (174) С. 4-9.

9. Зозуля І. С., Боброва В. І. Гостре порушення кровообігу як критичний стан. *Матеріали І Національного конгресу «Інсульт та судинномозкові захворювання»*. Київ, 2006. С. 43.
10. Кайдалова Л. Г., Пляка Л. В. Психологія спілкування: навчальний посібник. Харків : НФаУ, 2011. 132 с.
11. Козинець О. В. Хапайло О. О. До проблеми вивчення психологічних особливостей особистості хворих на афазію. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова. 2013. № 23. С. 335-340.
12. 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.
13. Лянна О. В. Аналіз сучасних напрямів і методів відновлення мовлення при афазії у осіб післяінсультного стану. *Логопедія*. 2016. № 8. С. 34–41.
14. Лянна О. В. Сучасні уявлення щодо патогенезу та проявів афазії при мозковому інсульті. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології.* 2015. №7. С. 359–368.
15. Лянна О. В., Толбатова С. В. Застосування ерготерапії в логопедичній реабілітації осіб з афазією. *Сучасні проблеми логопедії та реабілітації* : мат. VI всеукр. наук.-практ. конференції. Суми : ФОП Цьома С. П., 2017. С. 169–173.
16. Логопедія : підручник / за ред. М. К. Шеремет. 3-тє вид., переробл. та доповн. Київ : Видавничий дім «Слово», 2015. 776 с.
17. Логопсихологія : навч. посіб. / Конопляста С. Ю., Сак Т. В.; за ред. М. К. Шеремет. Київ : Знання, 2010. 294 с.
18. Манько Н. В. До питання формування мовленнєвої функції у процесі нормального онтогенезу. *Психолого-педагогічні та соціальні аспекти*

шкільної дезадаптації на початковому етапі шкільного навчання : матеріали конф. Луганськ : Альма-матер, 2007. С. 95–104.

19. Мартиненко І. В. Проблема труднощів у спілкуванні в загальних та спеціальних психологічних дослідженнях. *Актуальні питання корекційної освіти.* Київ : Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова, Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2014. № 4. С. 215–225.
20. Мартиненко І. В. Психологічні засади формування комунікативної діяльності дітей старшого дошкільного віку з системними порушеннями мовлення : дис. … д-ра психол. наук : 19.00.08 / НПУ імені М. П. Драгоманова. Київ, 2017. 502 с.
21. Мартиненко І. В. Логопсихологія : курс лекцій : навч. посіб. Київ : ДІА, 2014. 100 с.
22. Мілінчук В. І. Інтенсивна мовленнєва корекція з відновлення мовлення: психолінгвістичний інструментарій. *Науковий вісник Херсонського державного університету.* Серія: Психологічні науки. 2015. №. 1 (1). С. 155-160.
23. Некрасова Н. О., Руденко С. Ю., Тихонова Л. В. Постінсультна афазія в контексті сучасних поглядів на нейрофізіологію мовної функції. *Український журнал медицини, біології та спорту.* 2021. Т. 6, № 5 (33). С. 28–37.
24. Портал про здоров'я. Що таке інсульт і чому він виникає? URL : http://ukrhealth.net/shho-take-insult-i-chomu-vin-vinikaye/
25. Рокошевська В. В. Методика реабілітаційного обстеження осіб після перенесеного мозкового геморагічного інсульту. *Вісник Чернігівського державного педагогічного університету*. Серія : Педагогічні науки, фізичне виховання та спорт. Чернігів, 2008. Вип. 55, т. 2. С. 267–271.
26. Реабілітація після ішемічного інсульту. Протокол з медичної реабілітації при ішемічному інсульті. Український медичний часопис. 2015. URL: https://api.umj.com.ua/wp/wpcontent/uploads/2015/10/Insult_I_Reabilitatsia.pdf

27. Савінова Н. В. Складові технологічного конструкту системи диференційованої логокорекції. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова.* Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2016. Вип. 32, ч. 2. С. 114–120.
28. Савінова Н. В. Теорія мовленнєвої діяльності у площині логопедичного впливу. *Наука і освіта*. Київ : Національна академія педагогічних наук України, 2013. № 3. С. 136–139.
29. Семененко-Кожух Ю. В. Методика дистанційної логопедичної корекції афазії. *Система освіти і виховання дітей з особливими освітніми потребами* : досвід минулого – погляд у майбутнє : до 85-річчя акад. В. І. Бондаря: зб. наук. пр. Харків. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди. Харків, 2023. С. 381–386.
30. Синьов В. М. Психолого-педагогічні проблеми дефектології та пенітенціарії. Київ : МП Леся, 2010. 779 с.
31. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка : підручник. Ч. І : Загальні основи корекційної психопедагогіки (олігофренопедагогіки). Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2007. 238 с.
32. Синьов В. М. Методологія та теорія досліджень у галузі дефектології. *Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*. Серія : Соціально-педагогічна. 2010. № 15. С. 7–9.
33. Сибірякін Я., Балаж М. Фізична терапія осіб із сенсомоторною афазією внаслідок гострого порушення мозкового кровообігу. *Молодь та олімпійський рух*: зб. тез доп. XIV Міжнародної конференції молодих вчених, м. Київ, 19 трав. 2021 р. Київ : НУФВСУ, 2021. С. 204–206.
34. Соботович Е. Ф. Психолингвистическая структура речевой деятельности и механизмы её формирования. Київ: ІЗМН, 1997. 44 с.
35. Спеціальна педагогіка : Понятійно-термінологічний словник / за ред. В. І. Бондаря. Луганськ : Альма-матер, 2003. 436 с.

36. Стрес і хвороби системи кровообігу : посібник / за ред. : В. М. Коваленко, В. М. Корнацького. Київ : Коломішин В. Ю., 2015. 352 с.
37. Тарасун В. Писемне мовлення : запобігання і корекція порушень : навч.-метод. посіб. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2006. 150 с.
38. Тарасун В. Готовність дітей з особливостями у розвитку до шкільного навчання : діагностика і формування : монографія. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2008. 294 с.
39. Теорія і практика сучасної логопедії : Збірник наукових праць / під. ред. В. І. Бондаря Київ : Актуальна освіта, 2006. Вип. 3. 148 с.
40. Тищенко В. Обґрунтування класифікації системних порушень мовлення. *Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету.* Педагогічні науки. 2023. №. 2. С. 199-209.
41. Тищенко В. В. Зміст інтелектуального компонента мовленнєвої діяльності. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2005. Вип. 2. С. 129–141.
42. Тищенко В. В. Розлади праксису мовлення: кваліфікація порушень в умовах ревізії логопедичних класифікацій. *Науковий журнал Хортицької національної академії.* 2023. №. 2 (9). С. 167-175.
43. Тищенко В., Лалаєва Р., Суровенець Ю. Індексація польсько-, російсько- та україномовної логопедичної термінології. *Лексикографічний бюллетень* : Зб. наук. пр. Київ : Ін-т української мови НАН України, 2004. Вип. 10. С. 29-36.
44. Українська асоціація боротьби з інсультом. Причини інсульту. URL : http://insult.net.ua/index.php?page=lechenie-insulta&hl=ua_UA.
45. Шеремет М. К. Особливості формування вищої форми передачі інформації. *Науковий часопис НПУ імені МП Драгоманова*. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2011. №. 18. С. 291-293.
46. Шеремет М. К., Загурська Г. Сучасні підходи до подолання порушення звуковимови. *Педагогіка та методики : спеціальні* : збірник наукових статей НПУ імені М. П. Драгоманова. Київ, 2001. № 1. С. 183–192.

47. Фомічова Л. І. Мова, мовлення та когнітивні процеси на ранніх етапах корекційного впливу. *Актуальні питання сурдопедагогіки* : зб. наук. пр. НПУ імені М. П. Драгоманова. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2003. С. 196–208.
48. Baum S. R. The influence of word length on syllable duration in aphasia : acoustic analysis. *Aphasiology.* 1992. T. 6. P. 501–513.
49. Baum S. R., Ryan L. Fricative production in aphasia : effects of speaking rate. *Brain and Language.* 1996. T. 52. P. 328–341.
50. Benamer H. T., Grosset D. Stroke in Arab countries : a systematic literature review. *J Neurol Sci*. 2009. T. 284. C. 18–23.
51. Blumstein S. E. Phonological deficits in aphasia : theoretical perspectives. *Cognitive neuropsychology and neurolinguistics* : advances in models of cognitive function and impairment / ed. A. Caramazza. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates Inc., 1990. P. 33–53.
52. Freed D. B., Marshall R. C., Frazier K. E. Long-term effectiveness of PROMPT treatment in severely apractic-aphasic speaker. *Aphasiology.* 1997. T. 11. P. 365–372.
53. Goodglass H., Kaplan E. The assessment of aphasia and related disorders. 2nd edn. Philadelphia : Lea & Febiger, 1983. 420 p.
54. Hayden D., Square P. A. Motor speech treatment hierarchy : a systems approach. *Clinics in Communication Disorders*. 1994. T. 4. P. 162–174.
55. Kent R. D., McNeil M. R. Relative timing of sentence repetition in apraxia of speech and conduction aphasia. *Phonetic approaches to speech production in aphasia and related disorders* / ed. J. H. Ryalls. Boston, MA : College-Hill Press, 1987. P. 181–220.
56. Khrakovskaya M. G., Sumchenko G. M. Aphasia and alalia from the Perspective of Natal'ya N. Traugott's Studies on Higher Cognitive Processes. *Human Physiology.* 2018. T. 44. P. 124-128.

57. McNeil M. R., Kent R. D. Motoric characteristics of adult aphasic and apraxic speakers. *Cerebral control of speech and limb movements* / ed. G. R. Hammond. Amsterdam : North-Holland, 1990. P. 349–386.
58. Rosenbek J. C., Lemme M. L., Ahern M. B., Harris E. H., Wertz R. T. A treatment for apraxia of speech in adults. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 1973. T. 38. P. 462–472.
59. Sparks R., Deck J. Melodic intonation therapy. *Language intervention strategies in adult aphasia* / ed. R. Chapey. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1986. P. 320–332.
60. Square P. A., Martin R. E., Bose A. The nature and treatment of neuromotor speech disorders in aphasia. *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* / ed. R. Chapey. Baltimore, MD : Williams & Wilkins, 2001. P. 809–884.
61. Square-Storer P. A., Hayden D. PROMPT treatment. *Acquired apraxia of speech in adult aphasics* / ed. P. A. Square-Storer. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates Ltd., 1989. P. 190–219.
62. Wertz R. T., LaPointe L. L., Rosenbek J. C. Apraxia of speech in adults : the disorder and its management. Orlando, FL : Grune & Stratton, 1984. 260 p.

Декларація академічної доброчесності

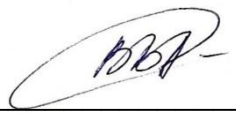
здобувача ступеня вищої освіти ЗНУ

Я, В. В. Потіп, студентка 2 курсу, заочної форми здобуття освіти, факультету соціальної педагогіки та психології, спеціальності 016 «Логопедія», адреса електронної пошти valeryapotip@gmail.com, підтверджую, що написана мною кваліфікаційна робота на тему: «Використання prompt-технології у відновлювальному навчанні при моторних афазіях», відповідає вимогам академічної доброчесності та не містить порушень, що визначені у ст. 42 Закону України «Про освіту», зі змістом яких ознайомлена;

- заявляю, що надана мною для перевірки електронна версія роботи є ідентичною її друкованій версії;

- згодна на перевірку моєї роботи на відповідність критеріям академічної доброчесності у будь-який спосіб, у тому числі за допомогою інтернет-системи, а також на архівування моєї роботи в базі даних цієї системи.

_____ Потіп В.В.



_____ Апухтіна В.В.