

требности социальных партнеров в компетенциях личности, потребности ОУ НПО в развитии.

Критериями эффективности интегративных взаимодействий образовательного учреждения НПО и социальных партнеров выступают: положительное отношение к будущей профессиональной деятельности, его показателями являются: интерес к содержанию профессиональных знаний; применению приобретенных профессиональных знаний на практике, интерес к получению знаний в результате практической деятельности, теоретическому осмыслению ее результатов; мотивационно-ценностное отношение к профессии, самореализация в профессии, в качестве показателей использовано мотивационно-ценностное отношение к содержанию профессионального обучения; удовлетворенность выбором профессии; теоретическое осмысление основ профессиональной деятельности; профессиональный рост и саморазвитие; самореализация в профессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смирнов, И.П. Социальное партнерство: что ждет работодатель? : (итоги пилотного Всероссийского социологического исследования) / И.П. Смирнов, Е.В. Ткаченко. – М. : ООО «Аспект», 2004. – 32 с.
2. Социальное партнерство учреждений профессионального образования. Теория, практика, механизмы реализации / Е.В. Ткаченко, З.Г. Сафонова, Л.П. Панина, О.А. Фищукова. – Екатеринбург. : Изд-во УрО РАН, 2003. – 303 с.
3. Чапаев, Н.К. Интеграция образования и производства: методология, теория, опыт [Текст] / Н. К. Чапаев, М. Л. Вайнштейн. – М. : НП АПО, 2009. – 60 с.

Контактная информация: zpro_7@mail.ru

УДК 37.6

ПСИХОЛОГО-ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЬНЫХ С АФАЗИЕЙ В РАННЕЙ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ СТАДИИ

Ольга Петровна Пурцхванидзе, соискатель,

*Московский государственный гуманитарный университет им. М.А.Шолохова
(МГГУ им. М.А.Шолохова)*

Аннотация

Восстановительное обучение больных с афазией является важнейшим разделом современной афазиологии. К настоящему времени определены его методология, принципы, создан достаточно большой арсенал научно обоснованных методов работы по восстановлению у больных с афазией высших психических функций (ВПФ), и прежде всего речевой.

Ключевые слова: аудиовизуальная стимуляция, афазия, коррекционная работа, теория компенсации.

PSYCHOLOGY-SPEECH THERAPY DIAGNOSIS OF PATIENTS WITH EARLY POST-STROKE APHASIA

Olga Petrovna Purtskhvanidze, the competitor,

The Sholokhov Moscow State Humanitarian University

Annotation

Rehabilitative training of patients with aphasia is the most important section of modern afaziologii. To date, there have been determined its methodology, principles, created quite a large arsenal of scientific methods of rehabilitation for patients with aphasia of higher mental functions (APF), and, above all, speech.

Keywords: audio-visual stimulation, aphasia, correctional work, theory of compensation.

Наиболее частыми последствиями инсульта, требующими проведения активных

реабилитационных мероприятий, являются: двигательные нарушения и связанные с ними нарушения функции ходьбы и самообслуживания, когнитивные расстройства (загруженность сознания, снижение памяти, внимания, замедленность протекания психических процессов, в тяжелых случаях – снижение интеллекта), ослабление эмоционально-волевых процессов (депрессия, тревожность, аспонтанность). Не менее значимы и расстройства нейропсихологического спектра: различных видов, гнозиса, праксиса, речевые расстройства, в частности (афазия), а также связанные с ней нарушения письма и чтения [3].

Несмотря на методологическую и содержательную ценность положений современной афазиологии, представляется уместным констатировать, что специфика работы с больными в острой стадии заболевания не раскрыта в них в полной мере. Главным при этом является то, что имеющиеся методики, и прежде всего логопедические, не рассчитаны на самый острый период заболевания, который в большинстве случаев является решающим для конечного восстановительного эффекта. Из этого вытекает, что дальнейшие исследования, охватывающие именно острый период, являются крайне актуальными.

На основании вышеизложенного нами на базе неврологического отделения ФМБЦ им. Бурназяна г. Москвы проведено психолого-логопедическая диагностика, где принимало участие 76 больных с нарушениями речевой и других высших психических функций (ВПФ) в ранней постинсультной стадии, проходящих лечение в период с 2009 по 2011 гг. Больные госпитализировались по скорой помощи, сразу же после заболевания. Возраст больных колебался от 31 до 72 лет (48 мужчин и 28 женщин). Экспериментальная группа отбиралась из общего числа больных, проходящих лечение в отделении, при условии их выхода из состояния комы.

Цель констатирующего эксперимента состояла в выявлении особенностей общего состояния больных (сознания, ориентации в окружающем и др.), нарушений, состояния речевой и неречевых высших психических функций (ВПФ). Эксперимент состоял из 5-и блоков [1, 2]:

Блок I – Психолого-педагогические наблюдения за общим состоянием больных и их поведением.

Блок II – Обследование состояния актов еды и одевания.

Блок III – Распределение больных по формам афазии.

Блок IV – Обследование способности к восприятию слова.

Блок V – Обследование способности к воспроизведению слова.

Количественная оценка проводилась по 4-х балльной шкале: 0 баллов – правильное выполнение заданий; 1 балл – выполнение заданий более чем на 50%; 2 балла – выполнения заданий на 25%; 3 балла – невыполнение заданий или отказ от них.

РАЗДЕЛЫ КОНСТАТИРУЮЩЕГО ЭКСПЕРИМЕНТА И РЕЗУЛЬТАТЫ

Блок I

Изучались степень загруженности сознания больных, особенности их эмоционального реагирования, выносливость. Наблюдения велись, начиная со 2-3-го дня после поступления больных в стационар. Они осуществлялись во время прихода родственников, специалистов, во время занятий. Фиксировалось состояние сознания, эмоциональной сферы, ориентации в окружающем, выносливости. Конкретно отмечалось: насколько больной понимает факт прихода врача, логопеда; узнает ли родственников, сразу ли откликается на имя или вообще не откликается; понимает ли и насколько, назначения таких предметов как чашка, ложка и т.п.; понимает ли действия персонала по выполнению лечебных процедур; имеются ли адекватные эмоциональные реакции на ситуации, связанные с лечением и режимными моментами, на приход специалиста, на интонацию и смысл обращений к нему; имеются ли признаки адекватного эмоционального осознания болезни, например, понимает ли он цель прихода логопеда; выражает ли желание контакти-

ровать с ним в контакт, вызывает ли знаки протеста при предъявлении заданий; насколько быстро истощается. Несостоятельность в этих видах поведения являлось основанием для констатации состояния функции сознания и соответственно ориентации в окружающем. Она трактовалась как результат диализных тормозных влияний, выходящих за пределы пораженной площади и распространяющихся на непораженные, и, в первую очередь, на лобные доли.

Основные результаты, полученные по блоку I показали, что у 50 больных было загружено сознание: у 34 больных – частично, у 16 больных грубо с потерей ориентации в ситуации и соответственно они были полностью недоступны нейропсихологическому и логопедическому обследованию. У остальных 26 больных сознание было сохранным. У этих же больных отмечалась недостаточность эмоциональной сферы.

В таблице 1 приведены суммарные результаты распределения больных в зависимости от оценки степени осознанности больным ситуации.

Таблица 1

**Показатели степени изменений у больных сознания и эмоциональной сферы
(блок I констатирующего эксперимента)**

Функции	Баллы				Всего
	0	1	2	3	
	Число больных				
Степень неосознанности ситуации	26	16	14	20	76
Изменения эмоциональных реакций	14	10	32	20	76

Приведенные показатели свидетельствуют о том, что 50 больных из 76 находились в острой стадии инсульта в той или степени оглушенности. Эмоциональные функции оказались у них более частыми и устойчивыми, чем функция осознания. Их присутствие можно было наблюдать независимо от полноты осознания ситуации.

Блок II

В рамках данного блока велось наблюдения за больными во время приема пищи и одевания. Выявлено, что у 46 больных имелись гемипарезы, не позволяющие им самостоятельно есть и одеваться. Эти затруднения мы расценили как естественные и не требующие специального психолого-педагогического изучения. Однако у 14 больных, которые тоже не справлялись с актами еды и одевания, выраженных параличей и парезов конечностей не оказалось. Их несостоятельность была оценена как следствие апраксии еды и одевания. У 11-и из этих 14-и больных регистрировались правополушарные очаги поражения, у 3-х – левополушарные. В таблице 2 приведены показатели распределения больных по степени выраженности у них данных видов апраксии.

Таблица 2

**Распределение больных в зависимости от степени выраженности
апраксии еды и одевания**

Показатели праксиса еды		Показатели праксиса одевания	
Функции	Число больных	Функции	Число больных
Ест с помощью ложки самостоятельно, но медленно, с поисками поз	7	Одевается правильно	5
Ест с помощью ложки, но не ловко, роняя ложку и пытаясь пользоваться рукой без ложки	4	Одевается сам, но неловко	3
Ест ложкой, но с помощью	2	Не находит способа одеться	3
Не может есть ложкой	1	Одевается с помощью	2
		Отказывается одеваться	1
Всего	14		14

Блок III

В рамках этого блока определялась форма афазии. Для этого проводилось логопедическое и нейропсихологическое обследование особенностей речи и других ВПФ больных, проводился анализ результатов тестирования в соответствии с критериями, содержащимися в классификации афазий А.Р.Лурия. Учитывая острый период заболевания, и, следовательно, наличие симптомов «зашумляющих» основной синдром, вывод о конкретной форме афазии делался на основании преобладающих, наиболее выпукло выступающих расстройств. В результате больные распределялись по формам афазии следующим образом:

Таблица 3

Распределение больных по формам афазии

Формы афазии	Число больных	Проценты (%)
Сенсомоторная	41	53,9
Комплексная (афферентно-эфферентная) моторная	21	27,6
Динамическая	9	11,8
Тотальная	5	6,7
Всего	76	100

Как и ожидалось, больные со смешанной сенсомоторной афазией составили основной контингент (41 чел.). Речевые расстройства у них были наиболее тяжелыми. Средняя и легкая степень нарушений речи отмечалась редко.

Блок IV

4.1. Состояние неречевого слухового восприятия

Обследовалась способность больных к распознаванию Стимулы – неречевые шумы (природные и предметные, музыкальные разных жанров (полька, марш, вальс, колыбельная), звукоподражания, которые предъявлялись в магнитофонной записи, в произвольном порядке.

Выявлено, что восприятие природных и предметных шумов вызывало затруднения практически у всех больных, но особенно грубо у больных со смешанной сенсомоторной афазией. Этот факт не явился неожиданным: именно природные и предметные шумы являются, согласно данным лингвистики, первоисточниками формирования фонетико-фонематической системы языка в антропо - и онтогенезе. Полученные результаты подтверждают базисную роль невербальных компонентов слухового восприятия для вербальной способности.

4.2. Состояние функции восприятия слова

Предъявлялись реальные, находящиеся вокруг предметы и изображенные на картинках, в том числе стилизованные. Давалось задание показать предмет по названию, воспринятому на слух. Предъявлялись также слова с оппозиционными фонемами. Больной должен показать соответствующие предметы на картинках или же объяснить смысл этих слов.

Анализ результатов по данному блоку показал, что у 50-и больных из 76-и со всеми формами имело место отчуждение смысла слова, а, следовательно, у них имелись относительно «чистые» нарушения речевого слухового гнозиса. В таблице 4 показано распределение степени выраженности принципиально важного для понимания речи отчуждения смысла слова у больных с разными формами афазии.

Показано, что отчуждение смысла слова имело место не только у больных с сенсомоторной афазией, но и при других формах афазии. Эти данные свидетельствуют о заинтересованности в патологическом процессе левой височной доли практически у всех больных, независимо от формы афазии. Обнаружилось также, что трудности восприятия речевых стимулов коррелировали с затруднениями в восприятии неречевых шумов. Это результат подтверждает связь невербально-вербальных ассоциаций в картине распада способности к восприятию слова.

Таблица 4

**Распределение степени выраженности отчуждения смысла слова
по разным формам афазии**

Форма афазии	Оценки в баллах			Всего	
	1	2	3	Число больных	%
	Число больных				
Больные с комплексной (афферентно-эфферентная) моторная афазией	10	18	2	30	39,5
Больные со смешанной сенсомоторной афазией	2	16	15	33	43,4
Больные с динамической афазией	2	7	-	9	11,8
Больные с тотальной афазией			4	4	5,3
Всего	15	41	20	76	100

Обращает на себя внимание, что у больных с комплексной моторной и сенсомоторными афазиями восприятие слова нарушено практически в равном соотношении. Нормативные показатели у обследованных больных отсутствовали.

Блок V

5.1. *Воспроизведение единичных кистевых и пальцевых поз (кинестетический праксис)*

5.2. *Воспроизведение серий кистевых и пальцевых поз: кулак-ладонь-ребро; кулак — кольцо — ладонь и пр.*

5.3. *Воспроизведение оральных поз*

5.4. *Воспроизведение артикуляционных поз и серий поз, т.е. афферентного и эфферентного артикуляционного праксиса.*

Полученные данные дают основание для вывода о том, что в острой постинсультной стадии имеется однозначная зависимость понимания звукового состава слова (его языковой компонент) от состояния гностико-праксической базы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Визель, Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии : методическое пособие / В.М. Шкловский, Т.Г. Визель. – М. : Изд-во «Секачев В.», 2011. – 100 с.

2. Организация специализированной нейрореабилитационной помощи больным с очаговыми поражениями головного мозга в результате инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний центральной нервной системы : методическое письмо : утв. Минздравсоцразвития РФ 06.02.2006 N 504-PX [Электронный ресурс] // URL : <http://rudocor.net/medicine/bz-aw/med-tmtac/index.htm>. – Дата обращения 30.07.2011.

3. Шохор-Троцкая (Бурлакова), М.К. Речь и афазия: методологический подход к преодолению речевых расстройств / М.К. Шохор-Троцкая (Бурлакова). – М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 416 с.

Контактная информация: nka1975@mail.ru