

5. Климов, Е. А. Введение в психологию труда / Е. А. Климов. – Москва: Культура и спорт; ЮНИТИ, 1998.

6. Мурафа, С. В. Исследование причин эмоционального выгорания учителя географии / С. В. Мурафа, Н. Ю. Дьячина // География и экология в школе XXI века. – 2022. – № 1. – С. 45–49.

7. Плавник, Н. К. Эмоциональное выгорание у подростков / Н. К. Плавник // Народная асвета. – 2023. – № 3. – С. 88–92.

(Дата подачи: 27.02.2025 г.)

И. М. Якжик

Городская клиническая больница № 11, Минск

I. Yakzhik

11 City Clinical Hospital, Minsk

УДК 159.91:74.579.3

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ЛОГОПЕДА-АФАЗИОЛОГА В КОНТЕКСТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL ASPECTS OF THE WORK OF APHASIOLOGICAL IN THE CONTEXT OF ADDITIONAL EDUCATION

Статья посвящена одному из наиболее серьезных речевых нарушений афазии у взрослых. Нарушения речи являются вторым по значимости дефектом (после двигательных расстройств) у больных, перенесших инсульт. Показана роль логопеда в общении врачей и пациентов с поражением головного мозга. Индивидуальный подход к оказанию логопедической помощи пациентам в отделении существенно повышает эффективность реабилитации.

Ключевые слова: нарушения речи; логопедическая помощь; афазия; индивидуальный подход; алгоритм дефектологической помощи.

The article is devoted to one of the most serious speech disturbances of adults aphasia. Speech problems are the second most significant defect (after movement disorders) in patients suffering from stroke. A clinical example shows the role of a speech therapist in communication between doctors and patients with severe brain damage. An individual approach to the provision of speech therapy to patients in intensive care units significantly increases the effectiveness of rehabilitation.

Keywords: speech disturbances; speech therapy; aphasia; individual approach; algorithm-speech therapy.

В системе здравоохранения на основании приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.03.2018 № 203 «О мерах по дальнейшему совершенствованию коррекционно-педагогической помощи пациентам в учреждении здравоохранения» и в целях совершенствования

организации коррекционно-педагогической помощи лицам с нарушениями речи, голоса слуха и повышения ее качества утверждены инструкции об оказании такого вида помощи. Сохраняется актуальным вопрос оказания качественной, преемственной, перспективно-мультидисциплинарной (логопедической, психологической, медицинской) помощи взрослому населению в Республике Беларусь.

Проблемы восстановительного обучения, психолого-педагогического сопровождения пациентов отражены в работах современных белорусских, российских педагогов в рамках медицинской педагогики (Н. А. Березовской, Е. Ф. Святской, Т. М. Ходаковской, М. В. Афанасьева, Е. Ю. Васильевой, Л. Н. Лаптевой, Е. И. Рублевской и др.). Вместе с тем восстановительное обучение больных афазией задолго фундаментализовали всемирно известные ученые П. Брока, К. Вернике, А. Р. Лурия, И. П. Павлов, Н. А. Бернштейн, П. К. Анохин, А. Н. Леонтьев, Л. С. Выготский, Э. С. Бейн, Т. Г. Визель, Н. И. Жинкина, Л. С. Цветкова, В. М. Шкловский и др. В практике применения современной афазиологии знания о принципах структуры функциональной организации психических процессов, их механизмах, речевых синдромах, возникающих при поражении отделов головного мозга, о некоторых способах преодоления расстройств речевой и других высших психических функций. И тем ни менее эти знания требуют систематизации и уточнения с позиции практического применения с обратной связью – теоретической систематизацией.

В широком смысле речь – это способность человека производить обмен информацией посредством высказываний. Патологии речевых отделов мозга достаточно условны: поражение височно-теменных отделов приводит к расстройствам понимания речи; при патологии лобных и теменных долей первично нарушается способность выражать свои мысли с помощью речевых высказываний. Последствиями инсультов являются патологии высших психических функций, речевые нарушения, психические расстройства. В результате наличия речевых и двигательных расстройств потенциально жизнь становится ограниченной в семейной, профессиональной, общественной сфере. После ряда мероприятий по спасению жизни пациент сталкивается с новыми, ограниченными возможностями жизнедеятельности, зачастую, нуждается в постоянном уходе. Следует отметить, что ведущим фактором в определении степени инвалидности является именно речевое нарушение. Коммуникативные ограничения делают пациента более инвалидизированным (Л. С. Цветкова, Ж. М. Глозман).

М. М. Щербакова [1; с. 15], говоря о нарушениях когнитивных функций (память, гнозис, речь, праксис, внимание, интеллект), указывает на важность качественной дифференциальной диагностики в точном определении первичности нарушения. При этом нужно учесть, что возможна обратимость афазии в ее чистом виде, что делает возможным прогноз положительной динамики при максимально быстром начале восстановительных

мероприятий. Вместе с тем многие ее формы затруднительны в работе и требуют от специалистов индивидуализации подхода, что, безусловно, возможно только при высоком уровне профессионализма и индивидуально-комплексного подхода к каждому пациенту. Кроме того, необходимо время на лонгитюдное исследование когнитивных нарушений. В динамике дифференциальная диагностика самая точная, ее непредсказуемость в практической деятельности могла бы стать предметом исследования.

Т. А. Доброхотова (в соавторстве Н. Н. Брагина, К. К. Карменян) указывает, что вариантов афазии значительно больше, чем на сегодня изучено. Причем многие из них не укладываются ни в одну из описанных принятых форм афазии. Самый простой пример – обязательность уточнения проявления левшества, не ограничивающееся учетом только леворукости [2; с. 77]. Полагаем, указанная специфичность и неоднородность подтверждает правильность подхода, сложившегося в реабилитационном отделении № 2 для неврологических больных УЗ «11 ГКБ» – диагностическую процедуру проходят все пациенты, вне зависимости от наличия первичных данных о повреждении (того или иного) головного мозга у поступившего пациента.

Работа логопеда-афазиолога в условиях стационара строится на комплексе, прежде всего, медицинских и педагогических знаний. Равно как и взаимодействие со всем медицинским персоналом обеспечивает точность, своевременность, результативность речевой помощи. Работа логопеда-афазиолога с пациентами отделения проводится по алгоритму, в котором выделим следующие этапы:

1. Предконсультирование / предконтакт / сбор анамнестических данных:

- изучение медицинской документации (история болезни, наличие сопутствующих заболеваний, изучение эпикризов о предыдущих госпитализациях, в том числе в иные клиники); разбор (в присутствии или без присутствия пациента в зависимости от его физического состояния) мультидисциплинарной бригадой. На этом этапе возможно и составление реабилитационного маршрута, планирование процедур, их последовательность и первоочередность;

- беседа с лечащим врачом (неврологический диагноз, прогноз реабилитационного потенциала и пр.). основополагающим решением как в назначениях, так и в реабилитационном маршруте сохраняется за лечащим врачом, ввиду этого все диагнозы, их коррекция, необходимость дифференциальной диагностики и прочее согласуются именно с ним;

- беседа с психологом: психологическая диагностика, когнитивный статус (наличие/отсутствие нарушений), психоэмоциональное состояние, мотивация к реабилитационным мероприятиям, прогноз реабилитационного потенциала. Ключевыми являются дифференциальная диагностика когнитивных нарушений (степени выраженности этих изменений), коррекция (возможность осуществлять коррекцию, сроки/прогноз) и консультация (как самого пациента, так и его родственников);

- беседа логопеда-афазиолога с близкими пациента при поступлении (характер протекания и сроки болезни, вопросы степени возможности социальной коммуникации, запрос на речевую работу (формулировка основных речевых проблем), ожидания от реабилитационных мероприятий, возможность участия в социо-медико-психо-педагогических, реабилитационных мероприятиях).

2. Установка контакта с пациентом:

- знакомство с пациентом: сбор анамнестических данных; характер протекания и сроки болезни, анализ степени социальной коммуникации (дезкоммуникации);

- прояснение предъявляемых речевых жалоб или констатация невозможности (некоторая, частичная, тотальная) предъявления жалоб ввиду речевых нарушений;

- анализ психоэмоционального состояния, характеризующего стабильность или подвижность эмоционально-психологической характеристики речи;

- характер установки на реабилитацию (мотивация к реабилитации вообще; дефектологическая – мотивация к восстановительному обучению).

3. Логопедическая диагностика. Определение характера и уровня речевых нарушений. Изучение нарушений других функций и соотнесение речевых нарушений с иными, в частности, когнитивными функциями.

4. Логопедическое заключение. В ходе логопедического обследования, фиксируются степень возможности установки контакта, ориентирование во времени, пространстве, личности, ясность сознания. Предельно важной частью исследования является определение ведущего полушария (при невозможности оценки используется иной инструментарий). В логопедическом исследовании, а ранее (частично) – в неврологическом статусе, оценивается лицевая мускулатура, работа языка, тонус, глоточный рефлекс, саливация, строение зубного ряда.

Описание произносительной стороны речи производится с учетом специфики речевого дыхания, степени разборчивости речи, исследуется темп, ритм, голос и тембр. Экспрессивная функция речи зачастую требует динамического изучения (в разное время суток, после отдыха/после физических нагрузок и т. д.). Импрессивная функция речи помимо прямого изучения (в диагностической работе с дефектологом) зачастую требует дополнительного наблюдения в общении с иными лицами – с лечащим врачом, соседями по палате, медицинским персоналом во время физиопроцедур, родственниками во время посещения и т. д. Такой подход трудоемок, однако позволяет выявить все речевые нарушения, их специфику проявления и составить наиболее подходящую программу восстановительного обучения.

5. Разработка программы восстановительного обучения. Программа восстановительного обучения основана на общих правилах восстанови-

тельного обучения, однако имеет специфичность применения и должна обладать коррекционной гибкостью ввиду индивидуализации проявления тех или иных речевых нарушений.

6. Логопедическая работа. Курс реабилитации в стационаре составляет 26–28 календарных дней. Занятия с больными афазией проводятся ежедневно. В случаях тотальной афазии количество занятий в день может быть увеличено. Подобное же практикуется при наблюдении в динамике, при дифференциальной диагностике, а также с целью недопущения переутомления пациента. В процессе работы логопед-афазиолог не только фиксирует динамику, но корректирует программу восстановительного обучения.

7. Завершение логопедической работы. Во всех случаях коррекции степени нарушения речи – повторное логопедическое заключение. Пациент и его родственники получают рекомендации вне зависимости от степени нарушения, динамики восстановительного обучения.

8. Анализ эффективности реабилитационного обучения. Этот аспект имеет, прежде всего, практическое значение – динамика изменений качества речи каждого конкретного пациента, отсюда качество его социальной жизни. В совокупности – позволяет выявить и систематизировать общие положения исходя из количественных и качественных критериев.

В представленном алгоритме качественно использованы психологическая и социальная основа реабилитации.

Работа логопеда-афазиолога в условиях стационара строится на комплексе, прежде всего, медицинских и психолого-педагогических знаний.

В реабилитационном отделении пациенты находятся на второй, третьей стадии восстановления после болезни (как по временным характеристикам, так и по периодичности), некоторые из них направлены во второй, третий раз. Безусловно, эффективность напрямую зависит от начала реабилитационных мероприятий в наиболее раннем периоде: максимальное улучшение двигательных функций отмечается в первые шесть месяцев. Бытовые навыки и трудоспособность возможна в течение года. Что касается речевых функций, с момента развития ОНМК речевое восстановление зачастую требует не менее 2–3 лет [3, с. 4].

Следует понимать, речевое восстановление на практике имеет специфические особенности, равно как основными принципами реабилитации являются раннее начало, ее длительность и систематичность, этапность, комплексность и степень участия самого пациента. Именно поэтому важны психолого-педагогические знания в процессе работы не только с пациентом, но и с близкими. В практике школы больных афазией проводится не только работа с пациентами, но по запросу, и с родственниками. Стоит отметить низкую осведомленность населения и необходимость проведения просветительско-педагогической работы, поскольку специфичность речевого нарушения у взрослого требует специфичности подхода как в речевой реабилитации, так и в повседневной речи.

Таким образом, психолого-педагогические аспекты работы логопеда-афазиолога в условиях стационара должны быть построены по алгоритму, психологических и социальных основ реабилитации; встроены в комплекс медицинских и педагогических знаний, учитывая необходимость раннего вмешательства, длительность и систематичность, этапность, комплексность и степень участия (мотивации) в реабилитации самого пациента.

Ввиду специфики оказания психолого-педагогической помощи в стационарах реабилитационных отделений, значимым и до сих пор открытым остается вопрос обучения специалистов педагогического профиля, повышения квалификации, переподготовки педагогов (педагогов-психологов, учителей-дефектологов, учителей-логопедов) и необходимость выстраивания системы взаимодействия педагогической и медицинской науки в широком смысле. С этой целью необходим комплексный подход к обучению специалистов для работы в условиях стационара, оказания реабилитационной помощи больным. От высшей школы требуется создание новых систем дополнительного образования, повышения квалификации, переподготовки для решения поставленных задач.

Список использованных источников

1. *Щербакова, М. М.* Когнитивные нарушения и их реабилитация в неврологической клинике (психологический подход) / М. М. Щербакова. – Москва: Секачев В., 2021. – 228 с.
2. *Доброхотова, Т. А.* Нейропсихиатрия / Т. А. Доброхотова. – 2-е изд. – Москва: БИНОМ, 2014. – 304 с.
3. *Щербакова М. М.* Программы восстановления дизартрий у больных с последствиями инсульта / М. М. Щербакова. – Москва: Секачев В., 2022. – 52 с.

(Дата подачи: 28.02.2025 г.)

Ян Иминь

Белорусский государственный педагогический университет
имени М. Танка, Минск

Yang Yimin

Belarusian State Pedagogical University named after M. Tank, Minsk

УДК 159.9

КАРЬЕРНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ И ЧЕРТЫ ЛИЧНОСТИ КИТАЙСКИХ СТУДЕНТОВ

CAREER ORIENTATIONS AND PERSONALITY TRAITS OF CHINESE STUDENTS

В статье на базе социально-когнитивной теории карьерного развития и реципрокного детерминизма А. Бандуры карьерное поведение человека рассматривается как результат взаимодействия и взаимоизменения личностных факторов и профессиональной