

zatverdzhennia Poriadku orhanizatsii inkliuzyvnoho navchannia u zakladakh profesiinoi (profesiino-tekhnichnoi) osvity. Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/636-2019-%D0%BF>. **10. United Nations Organization (2006).** Convention on the Rights of Persons with Disabilities; **11. Skrypnyk T.** Specificity of implementation interdisciplinary command support in the inclusive educational environment of Ukraine. *Aktualni pytannia korektsiinoi osvity (pedahohichni nauky)*, 14, 302-313. Retrieved from <http://aqce.com.ua/vipusk-n14-2019/specifika-realizacii-mizhdisciplinarnogo-komandnogo-suprovodu.html>. **12. Shevtsov A.H., Nykonenko N.V.** To the Issues of Comparison of Conceptual and Terminological Field of Special Education in the Ukrainian and English languages, *Aktualni pytannia korektsiinoi osvity (pedahohichni nauky)*, 13, 324-340; **13. Alishavskane S., Onufrik M., & Florian L.** (2019). *Service provision for at-risk children under inclusive education reform in Ukraine.* Kyiv, Ukraine: Open Society Foundation. **14. Meyer A., & Rose D.** (2005). The Future Is in the Margins: The Role of Technology and Disability in Educational Reform. In D. H. Rose, A. Meyer, & C. Hitchcock (Eds.). *The Universally Designed Classroom: Accessible Curriculum and Digital Technologies.* Cambridge, MA: Harvard Education Press, 13-35. **15. Oxford Dictionaries.** (2019). *Conceptualization.* Retrieved from <http://en.oxforddictionaries.com/definition/conceptualization>.

Дата відправлення статті 24.02.2020 р.

Авторський внесок: Мартинчук О.В. – 50%, Скрипник Т.В. – 50%,

УДК 364-786:616.831-005.1:[808.5:616.89-008.434]

DOI 10.32626/2413-2578.2020-16.197-207

М.С. Міщенко

m.mishchenko@kubg.edu.ua

<https://orcid.org/0000-0003-1378-9840>

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВІДНОВЛЕННЯ КОМУНІКАЦІЇ У ДОРΟΣЛИХ З АФАЗІЄЮ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНСУЛЬТ

Відомості про автора: Міщенко Марина, магістр спеціальної освіти, викладач кафедри спеціальної та інклюзивної освіти Інститут людини Київського університету імені Бориса Грінченка, Україна. У колі наукових інтересів: проблема відновлення мовлення у пацієнтів, які перенесли інсульт, подолання розладів комунікації у дорослих з афазією. E-mail: m.mishchenko@kubg.edu.ua

Contact: Mishchenko Maryna, Master of Science in Special Education, lecturer at the Department of Special and Inclusive Education, Borys

Grinchenko Kyiv University, Institute of Human Sciences, Ukraine. Academic interests: the problem of restoring speech in stroke patients, overcoming communication disorders in adults with aphasia. E-mail: m.mishchenko@kubg.edu.ua

Мищенко М.С. Теоретичні аспекти відновлення комунікації у дорослих з афазією, що перенесли інсульт. У статті аналізуються та виносяться на розгляд теоретичні аспекти відновлення комунікації у дорослих з афазією, що перенесли інсульт. Розглянуто загальну статистику виникнення інсультів в Україні, світі та констатовано тенденції до його «омолодження». Досліджено на теоретичному рівні класичні, рідкісні та сучасні етіологічні фактори виникнення інсультів у молодих людей, а також проаналізовано основні та змішані форми афазії, їх вплив на комунікацію особистості. Автором виділено провідні ознаки порушеної комунікації у пацієнтів з афазією, що перенесли інсульт та визначено основні наслідки до яких можуть призводити ці розлади (десоціалізація та рекомунікація). Для подолання зазначених явищ логопеду потрібно не лише працювати над відновленням мовлення, але й виступати активним суб'єктом у процесі подолання десоціалізації та рекомунікації, шляхом налагодження функції комунікації, що зазнала розпаду. Обґрунтовано подальшу необхідність у вивченні питання відновлення комунікації у дорослих з афазією, що перенесли інсульт та створення нових підходів.

Ключові слова: афазія, комунікація, інсульт, десоціалізація, рекомунікація.

Мищенко М.С. Теоретические аспекты восстановления коммуникации у взрослых с афазией, которые перенесли инсульт. В статье анализируются и выносятся на рассмотрение теоретические аспекты восстановления коммуникации у взрослых с афазией, перенесших инсульт. Рассмотрена общая статистика возникновения инсультов в Украине, мире и констатировано тенденции к его «омоложению». На теоретическом уровне исследовано классические, редкие и современные этиологические факторы возникновения инсультов у молодых людей, а также проанализированы основные и смешанные формы афазии, их влияние на коммуникацию личности. Автором выделены ведущие признаки нарушенной коммуникации у пациентов с афазией, перенесших инсульт и определены основные последствия к которым могут приводить эти расстройства (десоциализация и рекомунікация). Для преодоления указанных явлений логопеду нужно не только работать над восстановлением речи, но и выступать активным субъектом в процессе преодоления десоциализации и рекомунікации, путем налаживания функции коммуникации, которая была подвержена распаду. Обоснованно дальнейшую необходимость в изучении вопроса восстановления коммуникации у взрослых с афазией, перенесших инсульт и создание новых подходов.

Ключевые слова: афазия, коммуникация, инсульт, десоциализация, рекоммуникация.

Mishchenko M.S. Theoretical aspects of regaining communication in adults with aphasia after stroke. The article analyzes and discusses the theoretical aspects of communication recovery in adults with aphasia acquired after stroke. Reviewed the general statistics on the occurrence of strokes in Ukraine and the world and tendencies of it to become “younger”. Examined on the theoretical level classical, rare and modern etiological factors of stroke occurrence in young people. Basic and mixed forms of aphasia, their impact on personal communication are also analyzed. The author identifies key signs of impaired communication in stroke patients with aphasia and the main consequences of these disorders (desocialization and recommunication). In order to overcome these phenomena it is necessary for a speech language pathologist not only work on the recovery of speech and language skills, but also to be an active subject in the process of overcoming desocialization and recommunication by fixing the function of the damaged communication. Justified the need of the further study of the problem regaining communication in adults after stroke and the new approaches to aforementioned issue. For a person of working age - communication with the outside world - is one of the leading activities and therefore we state the need for the farther research aimed at: studying verbal and non-verbal disorders in persons with aphasia; development of a system of differentiated modern methods of communication restoration at an early stage of rehabilitation with the purpose of social and psychological adaptation of an individual to his new state; determine special conditions that optimize the process of communication recovery and their experimental verification.

Key words: aphasia, communication, stroke, desocialization, recommunication.

Постановка проблеми. В Україні щорічно трапляється більше 100000 випадків інсульту, тобто кожні п'ять хвилин щонайменше одна особа потерпає від гострого порушення мозкового кровообігу. Він посідає одне з перших місць у рейтингу серцево-судинних захворювань, які найчастіше призводять до летальних випадків. Його справедливо вважають захворюванням переважно людей літнього віку, але принаймні 10% випадків інсульту трапляється у молодих людей, а до чверті випадків – у людей працездатного віку. Згідно зі світовою статистикою, на сьогодні відмічається стрімка тенденція до збільшення числа хворих з інсультом, а також до їх «омолодження». Приблизно у третини пацієнтів, які перенесли інсульт, наявне мовленнєве порушення – афазія. У зв'язку з вищезазначеним, актуальним виступає реабілітація людей після інсульту, зокрема відновлення комунікації, що є важливою для взаємодії з оточенням.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питанню комунікації присвячено багато робіт у різних галузях науки. У літературі можна знайти безліч визначень поняття «комунікація», які відрізняються своїм значенням, що зумовлено різнобічним вивченням цього питання.

У лінгвістиці питання комунікації розглядали М. Бахтін, Г. Богін, А. Богуш, Е. Берн, В. Парашук, Т. Ладиженська, Т. Постоян; у соціології – Ю. Лотман, Г. Пощепцов, В. Різун, О. Холод, Ф. Шарков, Р. Якобсон; у психології – Г. Андрєєва, О. Бодальов, Л. Виготський, М. Жинкін, М. Каган, О. Казарцева, М. Лісіна, О. Лурія, С. Рубінштейн; у психолінгвістиці – Ф. Бацевич, І. Зимня, О. Леонтєв, Т. Пироженко, Ю. Пасов.

Д. Палмер і Л. Палмер своїй роботі «Еволюційна психологія: секрети поведінки *Homo sapiens*» визначають комунікацію як процес передачі двома особами будь-якої ідеї за допомогою значення слів усного або писемного мовлення, мови жестів і невербальними засобами спілкування, наприклад «мова тіла» [5].

В Оксфордському тлумачному словнику з психології комунікацію розглядають як у широкому, так і більш вузькому сенсах. У широкому сенсі – це переміщення чогось (повідомлення, сигналу, значення тощо) з одного місця на інше, а в більш вузькому – це повідомлення або фактична інформація, що передається.

У психолінгвістиці комунікація розглядається з погляду діяльнісного підходу, підґрунтям якого є роботи Л. Виготського, О. Леонтєва, О. Лурії та ін. Базуючись на їхніх поглядах, комунікація – це тільки один із компонентів у низці різних видів діяльності та, будучи включеною в задану сукупність, вона пов'язана з мотивами й цілями тієї діяльності, яка стала причиною виникнення комунікації. У разі вивченні питання комунікації в мовознавстві, її тлумачать як цілеспрямовану передачу деякого змісту з допомогою мовних форм від одного учасника ситуації спілкування іншому [5].

У сучасній корекцій педагогіці питання комунікації вивчали Н. Бабич, І. Мартиненко, І. Омельченко та ін. Але роботи зазначених вчених більшою мірою стосувалися дітей з порушеннями мовлення.

Отже, можна розглядати комунікацію як процес обміну та передачі думками, знаннями, почуттями, діями з допомогою значення слів усного або писемного мовлення, мови жестів і невербальними способами спілкування, яка пов'язана з мотивами й цілями тієї діяльності, яка стала причиною виникнення комунікації.

Особливо актуальним питанням комунікації є у людей, які перенесли інсульт.

Проблемами відновлення у дорослих людей після інсульту, з медичного аспекту, розглядали Б. Віленський, П. Волошин, Д. Гуляєв, М. Касте, В. Коваленко, Т. Міщенко, І. Ревенько, Ю. Фломін, D. Leys та

ін. Вони розглядали афазію, як один з проявів локальних або дифузних уражень головного мозку.

До сучасних досліджень афазії відносяться праці О. Берднікович, Р. Данько, О. Ларіної, О. Ляної, Ю. Мещерякової, К. Народнової, О. Пурцхванідзе, А. Савицького, І. Тонкононого, А. Цветкова та ін. Вагомий внесок у розвиток учення про афазію судинного генезу зробили Е. Бейн, М. Бурлакова, Т. Візель, В. Коган, О. Лурія, П. Овчарова, В. Опель, Л. Столярова, Л. Цветкова та ін.

Підсумовуюче вищезазначене можемо сказати, що питання відновлення комунікації у пацієнтів, які перенесли інсульт є актуальним та важливим для вивчення. Адже з кожним роком кількість випадків інсульту зростає та відслідковується невтішна тенденція до їх «омолодження», а так, як комунікація з зовнішнім світом є однією з провідних діяльностей молоді та забезпечує її повноцінну реалізацію як особистості, то першочерговим завданням логопеда має бути саме відновлення комунікації з оточуючими.

Мета статті: здійснити теоретичний аналіз вивчення питання статистики розповсюдженості інсультів та відновлення комунікації у дорослих з афазією, що перенесли інсульт.

Виклад основного матеріалу. Згідно з офіційною статистикою, зокрема епідеміологічною інформацією, яка міститься в Уніфікованому клінічному протоколі медичної допомоги (УКПМД) при ішемічному інсульті, затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України №602 від 03.08.2012 р., щорічно в Україні від 100 до 120 тисяч осіб уперше хворіють на мозковий інсульт, тобто захворюваність становить 280-290 випадків на 100 тисяч населення і перевищує середній показник у розвинених країнах Європи (200 на 100 тисяч населення). Близько третини хворих на інсульт у нашій країні (33-36%) – це люди працездатного віку (табл. 1).

Таблиця 1

Статистика інсультів в Україні та світі

	У світі	В Україні
Стається один інсульт	кожні дві секунди (близько 16 млн інсультів на рік)	кожні чотири хвилини (близько 132 000 українців на рік)
Одна людина помирає	кожні десять секунд (близько 3,2 млн людей на рік)	кожні десять хвилин (близько 53 смертей на рік)
Живуть з наслідками інсульту	26 млн осіб	кілька сотень тисяч осіб

Випадки інсульту серед молодих людей вищі в країнах, що розвиваються, ніж в розвинених, внаслідок більшої розповсюдженості таких етіологічних чинників, як інфекційні захворювання, ревматичні ураження серця, невизначені та невиліковні судинні чинники ризику [7].

Діапазон можливих етіологічних чинників інсульту у молодих людей набагато ширший, ніж у людей похилого віку. Зауважимо, що до традиційних причин приєднався значний спектр сучасних факторів ризику (табл. 2) [8].

Таблиця 2

Причини інсульту у молодих людей

«Звичні» фактори ризику	«Рідкісні» фактори ризику	«Сучасні» фактори ризику
<ul style="list-style-type: none"> • артеріальна гіпертензія • діабет • паління • зловживання алкоголем 	<ul style="list-style-type: none"> • відкрите овальне вікно • вроджені порушення згортання крові • аутоімунні, інфекційні та генетичні захворювання 	<ul style="list-style-type: none"> • вживання заборонених психотропних речовин, • розшарування стінки артерії • прийом пероральних протизаплідних засобів • вагітність та пологи • мігрень

Підсумовуючи вище зазначене, актуальності набувають питання сучасних підходів до відновлення функцій після інсульту, і надзвичайно важливим є встановлення достатньої комунікації з означеними особами. Слід означити, що при цьому у них або взагалі відсутнє експресивне мовлення або виявляються значні труднощі під час включення в активне мовлення, що призводить до їх комунікативної пасивності та соціальної ізоляції. У зв'язку з цим особливою гостротою набуває проблема відновлення комунікації та взаємодії з оточуючими вже на ранньому етапі реабілітації після інсульту, який значною мірою вплинув на стан мозкової діяльності.

Ураження головного мозку, причиною якого може бути інсульт, травма або інший патологічний процес, часто супроводжується порушенням розуміння та/або породженням мовлення – виникає афазія. Афазію слід відрізнити від периферичних порушень артикуляції або органів слуху, від розладів засвоєння мовлення (набутий дефіцит), від психіатричних хвороб (має очевидні органічні причини) і від дифузних прогресуючих нейропатологій (виникає при «вогнищевих» ураженнях) [1].

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].

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 заціпати 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 належать: еферентна моторна, аферентна моторна і динамічна афазії. 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 [1].

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 відображене мовлення, а також називання відсутні. Імпресивне мовлення грубо страждає, можуть бути доступні окремі інструкції [6].

Комплексна моторна афазія є поєднанням еферентної і аферентної моторної афазій. У гострому періоді при грубих формах може бути схожа на тотальну. Однак, на відміну від тотальної, пацієнти краще розуміють побутове мовлення, більш критичні до свого стану, зберігають спроби вербальної комунікації, активно займаються з логопедом. При менш грубих формах відзначається різна ступінь порушення еферентного або аферентного компонента. Якщо переважає аферентний компонент, то відзначається спотворення артикулем у всіх видах експресивного мовлення. Спонтане і діалогічне мовлення збіднене, є персеверації. При переважному порушенні кінетичного фактора на перший план виступають явища еферентної моторної афазії.

Поєднання еферентної моторної з акустико-гностичною афазією. Відзначається значне порушення експресивного мовлення, при відповідях використовуються жести, голосові реакції з мовленнєвими емболами. При цьому установка на вербальну комунікацію не страждає, іноді відзначається логорея. Зберігаються залишки добре усталених мовленнєвих стереотипів. Повторна вимова може бути динамічна – після декількох невдалих спроб наступають цілком успішні відповіді. Номінативна функція страждає у всіх пацієнтів, часто внаслідок персеверації. Розуміння по тяжкості і типу порушень відповідає тій же функції при акустико-гностичній афазії [6].

Поєднання аферентної моторної з акустико-гностичної афазією. Характеризується значним викривленням вимови слів. Стан елементарного і символічного орального праксису порушено, артикуляторний праксис в ряді випадків не дозволяє відтворювати звуки. Це може поєднуватися з порушенням просодики, неправильної розстановкою наголосів, що робить мову схожою на іноземну. Автоматизоване мовлення і функція називання грубо страждають. Експресивне мовлення страждає нерівномірно: пацієнти можуть щось повідомити самостійно, але не можуть відповісти на питання і відтворити почуте [4].

Оскільки мовлення, перш за все, являється засобом спілкування то центральним порушенням при всіх формах афазії є розлади комунікативної функції, яка у складних випадках веде до неспроможності хворих до вербальної форми спілкування. Це порушення виявляється в недоліках не лише зовнішніх форм комунікації – повідомлення, спонукання до повідомлення, мовленнєвого впливу, але й поширюється на внутрішні його форми – порушується спілкування людини з самою собою, оскільки за допомогою мовлення людина не тільки висловлює будь що, але й виражає також саму себе [6].

Саме за умовою наявних ознак мовленнєвого дефіциту та нашарування специфічних змін особистості, внаслідок перенесеного інсульту, у пацієнтів спостерігається втрата здатності до адекватної комунікативної поведінки та самооцінки, що може призвести до десоціалізації особистості.

Десоціалізація проявляється в сукупності глибоких і досить часто незворотних змін в житті людини, представляючи собою процес розпаду особистості, коли соціалізація індивіда стає все більш фрагментарною або знаходить асоціальну або антисоціальну спрямованість.

Зокрема, у дорослих людей, які перенесли інсульт, під час тривалої госпіталізації та реабілітації відбувається поступове або різке, повне або часткове відвикання від соціальних ролей і норм без придбання нових. В результаті раніше соціалізована людина втрачає багато або найбільш значущі соціальні навички, включається в нові умови життєдіяльності, відчуваючи при цьому численні труднощі і проблеми. Найбільш виражено десоціалізація прослідковується у тих пацієнтів, у яких наявні грубі порушення комунікації, так як на перший план виходять суттєві обмеження здійснення людиною найбільш значущих життєвих функцій (сімейно-побутових, професійно-трудова, статусно-кар'єрних) [2].

З іншого боку, розлади комунікації, також можуть призводити до усвідомленого та навмисного зниження частоти соціальних контактів. В результаті відбувається усунення від суспільства, яке може привести до особистісної деградації або, в разі відновлення, до ресоціалізації.

Ресоціалізація – процес освоєння індивідом соціальних норм і культурних цінностей, не засвоєних або недостатньо освоєних раніше, або оновлених на новому етапі суспільного розвитку. Протягом свого життя

людина переживає різні зміни (дорослішає, старіє, створює сім'ю, розлучається, змінює роботу та ін.). У цих випадках загострюється необхідність ресоціалізації. Для нормального функціонування індивіда в суспільстві можуть бути затребувані знання, вміння, навички, якими він не володіє, або потрібно нове розуміння того, що відбувається, наприклад перенесення інсульту, що може вимагати засвоєння нових мовленнєвих навичок для подальшої комунікації. Це актуалізує процес соціалізації на новому життєвому етапі.

Ресоціалізація може носити не тільки позитивний, а й негативний характер за своєю соціально-психологічною спрямованістю. За П. Бергером та Т. Лукманом, максимальним проявом ресоціалізації є таке перетворення індивіда, коли він «перемікається» з одного світу в інший (еміграція, висхідна вертикальна мобільність, тривала госпіталізація). Процеси ресоціалізації в даному випадку нагадують первинну соціалізацію, оскільки вони повинні радикально по-новому розставити акценти реальності [3].

Тому однією з умов успішної ресоціалізації особистості, що перенесла інсульт, є відновлення комунікації та інтенсивна взаємодія індивіда з персоналом соціалізації, зокрема логопедом.

Аналіз існуючих підходів до відновлення осіб з афазією, що перенесли інсульт, дає можливість констатувати той факт, що дослідниками не приділялося достатньо уваги роботі на ранніх етапах для встановлення комунікації, а саме розробці навчально-методичного забезпечення для використання на ранній реабілітації з метою відновлення саме комунікативної функції; а також вивченню спеціальних умов для оптимізації роботи саме на ранньому етапі реабілітації, що значно б поліпшило процес одужання загалом. Тому у сучасній практиці сформувався ряд протиріч між існуючими труднощами у відновленні комунікативної функції при афазіях на ранньому етапі реабілітації та теорією і практикою корекційної роботи при означеному порушенні; соціально-психологічними потребами у відновленні комунікативної діяльності зазначеного контингенту осіб та існуючими практичними можливостями задоволення цих потреб у ході відновлювального навчання саме на ранньому етапі реабілітації; існуючим практичним досвідом відновлення комунікації та недостатністю його науково-методичного забезпечення.

Враховуючи все вищезазначене, констатуємо необхідність у проведенні дослідження спрямованого на: вивчення порушень вербального та невербального характеру у осіб з афазією; розробку системи диференційованих сучасних методів відновлення комунікації на ранньому етапі реабілітації з метою соціально-психологічної адаптації індивіда до свого нового стану; визначення спеціальних умов, що оптимізують процес відновлення комунікації та їх експериментальну перевірку.

Ще одним не менш важливим підґрунтям проведення окресленого дослідження є результати здійсненого аналізу статистичних даних та наукових джерел, що дозволяють зробити висновок про те, що у світі майже половина загального тягаря інсульту припадає на молодих людей, якщо врахувати, що вони частіше виживають після інсульту, і тривалість їх подальшого життя більша, ніж у старших осіб.

Мовленнєвий дефіцит та специфічні зміни особистості, внаслідок перенесеного інсульту, у пацієнтів провокують втрату здатності до адекватної комунікативної поведінки, що може призвести до десоціалізації особистості. Ризики десоціалізації більшою мірою проявляються саме у людей, у яких інвалідність настала в активному працездатному віці. Як наслідок десоціалізація веде до істотної деформації сфер життєдіяльності людини, втрати звичного способу життя, скорочення соціальних контактів, що проявляється в руйнуванні соціального досвіду людини, а за умов негативної ресоціалізації – до усвідомленого та навмисного зниження частоти соціальних контактів, а в подальшому до особистісної деградації.

Відтак, можна впевнено стверджувати, що для запобігання таких процесів, як декомунікація та негативна ресоціалізація у пацієнтів з афазією, необхідно активно відновлювати комунікацію. Адже, для людини працездатного віку – комунікація із зовнішнім світом – є одна з провідних діяльностей. Тому подальше дослідження цього аспекту полягає в розробці та впровадженні сучасних методик та завдань, які будуть спрямовані на якісне покращення комунікативної функції у людей з афазією, які перенесли інсульт, що є перспективним напрямом нашого дослідження.

Бібліографія

- 1. Зинова Ю.А., Драгой О.В., & Федорова О.В. (2011).** Экспериментальное исследование речевого взаимодействия: данные языковой патологии. *ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА. СЕР. 9. ФИЛОЛОГИЯ*. 3. С.167-175;
- 2. Ковалева А.И. (2006).** Десоциализация. *Знание. Понимание. Умение*, 1, 184;
- 3. Ковалева А.И., & Перинская Н.А. (2016).** Ресоциализация. *ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ГУМАНИТАРНЫХ НАУК*, 1;
- 4. Кулеш С. (2018).** Нарушения речи при локальных поражениях мозга. *Медицинские новости*, 3, 4-9;
- 5. Николаева Ж.В. (2004).** Основы теории коммуникации: учебно-методическое пособие для студентов. ВСГТУ.
- 6. Цветкова Л.С. (2001).** Афазия и восстановительное обучение. НПО «МОДЭК»;
- 7. Dharmasaroja P.A., Muengtawepong S., Lechawanich S., & Pattaraarchachai J. (2011).** Causes of ischemic stroke in young adults in Thailand: a pilot study. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 3. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2010.01.004>;
- 8. Cerrato P., Grasso M., & Imperiale D. (2004).** Stroke in young patients: etiopathogenesis and risk factors in different age classes. *Cerebrovasc Dis*, 18, 154-159.

References

- 1. Zinova Ju.A., Dragoj O.V., & Fedorova O.V. (2011).** Jeksperimental'noe issledovanie rechevogo vzaimodejstvija: dannye jazykovej patologii. *VESTNIK MOSKOVSKOGO UNIVERSITETA. SER. 9. FILOLOGIJA*, 3, 167-175;
- 2. Kovaleva A.I. (2006).** Desocializacija. *Znanie.*

Ponimanie. Umenie, 1, 184; **3. Kovaleva A.I., & Perinskaja N.A.** (2016). Resocializacija. JeNCIKLOPEDIJA GUMANITARNYH NAUK, 1; **4. Kulesh S.** (2018). Narushenija rechi pri lokal'nyh porazhenijah mozga. Medicinskie novosti, 3, 4-9; **5. Nikolaeva Zh.V.** (2004). Osnovy teorii kommunikacii: uchebno-metodicheskoe posobie dlja studentov. VSGTU; **6. Cvetkova L.S.** (2001). Afazija i vosstanovitel'noe obuchenie. NPO «MODJeK»; **7. Dharmasaroja P.A., Muengtaweepongsa S., Lechawanich C., & Pattaraarchachai J.** (2011). Causes of ischemic stroke in young adults in Thailand: a pilot study. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 3. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2010.01.004>; **8. Cerrato P., Grasso M., & Imperiale D.** (2004). Stroke in young patients: etiopathogenesis and risk factors in different age classes. *Cerebrovasc Dis*, 18, 154-159.

Дата відправлення статті 23.02.2020 р.

УДК 376-056.264-053.6 (477)

DOI 10.32626/2413-2578.2020-16.207-220

Н.Г. Пахомова

nataliypng24@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8332-8188>

О.Г. Губарь

olgagubar82@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-3640-1490>

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИТКОВИХ ПОСЛУГ ПІДЛІТКАМ ІЗ ДИЗАРТРИЄЮ В УМОВАХ ЛОГОПЕДИЧНОГО КАБІНЕТУ

Відомості про авторів: Пахомова Наталія Георгіївна, доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри спеціальної освіти і соціальної роботи Полтавського національного педагогічного університету імені В. Короленка, Полтава, Україна. У колі наукових інтересів: мовленнєва підготовка дітей старшого дошкільного віку до навчання в школі та інтегративна медико-психолого-педагогічна підготовка фахівців до роботи в умовах інклюзії. E-mail: nataliypng24@gmail.com. **Губарь Ольга Григорівна**, старший викладач кафедри спеціальної освіти і соціальної роботи Полтавського національного педагогічного університету імені В. Короленка, Полтава, Україна. У колі наукових інтересів: проблема корекції порушень фонетичної сторони мовлення у підлітків та особливостей формування мовленнєвої компетентності підлітків з порушеннями мовлення. E-mail: olgagubar82@gmail.com.