

ՀՀ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ  
Խ. ԱԲՈՎՅԱՆԻ ԱՆՎԱՆ ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ  
ՄԱՆԿԱՎԱՐԺԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ՊԱՅԼՈՋՅԱՆ ԺԱՆՆԱ ՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆԻ

ԽՈՍՔԱՅԻՆ ՀԱՂՈՐԴԱԿՑՄԱՆ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՒՄԸ  
ԱՖԱԶԻԱՅԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

ԺԳ.00.01. – «Մանկավարժության տեսություն և պրակտիկա»  
(հատուկ մանկավարժություն) մասնագիտությամբ  
մանկավարժական գիտությունների դոկտորի  
գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսության

ՍԵՂՄԱԳԻՐ

Երևան - 2017

---

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РА  
АРМЯНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. Х.АБОВЯНА

ПАЙЛОЗЯН ЖАННА АРУТЮНОВНА

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧЕВОЙ КОММУНИКАЦИИ  
ПРИ АФАЗИИ

АВТОРЕФЕРАТ

диссертация на соискание ученой степени доктора педагогических наук по  
специальности ԺԳ.00.01. – Теория и история педагогики (специальная  
педагогика)

Ереван - 2017

Ատենախոսության թեման հաստատվել է Խ. Աբովյանի անվան հայկական պետական մանկավարժական համալսարանում:

**Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝** մանկավարժական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր **Ռ.Ն. Ազարյան**  
բժշկական գիտությունների դոկտոր պրոֆեսոր **Մ.Գ. Աղաջանյան**  
հոգեբանական գիտությունների դոկտոր պրոֆեսոր **Հ.Կ. Աղավելյան**


**Առաջատար կազմակերպություն՝** **Մ. Տանկի անվան Բելառուսի պետական մանկավարժական համալսարան**

Պաշտպանությունը կայանալու է 2017 թ. դեկտեմբերի 6-ին, 12.00.-ին Խ.Աբովյանի անվան Հայկական պետական մանկավարժական համալսարանում գործող ԲՈՀ-ի «Մանկավարժություն» 020 մասնագիտական խորհրդի նիստում:

Հասցեն՝ 0010, Երևան, Տիգրան Մեծի, 17:

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ Խ.Աբովյանի անվան Հայկական պետական մանկավարժական համալսարանի գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքված է 2017թ. նոյեմբերի 6-ին:

**Մասնագիտական խորհրդի գիտական քարտուղար, մանկավարժական գիտությունների թեկնածու, դոցենտ՝**  **Ա.Հ. Սվաջյան**

---

Тема диссертации утверждена в Армянском государственном педагогическом университете им. Х.Абовяна

**Официальные оппоненты:** доктор педагогических наук, профессор **Р.Н. Азарян**  
доктор медицинских наук, профессор **М.Г. Агаджанян**  
доктор психологических наук, профессор **О.К. Агавелян**


**Ведущая организация:** **Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка**

Защита диссертации состоится 6 декабря 2017 г. в 12.00. на заседании специализированного совета 020 “Педагогика” ВАК при Армянском государственном педагогическом университете им. Х. Абовяна.

Адрес: 0010, Ереван, ул. Тиграна Меца, 17.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке АГПУ им.Х. Абовяна.

Автореферат разослан 6 ноября 2017г.

**Ученый секретарь специализированного совета, кандидат педагогических наук, доцент**  **А.О. Сваджян**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** Благодаря своей исключительной роли в жизни человека, речь с незапамятных времен находится в центре внимания философии, психологии, медицины, педагогики, лингвистики и других научных дисциплин. Исследуется не только речь, но и речевые нарушения, проблемами выявления, изучения, исправления и предупреждения которых занимается одна из ветвей специальной педагогики - логопедия. Особую группу нарушений речи составляют различные формы афазии.

Пациенты с афазией тяжело переживают отсутствие речи, невозможность полноценного общения. Афазия отрицательно влияет на коммуникативное и социальное функционирование человека: на качество его жизни, а также на качество жизни его ближайшего окружения (I. Papathanasiou, P. Coppens, C. Potagas, 2013). Вследствие этого проблема восстановления речи при афазии является актуальной проблемой государственного масштаба.

В процессе преодоления афазии можно выделить два аспекта логопедической работы: восстановление речевых навыков и *восстановление умения использовать речь в процессе коммуникации*. Зачастую у пациента в достаточной степени восстанавливаются речевые навыки, но он их не использует или почти не использует в коммуникации, т.е. у него остается невосстановленной именно коммуникативная функция речи. На современном этапе развития афазиологии перед специалистами встает далеко еще нерешенная задача восстановления речевой коммуникативной компетенции.

Восстановление речевой коммуникации – сложный и длительный процесс, требующий профессионального подхода. Однако работ, посвященных решению данной проблемы, в специальной литературе недостаточно. Изучение специальной литературы позволяет констатировать, что вопрос восстановления речевой коммуникации при афазии продолжает оставаться актуальным и нуждается в дальнейшей разработке (М.К. Шохор-Троцкая, 2001; Л.С. Цветкова, А.В. Цветков, 2012; Johansson M., 2012; А.С. Кадыков, Н.В. Шахпаронова, 2013, Ж.А. Пайлозян, 2015).

Основной формой организации процесса восстановления речевой функции являются логопедические занятия, необходимость, значимость и высокая результативность которых подтверждена всем ходом развития афазиологии. Вместе с тем известно, что помимо логопедических занятий на результаты восстановления речевой коммуникации большое влияние оказывает микросоциальная среда пациента. Это обстоятельство обуславливает важность вовлечения микросоциального окружения в процесс речевой терапии. Афазиологи стремятся информировать и поддержать ближайшее окружение человека с афазией относительно характера и особенностей проявления нарушений вербального общения, восстановления речи и речевой коммуникации (Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева, 2004; М.Т. Sarno, J. Peters, 2008; N.Simmons-Mackie, A.Raymer, 2010). Однако методов и приемов, специально ориентированных на участие микросоциума в процессе восстановления речевой коммуникации, практически нет. Окружение пациентов с афазией недостаточно информировано о характере и особенностях их речевых и неречевых нарушений.

В отличие от логопедических занятий, в процессе которых восстановление речевой функции строится на основе научных данных, вне занятий, в быту,

восстановление речи и вербального общения протекает спонтанно, эмпирическим путем, т.е. практически пущено на самотек, особенно в тех случаях, когда пациент владеет двумя и более языками. Данный аспект логопедической работы также продолжает оставаться недостаточно разработанным. Между тем неуклонный рост числа многоязычных людей с афазией обуславливает важность учета фактора мультилингвизма при восстановлении речевой коммуникации как во время логопедических занятий, так и в ходе общения пациента с афазией в социуме.

Настоящая работа посвящена исследованию процесса восстановления речевой коммуникации при афазии.

Проблему исследования обусловили выявленные нами противоречия между:

- социальной значимостью реабилитации пациентов с афазией, “омоложением” инсульта – основной причины возникновения афазии, и недостаточной эффективностью нейрореабилитационных и коррекционно-педагогических мероприятий;

- декларированием необходимости восстановления коммуникативной функции речи как основной цели логопедического воздействия и отсутствием целостной системы методов и стратегий, ориентированных на восстановление речевой коммуникации при афазии;

- необходимостью учитывать индивидуальные особенности пациента с афазией и фактическим игнорированием его преморбидного языкового и речевого коммуникативного опыта (фактора мультилингвизма) в процессе логопедической работы;

- констатацией влияния фактора речевой среды на результаты восстановления речи и отсутствием стратегий и тактик использования ее возможностей в целях повышения эффективности восстановления речевой коммуникации.

Вышеизложенные теоретические положения и имеющиеся противоречия обусловили актуальность исследования.

**Цель исследования** – разработать теоретико-методологические основы и практические подходы по восстановлению речевой коммуникации при афазии и экспериментально обосновать их эффективность.

**Объект исследования** – процесс восстановления речевой коммуникации при афазии.

**Предмет исследования** – содержание логопедической работы, направленной на восстановление речевой коммуникации при афазии.

**Гипотеза исследования** - логопедическая работа по восстановлению речевой коммуникации при афазии наиболее эффективна при условии внедрения разработанной нами концептуальной модели системы логопедической работы, особенностью которой является перенос акцента логопедической работы с восстановления речи на восстановление навыков речевой коммуникативной компетенции. Это предполагает:

- совершенствование имеющихся и разработку новых, коммуникативно ориентированных методов, приемов и форм логопедической работы;

- вовлечение микросоциального окружения пациента в процесс восстановления речи (логопедическая терапия коммуникативно-речевой средой);

- учет преморбидного речевого опыта многоязычных пациентов с афазией (учет фактора мультилингвизма) в процессе восстановления речи и общения;

- опору в процессе коррекционно-педагогической работы на компенсаторные стратегии: системный подход, деятельностный подход, предметно-практическую

деятельность, дестабилизацию устойчивого патологического состояния, механизмы вероятностного прогнозирования.

Цель, объект, предмет, гипотеза исследования определили необходимость решения следующих теоретических, методологических и практических задач:

- Провести историко-методологический анализ этапов становления афазиологии;
- Изучить современные подходы к проблеме восстановления речи и речевой коммуникации при афазии;
- Обосновать необходимость совершенствования процесса логопедической работы по восстановлению коммуникативной функции речи;
- Разработать концептуальную модель системы логопедической работы при афазии, направленную на восстановление речевой коммуникации;
- Экспериментально обосновать эффективность предлагаемой концептуальной модели системы логопедической работы при афазии;
- Определить основные перспективные направления дальнейших исследований по изучаемой проблеме.

**Теоретико-методологической основой исследования** послужили

-нормативные документы по проблеме исследования: Закон РА о социальной защите инвалидов в Республике Армения, 1993; ратифицированная РА в 2010 г. Конвенция ООН о правах инвалидов (1996); Хельсингборская декларация о европейских стратегиях в отношении инсульта (2007).

-научные концепции об общественно-историческом происхождении речи, о ее прижизненном формировании, а также представления о взаимодействии биологического и социального, в результате которого формируются новые функциональные системы (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, А.Н. Леонтьев, П.К. Анохин);

-научный категориально-понятийный аппарат логопедии как отрасли специальной педагогики, в частности, такие категории, как “логопедическое воздействие” – педагогический процесс, направленный на коррекцию и компенсацию нарушенной речевой деятельности; “обучение” - процесс непосредственной передачи знаний, умений и навыков при взаимодействии учителя-логопеда и человека, имеющего нарушение речи; “восстановительное обучение” – обучение, направленное на восстановление нарушенных высших психических функций, в том числе и речи (Л.С. Волкова, 2008);

-теоретико-методические основы андрагогики - отрасли педагогической науки, охватывающей теоретические и практические проблемы образования, обучения и воспитания взрослых (Б.М. Бим-Бад, 2002);

-концепция общей реабилитации (М.М. Кабанов, 1985; А.С. Кадыков, Н.В. Шахпаронова, 2013);

-концепция нейрореабилитации (В.М. Шкловский, 2003);

-концепция устойчивого патологического состояния, возникающего в результате возникновения хронического заболевания: научно-практический подход к афазии как к устойчивому патологическому состоянию, которое необходимо дестабилизировать (Н.П. Бехтерева, 1978);

-основные концептуальные положения и общие принципы восстановительного обучения, разработанные А.Р. Лурия, Э.С. Бейн, Л.С. Цветковой;

-социально-психологический аспект восстановительного обучения (Л.С. Цветкова, 1988, 2011): учет сохранности у пациента социального опыта; потребности

восстановления не только речи, но и социального статуса, подход к афазии не как к изолированному нарушению, а как к процессу дезинтеграции всей психической сферы человека;

-понятие педагогического пространства и его преобразования в процессе коррекционно-педагогической работы, а также такие научные понятия, как “коммуникативное пространство”, “коммуникативная компетенция” (В.П. Конецкая, 1997; Ю.В. Гаркуша, 2001; Т.Г. Егорова, 2013);

-представления о семье как о первичной социальной и терапевтической группе (Л.С. Цветкова, 1985; М.К. Шохор-Троцкая (Бурлакова), 2001; Е.Н. Янковская, 2008), учет фактора внутрисемейного общения (Л.Б.Шнейдер, 2008);

-учет фактора вероятностного прогнозирования (Е.Н. Винарская, 2007).

#### **Методы исследования:**

##### *Теоретические*

-анализ научной литературы по проблеме исследования с позиции различных аспектов (психолого-педагогического, медико-педагогического, методико-педагогического, социально-коммуникативного);

-изучение и анализ передового опыта афазиологов в аспекте исследуемой проблемы;

##### *Эмпирические*

-биографические методы: сбор и анализ анамнестических данных (анамнез жизни, анамнез болезни, речевой анамнез), изучение медицинской документации пациентов с афазией;

-психолого-педагогические методы: наблюдение, беседа, тестирование, анкетированный опрос;

-специальные методы: обследование речи и других высших психических функций пациентов с афазией, проведение логопедических занятий; анализ конкретных коммуникативных ситуаций, возникающих как во время, так и вне логопедических занятий;

-опытная апробация разработанной модели системы логопедической работы, предполагающая проведение констатирующего и формирующего экспериментов;

##### *Статистические*

-математико-статистический и качественный анализ результатов опытной апробации.

#### **На защиту выносятся следующие основные положения:**

1. Восстановление речевой коммуникации предполагает разработку, внедрение и апробацию инновационной концептуальной модели системы логопедической работы при афазии, направленной в первую очередь на восстановление коммуникативных речевых навыков и осуществляемой 1) в ходе логопедического обследования, диагностирования и последующих мониторингов пациентов с афазией, 2) в процессе логопедических занятий, 3) с учетом микросоциального окружения пациентов с афазией путем формирования коммуникативно-речевой среды.

2. Логопедическая терапия коммуникативно-речевой средой – новое направление логопедической работы, которое следует рассматривать как полноценную составляющую процесса восстановления речевой коммуникации.

3. Микросоциальное окружение пациента влияет на результаты восстановления речевой коммуникации (фактор речевой среды). Степень вовлеченности речевой среды в коррекционно-педагогический процесс различна и определяется рядом критериев.

4. В процессе логопедической работы при афазии важно учитывать преморбидный речевой опыт пациентов. Знание более чем одного языка (фактор мультилингвизма) влияет на характер афазического синдрома, динамику восстановления речи и речевой коммуникации, а также на содержание и проведение логопедической работы.

5. Разработанная и рекомендуемая модель системы логопедической работы расширяет рамки педагогического (логопедического) воздействия, способствуя тем самым эффективному восстановлению речевой коммуникации.

6. Терапия коммуникативно-речевой средой предполагает выделение общей и специфической составляющих логопедической работы. Общая составляющая определяет психолого-педагогические подходы по формированию коммуникативно-речевой среды, способствующие проведению эффективной логопедической работы при различных речевых нарушениях, в то время как специфическая составляющая предполагает подходы, эффективные лишь для определенного вида нарушения речи.

#### **Этапы исследования:**

**Первый этап (1995 - 1997) – поисково-теоретический.** В этот период путем анализа специальной литературы изучалось состояние проблемы исследования, степень ее научной разработанности. Были сформулированы цель и гипотеза исследования, уточнялись объект, предмет, задачи и методы исследования, разрабатывались план и содержание работы.

**Второй этап (1998 - 2003) - экспериментальный (этап констатирующего эксперимента)** - предполагал выявление числа пациентов с афазией из общего числа пациентов с диагнозом “инсульт”; анализ данных относительно спонтанного и направленного восстановления речи; анализ результатов логопедической работы, проводимой по традиционной схеме восстановительного обучения; анализ результатов анкетированного опроса членов семей пациентов с афазией. Результаты исследования были подвергнуты количественной и качественной обработке.

**Третий этап (2004 - 2012) – экспериментальный (этап формирующего эксперимента)** - подразумевал изучение влияния фактора речевой среды на результаты восстановления речи и речевой коммуникации; изучение влияния фактора мультилингвизма на характер афазического синдрома и динамику восстановления речи; апробацию и оценку эффективности разработанной нами концептуальной модели системы логопедической работы.

**Четвертый этап (2013 - 2016) – обобщающий.** На этом этапе проводилась окончательная обработка, анализ, систематизация, обобщение, оформление и публикация результатов исследования, а также внедрение выводов и рекомендаций исследования в практику.

#### **Научная новизна исследования заключается**

- в создании и внедрении инновационной концептуальной модели системы логопедической работы при афазии, направленной на восстановление коммуникативной функции речи путем моделирования и стимуляции коммуникативных актов во время и вне логопедических занятий;

- в разработке путей и способов вовлечения микросоциального окружения пациента с афазией в процесс логопедической работы. Ключевой позицией исследования явилось введенное нами понятие “формирование коммуникативно-речевой среды”, как необходимое условие опосредованного управления процессом восстановления речи и речевой коммуникации через микросоциальное окружение

пациентов с афазией путем расширения рамок логопедического (педагогического) воздействия;

- во включении в систему логопедической работы нового направления - терапия коммуникативно-речевой средой. Разработаны принципы ее формирования, этапы сотрудничества, а также формы работы логопеда с микросоциальным окружением пациента;

- в учете коммуникативной значимости фактора среды и фактора мультилингвизма при обследовании, организации и проведении логопедической работы с пациентами с афазией: схема нейропсихологического обследования пациентов с афазией дополнена следующими разделами: “Речевой анамнез”, позволяющим отграничить афазические нарушения от преморбидных проявлений языковой интерференции, и “Коммуникация”, способствующим выявлению динамики восстановления навыков речевой коммуникации;

- в диверсификации методов логопедического воздействия: разработаны билингвальные/мультилингвальные методы восстановления речи и речевой коммуникации, предполагающие использование двух и более языков в процессе обследования, организации и проведения логопедической работы при афазии у многоязычных индивидов. Разработана программа восстановления речи при афазии у многоязычных;

- в разработке первой в армянской логопедии модели системы логопедической работы при афазии: на армянском языке создана схема нейропсихологического обследования пациентов с афазией, а также речевой материал с учетом лингвистических и экстралингвистических особенностей армянского языка. Разработана на армянском языке научно-методическая литература по вопросам восстановления речи и речевой коммуникации;

- во введении в научный оборот новых терминов и понятий: “типы спонтанного восстановления речи у многоязычных”, “монолингвальные, билингвальные и мультилингвальные методы логопедической работы”, “билингвальные методы логопедического воздействия: дозирование языков, переключение с одного языкового кода на другой, перевод, сравнение”, “типы речевой среды (активная, пассивная, формальная)”, “формирование коммуникативно-речевой среды”, “логопедическая терапия коммуникативно-речевой средой”.

**Теоретическая значимость исследования** выражается

1. в расширении и дополнении диапазона профессиональных знаний специалистов, работающих с пациентами с афазией (логопедов, врачей, психологов, социальных работников, эрготерапевтов, кинезитерапевтов);

2. в разработке концептуальной модели системы логопедической работы при афазии;

3. в установлении влияния микросоциального окружения пациента на результаты логопедической работы при афазии;

4. в выявлении влияния фактора мультилингвизма на процесс восстановления речи и речевой функции у многоязычных индивидов.

**Практическая значимость исследования** определяется

1. разработкой эффективных методов, приемов, форм и направлений логопедического воздействия, повышающих результаты работы по восстановлению речевой коммуникации у пациентов с афазией;

2. внедрением рекомендуемой модели системы логопедической работы в практическую работу логопедов-афазиологов;

3. созданием научной и учебно-методической литературы на армянском языке по вопросам афазии и ее преодоления;

4. внедрением результатов исследования в учебные программы бакалавриата, магистратуры и докторантуры по специальности “Логопедия”, в программы тренингов и семинаров по повышению квалификации практических логопедов и других специалистов, работающих в области нейрореабилитации и ресоциализации;

5. использованием результатов исследования в сфере образования, здравоохранения и социального обеспечения.

6. определением перспективных направлений дальнейших исследований по изучаемой проблеме.

**Апробация работы** проводилась в форме обсуждений и докладов (статьи и материалы опубликованы) на заседаниях кафедры логопедии и восстановительной терапии АГПУ им. Х.Абовяна, на международных и научно-методических конференциях, в выступлениях по телевидению, а также на научных семинарах.

**Объем и структура диссертации:** Диссертация объемом в 271 страницу компьютерного текста состоит из введения, трех частей, шести глав, заключения, списка использованной литературы, включающего 297 наименований. Работа содержит 5 рисунков, 9 таблиц, 11 диаграмм и 7 приложений.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Во введении** обосновывается актуальность темы исследования, определяются цели и задачи, объект, предмет, гипотеза, методы и этапы, научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, сформулированы положения, выносимые на защиту.

Логика изложения научного исследования определила необходимость выделения двух основных частей в структуре работы. Часть I - **“Теоретико-методологический анализ проблемы распада и восстановления речевой коммуникации при афазии”**, раскрывающая актуальность, важность и недостаточную степень изученности исследуемой проблемы, а также основное содержание разработанной нами инновационной концептуальной модели системы логопедической работы при афазии. Часть II - **“Опытная апробация инновационной концептуальной модели системы логопедической работы при афазии”**, в которой представлены результаты опытной апробации концептуальной модели коррекционно-педагогической работы, разработанной нами с целью повышения эффективности восстановления речевой коммуникативной компетенции у индивидов с афазией.

### **ЧАСТЬ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ РАСПАДА И ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕЧЕВОЙ КОММУНИКАЦИИ ПРИ АФАЗИИ**

#### **ГЛАВА 1. АФАЗИЯ КАК НАРУШЕНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ ФУНКЦИИ РЕЧИ**

В первой главе рассмотрены история развития и современное состояние афазиологии, проблема восстановления речевой коммуникации при афазии, особенности восстановления речевой коммуникации при афазии у многоязычных индивидов.

### **1.1. История развития афазиологии**

Афазия – одна из старейших и вместе с тем актуальных проблем современной медицины, психологии и специальной педагогики. Проблемы афазии изучались и продолжают изучаться в связи с данными неврологии, нейрохирургии, нейропсихологии, нейролингвистики, специальной педагогики, психологии детской речи, теории языковых контактов, межполушарной асимметрии и проблемы левшества, при изучении компенсаторных возможностей еще недостаточно исследованного правого полушария. В наши дни под термином “афазия” понимают “системное нарушение речи, которое возникает при органических поражениях мозга, охватывает разные уровни организации речи, влияет на ее связи с другими психическими процессами и приводит к дезинтеграции всей психической сферы человека, нарушая прежде всего коммуникативную функцию речи; афазия включает в себя четыре составляющие – нарушение собственно речи и вербального общения, нарушение других психических процессов, изменение личности и личностную реакцию на болезнь.” (Л.С. Цветкова, 1988, с.15). К данному определению следует добавить, что афазия является распадом, утратой уже сформированных речевых навыков.

### **1.2. Современное состояние афазиологии**

В соответствии с нейропсихологической классификацией А.Р. Лурия в современной афазиологии выделяют следующие формы афазии: 1) моторная афазия афферентного типа; 2) моторная афазия эфферентного типа; 3) динамическая афазия; 4) сенсорная (акустико-гностическая) афазия; 5) акустико-мнестическая афазия; 6) семантическая афазия.

При всех формах афазии в первую очередь нарушается коммуникативная функция речи. Так, при *афферентной моторной афазии* нарушение речевого общения обусловлено кинестетической артикуляторной апраксией, в результате которой становится невозможным найти нужную артикуляторную позицию. В тяжелых случаях пациенты не в состоянии произносить не только слова, но и отдельные звуки. При *эфферентной моторной афазии* основной причиной нарушения речевой коммуникации является нарушение фразовой речи, застревание на отдельных фрагментах высказывания вследствие невозможности своевременного переключения с одной артикулемы на другую. В случае *динамической афазии* нарушается речевая инициатива, самостоятельная продуктивная речь, отмечаются трудности в реализации и развертывании речевого замысла, в результате чего создается ошибочное впечатление, что человек не хочет общаться. Пациенты с динамической афазией постоянно нуждаются в стимуляции речевого общения. При *сенсорной афазии* основной причиной трудностей в общении являются грубые нарушения понимания речи. Чтобы понять обращенную речь, пациенты в основном опираются на мимику, жесты и интонацию собеседника. Пациенты с сенсорной афазией говорят много, бессвязно, малопонятно. При *акустико-мнестической афазии* трудности в общении обусловлены уменьшением объема слухоречевого восприятия, неспособностью удержать в памяти воспринятую на слух речевую информацию, вследствие чего отмечаются нарушения в понимании обращенной речи. Пациенты с акустико-мнестической афазией могут быть поняты собеседником, нередко замечают свои ошибки и переживают по этому поводу. Что касается *семантической афазии*, то в данном случае трудности в речевом общении обусловлены тем, что пациенты хорошо понимают отдельные слова, простые предложения, но не понимают длинных фраз со

сложной структурой, смысл которых зависит от порядка слов в предложении или от окончаний слов.

Помимо нейропсихологической классификации А.Р. Лурия в специальной литературе наиболее часто встречается неоклассическая (бостонская) модель афазии, созданная на базе классификации Вернике-Лихтгейма, а также упрощенная классификация афазий, согласно которой выделяют беглые и небеглые формы афазии.

К числу недостаточно изученных вопросов афизиологии относятся “подкорковые” афазии, атипичные формы афазии, “правополушарные афазии”, случаи афазии у детей. В результате увеличения во всем мире числа людей, владеющих двумя и более языками, важное теоретико-практическое значение приобрели вопросы логопедической терапии многоязычных индивидов с афазией.

В специальной литературе отмечается, что логопедическая работа на современном этапе должна быть максимально приближена к целям реального использования языка и речи (Хельсингборская декларация о европейских стратегиях в отношении инсульта, 2007). В связи с этим восстановление речевой коммуникации у пациентов с афазией приобретает особую актуальность.

### ***1.3. Проблема восстановления речевой коммуникации в системе коррекционно-педагогического воздействия при афазии***

Несмотря на большую результативность процесса восстановительного обучения, ведущие афизиологи отмечают, что восстановление речевой функции не всегда приводит к восстановлению речевой коммуникации. Пациенты с афазией испытывают трудности при общении с окружающими, не могут использовать восстановленные речевые навыки и нуждаются в помощи.

Находятся в ситуации “ограничения” (в ситуации затрудненного взаимодействия), пациенты с афазией и их коммуникативные партнеры испытывают “острые эмоциональные переживания, сопровождающиеся нервно-психическим напряжением, демонстрируют непонимание, приводящее к трениям, сбоям в интеракции.” (В.А. Лабунская и др., 2001, с. 33).

Решающую роль в процессе преодоления речевых расстройств отводится семье. Афизиологи пытаются сориентировать родственников и близких относительно линии поведения с пациентом и возможных перспектив его излечения, однако практически отсутствуют методы и приемы, специально ориентированные на участие ближайшего окружения пациента в процессе восстановления речи и речевой коммуникации, в то время как их наличие позволит логопеду обеспечить направленную помощь пациенту с афазией не только во время, но и вне логопедических занятий.

### ***1.4. Особенности восстановления речевой коммуникации при афазии у многоязычных индивидов***

При анализе афазических нарушений у многоязычных индивидов существенную роль играет разграничение речевой патологии от проявлений интерференции, свойственной многоязычным индивидам. Подобный подход позволяет предусмотреть ошибки и трудности в восстановлении речи и речевой коммуникации, обусловленные языковой интерференцией, применить соответствующие методы логопедической работы и отобрать необходимый речевой материал.

Существует мнение, что ведение логопедической работы на разных языках препятствует восстановлению речи, следовательно, логопедические занятия при афазии у многоязычных индивидов нужно проводить лишь на одном языке. Однако нами установлено, что “монолингвальная” терапия не соответствует коммуникативным потребностям многоязычного индивида и тем самым затрудняет его реинтеграцию в общество. В подобных случаях игнорируется его преморбидный языковой и речевой опыт, а также индивидуальная для каждого человека психологическая, эмоциональная и социальная значимость каждого из языков (Ж.А. Пайлозян, 2012).

Изучение специальной литературы позволяет констатировать, что вопрос восстановления речевой коммуникации при афазии продолжает оставаться актуальным (М.В. Johansson, 2012). Такие вопросы, как влияние микросоциального окружения на процесс восстановления коммуникативной функции речи, вовлечение речевой среды в процесс логопедической работы, взаимодействие логопеда с пациентом и его семьей, учет фактора мультилингвизма в процессе восстановления речевой коммуникации требуют дальнейшего рассмотрения.

## **ГЛАВА 2. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ ПОДХОД И СТРУКТУРА ИССЛЕДОВАНИЯ**

Вторая глава посвящена анализу современных подходов к восстановлению речевой коммуникации, обоснованию актуальности исследовательского аспекта, методологии и стратегии исследования.

### ***2.1. Анализ современных подходов к восстановлению речевой коммуникации***

Эффективным методом восстановления высших психических функций, в том числе и речевой, является восстановительное обучение, цель которой заключается в выявлении остаточных речевых возможностей пациента, в их развитии и в создании на их основе путем специальной тренировки новых навыков речевого общения в обход пострадавшего функционального звена (Е.Н. Винарская, 2007). В специальной литературе отмечается, результативность и важность “встречи” спонтанного и направленного восстановления речи, когда раннее начало логопедических занятий совпадает с наиболее интенсивным периодом спонтанного восстановления (Э.С. Бейн, М.К. Бурлакова, Т.Г. Визель, 1982).

Анализ современных подходов к восстановлению речи показал, что не разработаны и практически отсутствуют методы и стратегии логопедической работы, направленные на восстановление речевой коммуникативной компетенции.

С целью изыскания путей оптимизации процесса восстановления речевой коммуникации, на основании анализа специальной литературы, собственного опыта работы с пациентами с афазией, многолетних наблюдений, анализа конкретных случаев афазии и динамики ее преодоления нами разработана концептуальная модель системы логопедической работы (рис.1), в которой основной акцент поставлен на восстановлении речевой коммуникации.

Модель системы логопедической работы включает в себя следующие взаимосвязанные уровни:

-*Концептуальный*, базирующийся на теоретических положениях современной медицины, психологии и педагогики, имеющих непосредственное отношение к вопросу речевой коммуникации и ее восстановления при афазии;

-*Организационно-методический*, в котором представлены основные направления логопедической работы по восстановлению речевой коммуникации;

-*Практический* – уровень реализации педагогического воздействия, раскрывающий конкретное содержание логопедической работы: методы, приемы, рекомендации, речевой материал и т.д.

## **2.2. Задачи, методы и организация исследования**

В данном параграфе подробно представлены основные и частные задачи, методы и направления исследования, а также общие сведения об испытуемых.

В целом настоящее исследование состояло из нескольких взаимосвязанных направлений: организационного, теоретического, практического, консультативного и учебно-методического.

Говоря об **организационном направлении**, следует отметить, что исследование проводилось на протяжении ряда лет (1995-2016) и состоит из четырех взаимосвязанных этапов.

**Теоретическое направление** подразумевало изучение истории развития, современного состояния афазиологии, ее актуальных, но недостаточно изученных проблем, в частности, исследование проблемы восстановления речевой коммуникации. Была выдвинута рабочая гипотеза, определены методологические основы и исходные позиции исследования, разработана инновационная концептуальная модель системы логопедической работы при афазии, проведен окончательный анализ и оценка результатов исследования.

**Практическое направление** подразумевало опытную апробацию разработанной модели системы логопедической работы при афазии: проведение констатирующего и формирующего экспериментов, первичного логопедического обследования и последующих мониторингов речи пациентов с афазией, проведение индивидуальных и групповых логопедических занятий, анкетированный опрос членов семей пациентов с афазией, их вовлечение в процесс логопедической работы, формирование коммуникативно-речевой среды.

В соответствии с **учебно-методическим направлением** разрабатывались учебные программы и учебно-методические пособия по проблеме исследования. Проводились тренинги и семинары для специалистов, работающих в сфере нейрореабилитации: логопедов, врачей, среднего медицинского персонала.

В рамках **консультативного направления** проводилась консультативная работа с членами семей пациентов с афазией с целью формирования оптимальной коммуникативно-речевой среды, повышения компетентности членов семьи пациента в вопросах восстановления речи, обеспечения необходимых условий для практического использования и закрепления восстановившихся коммуникативных речевых навыков в повседневном общении, вне логопедических занятий, а также мастер-классы для молодых специалистов и супервизии логопедов, работающих с пациентами с афазией.

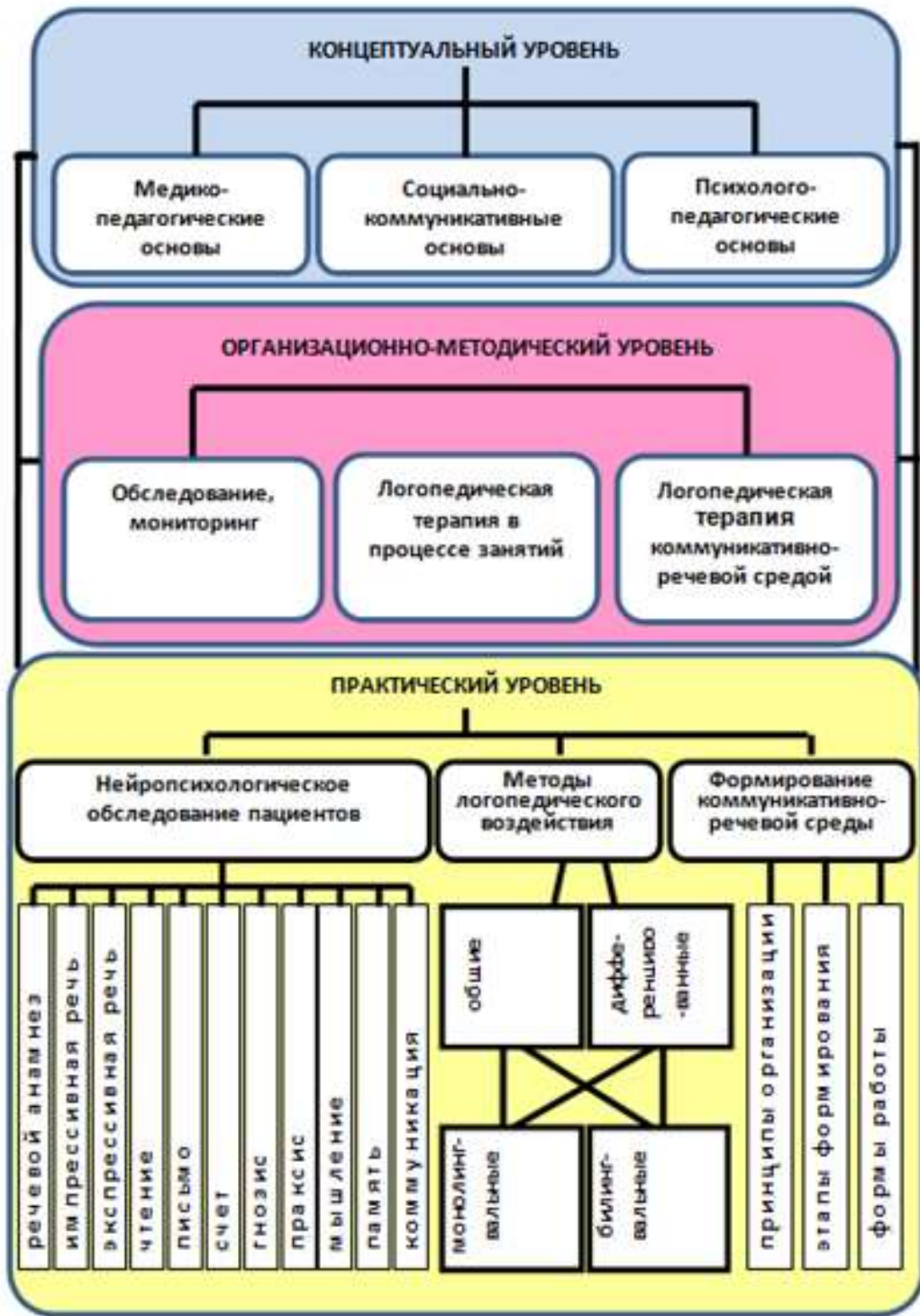


Рис.1. Разработанная модель системы логопедической работы при афазии

Экспериментальное исследование проводилось на протяжении ряда лет (1998 - 2015) в г. Ереване на базе отделения общей и сосудистой неврологии больницы “Сурб Григор Лусаворич”, отделения нейрореабилитации больницы “Артмед”, а также центра психологических услуг “Айг”. В исследовании приняло участие 509 человек. 150 из них представляли микросоциальное окружение пациентов с афазией, а 359 были пациентами с различными формами афазии сосудистой этиологии в возрасте от 35 до 82 лет. “Стаж” афазии – от 10 дней до 4-х лет. 215 пациентов с афазией были монолингвами, а 144 – билингвами и полилингвами (около 40% от общего числа пациентов, принявших участие в педагогическом эксперименте). В констатирующем эксперименте в общей сложности приняло участие 244 человека: 94 человека с афазией и 150 членов их семей. В формирующем эксперименте участвовало 265 пациентов. Со всеми пациентами проводились логопедические занятия. С 173 из них занятия проводились на начальном этапе восстановления (до 6 месяцев с момента заболевания), а с 121 - на резидуальном. Занятия проводились регулярно, не реже трех раз в неделю. С каждым из больных было проведено не менее 10 занятий, а с подавляющим большинством - 30-40 занятий. Максимальное количество занятий, проведенных с одним из испытуемых – 90 занятий.

### **ГЛАВА 3. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗРАБОТАННОЙ МОДЕЛИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ АФАЗИИ**

В третьей главе разработанная нами система логопедической работы представлена на концептуальном, организационно-методическом и практическом уровнях.

#### ***3.1. Теоретические основы модели системы логопедической работы при афазии***

*Концептуальной основой* рекомендуемой модели стал ряд медико-педагогических, социально-коммуникативных и психолого-педагогических теоретических положений.

**Медико-педагогические положения.** Система логопедической (педагогической) помощи, будучи самостоятельной системой воздействия, одновременно является неотъемлемой частью общей системы реабилитации пациентов с афазией. В связи с этим нами изучались принципы, этапы, уровни реабилитации; принципы, методы и формы организации нейрореабилитации, при осуществлении которой основную роль играет процесс восстановительного обучения; концепция внутренней картины болезни; периоды протекания инсульта и развития афазии; личность человека и его отношение к потере речи; подход к афазии как к устойчивому патологическому состоянию, которое необходимо дестабилизировать в процессе логопедического воздействия, чтобы добиться положительных результатов восстановления. Обязательным условием процесса дестабилизации являются не только логопедические занятия, но и окружение больного, его речевая среда при условии ее правильной методической организации.

**Социально-коммуникативные положения.** Важной концептуальной составляющей стали основные положения теории коммуникации, в соответствии с которой речь принято рассматривать как основу социальной структуры личности (О.В. Трошин, Е.В. Жулина, 2005), а среду, в которой происходит взаимодействие, как коммуникативное пространство (В.П. Конецкая, 1997). Это определило наш подход к нарушению коммуникативной функции речи как к центральному

нарушению при афазии. Нами учитывалось понятие “коммуникативной компетенции”, которое применительно к афазии рассматривалось в двух аспектах: восстановление собственно речевых навыков и восстановление умения использовать их в процессе коммуникации.

**Психолого-педагогические положения.** При разработке концептуальной модели системы логопедической работы при афазии учитывались теоретические и практические аспекты современной логопедии как отрасли специальной педагогики, ее общедидактические и специфические принципы, методы педагогического воздействия, а также основные принципы восстановительного обучения и методики преодоления афазических нарушений. Мы учитывали, что логопедическая работа должна проводиться с опорой на жизненный опыт и уже сформированные умения и навыки, а также особенности внимания, памяти, работоспособности взрослых людей; строили работу на создании “ситуации успеха” и проявлении веры в их возможности; проводили определенную разъяснительную работу среди родственников пациентов с афазией, что способствовало их вовлечению в логопедический процесс. Базовыми понятиями рекомендуемой модели явились понятие семьи как первичной социальной группы, догадка и контекст (фактор вероятностного прогнозирования, по Е.Н. Винарской), которые преобладают при общении близких людей. Собственный практический опыт подтверждал необходимость преобразования педагогического пространства путем расширения рамок педагогического (логопедического) воздействия.

В процессе разработки рекомендуемой модели *ключевой позицией явилось введенное нами понятие “формирование коммуникативно-речевой среды”, как необходимое условие опосредованного управления процессом восстановления речи и речевой коммуникации через микросоциальное окружение пациентов с афазией путем расширения рамок логопедического (педагогического) воздействия.*

Теоретические положения, представляющие концептуальный уровень предлагаемой модели системы логопедической работы при афазии, послужили основой для разработки ее организационно-методического и практического уровней.

*Организационно-методический уровень* включает в себя:

- динамическое нейропсихологическое обследование,
- логопедическую терапию в процессе логопедических занятий,
- логопедическую терапию посредством формирования коммуникативно-речевой среды пациента с афазией.

*Практический уровень* предполагает дополнение схемы нейропсихологического обследования новыми разделами, позволяющими сделать речевую терапию более эффективной; применение монолингвальных и билингвальных методов логопедической работы; разработку речевого материала на армянском языке; изыскание новых путей восстановления речевой коммуникации (сказки, игры, моделирование коммуникативных ситуаций); формирование коммуникативно-речевой среды, определение принципов ее организации, а также этапов и форм сотрудничества логопеда с ближайшим окружением индивидов с афазией.

### ***3.2. Динамическое нейропсихологическое обследование как основа логопедической работы по восстановлению речевой коммуникации при афазии***

Предлагаемая схема нейропсихологического обследования включает следующие разделы: 1) речевой анамнез, 2) импрессивная речь, 3) экспрессивная речь, 4) чтение, 5) письмо, 6) счет, 7) гнозис, 8) праксис, 9) мышление, 10) память, 11) коммуникация.

В ней, в отличие от других подобных схем, представлены два дополнительных раздела: “Речевой анамнез”, позволяющим разграничить афазические нарушения от преморбидных проявлений языковой интерференции, и “Коммуникация”, дающая возможность выявить динамику восстановления навыков речевой коммуникации.

Сбор данных *речевого анамнеза* предполагает ряд вопросов для уточнения типа носителя языка, доминирующего языка пациента, времени и способов овладения языками, интенсивности и сферы их применения. “Языковая характеристика”: тип носителя языка (монолингв, билингв, полилингв), доминирующий язык и степень применения языков в преморбиде, составленная на основании данных речевого анамнеза, наряду с формой и степенью тяжести афазии, помогает выбрать правильную тактику логопедической работы и тем самым повысить ее эффективность. Обследование речи многоязычного пациента проводится на всех языках, которые он использовал до болезни. В случае необходимости к обследованию привлекаются лица, владеющие данными языками.

В ходе первичного обследования и последующих мониторингов внимание фокусировалось на использовании пациентом вербальных и невербальных средств общения, имеющих компенсаторную функцию (К. Hogrefe, W. Ziegler, N. Weidinger, G. Gokldenberg, 2012); на степени проявления речевой активности (высокая, средняя, низкая) и на продуктивности речи (продуктивная, малопродуктивная). Важно было определить, использует ли пациент восстановленные в результате логопедической работы речевые навыки в процессе общения с окружающими. В связи с этим были выделены критерии, позволяющие прогнозировать динамику восстановления навыков коммуникации при афазии: 1) активизация невербальных средств коммуникации; 2) активизация спонтанных вербальных реакций; 3) сокращение латентного периода между ответом и вопросом в процессе диалога.

### ***3.3. Восстановление речевой коммуникации в процессе логопедических занятий***

В зависимости от количества языков, применяемых в процессе логопедической работы, методы восстановления речи разделены нами на монолингвальные и билингвальные. Монолингвальные методы предполагают проведение логопедической работы на одном языке, а билингвальные - на двух и более языках.

#### ***3.3.1. Монолингвальные методы логопедического воздействия и отбор речевого материала***

Эффективность логопедической работы при афазии зависит от ряда факторов, в том числе и от речевого материала, при отборе и разработке которого важно учитывать такие параметры, как лингвистические особенности восстанавливаемого языка, а также индивидуальные и национально-культурные особенности пациента. В процессе многолетней практической работы нами накоплен речевой материал по восстановлению речи у армяноязычных пациентов, часть которого представлена в Приложении диссертации.

В качестве эффективного речевого материала для восстановления речевой коммуникации в ходе исследования использовались *сказки и коммуникативно ориентированные игры*. Присущие им положительный эмоциональный настрой, вероятностно прогнозируемые компоненты речевого общения, кумулятивный эффект, наличие упроченных речевых автоматизмов способствовали спонтанному, эмоциональному и непринужденному общению коммуникантов. Ход и результаты

логопедической работы продемонстрировали эффективность применения сказок и игр в процессе восстановления речевой коммуникации.

### ***3.3.2. Билингвальные методы логопедического воздействия при афазии***

Логопедическая работа с многоязычными пациентами показала, что билингвальные методы делают более понятным контекст беседы, дают возможность использовать большой арсенал языковых средств, оперировать более обширным словарем, проводить языковые аналогии и разграничения, восстанавливать ассоциативные связи между словами. Нами разработаны следующие билингвальные методы: *дозирование языков, переключение с одного языкового кода на другой, перевод, сравнение*, в результате применения которых логопедические занятия становятся своего рода речевой микросредой и помогают пациенту снова “вжиться” в язык. Одновременное использование нескольких языков в процессе восстановления речи и речевой коммуникации оказывает на многоязычных индивидов определенное психотерапевтическое воздействие. Катамнестические данные, а также спонтанные высказывания многоязычных пациентов убеждают в том, что именно речевая терапия во многом определяет дальнейшее использование языков. Опыт показывает, что многоязычные индивиды, в работе с которыми применялся лишь один язык, впоследствии испытывают определенный дискомфорт, скованность и логофобию при использовании других языков.

### ***3.4. Логопедическая терапия коммуникативно-речевой средой***

В процессе многолетней логопедической работы мы убедились, что “направляя” общение пациента с его близкими, можно добиться гораздо больших результатов восстановления речевой функции. В связи с этим было разработано новое направление логопедической работы – логопедическая терапия коммуникативно-речевой средой, позволяющая сочетать психолого-педагогическое просвещение по вопросам афазии и приемы практического закрепления восстановленных речевых навыков в естественных коммуникативных ситуациях. В ходе настоящего исследования были определены принципы организации и этапы формирования коммуникативно-речевой среды пациентов с афазией, формы работы логопеда с семьей, рекомендации по оказанию помощи пациентам с афазией, адресованные их родственникам и т.д.

#### ***3.4.1. Принципы организации и этапы формирования коммуникативно-речевой среды пациентов с афазией***

В результате обобщения данных литературы и собственного опыта практической работы были разработаны принципы формирования коммуникативно-речевой среды пациентов с афазией:

-*принцип интеграции*, предполагающий активное вовлечение микросоциального окружения пациента в общую систему логопедической работы при афазии;

-*принцип единства требований*, предполагающий единые требования к речи пациента с афазией со стороны логопеда, других специалистов и ближайшего окружения;

-*принцип коммуникативности*, предусматривающий использование различных повседневных коммуникативных ситуаций (бытовых, учебных, игровых) в целях закрепления восстановившихся речевых навыков;

-*принцип систематичности*, делающий процесс восстановления речевых навыков последовательным, целенаправленным и упорядоченным;

-*принцип поддержки*, в соответствии с которым коммуникативно-речевая среда помогает пациенту с афазией в создании ситуации успеха, ориентирует его на восстановление речи;

-*принцип этапности*, в соответствии с которым можно выделить следующие этапы сотрудничества логопеда с семьей пациента: 1) *установление контакта*, 2) *подготовительный*, 3) *обучающий*, 4) *творческий*.

Формирование оптимальной коммуникативно-речевой среды предполагает установление контакта с пациентом и его близкими, информирование близких пациента относительно характера афазических нарушений и возможных осложнений, являющихся результатом неправильного подхода к пациенту, обучение близких приемам выполнения логопедических заданий и умению создавать (моделировать) ситуации, способствующие восстановлению речевой коммуникации.

### ***3.4. 2. Формы работы логопеда с семьей пациента с афазией***

Проведенный в рамках настоящего исследования педагогический эксперимент показал, что наиболее продуктивными формами работы логопеда с семьей пациента являются (Ж.А. Пайлозян, 2012):

- консультирование;
- индивидуальные и групповые занятия с пациентами с участием членов их семей;
- совместная деятельность пациента с его близкими;
- предоставление литературы, имеющей психотерапевтическую направленность (элементы библиотерапии);
- тренинги.

Формы работы, их цели, содержание, методические подходы подробно представлены в диссертационном исследовании.

Подобная “логопедизация” речевой среды создает благоприятные условия для закрепления восстановленных речевых навыков, повышения речевой активности, восстановления диалогической и спонтанной речи пациента. Вовлечение членов семьи в коррекционно-педагогический процесс оказывает на них психотерапевтическое воздействие, т.к. они видят положительный результат своих действий.

## **ЧАСТЬ II. ОПЫТНАЯ АПРОБАЦИЯ ИННОВАЦИОННОЙ КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ МОДЕЛИ СИСТЕМЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ АФАЗИИ**

### **ГЛАВА 4. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСТАТИРУЮЩЕГО ЭКСПЕРИМЕНТА ПО ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В части второй, главе четвертой представлены и проанализированы результаты констатирующего эксперимента: из общего числа пациентов с диагнозом “инсульт” выявлено число пациентов с афазией; проанализированы данные относительно соотношения показателей спонтанного и направленного восстановления речи; представлен анализ результатов логопедической работы, проводимой по

традиционной схеме восстановительного обучения; проанализированы результаты анкетированного опроса членов семей пациентов с афазией.

#### ***4.1. Анализ статистических данных относительно проблемы исследования***

С целью выявления статистических данных относительно проблемы афазии и ее преодоления были изучены истории болезней пациентов отделения неврологии больницы “Сурб Григор Лусаворич” г. Еревана за период с 1998 по 2003 гг. Исследование показало, что за отмеченный промежуток времени число пациентов с диагнозом “инсульт” составило 4254 человека (884 женщины и 1223 мужчины). Разные формы афазии отмечались у 2107 человек, что составило 49,52% от общего числа пациентов. Иными словами, почти у половины пациентов с инсультом отмечалась афазия. Это еще раз подтвердило необходимость и важность логопедической работы по восстановлению речи и речевой коммуникации.

С целью определения преобладающего типа восстановления речи (спонтанного или направленного) были проведен анализ результатов логопедической работы 552 человек с различными формами афазии сосудистой этиологии, показавший, что у подавляющего большинства пациентов (89,85%) не отмечалось спонтанного восстановления речи. Это позволило с уверенностью констатировать, что решающая роль в процессе восстановления речи принадлежит направленному (логопедическому) восстановлению. Таким образом, еще раз подтвердилась необходимость дальнейшего совершенствования практических подходов к восстановлению речи и речевой коммуникации при афазии.

#### ***4.2. Анализ результатов логопедической работы, проводимой по традиционной схеме восстановительного обучения***

В процессе констатирующего эксперимента с 94 пациентами с различными формами афазии логопедическая работа проводилась по традиционной общей и методической схеме восстановительного обучения. Результаты логопедической работы оценивались в соответствии со следующими критериями (М.К. Бурлакова, 1991):

*-значительное (практическое) восстановление* – доступность свободного устного и письменного высказывания с элементами аграмматизма и с очень редкими ошибками в письме;

*-общее улучшение* – возможность общения с помощью фраз, составление несложных текстов по сериям сюжетных картинок, относительное восстановление чтения и письма, а при сенсорной афазии также общее улучшение восприятия речи на слух;

*-частичное улучшение* – улучшение тех или иных сторон речевой функции, например, возможность общения с помощью отдельных слов или коротких предложений, или же улучшение понимания речи и т.п.

*-без изменений* – отсутствие положительной динамики в речевом статусе.

Анализ показателей логопедической работы, проведенной по традиционной схеме восстановления речи, подтвердил целесообразность изыскания резервов повышения эффективности восстановления речевой коммуникации при афазии, пересмотра традиционных подходов к общей и методической организации логопедической работы (диаграмма 1).

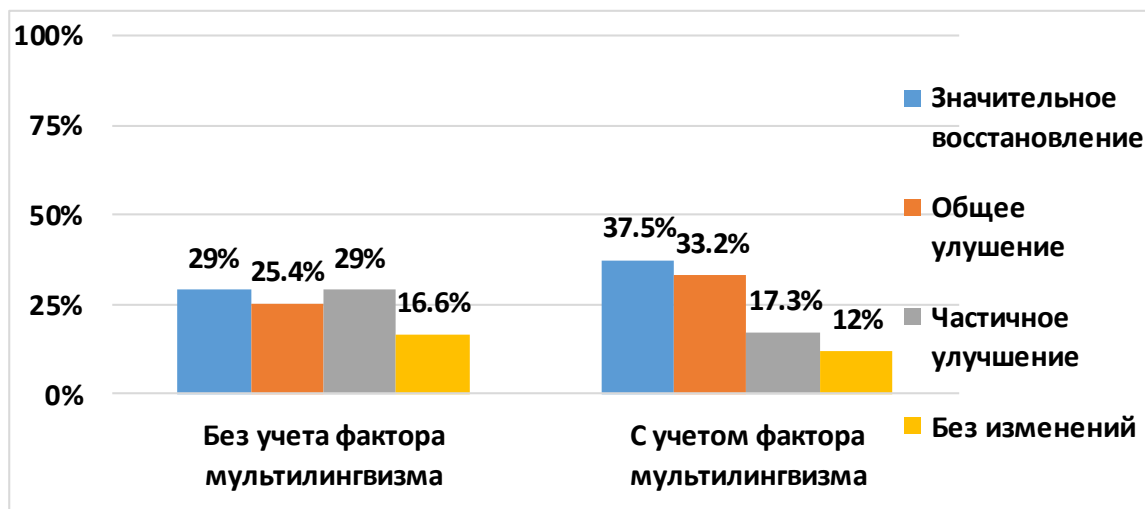


Диаграмма 1. Показатели логопедической работы, проведенной по традиционной схеме восстановления речи

#### ***4.3. Анализ результатов анкетирования родственников пациентов с афазией***

С целью повышения результативности логопедической работы путем вовлечения в нее ближайшего окружения пациента с афазией и формирования коммуникативно-речевой среды нами было проведено анкетирование членов их семей.

Анкетирование предусматривало получение данных относительно информированности населения о нарушениях речи, возникающих вследствие органического поражения головного мозга; о готовности семьи пациента к сотрудничеству с логопедом; о применяемых членами семьи пациента способах преодоления афазии.

В анкетировании приняли участие члены 150 семей пациентов с афазией. В результате опроса были выявлены следующие, наиболее часто встречающиеся модели поведения людей, окружающих пациентов с афазией:

- многократные обращения к пациенту с просьбой еще раз сказать те слова, которые ему удастся воспроизвести (n=63; 42%). Это, как правило, приводит к появлению персевераций, что создает дополнительные трудности в процессе восстановительной работы;
- попытки общения с помощью письма и чтения (n=141; 94%). Пациенту предлагают написать то, что он хочет, но не может сказать. Это лишний раз травмирует пациента, т.к. одним из симптомов афазии является нарушение письменной речи;
- попытки восстановить речь с помощью “Букваря”, “Родной речи” и других детских книг (n=117; 78%), нередко по совету врачей. С учетом симптоматики афазии и механизмов восстановления речи этот подход заранее обречен на неудачу. Кроме того он психологически травмирует пациента, вплоть до отказа от логопедической помощи;

- обращение к пациенту с афазией очень громким голосом, “чтобы услышал” (n=105; 70%). При афазии подобное поведение, наоборот, ухудшает восприятие и понимание речи;
- запрет на попытки сказать что-нибудь: “Помолчишь некоторое время и все пройдет” (n=8, 5,2%);
- использование логопедических приемов, заимствованных из методик по коррекции других нарушений речи и неэффективных для восстановления речи при афазии.

Результаты анкетирования свидетельствовали о недостаточной осведомленности общества относительно сроков и способов преодоления афазии. Полученные данные подтвердили важность предоставления соответствующей информации родственникам пациентов с афазией и необходимость формирования коммуникативно-речевой среды в соответствии с целями, задачами и принципами логопедической работы.

Анализ результатов анкетирования позволил сделать вывод о необходимости проведения логопедических (педагогических) мероприятий, способствующих привлечению внимания общества к проблеме возникновения и предупреждения нарушений речи у взрослых вследствие органического поражения головного мозга; повышению уровня компетентности населения в вопросах афазии и ее преодоления; предупреждению возникновения наиболее распространенных и требующих коррекции моделей неправильного речевого поведения при общении с пациентами с афазией; расширению пространства логопедического воздействия путем грамотно, методически правильно продуманного вовлечения ближайшего речевого окружения пациента с афазией в процесс логопедической терапии (формирование коммуникативно-речевой среды).

Результаты, полученные в ходе констатирующего эксперимента, явились исходными для формирующего эксперимента, проведенного с целью практического подтверждения эффективности рекомендуемой нами модели системы логопедической работы.

## **ГЛАВА 5. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕКОМЕНДУЕМОЙ МОДЕЛИ СИСТЕМЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ АФАЗИИ**

В пятой главе представлена общая характеристика формирующего эксперимента, проанализированы его результаты и приведены примеры из собственной логопедической практики.

### ***5.1. Общая характеристика формирующего эксперимента***

Формирующий эксперимент был направлен на апробацию и оценку эффективности предлагаемой нами модели системы логопедической работы при афазии и включал в себя: 1) изучение влияния преморбидного языкового и речевого

опыта пациента (фактора мультилингвизма) на характер афазического синдрома и динамику восстановления речи;

2) изучение влияния микросоциального окружения (фактора речевой среды) на результаты восстановления речи и речевой коммуникации;

3) исследование эффективности предлагаемой модели системы логопедической работы при афазии.

### ***5.2. Влияние фактора мультилингвизма на результаты восстановления речи и речевой коммуникации***

В исследовании приняло участие 65 многоязычных испытуемых (армяне, русские, курды, греки, грузины, ассирийцы) женского и мужского пола в возрасте от 40 до 82 лет с различными формами афазии с различным уровнем владения языками, а также с различным уровнем образования.

Результаты исследования показали, что при афазии у многоязычных отмечается ряд специфических речевых симптомов: языковые псевдопарафазии и псевдограмматизмы, как результат усиления интерференции; произвольные и неадекватные в данной речевой ситуации переключения с одного языка на другой; трудности/невозможность произвольного перевода; изменение статуса языков: активизация субдоминантного языка и/или диалекта, использование лишь одного из восстановленных языков; “забывание” языка; явления интерференции в письменной речи.

В ходе исследования было отмечено три основных типа спонтанного восстановления речи при афазии у многоязычных: параллельное, последовательное, смешанное (диаграмма 2). Так, из 65 испытуемых у 31 отмечалось параллельное восстановление языков (47%), у 14 – смешанное (22%), а у 20 – последовательное (31%). Наиболее распространенным у многоязычных пациентов с афазией является параллельный тип восстановления языков. Об этом же свидетельствуют данные М. Paradis (1977) и F. Fabro (2001). Тип спонтанного восстановления речи существенно влияет на выбор методов логопедической работы.

Нами разработана программа по восстановлению речи при афазии у многоязычных, основными составляющими которой являются: 1) сбор речевого анамнеза; 2) выбор языка для занятий; 3) использование методов восстановления речи в зависимости от формы афазии и с учетом языкового фактора; 4) осуществление социального контроля над использованием языков со стороны окружающих пациента близких людей.

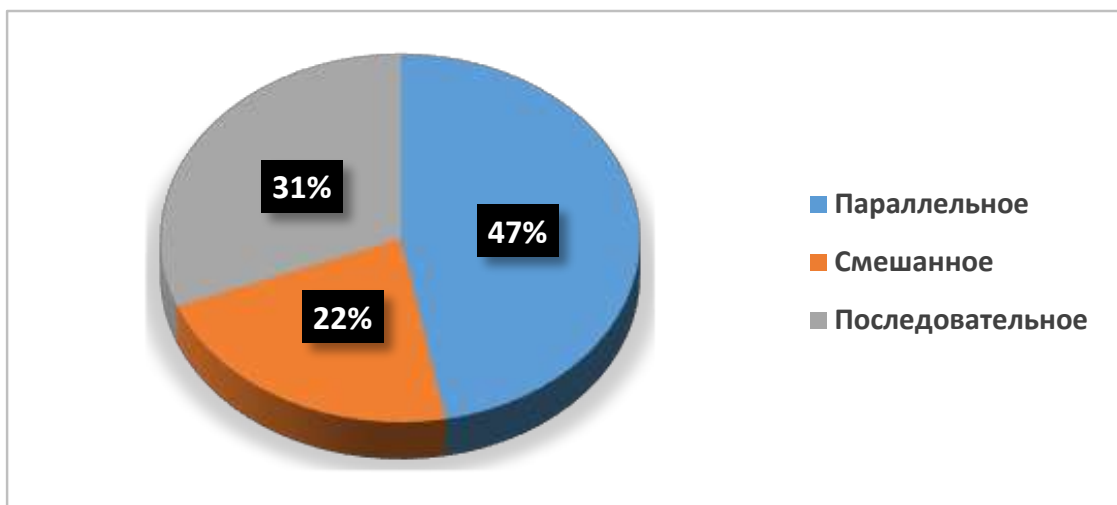


Диаграмма 2. Соотношение типов спонтанного восстановления речи при афазии у многоязычных индивидов

Применение специально разработанной программы восстановления речевой функции положительно отразилось на показателях логопедической работы с многоязычными пациентами. Анализ полученных данных показал, что учет фактора мультилингвизма повышает эффективность логопедической работы при афазии (диаграмма 3).

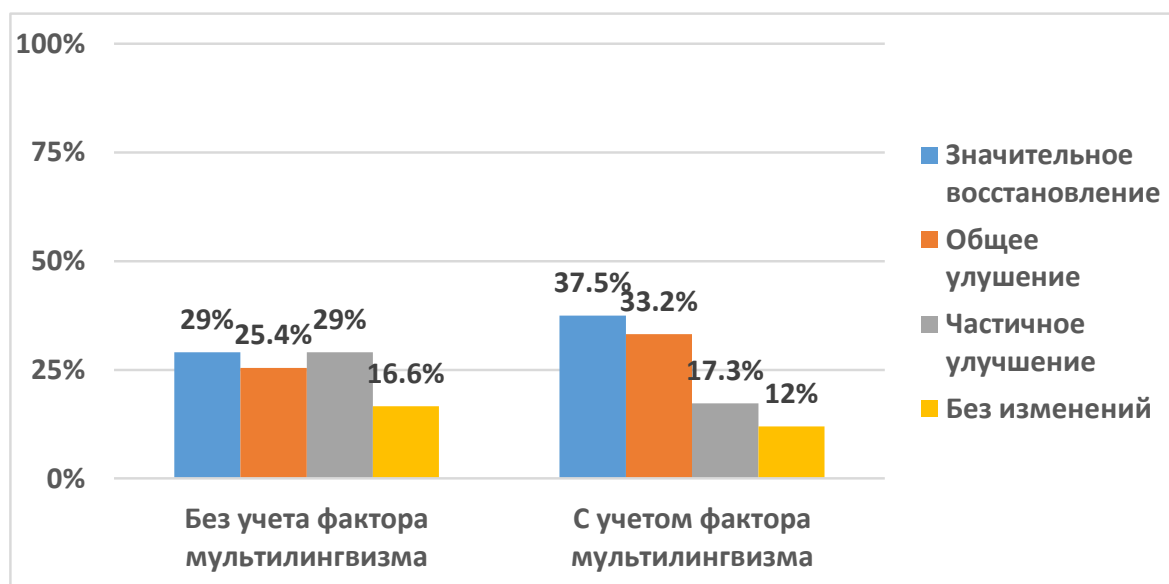


Диаграмма 3. Показатели результатов логопедической работы без учета и с учетом фактора мультилингвизма

### 5.3. Влияние микросоциального окружения на результаты восстановления речи и речевой коммуникации

Анализ специальной литературы, собственные многолетние наблюдения, результаты анкетированного опроса, беседы с членами 150 семей пациентов с афазией позволили выделить критерии, определяющие характер взаимодействия логопеда и ближайшего окружения пациентов с афазией:

- отношение к речевой терапии;
- готовность к сотрудничеству с логопедом;
- следование логопедическим рекомендациям;
- проявление инициативы в ходе сотрудничества с логопедом.

Были выделены три основных типа взаимодействия логопеда и ближайшего окружения пациента: *сотрудничество, руководство, безразличие*, а речевая среда пациентов с афазией - условно разделена на *активную, пассивную и формальную*.

Исследование показало, что имеется отчетливая связь между характером речевой среды и результатами логопедической работы (диаграмма 4). При наличии активной речевой среды результаты логопедической работы были высокими и существенно отличались от показателей формальной и пассивной речевой среды. Так, из 56 человек у 28 (50%) отмечалось значительное восстановление речи, у 24 (42,9%) – общее улучшение, у 4 (7,1%) - частичное улучшение. Особо следует отметить тот факт, что при наличии активной речевой среды не было ни одного испытуемого без положительной динамики в речевом статусе.

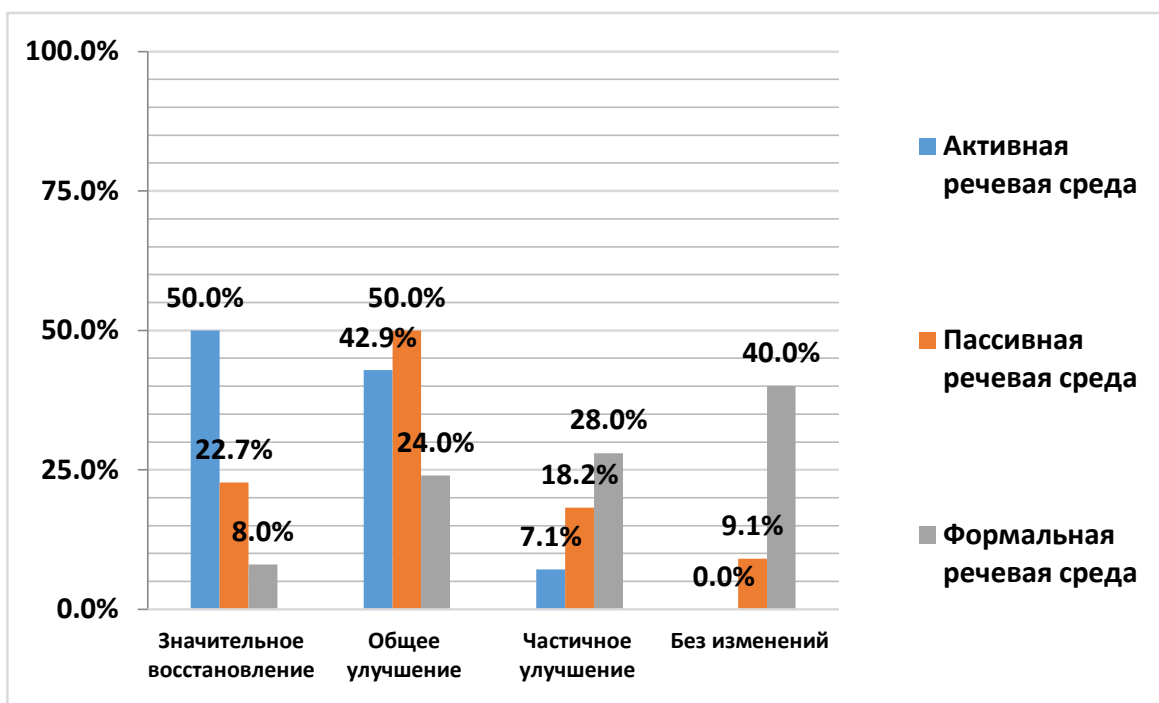


Диаграмма 4. Показатели логопедической работы в зависимости от типа речевой среды

Таким образом, в результате проведенного исследования экспериментально подтвердилось предположение о влиянии речевой среды на результаты

восстановления, что убедительно свидетельствует о важности и необходимости вовлечения микросоциального окружения в процесс логопедической работы путем формирования коммуникативно-речевой среды пациента с афазией.

#### ***5.4. Исследование эффективности предлагаемой модели системы логопедической работы при афазии***

С целью исследования эффективности разработанной модели системы логопедической работы был проведен второй этап опытной апробации (формирующий эксперимент), в котором приняло участие 200 пациентов с различными формами афазии сосудистого генеза. Для оценки результатов исследования в ходе формирующего эксперимента были сформированы две группы: экспериментальная и контрольная, контингент которых был примерно одинаковым по полу, возрасту, этиологии, формам, степени тяжести и “стажа” афазии, а также по количеству проведенных с ними логопедических занятий.

В экспериментальную группу вошло 100 человек: 42 женщины и 58 мужчин в возрасте от 35 до 82 с различными формами афазии. “Стаж” афазии от 10 дней до 4-х лет. В контрольную группу также вошло 100 человек: 40 женщин и 60 мужчин в возрасте от 35 до 80 лет с различными формами афазии. “Стаж” афазии – от 10 дней до 2-х лет. С испытуемыми контрольной группы логопедическая работа проводилась по общепринятой системе восстановительного обучения. С испытуемыми экспериментальной группы логопедическая работа проводилась по разработанной нами модели системы логопедической работы при афазии.

Сравнительный анализ показателей логопедической работы, проведенной в контрольной и экспериментальной группах, представлен на диаграмме 5.

На диаграмме видно, что в экспериментальной группе заметно увеличилась положительная динамика. Так, случаи значительного восстановления констатированы у 36 (36%), что на 6% больше, чем в контрольной группе. В экспериментальной группе число пациентов с общим улучшением речи по сравнению с числом пациентов контрольной группы с аналогичным результатом восстановления возросло на 8%. Кроме того, в экспериментальной группе на 7% уменьшилось количество пациентов с частичным улучшением речи, и на 7% сократилось число испытуемых, речевой статус которых остался без изменений.

Результаты, полученные в ходе формирующего эксперимента явились практическим подтверждением эффективности разработанной нами концептуальной модели системы логопедической работы по восстановлению речевой коммуникации при афазии. Рекомендуемая нами модель системы логопедической работы обеспечивает более оптимальные условия для восстановления речи и речевой коммуникации, поскольку учитывает социальную сущность речи (фактор речевой среды) и преморбидный речевой опыт (фактор мультилингвизма). Формирование коммуникативно-речевой среды и ее активное участие в процессе логопедической работы повышает результаты восстановления речевой коммуникации у пациентов с афазией.

Мы с полным основанием можем утверждать, что результаты клинических наблюдений и экспериментальных исследований подтвердили гипотетические теоретические положения, выдвинутые нами в начальном периоде исследования.

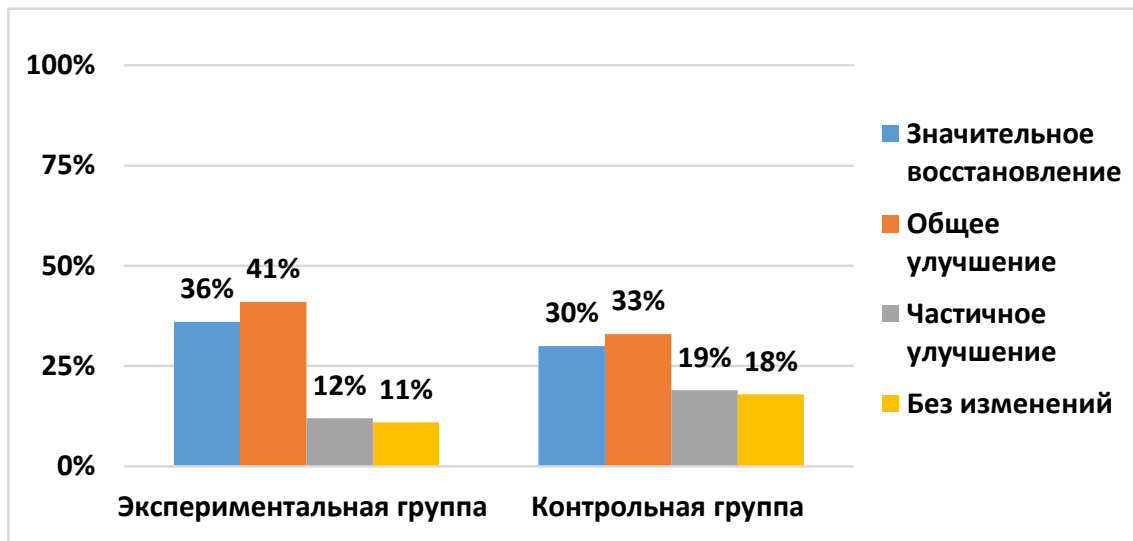


Диаграмма 5. Сравнительный анализ показателей логопедической работы в экспериментальной и контрольной группах

Полученные результаты убедительно свидетельствуют о практической эффективности предлагаемой нами модели системы логопедической работы при афазии.

## ГЛАВА 6. ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ПРОБЛЕМЕ

В шестой главе диссертации анализируются перспективные направления дальнейших исследований и практических разработок по проблеме исследования:

- совершенствование системы логопедической помощи пациентам с афазией в Республике Армения;
- исследование качества жизни людей с афазией, их ожиданий, потребностей, степени ресоциализации, а также качества жизни членов их семей;
- определение эффективности логопедической работы при афазии с использованием международной классификации функционирования (МКФ);
- изучение и разработка основных стратегических направлений вузов по повышению уровня подготовки специалистов, работающих в сфере нейрореабилитации.
- изучение и конкретизация деонтологического аспекта логопедической работы;

- создание общественных организаций, предоставляющих лечебную, коррекционно-педагогическую и психологическую помощь пациентам с органическими поражениями головного мозга (в том числе и с нарушениями речи) и их родственникам;
- исследования, направленные на повышение уровня информированности общества о проблемах людей с последствиями органического поражениями головного мозга, в том числе и с афазией;
- разработка методик оценки роли микросоциального окружения пациентов с афазией и другими нарушениями речи с целью повышения эффективности логопедической работы;
- формирование коммуникативно-речевой среды при различных нарушениях речи.

## **ВЫВОДЫ**

**Результаты проведенного исследования позволили сделать следующие выводы:**

1. Недостаточная изученность и социальная значимость проблемы восстановления речевой коммуникативной компетенции у пациентов с афазией определили актуальность данного исследования. С целью повышения результативности коррекционно-педагогической работы нами разработаны теоретико-методологические подходы к восстановлению речевой коммуникации при афазии, внедрена и апробирована концептуальная модель системы логопедической работы, направленная в первую очередь на восстановление практических коммуникативных речевых навыков. Модель системы логопедической работы представлена на трех взаимосвязанных между собой уровнях, что обеспечивает ее целостность и эффективность:

- концептуальном, отражающем основные медико-педагогические, социально-коммуникативные и психолого-педагогические теоретические положения, ставшие научной базой предлагаемой системы логопедической работы;

- организационно-методическом, раскрывающем конкретное содержание рекомендуемых и успешно апробированных направлений логопедической работы, а также коррекционно-педагогических подходов к процессу восстановления коммуникативной функции речи при афазии;

- практическом, реализующем логопедическую работу по восстановлению речевой коммуникации при афазии.

2. Определены основные направления эффективной реализации предлагаемой модели системы логопедической работы: 1) нейропсихологическое обследование и последующие мониторинги, 2) логопедическая терапия в процессе занятий, 3) логопедическая терапия коммуникативно-речевой средой.

3. Нами установлено, что эффективность логопедической работы при афазии зависит от ряда факторов, в том числе и от речевого материала, при отборе и

разработке которого важно учитывать лингвистические особенности и национально-культурный компонент восстанавливаемого языка, принципы и требования, предъявляемые речевому материалу, а также его коммуникативную направленность.

4. С целью восстановления речевой коммуникации при афазии у многоязычных индивидов необходимо, чтобы логопедическая работа проводилась не на одном языке, а на всех языках, которыми пациент владел до болезни. Нами разработаны билингвальные методы восстановления речи: дозирование языков, переключение с одного языкового кода на другой, сравнение, перевод, а также программа восстановления речи при афазии у многоязычных. В результате исследования доказано, что проведение логопедической работы с учетом преморбидного речевого опыта пациентов повышает ее результаты. Установлено, что фактор мультилингвизма влияет на тип спонтанного восстановления речи. Нами выделены следующие типы восстановления языков при афазии у многоязычных: параллельное, последовательное, смешанное, которые следует учитывать при определении тактики логопедической работы.

5. Доказано, что фактор речевой среды влияет на эффективность восстановления речевой коммуникации. На основании ряда критериев следует различать активную, пассивную и формальную речевую среду пациентов с афазией. Характер речевой среды наряду с другими факторами, может быть положен в основу прогнозирования результатов логопедической работы при афазии. Нами установлено, что активная речевая среда повышает результаты речевой терапии.

6. Введено понятие “формирование коммуникативно-речевой среды”, определяемое как необходимое условие опосредованного управления процессом восстановления речи и речевой коммуникации через микросоциальное окружение пациентов с афазией путем расширения рамок педагогического (логопедического) воздействия. В результате данного исследования было доказано, что формирование коммуникативно-речевой среды пациента повышает эффективность логопедической работы. Логопедическую терапию через среду следует рассматривать как полноправную составляющую процесса восстановления речевой коммуникации. В ходе данного исследования разработаны принципы ее формирования, этапы и формы сотрудничества логопеда с речевым окружением пациента.

7. Разработано новое направление логопедической работы: логопедическая терапия коммуникативно-речевой средой, в которой следует выделять специфическую и общую составляющие. Специфическая составляющая подразумевает подходы, важные для оказания эффективной логопедической помощи при афазии. Общая составляющая включает в себя подходы по формированию коммуникативно-речевой среды, актуальные для всей системы логопедической помощи, независимо от вида нарушения речи.

8. На основании анализа результатов опытной апробации подтверждена целесообразность и эффективность применения рекомендуемой нами модели системы логопедической работы при афазии.

9. Проведенное исследование раскрывает перспективы для дальнейшей диверсификации методов логопедического воздействия. Полученные результаты могут быть использованы в целях повышения эффективности логопедической работы в процессе преодоления других нарушений речи.

Таким образом, в ходе настоящего диссертационного исследования подтвердилась выдвинутая нами гипотеза о том, что логопедическая работа при афазии в первую очередь должна быть направлена на восстановление навыков речевой коммуникативной компетенции. Последнее удалось успешно осуществить путем применения на практике разработанной нами инновационной концептуальной модели системы логопедической работы при афазии.

### Список опубликованных работ по теме диссертации

1. Պայլոզյան Ժ.Հ., Աճեմյան Ժ.Հ. Աֆազիայով հիվանդների նյարդահոգեբանական հետազոտման սխեմա //Հոգեբանությունը և կյանքը, 2002, № 2, էջ 67 – 74:
2. Պայլոզյան Ժ.Հ. Լոգոպեդական խորհուրդներ աֆազիայով հիվանդների հարազատներին //Հատուկ մանկավարժություն և հոգեբանություն: Միջբուհական գիտամեթոդական հոդվածների ժողովածու, 2008, էջ 42 – 44:
3. Պայլոզյան Ժ.Հ. Աֆազիայով հիվանդների խոսքի վերականգնման մեթոդական ուղեցույց, Երևան, 2010, 40 էջ:
4. Պայլոզյան Ժ.Հ. Աֆազիայով հիվանդների խոսքի վերականգնման գործընթացի առանձնահատկությունները - // “Theoretical and practical issues of transforming society development” Intenational conference abstracts. Yerevan - 2012 - 16-17 April - p.107 – 108.
5. Պայլոզյան Ժ.Հ., Հասրաթյան Լ.Լ. Աֆազիա ունեցող անձանց խոսքի ապարգելակման գործընթացում կիրառվող խոսքային նյութի ընտրության չափանիշները //Հատուկ կրթության հիմնախնդիրներ: Գիտամեթոդական հանդես, 2015, էջ 104-111:
6. Պայլոզյան Ժ.Հ., Դավթյան Ս.Է. Լոգոպեդական խորհրդատվություն աֆազիա ունեցող անձանց ընտանիքների անդամներին //Մանկավարժության և հոգեբանության հիմնախնդիրներ, 2016, № 2, էջ 46 – 51:
7. Пайлозян Ж.А. К вопросу о проявлениях двуязычия при системных нарушениях речи (при афазии). // Распад и недоразвитие языковой системы: исследования и коррекция. /Отв. ред. Г.В. Сумченко. – СПб.,1991. – С.39 – 47.
8. Пайлозян Ж.А. Восстановление речи при афазии у билингвов: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. – Ереван, 1996. - 22 с.

9. Пайлозян Ж.А. Особенности логопедической работы при афазии у билингвов. //Проблемы патологии развития и распада речевой функции. /Отв. ред. М.Г. Храковская. – СПб., 1999. – С. 135 – 139.
10. Пайлозян Ж.А. О логопедической помощи больным с афазией. – //Медицинская наука Армении. - 2001. - № 1 – С. 103 -107.
11. Пайлозян Ж.А. Из опыта коррекционно-педагогической работы при афазии у многоязычных. //Дефектология. - 2002. – № 6. – С.82 – 84.
12. Пайлозян Ж.А. Восстановление речи при афазии у многоязычных. – //Школьный логопед. – 2006. – № 12. – С. 6 – 10.
13. Пайлозян Ж.А. О Восстановление речи при афазиях у многоязычных. - //Медицинская наука Армении. – 2007. - № 3. – С.92 – 96.
14. Пайлозян Ж.А. Афазиялогия: этапы развития и актуальные проблемы.– //Медицинская наука Армении. – 2011. -№ 1. - С. 27 – 37.
15. Пайлозян Ж.А. О роли микросоциального окружения в процессе нейропсихологической реабилитации пациентов с афазией. - // Медицинский вестник Эребуни. – 2011. - № 2 (46). - С.37 – 40.
16. Пайлозян Ж.А. Логопедическая терапия в системе нейрореабилитации. - //Медицинский вестник Эребуни. – 2012. - № 2 (50). - С.99 – 102.
17. Пайлозян Ж.А. Этапы сотрудничества логопеда с семьей пациента с афазией. - //Педагогическая мысль. – 2012. - № 3-4. - С.171 – 174.
18. Пайлозян Ж.А. Об информированности населения в вопросах афазии и восстановления речи. - //Армянский журнал психического здоровья. – 2012. - № 2. - С. 15 – 17.
19. Пайлозян Ж.А. Использование сказок в процессе восстановления речи. - //Русский язык в Армении. – 2012. - № 5 (74). – С.53 – 56.
20. Пайлозян Ж.А. Работа логопеда с семьей пациента с афазией. - //Специальное образование в Казахстане. – 2012. - № 4 (41). – С.6 - 8.
21. Пайлозян Ж.А. О спонтанном и направленном восстановлении речи при афазии. // Научный часопис. –серия 19, 2012. - № 23. - С.176 – 180.
22. Пайлозян Ж.А. О влиянии речевого окружения на результаты логопедической работы при афазии. //Дефектология. – М., 2013. - № 4. - С.86 – 92.
23. Пайлозян Ж.А. К вопросу о восстановлении речевой коммуникации при афазии. // Проблемы специального образования – 2014. – № 1. - С.153 – 156.
24. Пайлозян Ж.А. Использование сказок и игр в процессе восстановления речевой коммуникации при афазии. // Научный часопис. – серия 19, 2014. – № 27. - С.144 – 149.
25. Пайлозян Ж.А. Коммуникативно-речевая среда как фактор социально-психологической реабилитации пациентов с афазией. - //International ScientificPractical Conference “Inclusive Education: Current Issues and Challenges”. - Ереван, 2015. – С.316 – 319.

26. Пайлозян Ж.А. Использование элементов методики PECS в процессе восстановления речи и коммуникации при афазии. - //10th Eastern and Central European Regional Conference on Alternative and Augmentative Communication “Non-verbal communication as a means of achieving social and human rights”. - Кишинев, 2015. – С.50 – 53.
27. Пайлозян Ж.А. Особенности нейропсихологического обследования пациентов с афазией. //Vth International Scientific Conference “The Current Issues In Theoretical and Applied Psychology” – Ереван - 2015. – С.514 – 517.
28. Paylozyan Zh. On the speech restoration in polyglots with aphasia. - // Medical Science of Armenia. – 2007, № 3. – p. 92 – 96.

### **Պայլոզյան Ժաննա Հարությունի**

#### **ԽՈՍՔԱՅԻՆ ՀԱՂՈՐԴԱԿՑՄԱՆ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՒՄԸ ԱՖԱԶԻԱՅԻ ԺԱՄԱՆԱԿ**

#### **ԱՄՓՈՓՈՒՄ**

Մասնագիտական գրականության վերլուծությունը փաստում է, որ աֆազիա ունեցող անձանց խոսքային հաղորդակցական կարողությունների վերականգնման հիմնախնդիրը դեռևս արդիական է, ոչ բավարարուսումնասիրված և ունի հետագա հետազոտությունների կարիք: Սույնատենախոսությունը վերաբերում է աֆազիա ունեցող անձանց խոսքային հաղորդակցական կարողությունների վերականգնման հետազոտությանը:

**Ատենախոսության արդիականությունը** պայմանավորված է հիմնախնդրին առնչվող հետևյալ հակասություններով.

-Աֆազիայի առաջացման հիմնական պատճառը՝ ինսուլտը, «երիտասարդացել է», աֆազիա ունեցող անձանց խոսքի վերականգնումն ունի կարևոր սոցիալական նշանակություն, սակայն առկա նյարդավերականգնողական և շտկողամանկավարժական միջոցառումները այնքան էլ արդյունավետ չեն:

-Մասնագիտական գրականության մեջ կարևորվում է խոսքային հաղորդակցման վերականգնման անհրաժեշտությունը, բայց նշված խնդրի հաղթահարման լոգոպեդական մեթոդների ամբողջական համակարգ մշակված չէ:

-Լոգոպեդական աշխատանքում շեշտադրվում է աֆազիա ունեցող անձանց անհատական առանձնահատկությունները հաշվի առնելու անհրաժեշտությունը,

սակայն փաստացի անտեսվում է նրանց՝ մինչ հիվանդությունն ունեցած լեզվական և խոսքային հաղորդակցման փորձը՝ բազմալեզվության գործոնը:

-Հայտնի է, որ խոսքային միջավայրն ունի իր որոշակի ազդեցությունը խոսքի վերականգնման գործընթացի վրա, սակայն լոգոպեդական աշխատանքում բացակայում է այդ միջավայրի արդյունավետ կիրառման համակարգված մոտեցումը:

**Հետազոտության նպատակն է** մշակել աֆազիա ունեցող անձանց խոսքային հաղորդակցման վերականգնմանն ուղղված տեսամեթոդաբանական հիմքերը, գործնական մոտեցումները և փորձարարական ճանապարհով հիմնավորել դրանց արդյունավետությունը:

#### **Հետազոտության խնդիրներն են՝**

- պատմամեթոդաբանական վերլուծության ենթարկել աֆազիայի տեսության զարգացման փուլերը,
- ուսումնասիրել խոսքի և խոսքային հաղորդակցման վերականգնման ժամանակակից մոտեցումները,
- հիմնավորել խոսքային հաղորդակցման վերականգնմանն ուղղված լոգոպեդական գործընթացի կատարելագործման անհրաժեշտությունը,
- մշակել խոսքային հաղորդակցման վերականգնմանն ուղղված լոգոպեդական աշխատանքի հայեցակարգային մոդել,
- փորձարարական ճանապարհով հիմնավորել լոգոպեդական աշխատանքի՝ մեր կողմից մշակված հայեցակարգային մոդելի արդյունավետությունը,
- առաձառնել հիմնախնդրին վերաբերող հետազոտությունների հեռանկարային ուղղությունները:

#### **Հետազոտության գիտական նորույթն է՝**

-Մշակվել և ներդրվել է աֆազիա ունեցող անձանց խոսքի վերականգնման նորարարական հայեցակարգային համակարգ, որը հնարավորություն է տալիս լոգոպեդական պարապմունքների ժամանակ և դրանցից դուրս մոդելավորել և խթանել խոսքային հաղորդակցման կարողությունների վերականգնման գործընթացը:

-Մշակվել են աֆազիա ունեցող անձանց միկրոսոցիալական միջավայրի՝ լոգոպեդական գործընթաց ներգրավելու ուղիներն ու միջոցները: Հետազոտությունը հենված է մեր կողմից ներմուծված «հաղորդակցական-խոսքային միջավայրի ձևավորում» հասկացության վրա: Վերջինս հնարավորություն է ընձեռում ընդլայնելու խոսքի վերականգնման լոգոպեդական (մանկավարժական) ներգործության շրջանակները և միջնորդավորված ձևով կառավարելու խոսքի և խոսքային հաղորդակցման վերականգնման գործընթացը:

-Լոգոպեդական աշխատանքի համակարգում ստեղծվել է նոր ուղղություն. այն է՝ «լոգոպեդական թերապիա հաղորդակցական-խոսքային միջավայրի միջոցով», մշակվել են դրա ձևավորման սկզբունքները, լոգոպեդի և աֆազիա ունեցող անձի միկրոսոցիալական միջավայրի համագործակցության փուլերը և աշխատանքի տեսակները:

-Աֆազիա ունեցող անձանց հետազոտման, նրանց հետ լոգոպեդական աշխատանքի կազմակերպման և անցկացման ընթացքում կարևորվել են բազմալեզվության և խոսքային միջավայրի գործոնները: Նյարդահոգեբանական հետազոտման մինչ այդ կիրառվող սխեման մեր կողմից համալրվել է հետևյալ բաժիններով. «Խոսքային անամնեզ», որում աֆազիան տարբերակվում է բազմալեզու անձանց բնորոշ լեզվական ինտերֆերենցիայի դրսևորումներից և «Հաղորդակցում», որում բացահայտվում է խոսքային հաղորդակցական հմտությունների առաջընթացի բացահայտմանը:

-Դիվերսիֆիկացվել (բազմազանեցվել) են լոգոպեդական միջամտության մեթոդները. մշակվել են խոսքի և խոսքային հաղորդակցման վերականգնման բիլինգվալ մեթոդները, որոնք ենթադրում են երկու և ավելի լեզուների կիրառումը աֆազիա ունեցող բազմալեզու անձանց հետազոտման և լոգոպեդական աշխատանքի անցկացման գործընթացում: Ստեղծվել է աֆազիա ունեցող բազմալեզու անձանց խոսքի վերականգնման ծրագիր:

-Առաջին անգամ հայրենական լոգոպեդիայում մշակվել է աֆազիա ունեցող անձանց հետ իրականացվող լոգոպեդական աշխատանքի մոդել: Հաշվի առնելով հայոց լեզվի և ազգային-մշակութային առանձնահատկությունները՝ հայերենով ստեղծվել են աֆազիա ունեցող անձանց նյարդահոգեբանական հետազոտման սխեմա, խոսքային նյութ, խոսքի և խոսքային հաղորդակցման վերականգնմանն ուղղված գիտամեթոդական գրականություն:

-Գիտական շրջանառության մեջ են դրվել նոր եզրույթներ և հասկացություններ, մասնավորապես՝ «բազմալեզու անձանց խոսքի ինքնաբուխ վերականգնման տեսակներ», «լոգոպեդական աշխատանքի մոնոլինգվալ և բիլինգվալ/մուլտիլինգվալ մեթոդներ. լեզուների դոզավորում, անցում մի լեզվից մյուսին, թարգմանություն, համեմատություն», «խոսքային միջավայրի տեսակներ. ակտիվ, պասիվ, ձևական», «հաղորդակցական-խոսքային միջավայրի ձևավորում», «լոգոպեդական թերապիա հաղորդակցական-խոսքային միջավայրի միջոցով» և այլն:

**Հետազոտության տեսական նշանակությունը** կայանում է նրանում, որ

1. Ընդլայնվել է աֆազիա ունեցող անձանց հետ աշխատողների (լոգոպեդներ, բժիշկներ, հոգեբաններ, սոցիալական աշխատողներ և այլք) մասնագիտական գիտելիքների ծավալը:

2. Ստեղծվել է աֆազիա ունեցող անձանց հետ տարվող լոգոպեդական աշխատանքի համակարգի հայեցակարգային մոդել:

3. Ապացուցվել է հիվանդի միկրոսոցիալական միջավայրի ազդեցությունն աֆազիայի դեպքում իրականացվող լոգոպեդական աշխատանքի արդյունքների վրա:

4. Բացահայտվել է բազմալեզվության գործոնի ազդեցությունը խոսքի և խոսքային հաղորդակցման վերականգնման գործընթացի վրա:

**Հետազոտության գործնական նշանակությունը** պայմանավորված է.

1. Աֆազիա ունեցող անձանց խոսքային հաղորդակցման վերականգնման արդյունավետությունը բարձրացնող լոգոպեդական մեթոդների, հնարների, աշխատանքի ձևերի և ուղղությունների մշակմամբ:

2. Լոգոպեդ-աֆազիաբանների աշխատանքում՝ առաջարկվող մոդելի գործնական ներդրմամբ:

3. Աֆազիայի հաղթահարման վերաբերյալ հայերենով գիտական և ուսումնամեթոդական գրականության ստեղծմամբ:

4. «Լոգոպեդիա» մասնագիտության բուհական կրթության երեք մակարդակների (բակալավրիատ, մագիստրատուրա, դոկտորանտուրա) ուսումնական ծրագրերում, ինչպես նաև լոգոպեդների և վերականգնողական ոլորտի այլ մասնագետների վերապատրաստման համակարգում հետազոտության արդյունքների կիրառմամբ:

5. Հետազոտության արդյունքների՝ կրթական, առողջապահական և սոցիալական ապահովման համակարգերում կիրառմամբ:

6. Ուսումնասիրվող հիմնախնդրի հետագա հետազոտությունների հեռանկարային ուղղությունների առաջադրմամբ:

**Ատենախոսության ծավալը և կառուցվածքը.**

Ատենախոսության ծավալը կազմում է 271 համակարգչային էջ, բաղկացած է ներածությունից, 6 գլխից, եզրակացությունից, 297 գիտական աղբյուր պարունակող գրականության ցանկից: Ատենախոսությունն ունի 5 նկար, 9 աղյուսակ, 11 դիագրամ և 7 հավելված:

## Zhanna Paylozyan

### Speech Communication Rehabilitation in Case of Aphasia

#### SUMMARY

Professional literature review and analysis come to prove that speech communication rehabilitation in case of aphasia remains vital, is not completely studied and needs additional research. This research concerns the study of speech communication recovery of individuals with aphasia.

**The vitality of the research is conditioned by the following controversies:**

- Speech communication rehabilitation has a significant social meaning, especially nowadays, when the main cause of aphasia which is stroke has “rejuvenated”, but the current medical-rehabilitative and special pedagogical (logopedic) approaches are not effective enough.

- The necessity of speech communication recovery is emphasized in professional literature, but a comprehensive methodological system and strategies oriented to speech communication recovery in case of aphasia are not developed.

- The necessity to consider individual peculiarities of the patients with aphasia are stressed, but factually their premorbid language/speech communication experience (multilingualism factor) in the process of aphasia rehabilitation are neglected.

- The impact of micro social environment on the results of speech recovery is confirmed, but there is no systematic and effective approach developed that involves patient’s speech environment in the process of speech therapy.

**The aim of the research** is to elaborate on theoretical and methodological foundations, practical approaches and experimentally ground their effectiveness in process of speech communication rehabilitation for patients with aphasia.

**The objectives of the research are to:**

1. Do the historical-methodological analysis of aphasia theory development phases.

2. Study modern approaches to speech and speech communication rehabilitation.

3. Prove the necessity to perfect the logopedic processes during speech communication rehabilitation.

4. Develop speech therapy concept model addressed to speech communication rehabilitation for people with aphasia.

5. Define the main perspective tendencies for further research of the issue.

**Scientific novelty of the research is:**

- Development and introduction of an innovative concept model of speech therapy enabling to model and stimulate speech communication rehabilitation during and beyond the logopedic sessions for patients with aphasia.
- Elaboration and cultivation of the means and ways to involve micro social environment of the patient with aphasia in the processes of speech therapy. The key position of the research is the introduction of a new concept of “communication-speech environment formation”. Thus, serving as a necessary condition for mediating speech and speech communication recovery process management through the micro-social environment of the patient with aphasia, while widening the frames of logopedic (pedagogical) impact.
- The creation of a new direction in speech therapy system is suggested, which is called “Speech Therapy via Communication-speech Environment”. The formation principles of the new direction are developed, as well as, with the cooperation phases and activity types between speech therapists and micro social environment of the patient are created.
- Identification of the environment and multilingualism factors’ significance during aphasia rehabilitation process. The scheme of neuropsychological examination of the patient with aphasia is added to following sections accordingly: “Speech anamnesis” which allows separating aphasia disorders from premorbid language interference and “Communication” enabling to reveal speech communication skills rehabilitation dynamics.
- Diversification of the logopedic involvement methods. Development of bilingual /multilingual methods speech and speech communication recovery, which target the use of two or more languages in speech therapy in cases of aphasia among multilingual individuals. The speech recovery special program for multilingual individuals with aphasia is developed as well.
- Development of first Armenian aphasia rehabilitation concept model is carried for development of Armenian Speech Therapy. The scheme of neuropsychological examination, speech rehabilitation materials, scientific-methodological literature on speech and speech communication in Armenian are created.
- Presentation of new terms and concepts are introduced for scientific circulation and use for first time, such as: “The types of spontaneous recovery of speech for multilingual individuals”, “Monolingual, bilingual/multilingual methods of speech therapy”, “Bilingual methods of speech therapy: language dosing, switching from one language code to another, translation, comparison”, “Types of speech environments

(active, passive, formal)”, “Communication-speech environment formation”, “Speech therapy through communication-speech environment”, and others.

**The theoretical value of the research is as follows:**

1. Borden the professional knowledge of specialists and professionals who work with individuals who have aphasia. (e.i. speech therapists, medical doctors, psychologists, social workers and others)
2. Develop conceptual model systems of aphasia rehabilitation.
3. Ground and prove the impact of the micro-social environment of the patient on logopedic sessions in case of aphasia.
4. Discover the impact of multilingualism factor on speech recovery among multilingual individuals with aphasia.

**The practical value of the research is:**

1. The development of effective methods, skills, forms, and tendencies of speech therapy intervention which promote speech communication rehabilitation results.
2. Introduction of the recommended model system in aphasia rehabilitation sessions.
  1. Creation of scientific and professional literature on aphasia and its’ overcoming in Armenian.
  2. Introduction of the research results in “logopedy” specialty pre-service system (MA, BA, Ph.D) as well as in process of training to raise professional qualification among in-service speech therapist and other specialists who work in the fields of neuro-rehabilitation and re-socialization.
  3. Applying the results of the research in such spheres as education, healthcare, and social security.
  4. Defining perspective tendencies of further study of the problem.

**The volume and structure of the thesis.**

The total number of the pages is 271. The thesis consists of the introduction, two sections, six chapters, conclusion and the list of used literature containing 297 sources. The thesis contains 5 pictures, 9 tables, 11 diagrams and 7 appendixes.