

СПЕЦИФІКА ЕМПІРИЧНОГО ВИВЧЕННЯ МОВЛЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ З МОТОРНОЮ АФАЗІЄЮ

У статті висвітлено процедуру й результати комплексного дослідження пацієнтів після інсульту протягом відновлювального періоду, які засвідчили ефективність нейропсихологічного неапаратурного методу дослідження мовлення пацієнтів із моторною афазією. Установлено значущі кореляційні зв'язки між особливостями мовлення та загальною психічною активністю пацієнтів.

Ключові слова: пацієнти після інсульту, мовлення, моторна афазія, відновлювальний період, психічна активність.

Милянчук В. И. Специфика эмпирического изучения речи пациентов после инсульта с моторной афазией. В статье освещаются процедура и результаты комплексного исследования пациентов после инсульта в период восстановительный период, которые подтвердили эффективность нейропсихологического неапаратурного метода изучения речи пациентов после инсульта с моторной афазией. Устанавливаются стойкие корреляционные связи между особенностями речи и общей психической активностью пациентов.

Ключевые слова: пациенты после инсульта, речь, моторная афазия, восстановительный период, психическая активность.

Milinchuk V. I. The Specificity of Empirical Study of Speech of Patients with Motor Aphasia After Stroke. The article focuses on procedures and results of a complex study of patients after stroke during their rehabilitation period. The results proved the efficiency of neuropsychological non-apparatus method of study of patients' speech after stroke with motor aphasia. Firm correlation ties among patient's speech and his/her general psychic activity have been revealed.

Key words: patients after stroke, speech, motor aphasia, rehabilitation period, psychic activity.

Постановка наукової проблеми та її значення. У період техногенного суспільства, значного зростання темпів життя помітно збільшується кількість судинно-серцевих захворювань, найчастотнішим серед яких є інсульти. Розвиток нейропсихології, нейропсихолінгвістики на сучасному етапі наукової думки значно розширив уявлення про компенсаторні можливості мозку, який здатен відновлювати свої функції і після тривалого періоду захворювання. Серед основних досягнень зарубіжної нейропсихолінгвістики – установлення особливостей перебігу психічних процесів пацієнтів після інсульту відповідно до певних уражених ділянок. Методологія вітчизняної нейропсихології, яку розробили Л. С. Виготський і О. Р. Лурія, зосереджує

увагу на можливостях опосередкування вищих психічних функцій та перебудови функціональних систем загалом і відкриває значні перспективи для реабілітації мовлення, корекційних і розвивальних впливів [1; 3; 4].

Аналіз останніх зарубіжних досліджень (С. Brown, Р. Nagoort, О. Nauk, I. Johnsrude, F. Pulvermüller) засвідчує, що переважна частина науково-дослідних проектів здійснюється в лабораторних умовах для зіставлення чіткої відповідності специфіки мовлення людини локалізації ураження. Водночас, лабораторні методи не такі досконалі, як емпіричні, у здійсненні глибокого спостереження за поведінкою пацієнтів, бесідами із ними, у ході якого може здійснюватися комплексна реабілітаційна робота. Уважаємо, що в сучасних дослідженнях несправедливо забутими є “лурієвські методи неапаратурного вивчення психічних процесів”, які можуть різносторонньо зіставити історію перебігу хвороби на різних етапах зі специфікою їхньої мовленнєвої діяльності.

Завдання дослідження: висвітлити програму емпіричного вивчення мовлення пацієнтів після інсульту у відновлювальний період; установити особливості зв'язку мовлення з психічними процесами з урахуванням історії хвороби та загальної характеристики пацієнта. Основні методи дослідження: методи неапаратурного нейропсихологічного дослідження; емпіричні (спостереження, бесіда).

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. У контексті мовленнєвої діяльності особистості ми визначили основні принципи нейропсихолінгвістичного дослідження, які охоплюють і мозкову організацію людини, і закономірності її психіки [2]. Принципи вивчення мозку як фізіологічного субстрату психічних процесів представлені принципами динамічної локалізації вищих психічних функцій, кодування подій, економії, доповнюваності. До принципів вивчення психічних процесів належать принципи детермінізму (емпіричний підхід) / індетермінізму (епістемологічний підхід), принцип розвитку, принцип системності. У попередніх роботах ці принципи як методологія нейропсихолінгвістичного дослідження проаналізовані докладніше.

Вибірку досліджуваних становило 18 пацієнтів Волинського обласного госпіталю для інвалідів війни. Вона була збалансована за віком: 50–60 років, статтю (10 осіб чоловічої, 8 – жіночої), за типом афазії – усі пацієнти були з моторною афазією і післяінсультним

періодом близько 12 місяців. Такий критерій часу був обраний унаслідок поширеної думки про те, що основне спонтанне (без терапевтичного втручання психолога) відновлення мовлення відбувається протягом 6–12 місяців після інсульту. Після цього періоду порушення, які залишаються, можуть розглядатись як хронічні, оскільки дуже важко піддаються реабілітації.

Серед основних психічних характеристик пацієнтів, які бралися до уваги, належали стани свідомості, психічна активність, орієнтування в просторі й часі, реакції на порушення в орієнтуванні, критичність, стани емоційної сфери.

Основні критерії мовлення були представлені спонтанним, автоматизованим, дезавтоматизованим, повторним, назвою предметів, розумінням мовлення, спонтанним розгорнутим мовленням. Серед показників, які характеризують вищезначені критерії, є сильний, середній і слабкий ступені вираження, що, відповідно, визначаються трьома, двома й одним балом. Для визначення особливостей взаємодії психічних процесів із характеристиками мовлення пацієнтів здійснено кореляційний аналіз програмного забезпечення *SPSS*, для встановлення середньоарифметичних показників і стандартного відхилення застосовувалася програма описової статистики.

Аналіз результатів дослідження засвідчує, що середньогрупові показники стану свідомості мають такий вигляд: ясність свідомості виражена 2,78 балами, що наближається до максимального показника, коливання свідомості кількісно виражені 3 балами, а затьмарена свідомість – одним балом. Отже, свідомість, яка регулює усвідомлене відображення дійсності, переважно не має порушень у пацієнтів із моторною афазією.

Психічна активність виражена через показники повної активності (3 бали), утомлюваності (2 бали), загальмованості (2 бали), інактивності (1 бал), аспонтанності (1 бал), мовна аспонтанність (1 бал), мовленнєва аспонтанність (1 бал), загальне збудження (2 бали), розгальмованість (2 бали), мовне збудження (1 бал), багатослів'я (1 бал). Відтак досліджувані пацієнти характеризуються помірною збудженістю та повною активністю цих пацієнтів, яка виявляється в рухах і мовленні.

Результати бесіди з досліджуваними дали змогу виявити особливості їх скарг і на загальне самопочуття, і на порушення комуніка-

тивної функції мовлення, що утруднює встановлення контактів цими пацієнтами з іншими людьми. Слід зазначити активний характер цих скарг, які виявляються і під час опитування, і при пасивному слуханні психолога.

Орієнтування у просторі виражено двома балами, а орієнтація в часі представлена краще і стосовно минулого, і стосовно теперішнього (2,94 бала). Серед запитань, які ставилися пацієнтам, були такі: Яке сьогодні число? Який день? Котра приблизно зараз година? Скільки тривала наша бесіда? Відрахуйте мовчки хвилину й повідомте, коли вона пройде. Найкраще досліджувані орієнтувалися в числі та дні тижня (три бали), а найбільше помилок допускали при ідентифікації тривалості обстеження та хвилини.

Реакції на порушення орієнтування мають яскраве вираження в розгубленості (два бали), яка доволі часто спостерігається в цих пацієнтів. Досліджувані також виявляють доволі високу критичність, при цьому найвищу – 2,94 бала – до своєї хвороби й інших людей, а труднощі в нашому дослідженні розглядають як випадкові.

Стан емоційної сфери вирізняється нестабільністю. Найпомітнішими є напруга та страх. Особливості емоційної сфери досліджуваних представлено в табл. 1.

Таблиця 1

Особливості емоційної сфери

Критерій емоційної сфери	Середньогруповий показник
Послаблення емоцій	1,89
Байдужість	1,00
Посилення емоцій	1,00
Напруга	2,00
Страх	2,89
Тривожність	2,78
Депресія	1,06
Ейфорія	1,06
Спотворення емоцій	1,00
Неадекватність	1,89
Емоційна лабільність	2,00

Наступним завданням дослідження було встановлення кореляційного зв'язку між особливостями психічних процесів та мовленнєвими характеристиками досліджуваних. Аналіз результатів дає змогу встановити такі значущі зв'язки: показники негативного кореляційного

зв'язку між тривожністю та спонтанним розгорнутим мовленням ($r = -0,314$; $p < 0,05$), мовленнєвим збудженням і дезавтоматизованим мовленням ($r = -0,299$; $p < 0,05$). Позитивний зв'язок встановлено між показниками повної активності та майже всіма критеріями мовлення: спонтанне мовлення ($r = 0,291$; $p < 0,05$), розуміння мовлення ($r = 0,312$; $p < 0,05$).

Особливості вираження різних критеріїв мовлення досліджуваних відображено в табл. 2.

Таблиця 2

Особливості мовлення пацієнтів

Вид (критерій) мовлення	Ступінь вираження	Показник норми
Спонтанне	1,90	3,00
Автоматизоване	9,00	9,00
Дезавтоматизоване	6,17	9,00
Повторне	18,61	21,00
Назва предметів	20,01	24,00
Розуміння мовлення	21,00	24,00
Спонтанне й розгорнуте	10,00	15,00

Із табл. 2 випливає, що пацієнтам важко дається спонтанне мовлення, зокрема основні труднощі трапляються під час активного опитування психологом причин хвороби, її перебігу. Значно кращим є спонтанне мовлення під час розмов на нейтральні або позитивні теми, наприклад погоду, родину тощо. Помітним є суттєве переважання показників автоматизованого мовлення над дезавтоматизованим. Останнє вирізняється підвищеним свідомим контролем. Як було показано вище, досліджувані нашої вибірки характеризуються переважно ясністю свідомості, що водночас не поширюється на стійкий довільний контроль мовленнєвої діяльності. Цей факт, на нашу думку, пов'язується з типом афазії досліджуваних нашої вибірки – моторної афазії.

У ході дослідження встановлено, що найкраще розуміння та назва предметів здійснюється за допомогою наочної опори, що ми врахували під час планування корекційної роботи із цими пацієнтами.

Висновки й перспективи подальших досліджень. Отже, результати дослідження пацієнтів дали змогу зробити такі висновки: неапаратурний метод уможливорює встановлення особливостей мовлення пацієнтів з моторною афазією у відновлювальний період; вивчення мовлення має проводитись з урахуванням індивідуальних психічних процесів. Перспективним вважаємо розробку корекційної

програми, яка відповідає методології нейропсихолінгвістичного дослідження та результатам емпіричного вивчення.

Література

1. Выготский Л. С. Мышление и речь / Л. С. Выготский. – М. : Лабиринт, 2001. – 368 с.
2. Засекіна Л. В. Інтенсивна мовленнєва терапія як нейропсихолінгвістичний інструментарій реабілітації пацієнтів після інсульту / Л. В. Засекіна, В. І. Мілінчук // Вісн. Одес. нац. ун-ту ім. І. Мечникова. Сер. : Психологія. – 2009. – Т. 14. – Вип. 17. – С. 216–224.
3. Лурия А. Р. Лекции по общей психологии / А. Р. Лурия. – СПб. : Питер, 2004. – 320 с.
4. Хомская Е. Д. Нейропсихология / Е. Д. Хомская. – СПб. : Питер, 2005. – 496 с.