



Development of Scientific and Educational System: European Vector – 2025

**Series of monographs
Slovak Publishing House
NES Nová Dubnica s.r.o.**

Monograph 3

Publishing House NES
Nová Dubnica s.r.o., 2025



Development of Scientific and Educational System: European Vector – 2025

**Series of monographs
Slovak Publishing House
NES Nová Dubnica s.r.o.
Monograph 3**

Publishing House NES Nová Dubnica s.r.o., 2025

Editorial board :

Róbert Hulák – PhD, NES s.r.o., Slovenská Republika

Jiří Kabelka – PhD, DEL a.s., Czech Republic

Jitka Belková – Master of Engineering and Technology, Slovenská Republika

Zdeněk Navrátil – Master of Mechanical Engineering, Czech Republic

Reviewers :

Filip Gabriš – PhD, NES s.r.o., Slovenská Republika

Jana Hudecová – Master of Engineering and Technology, Slovenská Republika

Zdeněk Králíček – PhD, DEL a.s., Czech Republic

Series of monographs Slovak Publishing House NES Nová Dubnica s.r.o.,
Slovenská Republika

Monograph 3

The authors bear full responsible for the text, quotations and illustrations

Copyright by NES Nová Dubnica s.r.o., Slovenská Republika, 2025

ISBN 988 – 963 – 8454 – 15 – 6 – 6S

Editorial compilation

Publishing House NES Nová Dubnica s.r.o.

M.Gorkého 820/27, P.O.BOX

018 51 Nová Dubnica, Slovenská Republika

tel. +421-42-4401 209

TABLE OF CONTENTS

CHAPTER 1. MODERN BASICS OF ECONOMICS, MANAGEMENT AND TOURISM	7
1.1. Analysis of the Impact of Corporate Culture on the Well-Being and Productivity of Enterprise Employees	7
1.2. Optimization of Integrated Marketing Communications in the Hotel Industry in the Context of Digital Transformation	15
1.3. Transformation of Ukrainians' Media Consumption in the Wartime Conditions	25
1.4. Research and Development of International Economic Activities of Ukrainian Breweries	34
1.5. Research of Volunteer Movement as a Systemic Phenomenon in Conditions of Economic Instability and Crisis	48
1.6. Pharmaceutical Supply Chain Management: Approaches to Optimization	63
CHAPTER 2. INNOVATIONS IN MODERN MEDICINE AND BIOLOGY	73
2.1. Indicators of Central Hemodynamics and Integrative Hemodynamic Indexes in the Background of Acquired Myopia and Viral Hepatitis C (Comparative Analysis)	73
2.2. Comparative Analysis of Central Hemodynamic Indices and Integrative Hemodynamic Indices Taking into Account the Type of GNI (Cholerics and Sanguins)	81
2.3. Innovative Approaches to the Treatment of Epilepsy	90
CHAPTER 3. INNOVATIVE AND MODERN FOUNDATIONS OF PEDAGOGY AND PSYCHOLOGY	106
3.1. Ways and Methods of Activating the Learning Activities of Primary School Pupils in the Lessons of "I Explore the World"	106
3.2. Inclusive Ethics as a New Paradigm of Modern Moral Philosophy	130
3.3. Features of the Formation of the Emotional and Volitional Sphere of Children with Intellectual Development Disorders	138
3.4. Ptraining of Students-Defectology for Corrective and Restorative Assistance to Adults with Aphasia	146
3.5. Organizational and Methodological Foundations of the System for Developing the Economic Competence of Future Technology Teachers ...	164
CHAPTER 4. SCIENTIFIC VIEWS ON LAW AND HISTORY	185
4.1. The Need to Modernize Higher Legal Education in Ukraine: Problems and Solutions	185
4.2. Foreign Trade of Hetman Ukraine in the First Half of the XVIII th Century	193
CHAPTER 5. MODERN TRENDS IN THE DEVELOPMENT OF LINGUISTICS AND PHILOLOGY	215
5.1. Teaching German as a Second Foreign Language After English: Didactic and Methodological Aspects	215

CHAPTER 6. METHODOLOGY OF TEACHING ENERGY CYCLE DISCIPLINES FOR STUDENTS OF SPECIALTY A5.33 PROFESSIONAL EDUCATION (POWER ENGINEERING, ELECTRICAL ENGINEERING AND ELECTROMECHANICS)	225
6.1. Implementation of Educational Software in Teaching Energy Cycle Disciplines for Applicants for Specialty A5.33 Professional Education (Power Engineering, Electrical Engineering and Electromechanics)	225
6.2. Laboratory Practical as a Form of Organizing Training in Energy Cycle Disciplines	229
ANNOTATION	235
ABOUT THE AUTHORS	240

moral consciousness and the ability to build constructive relationships with their environment.

References:

1. Kolupayeva, A. (2009). *Inclusive education: Realities and prospects* (Monograph). Series: Inclusive Education.
2. Malynovych, L. (2017). Psychological features of interaction in families raising a child with developmental disorders. *Proceedings of the scientific and practical conference with international participation "Psychology of National Security"*, 174–176.
3. Kolupayeva, A. A., & Taranchenko, O. M. (2018). *Pedagogical technologies of inclusive education*. Kyiv: KENGURU.
4. Voznyuk, O. (2019). Features of the professional activities of specialists in psychological and pedagogical support of a child with special educational needs in an inclusive educational environment: Methodical recommendations. Zhytomyr: Communal Institution "Zhytomyr Regional Institute of Postgraduate Pedagogical Education" of the Zhytomyr Regional Council.
5. Dyatlenko, N. M., Sofiy, N. Z., Martynchuk, O. V., & Nayda, Yu. M. (2015). *Teacher assistant in an inclusive classroom*. Kyiv: Pleiades.
6. Kolupayeva, A. A., Danilavichyute, E. A., & Lytovchenko, S. V. (2012). *Professional cooperation in an inclusive educational institution*. Kyiv: ASC Publishing Group.
7. Chebotaryova, O. (Ed.). (2020). *Parent's guide: Practical recommendations for distance learning of children with intellectual disabilities* (Educational and methodological manual). Kyiv: ISP named after Mykola Yarmachenko, NAPS of Ukraine.
8. Alekseeva, H. V. (2020). Play as a means of socialization of preschoolers. *Formation of modern pedagogical technologies and educational systems: Proceedings of the II Scientific and Practical Conference* (Zaporizhzhia, December 4-5, 2020), Kherson, 149–151.

**3.4. Ptraining of Students-Defectology for Corrective and
Restorative Assistance to Adults with Aphasia**

**ПІДГОТОВКА СТУДЕНТІВ-ДЕФЕКТОЛОГІВ ДО КОРЕКЦІЙНО-
ВІДНОВЛЮВАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ДОРΟΣЛИМ З АФАЗІЄЮ**

В умовах повномасштабної війни, політичної нестабільності та під дією екологічно руйнівних чинників помітно збільшується кількість травм, захворювань, які приводять до появи афазії. На проблему афазії та відновлювальної допомоги все більше звертають увагу дослідники в галузі логопедії, нейропсихології, психолінгвістики, лінгвістики та ін. Така зацікавленість ґрунтується, з одного боку, на важливості її вивчення для поглиблення уявлень про роботу мозку, про зв'язок мовлення з мозком, про психофізіологічні сфери, про взаємодію мовлення з іншими психічними процесами; а з іншого боку – інтерес до цієї галузі знань зумовлений її соціальною

та практичною значимістю в зв'язку з питаннями відновлення повноцінної життєдіяльності таких хворих як військовозобов'язані.

Зазначимо, що більшість дослідників вважають, що афазія – це системне порушення мовлення, яке охоплює різні рівні організації мовлення, впливає на його зв'язки з іншими психічними процесами та призводить до дезінтеграції всієї психічної сфери індивіда [8, с. 297].

Теоретичні та практичні аспекти проблеми афазії в дорослих досліджені в працях вчених: Е.С. Бейна, Т.Г. Візеля, О.Р. Лурії, А.Ю. Обухівської, В.В. Опеля, Л.Г. Столярової, М.К. Шеремет та ін. Проте для афазії характерними є специфічні прояви, значні індивідуальні особливості протікання захворювання, що в свою чергу спричинює необхідність розробки цілеспрямованих методів відновлення мовлення.

Значний вклад у розвиток корекційно-відновлювальних методик був зроблений дослідниками: О.Р. Лурія, Н.М. Пилаєвою, В.М. Шкловським, Л.С. Цветковою, М.К. Шохор-Троцькою, А.Ю. Обухівською та ін.

Таким чином, гостра актуальність проблеми, недостатнє вивчення питань, пов'язаних з вивченням даного порушення і психолого-корекційної допомоги вимагає поглибленого вивчення диференційованої логопедичної програми в процесі корекційно-відновлюваної роботи з особами з афазією.

Мета нашого дослідження полягає у розробці і апробації методики надання логопедичної допомоги дорослим із афазією.

Завдання:

1. Проаналізувати теоретичні аспекти афазіології.
2. Виявити в процесі дослідження особливості мовленнєвих та немовленнєвих функцій у дорослих із афазією.
3. Апробувати диференційовану методику відновлення мовлення при афазії, визначити її ефективність.

Об'єкт дослідження – процес відновлення мовленнєвих функцій у дорослих з афазією. Предмет дослідження – особливості корекційно-відновлювальної роботи при афазії у військових.

Сукупність методів дослідження дозволила оцінити стан порушених мовленнєвих та немовленнєвих функцій хворих з афазією, а також з'ясувати та апробувати методи та прийоми корекційно-відновлювальної роботи.

Теоретичною основою роботи є наукові уявлення про структуру та варіативність мовленнєвого порушення при афазії, про відношення порушених мовленнєвих і немовленнєвих психічних функцій. Матеріали дослідження удосконалюють існуючу систему реабілітації хворих із афазією.

Наукова новизна полягає в тому, що було запропоновано диференційовану методику психолого-педагогічного впливу з урахуванням, ступеня та локалізації ураження головного мозку; експериментально апробовано алгоритм, спрямування, методи та прийоми корекційно-відновлювальної діяльності логопеда при афазії у воїнів.

Практичне значення результатів полягає у розробці методики, яка використовується в системі корекційно-відновлювальної діяльності логопедів-волонтерів із військовими хворими на афазію.

Теоретичною основою також стали дослідження в області неврологічної реабілітації хворих, які перенесли інсульт або черепно-мозкову травму (Л.О. Бадалян, Г.А. Педаченко, Т.А. Доброхотова, Л.Б. Лихтерман), клінічної нейропсихології (Н.К. Корсакова, Л.І. Москвічюте), а також корекційно-відновлювальне навчання хворих з афазією (Т.В. Ахутіна, М.К. Бурлакова, Т.В. Візель, В.В. Оппель, Н.М. Пилаєва, В.М. Шкловський та інші).

Як зазначають вчені Л.С. Цветкова, М. Крітчлі, вчення про афазію отримало на сьогодні назву «афазіологія» (наука може бути самостійною галуззю наукових знань, яка не є частиною логопедії, неврології чи нейропсихології). Адже, більшість перерахованих дослідників вважають, що афазія – це повна або часткова втрата мовлення внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку [2].

Так, дослідники: М.К. Бурлакова, Т.В. Візель, В.В. Оппель, Н.М. Пилаєва зазначають, що афазія – це порушення вже сформованого мовлення, що виникає при локальних ураженнях кори лівої півкулі (у правшів) і являють собою системні розлади різних форм мовленнєвої діяльності. Афазії проявляються у вигляді порушень фонематичного, морфологічного і синтаксичного компоненту мовлення, а також порушується розуміння зверненої мовлення при збереженості рухів мовленнєвого апарату, які забезпечують членороздільну вимову і елементарні форми слуху. Як зазначають вчені, афазія – це повна або часткова втрата мовлення внаслідок органічного ураження кори головного мозку. Афазія – це системне порушення мовлення, яке охоплює різні рівні організації мовлення, впливає на його зв'язки з іншими психічними процесами та призводить до дезінтеграції всієї психічної сфери індивіда. Важливо зазначити, що при афазії порушується, в першу чергу, комунікативна функція мовлення [1; 2].

Тривалість процесу відновлення мовлення та психокорекційної роботи залежить від величини уражень мовленнєвих зон кори головного мозку. Відповідно, чим більший ступінь ураження мовленнєвих та прилеглих до них зон кори головного мозку, тим складнішим та тривалішим є процес відновлення та реабілітації хворого після травм, інсультів тощо.

Слід зазначити, що ми підтримуємо думку про те, афазія – це розпад і втрата вже сформованого мовлення, викликана локальним органічним ураженням мовленнєвих зон головного мозку. На відміну від алалії, при якій мовлення не формується від самого початку, при афазії можливість вербального спілкування втрачається після того, як мовленнєва функція вже була сформована (у дітей віком більше 3-х років або в дорослих). У хворих із афазією наявне системне порушення мовлення, тобто тією чи іншою мірою страждає експресивне (звукимовна, словник, граматики) та імпресивне мовлення (сприйняття і розуміння), внутрішнє та писемне мовлення (читання і письмо).

Крім мовленнєвої функції також страждає сенсорна, рухова, особистісна сфера, психічні процеси, тому афазія належить до найскладніших розладів, вивченням якого займаються неврологія, логопедія, логопатологія, нейропсихологія та медична психологія.

Вчені лікарі наголошують, що афазія є наслідком органічного ураження кори мовленнєвих центрів головного мозку, тому етіологія афатичного розладу накладає відбиток на його характер, перебіг і прогноз. Серед причин афазії найбільшу питому вагу мають судинні захворювання головного мозку – геморагічні та ішемічні інсульти. При цьому у хворих, які перенесли геморагічний інсульт, частіше відзначається тотальний або змішаний афатичний синдром; у пацієнтів з ішемічними порушеннями мозкового кровообігу – тотальна, моторна або сенсорна афазія.

Крім того, до афазії можуть призвести черепно-мозкові травми, запальні захворювання мозку (енцефаліт, лейкоенцефаліт, абсцес), внутрішньочерепні пухлини головного мозку, хронічні прогресуючі захворювання ЦНС (вогнищеві варіанти хвороби Альцгеймера і хвороби Піка), нейрохірургічні операції.

Факторами ризику, що підвищують ймовірність виникнення афазії, вважають поранення в голову в зоні бойових дій, похилий вік, сімейний анамнез, церебральний атеросклероз, гіпертонічна хвороба, ревматичні вади серця, перенесені транзиторні ішемічні атаки, інші травми та пухлини голови. Тяжкість синдрому афазії залежить від локалізації й об'єму осередку ураження, етіології, компенсаторних можливостей, віку пацієнта і преморбідного фону.

Так, при пухлинах головного мозку афатичні порушення зростають поступово, а при черепно-мозкових травмах та інсульті – швидко. Внутрішньомозковий крововилив супроводжується тяжкими порушеннями мовлення, ніж тромбоз або атеросклероз. Відновлення мовлення у молодих пацієнтів із травматичними афазіями відбувається скоріше і повніше за рахунок більшого компенсаторного потенціалу.

Спроби систематизувати форми афазії на підставі анатомічних, лінгвістичних, психологічних критеріїв неодноразово робили різні дослідники. Однак найбільшою мірою запитами клінічної практики відповідає класифікація афазії за О.Р. Лурією, яка враховує локалізацію вогнища ураження в домінантній півкулі – з одного боку, і характер виникаючих при цьому порушень мовлення – з іншого. Відповідно до цієї класифікації розрізняють моторну (еферентну й аферентну), акустико-гностичну, акустико-мнестичну, амнестико-семантичну і динамічну афазію.

Методична програма відновлювальної роботи індивідуальна для кожного хворого і залежить від особливостей розладів його мовлення, особистості самого хворого, його інтересів, потреб. Перш ніж почати відновлення мовлення у хворого, необхідно знати:

* з даною категорією людей повинен займається логопед-афазіолог – це фахівець, робота якого в корені відрізняється від роботи дитячого логопеда, в залежності від вікового розвитку людини;

* відновлення мовлення при афазії в перші три місяці після травми або інсульту значно підвищують шанси на відновлення, як мови, так і загальної моторики, дрібних рухів.

Заняття з хворими дорослими повинні проводитися не рідше 3-х разів на тиждень, а краще – щодня впродовж декількох місяців. Робота проводиться в 2-х режимах (робота з фахівцем і самостійна робота). Логопедична робота при афазії залежить від виду та складності ураження [5].

Отже, працюючи з особами з афазією важливо враховувати, що ранній початок психокорекційної роботи дозволить досягнути кращих результатів, та попередить засвоєння мовленнєвих аграматизмів.

Як вважають учені-методисти, важливо починати роботу з подолання порушень експресивного мовлення, а потім роботу потрібно проводити над усіма компонентами мовлення (фонетичний, лексичний, граматичний, зв'язне мовлення), враховуючи при цьому особливості відповідної форми афазії у хворого та специфіки порушень мовленнєвих функцій. При цьому необхідно зауважити, що важливим в процесі відновлювальної роботи з особами з афазією є включення соціального оточення (родичів, знайомих, сусідів, медичний персонал). Адже основним мовленнєвим порушенням при афазії є труднощі або повна втрата активного мовлення.

В залежності від форми афазії спостерігаються порушення імпресивного та експресивного мовлення, проявляються артикуляційні труднощі (кінетичні, кінестетичні апраксії), ехололалії, емболофразії, парафразії, копролалії, дизграфія, дислексія, акалькулія, порушення відтворення ритмічного малюнку мовлення та порушення емоційно-вольової сфери.

Впродовж багатьох років вчення про афазію розвивалася під впливом різних наукових галузей та течій, що збагатило її величезним теоретичним та практичним матеріалом.

Проте і зараз важливим залишається нейропсихологічний напрям у вивченні афазії, який був започаткований на початку минулого століття і є безпосереднім продовженням і розвитком неврологічного вчення про афазії П. Брока, К. Верніке, а також нейропсихологічна концепція порушень мовлення та інших вищих психічних функцій, що була заснована і розроблена О. Р. Лурія та його послідовниками.

Вченими [1; 3; 6] визначено, що всі форми афазії об'єднує те, що у всіх випадках спостерігається порушення мовлення як складної психічної функції, яка тісно пов'язана з іншими психічними процесами, а також безпосередньо з особистістю особи та її соціальним статусом.

На сучасному етапі, афазія, як порушення мовлення, мало проявляється ізольовано. Це пояснюється тим, що дане порушення може виступати лише одним із симптомів складного комплексу різноманітних порушень, які виникають внаслідок ураження відповідних зон кори головного мозку. Саме тому вони супроводжуються руховими, чуттєвими порушеннями, а також зниженням інтелектуальної активності.

Як зазначають вчені, особливо важкими, в таких випадках можуть бути розлади загальної та дрібної моторики, які спостерігаються у осіб з афазією.

Тому велике значення приділяється комплексному обстеженню осіб з афазією, яке здійснюється мультидисциплінарною командою – лікарями, нейропсихологами, психологами, логопедами.

Теоретичною основою корекційно-відновлювальної роботи є сучасні уявлення в психології про вищі психічні функції як функціональні системи, їх системну та динамічну локалізацію, особливості їх формування та взаємозв'язок з мовленням.

На основі цих теоретичних знань фізіологами, психологами, неврологами та логопедами (Т.Г. Візель, В.М. Шкловський, Л.С. Цветкова та ін.) розроблено і використано на практиці шлях функціональної перебудови відповідних систем методом відновлювального навчання.

В практиці корекційно-відновлювального навчання виділяють два напрями:

1. Заміщення порушених функцій іншими, за рахунок компенсаторних можливостей.
2. Створення та закріплення нових функціональних систем, які включають в роботу функціональні ланки, які не були задіяні у виконанні відповідних порушених функцій.

Дослідниця Л.С. Цветкова вважає, що основою ефективності корекційно-відновлювальної роботи при афазії є правильно розроблені принципи відновлювального навчання, які було сформульовано на основі ідей О.Р. Лурії.

Принципи корекційно-відновлювальної роботи з особами з афазією умовно поділяють:

1. Психофізіологічні:
 - принцип кваліфікації порушення;
 - принцип використання збережених сенсорних систем;
 - принцип створення нових функціональних систем;
 - принцип опори на різні рівні організації психічних функцій;
 - принцип опори на всю психічну сферу особистості в цілому та на окремі збережені психічні процеси.
2. Психологічні:
 - принцип врахування особистості;
 - принцип опори на збережені форми діяльності;
 - принцип організації діяльності;
 - принцип програмового навчання;
 - принцип системного впливу на порушення;
 - принцип врахування соціальної природи людини.
3. Психолого-педагогічні:
 - принцип «від простого до складного»;
 - принцип врахування обсягу та різноманітності матеріалу
 - принцип врахування складності вербального матеріалу
 - принцип врахування емоційної складності матеріалу [6].

Як свідчать вчені [7, 8], важливим в структурі особистості є ставлення до свого порушення осіб з афазією, яка може проявлятися як в недооцінці, так і переоцінці свого стану та своїх можливостей.

Так, у деяких можуть проявлятися елементи логофобій, невпевненість у своїх діях та поведінці, спроби уникати комунікативних контактів, а в інших випадках характерним є не використання необхідних зусиль для реалізації своїх потенційних та компенсаторних можливостей під час соціальної взаємодії.

В процесі корекційно-відновлювальної та реабілітаційної допомоги особам з афазією необхідно працювати не тільки над відновленням мовленнєвих функцій, а й відновленням немовленнєвих функцій. Адже для осіб з афазією характерні порушення емоційно-вольової сфери (аспонтанність, інактивність, інертність) та психічних процесів (зорові, слухові, тактильні агнозії, апраксії).

Відновлювальна робота при афазії складна і тривала, важливо також виділити ряд основних принципів, які сформувались в практиці подолання афазії:

1. Комплексний медико-педагогічний характер впливу.
2. Ранній початок відновлювальної роботи.
3. Поетапність відновлення мовленнєвої функції.
4. Попереджувачий характер логопедичного впливу.
5. Використання «обхідних» шляхів, опора на збережені аналізатори.
6. Робота над всіма компонентами мовлення.
7. Позитивний емоційний фон роботи [3].

В психолого-корекційній роботі виділяють два періоди:

- гострий (до двох місяців після захворювання),
- резидуальний (після двох місяців і далі).

Основою відновлювального навчання є компенсаторі можливості головного мозку. Для відновлення порушених функцій в процесі корекційної роботи використовуються як прямі, так і обхідні компенсаторні механізми.

Прямі методи розгальмування використовуються переважно для активізації резервних внутрішньофункціональних можливостей.

Обхідні методи включають побудову компенсаторних функцій на основі перебудови порушеної функції за рахунок міжфункціональних перебудов.

Крім того корекційна робота має бути спрямована, перш за все, на відновлення комунікативних вмінь осіб з афазією. Необхідно стимулювати мовленнєву діяльність хворого не тільки на заняттях, а й в сім'ї, соціальному оточенні та громадських місцях.

Отже, для ефективності корекційно-відновлювальної та реабілітаційної роботи з особами з афазією необхідно враховувати ряд принципів, особливості форми афазії, а також особливості порушень емоційно-вольової сфери, ступеню виявленого порушення, етапу захворювання, індивідуальних особливостей порушення мовлення.

Ранній початок, правильно підібрані диференційовані в залежності від форми афазії методи, прийоми та шляхи корекції, продумана психокорекційна

програма відновлювальної роботи дозволить досягнути успіху в процесі реабілітації.

В процесі психолого-корекційної роботи з особами з афазією важливим та необхідним є комплексний вплив на формування та відновлення мовлення в цілому. Тому відновлювальна робота повинна бути спрямована на всі компоненти мовлення хворого.

При будь-якій формі афазії необхідно працювати над звуковим аналізом і синтезом слова, над читанням та письмом, відновленням розуміння узагальнюючих понять, багатозначними словами та словами з переносним значенням, розвитком вільного та розгорнутого мовлення.

Важливо відзначити, що створення відповідного емоційного фону та емоційного контакту, встановлення правильних взаємовідносин, врахування індивідуальних та особистісних особливостей відіграє неабияку роль в процесі реабілітації хворих.

У даній частині тексту ми висвітлимо результати констатувального експерименту, в ході якого було використано ряд методів і прийомів експериментального вивчення стану мовлення та психічних функцій осіб з афазією.

У 3 досліджуваних афазія настигла в результаті перенесеного інсульту, у 6 осіб афазія виникла в результаті черепно-мозкової травми під час бомбардувань.

Дослідження проводилось в три етапи:

Перший етап – включив аналіз медичної та психолого-педагогічної документації кожного хворого.

Другий етап – первинне обстеження та діагностика хворого.

Третій етап – експериментальне навчання та вивчення динаміки мовленнєвих функцій під час корекційно-відновлювальної роботи.

Розподіл хворих залежно від локалізації ураження кори головного мозку подано в таблиці 1. Данні представлені з врахуванням уражень декількох зон кори головного мозку (ураження одночасно потиличної та скроневої зон кори головного мозку).

Табл.1

Локалізація уражень зон кори головного мозку

Локалізація ураження	Всього
Лобна доля	2
Скронева доля	2
Тім'яна доля	3
Потилична доля	2

Діагностика стану мовлення військових з афазією відбувалась за наступною схемою:

1. Дослідження загальних комунікативних здібностей, проведення бесіди для з'ясування:

- повноти самостійного мовлення хворого;
- розуміння ситуативного, повсякденного мовлення;

- ступінь мовленнєвої активності;
- темп мовлення, його загальної мелодико-ритмічної сторони;
- ступінь розбірливості мовлення.

2. *Дослідження розуміння мовлення.* Для цього пропонувались для слухового сприйняття:

- відповідні спеціальні усні інструкції (прості, по типу «підніміть руку» та складні інструкції, по типу «візьміть телефон зі столу, покладіть на підвіконник, а потім покладіть в кишеню»)
- завдання на знаходження предметів за усною інструкцією: «покажіть стілець», «покажіть вікно», «покажіть двері, вікно», «покажіть око, ніс, вухо»;
- робота з короткими сюжетними текстами;
- логико-граматичні конструкції: «покажіть де коло під трикутником», «покажіть де мама сина, а де син мами», «покажіть правим мізинцем ліве вухо» тощо.

3. *Дослідження автоматизованих рядів:*

- прямий рахунок (від 1 до 10) та зворотній (від 10 до 1);
- перерахування днів тижня, місяців;
- закінчення прислів'їв та приказок, а також виразів із сталим контекстом («я мию руки холодною...»), та довільним контекстом («я купив нову...») тощо.
- проспівування пісень з словами.

4. *Дослідження відображеного мовлення:*

- повторення звуків, складів, слів, різних за складністю та звуковою структурою (наприклад «рука», «кімната», «автокатастрофа»);
- повторення фраз (наприклад «дівчинка читає книжку», «Зранку випав перший сніг»);
- повторення скоромовок («Росте липа біля Пилипа»).

5. *Дослідження стану номінативної функції мовлення:*

- називання реальний предметів та їх зображень;
- називання дій (відповідь на питання: «Що робити?», «Що роблять?» за сюжетними малюнками);
- називання кольорів;
- називання пальців;
- називання букв;
- називання чисел.

6. *Дослідження особливостей фразового мовлення:*

- складання простих, складних, непоширених, та поширених речень за сюжетними картинками;
- складання речень із ряду запропонованих слів;
- заповнення пропусків в реченнях (наприклад: « високо в небі світить жовте...», «я завжди зранку...», «в магазині я купляю...» тощо).
- складання розповіді за сюжетним малюнком.

7. Дослідження фонетико-фонематичного компоненту. Для цього пропонувались ряд завдань:

- повторення пар складів далеких та близьких за звучанням;
- повторення пар слів: контрастних за довжиною («море – корабель», «кіт – машина», зі схожою складовою структурою але різними за звучанням («риба- нога», «бочка- чашка»), близьких за звучанням («рак-мак», «сом-том»);
- показ відповідного складу або слова, які пропонуються на зображення («покажіть де написано «па», а де «ба», де написано «рак», а де мак» тощо);
- оцінка хворим правильності повторення логопедом складів та слів із опозиційними за звучанням фонемами, які логопед промолляє в довільному порядку правильні та не правильні варіанти.

8. Дослідження мовленнєво-слухової пам'яті. Хворому пропонується повторити:

- серію звуків («а, с, у», «б, ч, і» тощо);
- серію слів («кіт-рак-мак», «дім-ліс-ніч, кіт»);
- короткі та довгі, поширені та непоширені фрази та речення.

9. Дослідження розуміння змісту та смислу слів. Хворому пропонується:

- Пояснити пряме значення окремих слів. Дати відповідь на питання: «Що таке «зошит», для чого він потрібен?», «Що таке радість?», «Яка різниця між словами: «помилка» та «обман»?;
- Пояснити переносне значення слів, фраз, метафор. Запропонувати дати відповідь на питання: «Що означає мати «золоті руки»?», «Що означає бути на «сьомому небі»?», «як розуміти приказку: сім раз відмір, один раз відріж?» тощо.

10. Дослідження стану читання та письма:

- читання та письмо під диктовку окремих букв, складів, слів, словосполучень, а також коротких текстів;
- самостійне написання слів та фраз за малюнками;
- звуко-буквений аналіз слова: з'ясування кількості звуків, складів у слові, перерахування букв;
- складання слів із розрізного алфавіту.

11. Дослідження орального та просторового праксису. Пропонувались завдання:

- висунути язик, підняти догори-донизу, закласти за щоку, подути, витягнути, розтягнути губи, надути щоки, тощо;
- два рази подути і два рази поцокати язиком, чергуючи ці рухи декілька разів;
- виконання серій рухів пальців та рук («кулак-рубро-долоня»).

12. Дослідження рахунку:

- виконання простих арифметичних операцій, наприклад:
 $2+3=...$, $13+5=...$, $22+6=...$
- заповнення пропущеного арифметичного знаку:

5...5=25, 21...3=7, 6...2=4

Відповідно до даних, які були отримані в процесі обстеження та діагностики військових з афазією нами було виділено наступні критерії:

1. *Мовленнєво-комунікативний* (правильність мовлення, словникове багатство, чуття мови);
2. *Соціально-прагматичний* (наявність діалогічного, монологічного мовлення, вміння працювати з диференційованими завданнями);
3. *Емоційно-вольовий* (немовленнєві засоби виразності: жести, міміка; мовленнєві засоби виразності).

У відповідності до складності порушення та отриманих даних ми виділи три ступеня прояву мовленнєвого порушення:

- важкий;
- середній;
- легкий.

Важкий ступінь. Порушення артикуляційного праксису: ізольовані звуки вимовляють лише з опорою на зоровий аналізатор, труднощі відтворення серії звуків. Значне порушення імпресивного мовлення: спостерігаються труднощі сприйняття мовлення. Практично недоступне використання автоматизованих рядів. Самостійне мовлення відсутнє, або наявні мовленнєві емболи, штампи, стереотипні вирази. Мовленнєва активність значно знижена. При повторенні можуть повторити окремі звуки, однак повторення ряду складів та слів значно ускладнене через наявність динамічних апраксій. Порушена номінативна функція мовлення, наявні персеверації, антиципації, контамінації. Значні труднощі діалогічного мовлення. Фразове мовлення відсутнє. Наявна дислексія та дисграфія.

Середній ступінь. Порушення артикуляційного праксису, що проявляється в труднощах при переключенні з артикулеми на артикулеми. Відмічається порушення імпресивного мовлення: неповне розуміння мовленнєвих конструкцій та інструкцій, в яких граматичні компоненти несуть значне змістовне навантаження. Здебільшого доступне відтворення автоматизованих рядів. Самостійне мовлення збіднене, словник складається в основному з добре знайомих слів, переважно іменників та дієслів. Інтонація одноманітна. Наявна велика кількість персеверацій. При повторенні окремих звуків, слів, фраз наявна велика кількість аграматизмів, літеральних та вербальних парафразій. В номінативному словнику наявні добре знайомі та часто вживані слова. Наявне ситуативне діалогічне мовлення. Наявні часті ехолалії, стереотипні відповіді, персеверації. Доступні прості фрази та речення. Доступне читання окремих складів та добре знайомих слів. Письмо практично не доступне в наслідок порушення фонетико-фонематичних процесів.

Легкий ступінь. Спостерігаються незначні порушення артикуляційного праксису. Імпресивне мовлення не порушене. Відтворення автоматизованих рядів не порушене. Самостійне мовлення досить розгорнуте, словниковий запас досить різноманітний, проте характерним є використання мовленнєвих штамтів,

виявляються аграматизми типу «телеграфного стилю». При повторенні наявні незначні вимовленнєві труднощі. Номінативна функція мовлення загалом збережена, проте характерним є уникання називання слів зі складною звуковою структурою. Діалогічне мовлення загалом збережене, але часто залишається стереотипність формулювань. Фразове мовлення одноманітне за синтаксичною структурою. Читання поскладове та монотонне, наявна значна кількість персеверацій. На письмі спостерігається велика кількість літеральних парафразій, персеверацій, ітерацій, елізій.

Згідно з результатами обстеження мовленнєвих та немовленнєвих функцій було отримано данні щодо вираженості мовленнєвих порушень при афазії у військових, які подано у діаграмі 1.

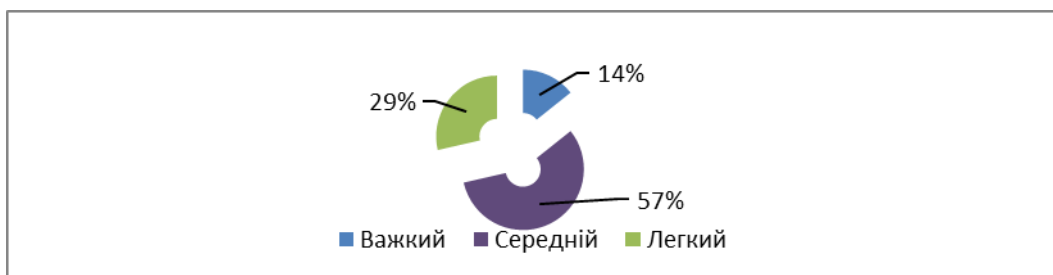


Рис.1. Степінь прояву мовленнєвих порушень при діагностиці.

Методика дослідження мовленнєвої функції включала проби (тести), що враховують форму афазії, центральні механізми порушення мовлення при кожній формі афазії по класифікації А. Р. Лурії, центральні симптоми порушення мовної функції і міру прояву порушень мовлення. За допомогою ряду експериментальних завдань виявлялися різні рівні порушення мовлення: сенсомоторний і семантичний, оцінювався стан мовлення (і динаміка її зворотного розвитку) на рівні слова, фрази, висловлювання.

Дослідження мовленнєвих процесів проводилося в двох аспектах – вивчення сенсорної (імпресивної) і моторної (експресивної) сторони мовленнєвої діяльності. В процесі дослідження імпресивного мовлення ми аналізували сприйняття звуків мови і звукосполучень, розуміння значення слова, фрази, логіко-граматичних конструкцій і змісту розгорнутої промови. При дослідженні експресивного мовлення оцінювався оральний праксис, артикуляція ізольованих звуків і їх поєднань, вимова слів, фраз, самостійна вимова, читання, письмо.

В процесі дослідження проводилося і вивчення стану немовленнєвих вищих психічних функцій: гнозис, праксис, увага і рахунок. Експериментальне навчання осіб з афазією проводилося впродовж року на базі стаціонарного відділення госпіталю. Корекційна робота здійснювалася спільно з нейропсихологами, логоритмістами, психологами. Впродовж року щодня проводилося групове й індивідуальне логопедичне зайняття.

З 16 вивчених нами хворих корекційно-відновлювальна робота проводилася з 9 хворими, які склали експериментальну групу. Інших 7 чоловік склали контрольну групу.

За цей період з іншими, що склали експериментальну групу, згідно з індивідуальними свідченнями, неодноразово проводилися курси корекційно-відновлювального навчання тривалістю 8 тижнів кожен. З 4 воїнами було проведено 4 курси корекційно-відновлювального навчання, з 4 випробовуваними – три курси, з одним військовим реабілітаційні заходи проводилися впродовж одного курсу. Кожен курс корекційно-відновлювального навчання індивідуально ускладнювався залежно від позитивної динаміки мовленнєвої функції випробовуваних.

Дослідження мовленнєвих процесів проводилося в двох аспектах – вивчення рецептивної (імпресивної) і моторної (експресивної) сторони мовленнєвої діяльності.

В процесі дослідження імпресивного мовлення ми аналізували сприйняття звуків мови і звукосполучень, розуміння значення слова, фрази, логіко-граматичних конструкцій і змісту розгорнутого мовлення.

При дослідженні експресивної мовлення оцінювався оральний праксис, артикуляція ізольованих мовленнєвих звуків і їх поєднань, вимовлення слів, фраз, самостійна розгорнута мова випробовуваних (відображена і спонтанна), а також читання і письмо.

Також здійснювалися вивчення стану немовленнєвих вищих психічних функцій: гнозиса, праксиса, уваги і рахунку.

Корекційно-відновлювальне навчання велося в декількох напрямках: подолання розладів розуміння ситуативної і побутового мовлення;

- розгальмування вимовної сторони мовлення;
- стимулювання простих комунікативних видів мовлення;
- подолання розладів вимовної сторони мовлення;
- відновлення фразового мовлення;
- відновлення аналітико-синтетичного читання і письма;
- організація довільної уваги.

В процесі відновлення мовлення у військовослужбовців доводилося використати декілька методів, оскільки симптоматика порушення була широкою, більшою мірою використовувалися системні зв'язки, оскільки одна функція залежала від іншої.

Наприклад, відновлення словника відбувалося через відновлення невербальних представлень, а робота над фонемою велася через формування уявлень про предмет. При проведенні групового зайняття використовувалися традиційні методики групових зайняття (бесіда, мовленнєві і рольові ігри), а також сучасні методи арт-терапії, основою яких була художня діяльність випробовуваних, за допомогою активізації якої здійснювалася корекція тих або інших порушень.

Методи арттерапії (музикотерапія, кінезотерапія, імаготерапія, театротерапія, ізотерапія) використовуються при роботі з дорослими хворими, коли ставиться завдання довільного засвоєння пропонованого вербального матеріалу.

При аналізі результатів експериментального навчання використовувалася методика оцінки мовленнєвих і немовленнєвих функцій, що і при експериментальному вивченні. Повторні дослідження вищих психічних функцій після курсів корекційно-відновного навчання дозволили об'єктивно виділити не лише найбільш постраждалі функції і процеси, але і простежити динаміку відновлення мовленнєвого статусу, тобто оцінити ефективність складеної індивідуальної особистісно-орієнтованої програми корекційно-відновлювального навчання.

Аналізуючи результати корекційно-відновної роботи необхідно відмітити статус формування мовлення випробовуваних, що змінився:

1 група (сенсомоторна афазія грубого ступеня з елементами динамічної афазії – 2 чоловіка) – сенсомоторна афазія (1), аферентна афазія середньо-грубої форми (1).

2 група (еферентна моторна афазія з елементами динамічної афазії – 2 людини) – еферентна моторна афазія середнього і легкого ступеня (1), практичне відновлення мовленнєвої функції (1).

3 група (аферентна моторна афазія середнього ступеня – 2) – аферентна моторна афазія (1), еферентна моторна афазія середнього ступеня (1).

4 група (сенсорна афазія - 1) – сенсорна афазія грубого ступеня (1).

5 група (динамічна афазія середнього ступеня вираженості – 1) – еферентна моторна афазія середньо-легкого ступеня (1).

6 група (акустико-мнестична афазія – 1) – практичне відновлення мовленнєвої функції.

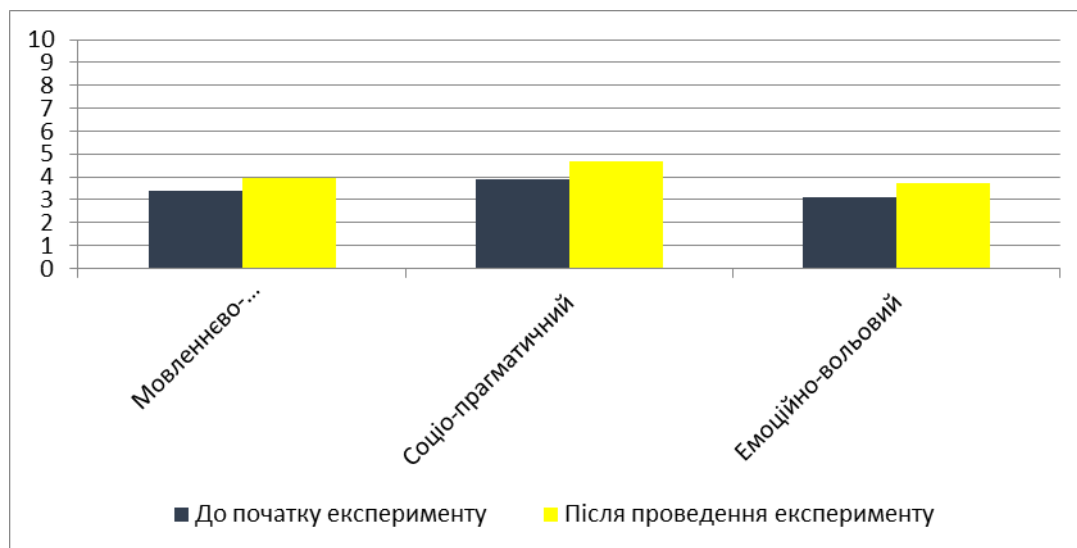


Рис. 2. Порівняльний аналіз нейропсихологічного статусу пацієнтів до і після корекційно-відновлювального навчання.

Порівняльний кількісний аналіз ступеня порушення мовленнєвих і немовленнєвих функцій, а також динаміка відновлення мовленнєвого статусу дорослих представлені на рис. 2, де по вертикальній осі позначені бали, отримані

військовими при виконанні завдань, а по горизонтальній осі вказані критерії, за якими проводилось дослідження.

Найбільша динаміка відновлення зазначалася у функції розуміння слова і фрази, аналітико-синтетичного читання, фонемного сприйняття, сомато-просторової організації рухів і лічби.

Таким чином, результати дослідження дозволяють зробити висновок про те, що робота за програмою корекційно-відновлювального навчання, складеною на підставі індивідуального підходу до кожного випробовуваного є продуктивною. Поєднання індивідуального особистісно-орієнтованого заняття і групових методів арттерапії дозволяє досягти значних результатів відновлення мовленнєвих функцій.

Тому у процесі вивчення психолого-педагогічних дисциплін із спеціальної педагогіки ми ознайомлюємо студентів-дефектологів з можливостями використання окремих методів і прийомів психології, які вплинуть на інтелектуальний розвиток дитини з психофізичними порушеннями, як елементів виховних технологій, прагнемо сформувавши ставлення майбутніх спеціальних педагогів до учнів, до самого себе з позиції нейропсихології.

Під час вивчення студентами напряму «Спеціальна освіта. Корекційна психопедагогіка» курсу «Вступ до педагогічної професії», «Корекційна андрагогіка», «Неврологічні основи логопедії» акцентуємо увагу студентів на тому, що дефектологу належить виступати не лише в ролі вчителя, вихователя, партнера по спілкуванню, а й своєрідного нейропсихолога, психотерапевта, людини, котра здійснює «догляд за душею», надає хворому вчасну психологічну допомогу, спрощує, а не ускладнює життя, запобігає виникненню в його житті конфліктів, пом'якшує або компенсує негативні впливи, допомагає йому жити у злагоді з оточенням та у згоді із самим собою.

Формуванню гуманної позиції майбутніх дефектологів сприяє розгляд таких питань, як: способи створення емоційного комфорту в побуті; вплив стилю спілкування і професійної позиції педагога на психологічне благополуччя пацієнтів; способи корекції взаємин в колективі, способи покращення психологічного клімату; роль дефектолога в попередженні булінгу; допомога у пошуку конструктивних копінгстратегій; формування асертивної поведінки; профілактика дидактогенії; особливості спілкування з людьми з нервово-психічними розладами, з акцентуаціями характеру; подолання тривожності в колективі; допомога у формуванні впевненості в собі; допомога у вирішенні внутрішньоособистісних конфліктів; допомога в оволодінні знаннями і практичними навичками психології активності, саморегуляції; методи і прийоми психолого-педагогічної корекції стану інтелекту пацієнтів; способи і шляхи формування стресостійкості та резильєнтності військових.

Важливе значення в означеному аспекті мають: розв'язування студентами педагогічних, психологічних задач; аналіз складних конфліктогенних педагогічних ситуацій; виконання індивідуальних навчально-дослідницьких завдань, спеціально розроблених завдань під час педагогічної практики з проблем

формування інклюзивного освітнього середовища та організації безпечної конструктивної педагогічної взаємодії з людьми з особливими освітніми потребами, а також участь майбутніх учителів у волонтерській діяльності та різноманітних проєктах.

Використання елементів психолого-педагогічного тренінгу на практичних заняттях з різних дисциплін сприяє гармонізації особистості майбутнього дефектолога, усуненню невротичних компонентів його особистості, «переведенню» енергії тривожності, агресивності, амбіційності в нове русло – асертивної поведінки, саногенного мислення, продуктивного стилю педагогічної взаємодії.

Загальновідомо, що корекційно-відновлювальна робота – це планомірний організований і цілеспрямований процес передачі знань, умінь і навичок, виправлення існуючих недоліків у психічному розвитку особистості, метод активного виховання та навчання, де підвищується роль самостійного подолання людиною різних труднощів.

Успіх залежить від наступних факторів: * особистість сама використовує свої знання до нового, що розвиває і корегує творчість та мислення; * формування адекватної мотивації людей, її зацікавленість; * формування дії по зразку; * матеріальна діяльність (робота з реальними предметами); * особистість бере на себе всі функціональні дії і виконує їх самостійно – таким чином відбувається психологічна корекція порушення мислення.

Складовими корекційно-відновлювального процесу є проблемне та розвивальне навчання, цілеспрямовано формуючі і корегуючі пізнавальні потреби людей та їх мисленнєві здібності. Важливим є створення проблемної ситуації.

Основне положення корекційно-відновлювального навчання – формування творчого відношення до дійсності, здібність оперувати відволікаючими поняттями, відновлювати і корегувати мимовільними психічними процесами. Змінюючи будову діяльності, її мотивів, можна сформулювати пізнавальний інтерес, який буде спонукати задовільняти пізнавальні потреби.

Корекційно-відновлювальна педагогічна робота при афазії має напроми:

- * в сфері перцептивної діяльності при порушенні сенсомоторної сфери;
- * когнітивної сфери, корекції порушень уявлення, корекції пізнавальних процесів, корекції порушень засвоєних спеціальних знань при пошуці інформації в процесі систематизації, класифікації предметів і явищ;
- * корекція порушення мотиваційно-потребнісної сфери, мотиваційний компонент виражається в прояві самостійності в пізнавальній діяльності.

Як свідчить психолого-методична література, головною ідеєю корекційно-відновлювальної роботи є співпраця – гармонійне відношення дефектолога, психолога і дорослого без тиску, через успіх. По суті, корекційно-відновлювальна робота – це сумісна праця команди спеціалістів із хворим на афазію.

Дефектолог після кожного корекційного заняття задає собі питання: чи досягнув я цілі корекції? Які теорії навчання, методи і принципи були

використані? Який позитивний чи негативний досвід психокорекції і виховання з даної ситуації потрібно врахувати у подальшій роботі?

В спеціальній методичній літературі існують три моделі корекційно-відновлювальної роботи з соціальним мікросередовищем: робота з родиною; робота з близькими та друзями; робота з спеціалістами: лікарем, дефектологом, логопедом, психологом.

В практиці психокорекційної роботи з проблемами вчені виділяють декілька моделей причин порушення розвитку.

Біологічна модель – пояснює причину порушення в розвитку зниження темпу дозрівання структур мозку.

Медична модель – пояснює причини порушення логіки захворювання (етіологія, патогенез, клінічні прояви)

Інтеракційна модель – пов'язує причини відхилення у розвитку з порушеннями взаємодії особистості і середовища.

Педагогічна модель – розглядає чинники відхилення в психологічному розвитку в соціальних явищах.

Діяльнісна модель – розглядає наслідки у зв'язку з несформованістю провідного виду діяльності.

Перш ніж скласти програму корекційно-відновлювальної роботи з соціальним мікросередовищем, необхідно зробити оціночну характеристику єдності її зміста і форми психічної корекції.

Вочевидь, ми не можемо не зазначити про соціальну модель корекційно-відновлювального процесу – це модель корекції соціального мікросередовища, що складається з трьох компонентів: системи знань; системи переживань; стимулів вольового пробудження.

Перший компонент соціальної моделі – система знань – є провідною системою, це рефлексивна система. До неї входять знання дефектолога про підопічного на основі особистісних спостережень, етичних принципів.

Другий компонент соціальної моделі корекційно-відновлювального процесу – система переживань – це світосприйнятливі почуття – глибокі переживання (почуття прекрасного, трагічного, патріотичні почуття); інтелектуальні почуття – переживаються в процесі поваги думок дефектолога, психолога, близьких. Корекційна робота викликає почуття сумніву або захвату, подиву, радості пізнання нового і навіть біль нерозуміння. Корекційні вправи можуть викликати сміх чи сльози.

Третій компонент соціальної моделі корекційно-відновлювального процесу – стимул вольового пробудження – дозволяє психологу задати питання, створювати діалоги. Психолог використовує й інші засоби впливу на волю підопічного, добивається гармонії думок і почуттів, створює систему знань і систему переживань.

Цікавим питання в процесі проведення занять дефектологом (терапевтом мови і мовлення) є типологія суб'єктів корекційного процесу. Існують різні типи суб'єктів корекційного процесу: *логопедичний, ейдетичний, поведінковий, рефлексивний, інтерактивний.*

Перш за все спеціалісту необхідно визначити рівень свого спілкування й особистісний діапазон засвоєних типів спілкування, в межах яких потрібно будувати свої взаємовідносини. Методична література з мовленнєвого спілкування в корекційно-відновлювальній роботі з пацієнтами виділяє сім рівней: примітивний, манипулятивний, стантартизований, конвенціональний, ігровий, діловий, духовний.

Урівноважуючи позиції партнерів спілкування, дефектолог чи психолог не тільки реалізує гуманістичні принципи, але й забезпечує себе умовами для творчої роботи. При умові засвоєння пацієнтами ігрового і ділового рівней спілкування необхідно використовувати інноваційні методи психологічної корекції. Загальновідомо, що будь-яка корекційна робота починається з бесіди, спілкування з батьками чи рідними особистості. Бесіда є апріорі корекційною. У більшості хворих військових із сенсорною афазією є підвищена працездатність і бажання подолати мовленнєві розлади. Люди мають стан депресії, тому логопед (дефектолог) повинен опиратися на збережені оптичні та кінестетичні системи, на збережені функції лобних долей, які в комплексі створюють умови до компенсації порушених акустико-гностичних функцій, а також на передні відділи правої півкулі, диференціюючи акустичні ознаки не тільки тембру, висоти голоса, але і ритміко-мелодійного, інтонаційного боку мовлення. Першочерговим завданням корекційної роботи є відновлення фонематичного слуху і вторинно порушеного читання, письма та експресивного мовлення.

Запропонований нами підхід сприяє формуванню нейропсихологічної позиції майбутніх учителів. Ми не ставимо за мету навчити студентів нейропсихології, бо це вимагає довготривалої спеціальної підготовки, а лише знайомимо їх з можливостями використання окремих методів і прийомів як елементів виховних технологій, формуємо ставлення майбутніх учителів до учнів, до самого себе з різних позицій. Дефектолог із сформованою позицією вірить у сили кожної людини, вміє грамотно оцінити його психоемоційний стан, створює обстановку комфорту і захищеності в суспільстві, надає допомогу в особистісному зростанні та подоланні труднощів у процесі взаємодії з іншими, сприяє формуванню життєстійкості особистості з непрацездатністю, розвиває в неї почуття власної значущості і компетентності.

Подальшого дослідження потребує розроблення методичних прийомів впливу на мозок людини з порушенням інтелектуального розвитку до організації безпечної конструктивної взаємодії в інклюзивному середовищі. Отже, цілеспрямований психокорекційний вплив з врахуванням конкретної форми афазії разом з комплексною реабілітаційною програмою для хворих військових дозволяє досягти поліпшення комунікативних функцій навіть при важких та комплексних порушеннях, які супроводжуються тривожними та депресивними станами, та зниженням комунікативної та загальної активності.

Попри велику кількість досліджень присвячених проблемі афазії, відмічається недостатня кількість теоретичних та практичних досліджень, в яких

значна увага приділялась би питанню відновлення мовлення при афазії у військових.

При афазії характерними є комплексні порушення, які включають мовленнєву, немовленнєву та емоційно-вольову сфери, тяжкість і ступінь порушення яких залежить від локалізації ураження кори головного мозку. Відповідно до індивідуальних, особистісних особливостей та форми афазії залежить зміст і підбір методів та прийомів медико-психолого-педагогічного впливу.

Для ефективності психолого-корекційної програми, потрібно враховувати, що на ранніх етапах відновлення та реабілітації військових необхідно проводити особистісно-орієнтовані індивідуальні заняття. Для подолання тривожності, агресивності та покращення загального психоемоційного стану та формування правильних психосоціальних установок у військових в процесі відновлювальної роботи доцільним є використання групових методів корекції та терапії, в тому числі арттерапії.

Отже, корекційно-відновлювальна робота при афазії є системною, комплексною та довготривалою із використанням ряду методів та прийомів. Робота при різних формах афазії спрямована на перебудову функціональних систем та створення нових систем. Навчання проводиться з урахуванням усіх рівнів організації мовленнєвої діяльності. Відновлення мовлення відбувається у процесі роботи над усією психічною сферою хворого на афазію.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Андріюк Л.В. Інсульт. Вибрані питання діагностики, ускладнень, лікування, реабілітації. Львів, 2009. 64 с.
2. [Козинець О.В.](#), Хапайло О.О. До проблеми вивчення психологічних особливостей особистості хворих на афазію. [Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія](#), 2013. № 23. С. 335-240.
3. [Тригуб Г.В.](#) Нейролінгвістичні особливості мовленнєвих афазій. [Вісник Одеського національного університету. Серія : Психологія](#). 2015. Т. 20. № 1. С. 81-88.
4. Обухівська А.Ю. Використання методів арттерапії в корекційно-відновлювальній роботі при афазії у дітей і підлітків. Шкільний логопед, 2007. №1 (16). С. 7-12.

3.5. Organizational and Methodological Foundations of the System for Developing the Economic Competence of Future Technology Teachers

ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ СИСТЕМИ ФОРМУВАННЯ ЕКОНОМІЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ТЕХНОЛОГІЙ

Еволюція соціальних відносин, інтенсивні процеси глобалізації та стрімкий науково-технічний поступ зумовили перехід людства до постіндустріального,

3.2. Natalia Sedova INCLUSIVE ETHICS AS A NEW PARADIGM OF MODERN MORAL PHILOSOPHY

The article provides a philosophical and ethical justification of inclusive ethics as a new paradigm of modern moral philosophy. It is shown that inclusion, initially formed as a socio-pedagogical category, has gradually acquired ontological and moral-philosophical dimensions. The ideas of I. Kant, E. Levinas, J. Rawls, J. Habermas, A. Sen, as well as Ukrainian thinkers S. Krymskyi, M. Popovych, and V. Tabachkovskyi are analyzed in the context of shaping a new ethical paradigm. The interrelation between philosophy, pedagogy, and inclusive education in Ukraine is examined. It is substantiated that inclusive ethics is not only a theoretical model but also a practical foundation for the humanization of society.

The article also explores the philosophical foundations of inclusion as a fundamental social value of the modern world. It demonstrates that inclusion is based on the ideas of equality, freedom, tolerance, and respect for human dignity, which have deep historical and philosophical roots – from ancient concepts of cosmopolitanism to modern principles of human rights. The significance of inclusion in the formation of a democratic society, its role in overcoming social isolation, discrimination, and inequality are analyzed. The key challenges of implementing inclusive practices in the contemporary world are emphasized.

Keywords: inclusion, ethics, morality, philosophy of education, justice, dignity, humanity.

3.3. Liudmyla Lukaniova FEATURES OF THE FORMATION OF THE EMOTIONAL AND VOLITIONAL SPHERE OF CHILDREN WITH INTELLECTUAL DEVELOPMENT DISORDERS

In the current conditions of the development of domestic corrective pedagogy, there is a constant search for innovative ways to organise the education of children with intellectual disabilities. The formation of the emotional and volitional sphere in children with intellectual disabilities is an important aspect of their overall development and social adaptation. This is because the emotional and volitional sphere of older preschoolers (5-6 years old) and younger schoolchildren includes the ability to recognise, express and control emotions, as well as to develop volitional qualities such as perseverance, self-control and initiative. Children with intellectual disabilities have certain peculiarities in the development of this sphere, which requires a special approach and methods for its study and correction.

Keywords: inclusive education, intellectual development disorders, emotional and volitional sphere, cognitive disorders.

3.4. Liudmyla Kashuba, Tatiana Okolnych, Khrystina Barna PTRAINING OF STUDENTS-DEFECTOLOGY FOR CORRECTIVE AND RESTORATIVE ASSISTANCE TO ADULTS WITH APHASIA

Reforming the system of correctional and rehabilitation work with adults with disabilities creates new challenges for the system of training correctional teachers. The problems of training modern personnel for the rehabilitation of adults with aphasia are considered the most unresolved in Ukraine. Therefore, the professional mobility of a correctional teacher is defined as an integral quality of the personality, which is

manifested in the possession of a high level of professional knowledge and the readiness to use it effectively.

Keywords: defectologist, aphasia, models of corrective and restorative care.

3.5. Borys Shevel ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL FOUNDATIONS OF THE SYSTEM FOR DEVELOPING THE ECONOMIC COMPETENCE OF FUTURE TECHNOLOGY TEACHERS

An approach is proposed to solving the strategic challenge of preparing a new generation of technology teachers who can work effectively within the New Ukrainian School, provided they possess a high level of economic competence. In line with the socially defined goal, the objectives for developing the economic competence of prospective technology teachers are outlined, and a methodology for the economic training of students has been developed.

Keywords: technology teacher; economic competence; development objectives; professional training; development methodology.

CHAPTER 4. SCIENTIFIC VIEWS ON LAW AND HISTORY

4.1. Halyna Lukianova, Olha Skochyliias-Pavliv THE NEED TO MODERNIZE HIGHER LEGAL EDUCATION IN UKRAINE: PROBLEMS AND SOLUTIONS

The problem of training a new generation of lawyers in Ukraine has become especially important after the beginning of the active phase of the armed aggression of the Russian Federation against Ukraine, which is associated with the forced displacement of a large number of students, research and teaching staff and educational institutions, the inability to carry out a high-quality educational process and ensure the quality of education at a high level. The transformation of the legal education system in the post-war period should be carried out in a comprehensive manner, which will include a review and complete change of all elements of the system, from the levels and degrees at which legal education will be obtained to the regulatory framework necessary for this process. And the most important goal of legal education reform is to create a system that would ensure the training of lawyers with a high level of patriotism, theoretical knowledge and practical skills.

Keywords: modernization, higher legal education, law, Ukraine, curricula, practical skills, international integration, European integration, specialist, lawyer, reform, technology, international integration, information technology, modernization, lecture, practical classes, legislation, specialist.

4.2. Oleg Morozov FOREIGN TRADE OF HETMAN UKRAINE IN THE FIRST HALF OF THE XVIII TH CENTURY

The work discusses foreign policy, social and economic aspects that influenced the foreign trade of Hetman's Ukraine in the first half of the XVIII century. The reconstructed nomenclature of Ukrainian goods that went to foreign markets, analyzed their level of profitability. On the basis of archival documents, information about the existing in the first half of the XVIII century was restored. Customs regulation system. The most important trade communications are analyzed in the context of foreign trade policy. The main political and economic factors that contributed to the abolition of customs autonomy of Ukraine in 1754 were identified.

Keywords: history of duty, foreign trade, goods, legislation.



МУКАЧІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

89600, м. Мукачево, вул. Ужгородська, 26

тел./факс +380-3131-21109

Веб-сайт університету: www.msu.edu.ua

E-mail: info@msu.edu.ua, pr@mail.msu.edu.ua

Веб-сайт Інституційного репозитарію Наукової бібліотеки МДУ: <http://dspace.msu.edu.ua:8080>

Веб-сайт Наукової бібліотеки МДУ: <http://msu.edu.ua/library/>