

**Суворова Евгения Александровна,**  
Кандидат педагогических наук,  
ФГБОУ ВО «Псковский государственный университет»

**Суворов Вячеслав Александрович,**  
Медицинский центр «Медика»

**Тимофеева Юлия Александровна,**  
ФГБОУ ВО «Псковский государственный университет»

## ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АФАЗИЕЙ ПОСЛЕ ОНМК

**Аннотация:** В статье рассматриваются основные принципы психолого-педагогического сопровождения больных с афазией. Обозначаются актуальные проблемы процесса сопровождения. Предлагаются пути к их разрешению.

**Ключевые слова:** Психолого-педагогическое сопровождение, афазия, мультидисциплинарная бригада, Острые нарушения мозгового кровообращения.

Острые нарушения мозгового кровообращения (далее – ОНМК) занимают одну из лидирующих позиций в структуре заболеваемости, смертности и инвалидизации взрослого населения [1]. Примерно у 40 – 50 процентов лиц, перенесших инсульт и черепно-мозговую травму, возникают нарушения высших психических функций, в том числе речи, в виде афазии [3].

Человек в таком состоянии оказывается не в состоянии вернуться к прежней трудовой деятельности, испытывает значительные затруднения в самообслуживании, ведении домашнего хозяйства, не может полноценно участвовать в коммуникации. Все это неизбежно приводит к психологической травме и расстройствам адаптации [5]. В этом случае только полноценный реабилитационный процесс позволит нивелировать или уменьшить названные проблемы.

Коррекционно-педагогическая работа при афазии – одна из составных частей логопедической работы по преодолению речевых расстройств. В ее основе лежит достаточно полное использование нейропсихологических основ речевой деятельности, у истоков которой стоят работы ведущих специалистов отечественной нейропсихологии А. Р. Лурии, Э. С. Бейн и Е. Д. Хомской, Л. С. Цветковой и их учеников

Целью реабилитации в целом, является восстановление человека как личности, включая физиологические, физические, психологические и социальные его функции, возвращение его к социально-бытовой деятельности, создание оптимальных условий для его активного участия в жизни общества и достижима только при условии тесной интеграции и координации деятельности специалистов различного профиля, участвующих в процессе реабилитации.

В настоящее время в России успешно реализуется 2 первые ступени реабилитации, создаются сосудистые центры, отделения реабилитации в которых организован полноценный реабилитационный процесс. Залогом успешности этого процесса становится наличие мультидисциплинарной команды, которая включает в себя следующих специалистов: невролога; врача по лечебной физкультуре (врач по физической реабилитационной медицине); инструктор-методиста ЛФК (физический терапевта); логопеда; медицинского психолога; медицинских сестер и младшего ухаживающего



персонала. Слаженная работа мультидисциплинарной команды обеспечивает максимальное раскрытие реабилитационного потенциала больного, позволяет выстроить адекватный реабилитационный маршрут.

Методические рекомендации по ОНМК, разработанные Министерством здравоохранения РФ, на втором и последующем этапе реабилитации указывают основной ее маршрут: из неврологического отделения в отделение восстановительной терапии, затем амбулаторный этап (поликлиника и дневной реабилитационный центр), затем по возможности санаторий. Движение по этому маршруту во многом определяется обследованием в конце первого этапа лечения [2].

Однако реализация данного маршрута становится значительно затруднена в связи с отсутствием полноценной реализации 3 ступени реабилитации.

Третий этап медицинской реабилитации проводится в амбулаторных и санаторных условиях. Амбулаторная реабилитация реализуется в условиях поликлинического реабилитационного центра или восстановительных кабинетов поликлиники.

К сожалению, организационные сложности, отсутствие полноценной материальной базы, кадровый дефицит приводят к тому, что большинство больных после прохождения второй ступени оказываются вне реабилитационного процесса или вынуждены организовывать его самостоятельно с привлечением собственных финансовых средств.

Представляется необходимым повсеместное создание единой нормативной базы для организации 3 ступени реабилитации на базе поликлинической службы, организация амбулаторных реабилитационных служб.

Согласно приказу Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 788н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых" амбулаторное отделение осуществляет следующие функции: оценка реабилитационного статуса пациента и его динамики на основании анализа жалоб, анамнеза, физикального обследования, клинических данных, результатов лабораторных, инструментальных исследований, назначенных лечащим врачом и/или врачом по физической и реабилитационной медицине/врачом по медицинской реабилитации, данных обследований, проведенных медицинским психологом/врачом-психотерапевтом, медицинским логопедом, специалистом по физической терапии, специалистом по эргореабилитации; установление реабилитационного диагноза, включающего характеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия пациента), влияния факторов среды и личностных факторов на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ) и его изменения в процессе проведения мероприятий по медицинской реабилитации; оценка реабилитационного потенциала в намеченный отрезок времени; формирование цели и задач проведения реабилитационных мероприятий; формирование и реализация индивидуального плана медицинской реабилитации (далее – ИПМР); оценка эффективности реализованных в рамках ИПМР реабилитационных мероприятий; составление заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего реабилитационный статус, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации ИПМР с описанием достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента; ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о медицинской деятельности [4].

В структуру данной службы традиционно входят те же специалисты мультидисциплинарной бригады, что и на предыдущих ступенях реабилитации. Рассмотрим целесообразный функционал и специфику работы специалистов психолого-педагогического профиля на 3 – ступени.



Медицинский логопед проводит логопедическое обследование и на основании его результатов, анамнестических данных, выписки из отделения реабилитации ставит речевое заключение с указанием степени выраженности нарушения и объема коммуникативных возможностей больного [3]. Следует отметить необходимость взаимосвязи второй и третьей ступени реабилитации. Желательно, чтобы в выписку больного попали долгосрочные цели из протокола обследования логопеда 2 ступени реабилитации. Основываясь на данных целях, собственном обследовании, логопед совместно с нейропсихологом составляет программу восстановительного обучения. Учитывая тот факт, что больных на 3 ступени реабилитации будет много, целесообразно делать акцент на домашнюю работу больного. Для этого необходим большой объем методического материала для коррекции каждой формы афазии. Очные занятия логопедом в таком случае можно проводить один раз в неделю.

Еще одну категорию больных с афазией составляют люди, двигательные расстройства которых не позволяют им пропасть на очный прием к логопеду. В таком случае целесообразным будет использование дистанционных видео технологий (зум, скайп, различные месенджеры).

Нейропсихолог исследует память, внимание, гностическую, практическую сферу, речь, письмо, счет и другие высшие психические функции, разрабатывает и реализует программы восстановительного и коррекционного обучения, основываясь на выявленных проблемных звеньях. Наблюдает за динамикой восстановления нарушенных функций, проводя повторные нейропсихологические обследования [3].

Особая важность нейропсихологических занятий для больных с афазией заключается в том, что базой восстановления речевой функции служат именно гнозис, праксис, высшие психические функции. Сочетанная работа нейропсихолога и логопеда позволяет значительно сократить сроки восстановления речевой функции. Следует отметить необходимость согласованной работы нейропсихологов третьей и второй ступени реабилитации. Обязательное наличие выписки нейропсихолога второй ступени при приеме документов на третью ступень реабилитации.

Психолог занимается психодиагностикой, проводит психологическое исследование личности, принимает участие в составлении программы лечения, в том числе психотерапевтического процесса. Проводит индивидуальную, групповую и семейную психотерапию [3]. Необходимо отметить, что должность психолога и нейропсихолога не должны быть объединены в силу принципиального отличия направленности работы. Если нейропсихолог работает в первую очередь над восстановлением высших психических функций и вторичных полей коры головного мозга, что позволяет ускорить темпы речевой и когнитивной реабилитации, то психолог затрагивает личностную сферу больного, помогает принять свое новое состояние и адаптироваться к нему. Уменьшает выраженность психологической травмы и ее последствий в повседневной жизни больного.

Социальный работник занимается вопросами профориентации, профподготовки, содействует рациональному трудоустройству больных, сохранивших способность к трудовой деятельности. Социальный работник совместно с врачами, психологами, логопедами разрабатывает индивидуальную реабилитационную программу, поддерживает связь с социальными работниками района по месту проживания больного, решает вопросы оформления прописки, наследования, определения в дом-интернат и др., совместно с учреждениями по труду и занятости населения формирует «банк данных» рабочих мест для реализации адекватных условий трудоустройства (в том числе надомной работы) для лиц с патологией речи [3]. «больным при нарушениях речи и других высших психических функций».

Последнее направление особенно актуально для лиц, находящихся на 3 ступени реабилитации. Зачастую благодаря реабилитационным мероприятиям они способны



выполнять некоторые трудовые действия, которые по уровню сложности значительно проще, чем те, которые они выполняли до болезни. Отсутствие банка данных рабочих мест для людей с инвалидностью после ОНМК, недостаточность информирования о имеющихся местах, незаинтересованность работодателей в трудоустройстве инвалидов приводит к тому, что больные с афазией оказываются вне трудовой деятельности. Это приводит как к снижению уровня жизни, так и психологической депривации больного. Больные впадают в депрессивное состояние, теряют мотивацию к занятиям с другими специалистами. Работа социального работника в этом случае представляется как мотивирующий фактор, которые объединяет усилия остальных специалистов с целью дальнейшего трудоустройства человека.

Трудности организации плавного реабилитационного процесса во многом связаны с рассогласованной работой всех трех ступеней реабилитации.

Представляется целесообразным организация ежеквартальных консилиумов в которых бы принимали участие специалисты мультидисциплинарной бригады каждой ступени. Это позволило бы решить такие актуальные вопросы как преемственность сопроводительной документации специалистов, подходов к реабилитации больных, обмен опытом, повышение реабилитационной компетентности и т.д.

Базой для проведения консилиумов могло бы стать наиболее материально оснащенное учреждение здравоохранения любой ступени реабилитации.

Построение единой реабилитационной системы с привлечением согласованных усилий специалистов позволило бы значительно повысить эффективность процесса реабилитации.

*Список литературы:*

1. Данилова Т. В Эффективность применения антиакадемического средства Димефосфон на первом этапе реабилитации у пациентов в остром периоде ишемического инсульта в каротидной системе / Т. В. Барабаш // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. № 121(3). – 44-51.

2. Методические рекомендации по ОНМК: Принципы диагностики и лечения больных с ОНМК / Методические рекомендации Министерства здравоохранения РФ. – Официальное издание, 2015 – 40 с.

3. Приказ Минздрава РФ от 28.12.1998 N 383 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций» [Электронный источник].- Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС "Система ГАРАНТ": Мобильный ГАРАНТ онлайн. Интернет-версия / НПП "ГАРАНТ-СЕРВИС-УНИВЕРСИТЕТ". URL: /<https://www.base.garant.ru/4175525/>(дата обращения 08.11.2023)

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» [Электронный источник]. – Доступ из системы ГАРАНТ // ЭПС "Система ГАРАНТ": Мобильный ГАРАНТ онлайн. Интернет-версия / НПП "ГАРАНТ-СЕРВИС-УНИВЕРСИТЕТ". URL: /<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74581688/>(дата обращения 08.11.2023)

5. Шохор – Троцкая М. К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии / М.К. Шохор – Троцкая – Москва: «Институт общегуманитарных исследований», В. Секачев, 2002. – 182 с.

