

УДК 159.922

ІНТЕНСИВНА МОВЛЕННЄВА КОРЕКЦІЯ З ВІДНОВЛЕННЯ МОВЛЕННЯ: ПСИХОЛІНГВІСТИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ

Мілінчук В.І., к. психол. н.,
старший викладач кафедри педагогічної та вікової психології
Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки

Стаття розкриває особливості авторської психолінгвістичної програми з відновлення мовлення у вигляді інтенсивної мовленнєвої корекції. Розкрито основні етапи програми, запропоновано апробований інструментарій для покращення стану справ.

Ключові слова: психолінгвістика, хворі після інсульту, моторна еферентна афазія, інтенсивна мовленнєва корекція, інструментарій.

Статья раскрывает особенности авторской психолингвистической программы по восстановлению речи в виде интенсивной речевой коррекции. Раскрыты основные этапы программы, предложен апробированный инструментарий для улучшения состояния.

Ключевые слова: психолингвистика, постинсультные больные, двигательная эфферентная афазия, интенсивная речевая коррекция, инструментарий.

Milinchuk V.I. INTENSIVE VOCAL CORRECTION FROM PROCEEDING IN BROADCASTING: PSYCHOLINGUISTIC TOOL

The article exposes the features of the authorial psycholinguistic program on renewal of broadcasting as an intensive vocal correction. The basic stages of the program are exposed, the approved tool is offered for the improvement of the state of businesses.

Key words: psycholinguistic, patients after a stroke, agile aphasia, intensive vocal correction, tool.

Постановка проблеми. Поміж численних соціально-психологічних проблем нашого часу окремого наукового ракурсу потребує проблемогенний спектр медико-санаційного характеру, адже чітко помітною тенденцією є збільшення кількості людей із найрізноманітнішими порушеннями здоров'я. Гострі парадокси постінформаційної спільноти локалізуються на рівні когнітивно-емоційних зміщень у функціональній сутності людини, а щільна інтенсифікація темпів і ритмів діяльності в бурхливому повсякденні породжує стресовий модус самоусвідомлення, що доволі часто знаходить своє «заземлення» якраз у збільшенні кількості судинно-серцевих захворювань, найпоширенішим серед яких є інсульт. Як відомо, така хвороба, характеризуючись раптовим порушенням мозкового кровообігу з можливістю подальших розладів рухового апарату, координації та мовлення, спричиняє істотне погіршення комунікативно-перцептивної й інтерактивної складових людського спілкування, породжує перепади в реалізації соціальних ролей і функцій, завдає потужних психотравмивних впливів на онто- й соціогенез людини. Тому, маючи справу з інсультною інвазією, потрібно враховувати раптовість і спонтанність, а також той фундаментальний чинник, що місцем ураження є головний мозок людини – найскладніший орган тіла, пошкодження різних ділянок якого зумовлює розмаїття функціо-

нальних розладів. Звичайно, екзистенційно важливим завданням є розробка інтенсивних технологій реабілітації та рекреації людей, уражених інсультом, тому значущість психологічної (і ширше – психогенної) природи особистісної ревіталізації є просто незаперечною, а отже, потребує окремих спеціальних звужених досліджень.

Ступінь розробленості проблеми. Аналітичний огляд вітчизняних і зарубіжних досліджень у сфері мовленнєвих афазій у постінсультних осіб (С. Браун, Л. Гиттик, П. Хагурт, О. Хаук, А. Джонсруд, Дж. Нортхофф, Ф. Пулвермюлер, Є. Хомська, А. Чуприков, М. Шохор-Троцька та ін.) засвідчує факт проведення майже всіх науково-дослідних проєктів у лабораторних умовах для зіставлення чіткої відповідності специфіці мовлення людини до локалізації ураження [1; 2; 3; 5; 6].

Перспективними й найчастіше задіяними в сучасних теоретико-емпіричних студіях окресленої проблеми є положення психолінгвістичного підходу до дослідження свідомості та мовлення (О. Бондаренко, Л. Виготський, Л. Засекіна, О. Леонтьєв, Е. Носенко й ін.), концептуальні розробки щодо інтенсифікації психокорекційної та психореабілітаційної роботи з особами з психічними розладами, насамперед щодо оптимізації внутрішньої картини здоров'я й хвороби (О. Богучарова, Ж. Глозман, Л. Засекіна та ін.) [2; 3].



Ключовою тенденцією сучасних досліджень подібного ґибу є наукологічний аналіз психологічних і психолінгвістичних особливостей мовленнєвої діяльності, зокрема виділення загальних механізмів мовлення, специфіки його двох етапів – сприймання й породження, установлення природи афазій і їх видів, визначення особливості афазій у постінсультних осіб тощо. Окремим ракурсом є спроби ґрунтовно проаналізувати феномен моторної еферентної афазії, а також зіставлення специфіки афазії постінсультних осіб із їхніми емоційно-особистісними властивостями, станами свідомості, внутрішньою картиною здоров'я тощо [1; 2; 4; 6].

Мета статті – розкрити основні змістово-функціональні лінії авторської психолінгвістичної програми інтенсивної мовленнєвої корекції з відновлення мовлення особистості.

Виклад основного матеріалу. У ракурсі нашого безпосереднього дослідження була розробка психолінгвістичної програми з відновлення мовлення постінсультних осіб із моторною афазією [5]. Ця психокорекційна робота має індивідуальний характер і ґрунтується на особистісних характеристиках представників вибірки. З цією метою ґрунтовно аналізуються загальні психологічні характеристики постінсультних осіб у сукупності станів свідомості, емоційних властивостей, орієнтування в часі й просторі, внутрішня картина здоров'я та домінуючі види ставлень, настроїв і тривожності, підтримуючі негативні емоційні цикли, психічні стани. Основні труднощі емпіричного вивчення пацієнтів полягають у тому, що досліджувані швидко втомлювались, часто перебували в депресивних станах, у них здебільшого відсутні були мотивація до фізичного й психологічного одужання.

Результати дослідження дали змогу встановити три відповіді на це питання: по-перше, на ці відмінності впливає специфіка внутрішньої картини здоров'я як єдності когнітивного (поінформованість про стан хвороби), емоційного (переживання та емоційне ставлення до хвороби) і мотиваційного компонентів (наявності мотивації до одужання); по-друге, особливості взаємодії в діаді «лікар (психолог) – пацієнт»; по-третє, специфіка взаємодії в діаді «пацієнт – сім'я». Безперечно, удале вирішення цих питань значно підвищує ефективність корекційної програми.

Серед провідних напрямів корекції є відновлення первинного порушення чи реорганізації збережених мовленнєвих функцій; розгортання корекційних прийомів з усіма видами мовленнєвої діяльності (письмо,

говоріння, аудіювання, читання); розвиток самоконтролю пацієнта над мовленням; використання різноманітних зовнішніх опор для породження грамотного мовлення й поступова їх інтеріоризація в мовленнєву функцію [2; 3; 6].

Комплексна програма відновлення мовлення пацієнтів після інсульту ґрунтується на принципі опосередкування як способу перебудови функціональних систем. Загалом розроблена нами програма відповідає методології нейропсихолінгвістичного дослідження в сукупності емпіричного, еміс-темологічного й онтологічного підходів. Отже, результати комплексного нейропсихолінгвістичного дослідження з дотриманням усіх рівнів його методологічного забезпечення дають змогу не лише побудувати клінічну картину моторної еферентної афазії цих досліджуваних, а й упроваджувати цілісну психокорекційну програму з відновлення мовлення з урахуванням єдності мозку й психіки цілісної особистості.

Отже, результати аналізу теоретичної літератури дали змогу визначити основні напрями психокорекційної роботи: *психолінгвістична корекція з допомоги музики, транскраніальна магнітна стимуляція, медикаментозне лікування*. Позаяк наша психокорекційна програма з відновлення мовлення ґрунтується на принципі опосередкування як способу перебудови функціональних систем, одним із найважливіших етапів роботи є покращення емоційного стану афатиків перед корекцією засобами пісенної терапії. Як засвідчив досвід роботи з афатичними особами, створення позитивного емоційного настрою засобами музики (пісні) в кінцевому підсумку спрямоване на відновлення мовлення людини. Відсутність здатності вимовляти окремі слова, фрази компенсується здатністю відтворювати різноманітні звуки та повторювати інтонаційно мелодії улюблених пісень (що добре узгоджується із принципом кодування подій).

У досліджуваних нами пацієнтів траплявся феномен музичної авокалії. Музична авокалія виявляється в ритмічному повторюванні звуку «а», який наче відтворює улюблену мелодію пацієнта. Протягом дослідження мовлення постінсультні особи зазнавали значних труднощів у відтворенні приголосних звуків, тоді як голосні звуки їм давались легше. З іншого боку, провідного значення також набуває стимулювання психологом активності пацієнта, позитивної мотивації до виконання запропонованих засобів опосередкування. Результати пісенної терапії мають високу ефективність у створенні емоційного тла для появи в

афатика бажання займатися психокорекційною роботою. На нейропсихологічному рівні це пояснюється, вочевидь, тим, що відбувається перебудова функціональних систем: зміщення психічної активності з лівої до правої півкулі – пісенна (спочатку мелодійна творчість), яка згодом переходить у зворотний напрям – психічна функція починає опосередковуватися із середини на автоматизованому рівні, відтак потреба в зовнішньому опосередкуванні втрачається. Пісенна терапія також допомагала зруйнувати негативні підтримуючі цикли емоційних станів досліджуваних у вигляді уникання, ілюзорного захисту й обмеження активності. Як результат досліджувані виявляли менше тривожних і депресивних проявів. Психокорекційна робота над мовленням містить два етапи: підготовчий і основний, які ми розглянемо більш докладно.

На *підготовчому етапі* особливого значення набуває створення позитивного емоційного тла для проведення мовленнєвих занять. Для цього ми використовували пісні, репертуар яких узгоджувався з пацієнтом (якщо це було можливо) або родичами постінсультного досліджуваного. Вони повідомляли найулюбленіші пісні особи, і психолог спершу проспівував перші куплети цих пісень, що важливо для досліджуваного. Так, на одному із перших занять досліджуваний Р., почувши знайому пісню, почав спершу повторювати, розтягуючи голосні, а потім мугикати. На наступних заняттях, що є типовим для всієї групи досліджуваних, особа намагається копіювати інтонаційний контур пісні, роблячи паузи для ритмізації й збільшуючи обсяг охопленого «тексту» пісні. Спершу особа виконувала лише закінчення слів у пісні, вимова самих слів була нечітка, проте з кожною наступною спробою слова набували більшої палітри звуків. Зауважмо, що, попри те що первинною метою нашої пісенної корекції було створення позитивного емоційного тла для подальших занять, цей вид роботи очевидно покращував і мовленнєві навички учасників.

Ще одним засобом створення позитивного настрою до роботи з психологом був перегляд по телевізору за годину до заняття улюбленої передачі, залежно від визначених уподобань особи. Загалом телепередачі постінсультним пацієнтам рекомендувалось дивитися не більше ніж двяць години на день і не раніше ніж за місяць-півтора після інсульту. Підкреслимо, краще переглядати ті програми, що викликають позитивні емоції, – художні фільми або спортивні передачі (шоу) тощо. Поряд із тим, що перегляд стимулює позитивний

настрій, він сприяє відновленню в повному обсязі імпресивного мовлення, на яке психологу вкрай важливо спиратися під час взаємодії з афатичною особою.

Основний етап. Стрижневим компонентом розробленої психокорекційної програми є дія. Гра – це чітка взаємодія між учасниками, адже вони підпорядковуються принципу кооперації й повинні робити приблизно однакові внески. У контексті мовної гри ці внески мають мовленнєвий характер. Це, наприклад, взаємодія між будівельником і його помічником, при цьому будівельник повинен дати якомога більше вербальної інформації помічникові для отримання повноцінної допомоги, а помічник, у свою чергу, здійснити ефективну вербальну поведінку для забезпечення будівельника необхідними будівельними блоками. Як відомо, Л. Вітгенштейн називав вербальну взаємодію грою, оскільки мовлення та мовленнєві акти перетворюються в реальні маніпуляції з предметами (будівельними блоками).

Результати нейроіміджингу свідчать про те, що моторна активація відбувається практично миттєво – 100–200 мс після ідентифікації слова. Важливий унесок у розвиток сучасних нейропсихологічних уявлень здійснили дані нейроіміджингу про те, що під час ідентифікації й розуміння речення активуються не лише класичні мовні центри в лівій півкулі, а й інші мозкові ділянки, що беруть участь у перцептивних процесах.

Також підтверджуються ідеї моторної теорії сприймання мовлення. Моторна теорія акцентує увагу на активності суб'єкта сприймання, унаслідок чого під час надходження звуків моделюються відповідні до їхніх моторних особливостей еталони в мовленнєво-слуховій системі. Відповідність поточних звуків цим еталонам визначає швидкість і ефективність сприймання. Отже, класичні когнітивні уявлення про модулярну організацію мозку та когніцію людини, відповідно до якої мова й моторика знаходяться в різних незв'язаних між собою модулях, не знайшло експериментального підтвердження, а, навпаки, засвідчило природу мовлення як реалізацію мови в дії.

Ідея про взаємозв'язок мови та дії й слугувала основою для розробки психокорекційної мовленнєвої програми, яка реалізується в груповій роботі. Оскільки ця програма є доволі стислою в часі, водночас ефективною за своїми результатами, вона отримала назву інтенсивної мовленнєвої корекції. Опишімо хід проведених занять засобами інтенсивної мовленнєвої корекції на основі гри.



Процедура інтенсивної мовленнєвої корекції – психолог проводив заняття з трьома пацієнтами. Усі розміщуються за великим прямокутним столом, поділеним на чотири сектори двома діагональними картонними бар'єрами. Кожен учасник отримує по 10 кольорових карток, на яких зображено предмети, що не належать до широкого вжитку, наприклад, лимонний кекс, печериці тощо. Усі картки мають ідентичну пару. Психолог показує картку, а завданням кожного з трьох пацієнта було знайти в себе таку картку. Якщо такої не було, особа повинна була відшукати її у свого «колеги», але лише шляхом вербальної взаємодії.

До основних «дозволених» мовленнєвих актів належали акти прохання (Дайте мені, будь ласка, картку із зображенням печериць), акти відмови (У мене немає такої картки), акти уточнення (Я не зрозумів, поясніть, будь ласка, ще раз). Пацієнт К. двічі просив повторити завдання на початку, а учасники Д. і В. заглядали один одному в картки. Коли психолог зробив зауваження, Д. спершу не реагував, а В. попросив уточнити, де шукати картку. Потім Д. заявив, що у В. такої картки немає, сказавши «У кого яблуко?». Отже, уже на першому занятті, окрім поміченої характерної для дітей риси «підглянути», відбувалась комунікативна взаємодія, яка посилювалась протягом подальших занять.

Важливим також була якість кольорового наповнення карток, адже пацієнти також можуть спрямувати мовленнєві акти на визначення чи уточнення кольору, їхніх відтінків і їх комбінування. Інтенсивність мовленнєвої корекції забезпечувалась її частотністю – по 2 години на день протягом 10 днів, разом 20 годин.

Як свідчать результати нашого спостереження, пацієнти після інсульту намагаються використовувати лише часто вживані слова, а ті, які їм важко вимовити в семантичному чи фонологічному плані, намагаються не застосовувати. Принцип динамічної локалізації вищих психічних функцій дає змогу використати неушкоджені ресурси мозку, адже мовленнєві дії регулюються ансамблем мозкових процесів.

Принцип кодування подій реалізується в реальній ситуації взаємодії між усіма учасниками гри-терапії, де мовленнєві акти затребувані реальними мотивами комунікативної взаємодії. Принцип економії втілено в тісному взаємозв'язку мови й дії в мозковій організації людини. Принцип доповнюваності реалізується у використанні різного роду опор – образних, кольорових, вербальних – для стимулювання мовленнєвої поведінки.

Отже, провідною рисою методу інтенсивної мовленнєвої корекції на основі гри є його потенціал у залученні усіх резервів цілісної особистості пацієнта після інсульту. Так, реальні ситуації взаємодії між учасниками корекційної роботи здійснюють вплив на усі сфери особистості – пізнавальну (когнітивну), емоційну, мотиваційно-поведінкову (конативну), що, у свою чергу, впливає на внутрішню картину здоров'я пацієнта. Виникнення потреби у взаємодії для повноцінної участі в ній, створення семантичного задуму потенційного мовленнєвого акту, виникнення позитивного емоційного супроводу в разі отримання необхідної картки слугували важливим особистісним чинником ефективного відновлення мовленнєвої функції пацієнтів. Водночас значущою є й особистісна рефлексія пацієнта, що полягає в усвідомленні своїх мовленнєвих успіхів і окресленні найближчих цілей для їх покращення.

До інтенсивної мовленнєвої корекції включались також індивідуальні заняття, які виявили не меншу важливість і ефективність. Наприклад, у хворих, які не здатні були говорити, регулярно тренувалась слухова увага. Для таких цілей використовували дитяче лото або буквар. Повільно й чітко вимовляючи слова, психолог звертався до афатика із проханням показати спершу по одному предмету, а згодом по два-три. Наприклад: «Покажіть яблуко; покажи яблуню й куш; покажіть квітку, траву, будинок». За один раз пропонували показати не більше ніж 10–12 предметів, при цьому роблячи невеличкий тайм-аут у дві-три хвилини після кожної вправи – відповіді на прохання.

Особливою ефективністю відзначаються серії вправ на заповнення пропущених букв, а потім і слів, наприклад, прийменників, дієслів: «Собака гавкає ... дитину»; «На дереві пташка». Що краще хворий говорить, то складнішим повинен бути текст для читання й переказу. Ті пацієнти, які не втратили повністю цю функцію, можуть відтворювати сюжет картин, переказувати зміст телепередач, статей із газет, журналів, потім за допомогою родичів виправляти свої помилки. Психологу необхідно мати терпіння, не варто виправляти всі помилки в мовленні.

Оскільки в більшості досліджуваних експериментальної групи була зафіксована аномія в різному ступені важкості, наша програма спиралася на корекцію навичок породження слів, тобто їх називання. Для цього було підготовлено 15 картинок, де зображені предмети з повсякденного життя, і почергово пред'являлися кожному афатикові на індивідуальному занятті. Психолог

оцінював ступінь збереженого розуміння в розмові з досліджуваним, коли він може зіставити картинку з вимовленим словом. Ставилося питання, що містило суперечність. Наприклад, пред'являлася картинка з тарілкою, а питання звучало так: «Це каструля?». Заперечна відповідь свідчила про неушкодженість семантичної системи. Збереження фонетичної системи свідчило про переваги в корекції аномії. Досліджуваному пропонувалася одна картинка, на якій зображений цільовий предмет (яблуко), і п'ять карток із словами з одного семантичного поля, серед яких є цільове слово, наприклад: ківі, апельсин, яблуко, груша, слива. Особа мала вибрати цільове слово «яблуко», озвучуючи його. Ця робота довела свою ефективність з особами за умови тривалості не більше ніж 0,5 годин (із перервами). Важливо також використовувати спонукальні й питальні конструкції, наприклад: «Ви хочете спати/ їсти?», «Ходімо до вікна подивитися на вулицю!», «Подайте мені вилку!». З одного боку, вони стимулювали невербальну дію-реакцію (розуміння), а з іншого – також і вербальні реакції-відповіді, створюючи тло для активної комунікації в подальшому.

Висновки. Підсумовуючи, відзначимо, що мовленнєві порушення одержали назву мовленнєвих афазій, які трактуються як відхилення в уже сформованому мовленні, що виникають у разі локальних уражень кори лівої півкулі, становлячи системні розлади різних форм мовленнєвої діяльності. Однією із причин таких уражень може бути інсульт. Найпоширенішою афазією серед постінсультних осіб є моторна еферентна афазія. Особа з важкою формою моторної еферентної афазії здатна вимовляти окремі звуки, водночас не може вимовляти слова, окрім ембол. За легших форм моторної еферентної афазії особа відчуває ускладнення зі злиттям звуків у слова та речення, тобто страждає «кінетична мелодія» мовленнєвого акту, що виявляється в нездатності перемикатися з одного складу (слова) на інший. Ті само вияви фіксуються й у писемному мовленні. Отже, навіть при легких формах моторної еферентної афазії людині складно впоратися з вимовою непростих у моторному плані словосполучень, наприклад, скоромовок. Характерною рисою цієї форми мовленнєвого розладу є також ускладненість називати окремі предмети або повторювати слова. Загалом моторна еферентна афазія являє собою елементарну кінетичну афазію, коли порушується не синтагматична структура всього речення, а плавне породження компонентів окремого слова, послідовність ар-

тикуляцій. Процес повернення від моторної еферентної афазії до норми характеризується проходженням через стадію так званого телеграфного стилю. Це означає, що особа після того, як уже навчилася вимовляти окремі слова, ще довгий час відчуває ускладнення в їхньому сполученні у фразі й речення. Предикативна будова висловів протягом тривалого часу лишається неpravильною. Окрім моторної еферентної афазії, у постінсультних осіб також часто спостерігається аномія – ускладнення пошуку потрібного слова зі збереженою граматиною речень. При аномії постінсультний пацієнт може використовувати для розуміння дві стратегії: або починає активно жестикулювати, або малювати замислену ідею. Другим різновидом аномії в постінсультних людей є частіший ужиток іменників, ніж дієслів, унаслідок чого мовлення набуває рис аграматизму. Інакше кажучи, зберігається предметність мовлення, але зникає його подійність.

Необхідною передумовою комплексного вивчення розладів мовлення на діагностичному й корекційному етапах є визначення внутрішньої картини здоров'я постінсультних осіб, їхніх емоційних властивостей і станів свідомості. При цьому поняття внутрішньої картини здоров'я тісно переплетено із поняттям внутрішньої картини хвороби й передбачає наявність знань про стан свого здоров'я, відповідне емоційне ставлення, готовність до дій стосовно одужання та збереження здоров'я. Стани свідомості для вивчення афазій розглядаються як своєрідне тло, на якому розгортаються всі психічні процеси, мовлення особистості зокрема. Емоційні стани набувають неабиякої значущості в постінсультних осіб, оскільки в них часто спостерігаються страх, депресія, тривога, які ще більше поглиблюють мовленнєві розлади.

Розроблена авторська програма інтенсивної корекції мовлення постінсультних осіб із моторною еферентною афазією ґрунтується на принципі опосередкування як способу перебудови функціональних систем. Інтенсивна мовленнєва корекція відповідає методології нейропсихолінгвістичного дослідження. Стрижнем інтенсивної мовленнєвої корекції є гра, яка дає змогу використати мову в дії. Провідною рисою методу інтенсивної мовленнєвої корекції є його потенціал у залученні всіх резервів особистості після інсульту, який спрямований на покращення емоційного стану та внутрішньої картини здоров'я, а також зростання показників імпресивного й експресивного мовлення. Установлена важлива роль свідомого контролю в за-



тримці імпульсивних мовленнєвих реакцій і покращенні автоматизованого мовлення постінсультних осіб.

Перспективи подальшого вивчення проблеми вбачаємо в розробці інтегративних технологій із апаратурнопсихолінгвістичного відновлення порушеного мовлення та проведеної крос-культурних досліджень.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Беянин В.П. Психолінгвістика / В.П. Беянин. – М. : Флінта, 2008. – 232 с.
2. Глозман Ж.М. Формы и методы опосредования в нейропсихологической реабилитации и коррекции / Ж.М. Глозман // Психологический журнал. – М. : Российская академия наук, 2009. – Т. 30.– № 4. – С. 87–91.
3. Засекіна Л.В. Нейропсихолінгвістика vs. патопсихолінгвістика у дослідженні особистості (на прикладі вивчення і реабілітації пацієнтів після інсульту) / Л.В. Засекіна // Вісник Прикарпатського університету. Серія «Філософські і психологічні науки». – Івано-Франківськ : Вид-во ЦІТ, 2010. – Спеціальний випуск. – С. 6–11.
4. Зимняя И.А. Лингвopsихология речевой деятельности / И.А. Зимняя. – М. : Московский психолого-социальный институт ; Воронеж : НПО «МОДЭК», 2001. – 432 с.
5. Мілінчук В.І. Нейропсихолінгвістичний підхід до дослідження мовлення пацієнтів після інсульту / В.І. Мілінчук, Л.В. Засекіна // Актуальні проблеми практичної психології : збірник наукових праць. – Херсон : ПП Вишемирський В.С., 2010. – Ч. 1. – 2010. – С. 143–146.
6. Хомская Е.Д. Нейропсихология / Е.Д. Хомская. – СПб. : Питер, 2005. – 496 с.