

Пурхванидзе Ольга Петровна

соискатель Московского гуманитарного
университета им. Шолохова
тел.: (905) 791-19-35

АУДИОВИЗУАЛЬНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ ПРИ АФАЗИИ

Аннотация:

В настоящей работе представлены результаты коррекционной работы, использованные в восстановительном обучении больных с афазией, находящихся в острой постинсультной стадии заболевания.

Ключевые слова:

аудиовизуальная стимуляция, афазия, коррекционная работа, теория компенсации.

Purhvanidze Olga Petrovna

post-graduate student of
Moscow Humanitarian University
tel.: (905) 791-19-35

AUDIOVISUAL STIMULATION IN CORRECTIONAL WORK IN APHASIA

The summary:

This article presents the results of correctional work, used in the rehabilitation training of the patients with aphasia, who are in the acute postinsult stage of the disease.

Keywords:

audiovisual stimulation, aphasia, correctional work, theory of compensation.

Речь относится к числу высших психических функций, нарушение которой приводит к общей депривации и десоциализации индивида. Это относится и к проблемам развития и к проблемам распада речи. В связи с этим определение эффективных путей коррекции речевой функции у детей и взрослых имеет принципиально большое значение.

Согласно сложившейся теории компенсации, основными методами, с помощью которых она достигается, являются прямые и обходные. Прямые методы используются преимущественно в инициальной стадии заболевания, когда особенно актуален «выход» нервных клеток из состояния временного угнетения.

Экспериментальное исследование осуществлялось на базе неврологического отделения ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, где принимало участие 76 больных с нарушениями речевой и других высших психических функций (ВПФ) в ранней постинсультной стадии, проходящих лечение в период с 2009 по 2011 гг. Больные госпитализировались по скорой помощи, сразу же после заболевания. Возраст больных колебался от 31 до 72 лет. У большей части больных отмечалась загруженность функции сознания, изменения личностной эмоционально-волевой сферы, ослабления функции внимания и выносливости.

Для преодоления выявленных расстройств с больными проводились индивидуальные логопедические занятия, общий срок занятий составлял 20 дней. Продолжительность занятия колебалась от 15–20 до 45 мин.

Этапы обучения выделялись условно. Каждый составлял по 7 дней.

Применялись различные виды сенсорной стимуляции.

Тактильная стимуляция. *В стадии загруженности сознания* она состояла в прикосновении к руке больного, лицу и груди в виде поглаживания рукой, специальной кисточкой, тупой иглой (покалывания). Использовались различные виды прикосновений: поглаживающие, похлопывающие, покалывающие прикосновения к руке, теплые, холодные прикосновения, мокрые, сухие и пр.

Применялась и температурное воздействие: прикладывались нагретые парафиновые пластинки, чередующиеся с охлажденными. Эта стимуляция проводилась под легкую, мелодичную, популярную (полька, вальс, марш). Делался расчет на ее стимулирующее воздействие. Сеансы тактильной стимуляции сопровождалась текстами, примерное содержание которых было следующим: «Я хочу, чтобы Вы открыли глаза и посмотрели. Здесь находится Ваша (жена, муж, дочь, сын и пр.). Они хотят, чтобы выздоравливали. Вы чувствуете, что прикасаюсь к Вам. Почувствуйте, пожалуйста, и дайте мне знать. Я буду приходить к Вам. Ждите меня».

На стадии выхода из загруженности сознания больному предъявлялись различные тактильные и стереогностические стимулы. Больной должен был опознавать их и находить стимульный предмет, в том числе и невидимого, путем ощупывания.

Для аромостимуляции *в стадии загруженности сознания* подбирались стимулы с узнаваемыми запахами: лимон, роза, мята, уксус, перец, нашатырь, рыба и др. Для оценки резуль-

татов этой стимуляции велось наблюдение за мимикой больного. Фиксировалось ее наличие или отсутствие, соответствие или несоответствие эмоциональной окраски.

На стадии выхода из состояния загруженности сознания больному задавался вопрос, например: «Что так пахнет, вспоминайте... (лимон, роза, чеснок и т.д.)?» В том случае, когда больной не мог *назвать* предмет, это делал обучающий, несколько раз произнося искомое слово.

Зрительная стимуляция состояла в привлечении «глазного» внимания больного к различным предметам: а) находящимся в палате; б) специально принесенным, в том числе и макетам; в) частям тела. Для оценки результатов этой стимуляции велось наблюдение за взглядом больного. Отмечалось наличие или отсутствие его фиксации на предмете или части тела.

Показ реальных предметов

Инструкция: «Посмотрите сюда, это кружка из нее пьют (показ действия).

Это ручка, ей можно что-нибудь написать (показ действия). Это лекарство (его надо пить, чтобы выздороветь).

Показ предметов на картинках

Инструкция: «Посмотрите, это кошка ловит мышку».

Показ частей тела

Инструкция – 1: «Посмотрите, это глаза открываются – закрываются (показ), это нос, можно понюхать цветок; это зубы, чтобы откусить яблоко и т.д.»

Инструкция – 2: Вы видите это? Посмотрите внимательно! (предметы для демонстрации: собака, кошка, шарик, звезда, елка, роза, цыпленок).

Невербальная слуховая стимуляция проводилась с использованием предметных и природных шумов, отрывков знакомых песен и других музыкальных произведений. В число стимулов входили также широко известные сигнальные звуки (звучание горна, звон колоколов, музыкальные заставки известных рекламных роликов и т.п.).

На стадии выхода из состояния загруженности сознания слуховая невербальная стимуляция проводилась теми способами, что и в стадии загруженности сознания, однако она также переводилась на произвольный уровень с помощью заданий, предусматривающих указание больного на предмет – источник звука. Шумы были записанные на дисках и подавались через наушники. Использование наушников было рассчитано на усиление акустического воздействия благодаря контакту звука непосредственно со слуховым рецептором.

Результаты теста оценивались по мимике больного, а именно присутствию или отсутствию мимики вслушивания.

Результаты. Эффект воздействия сенсорной стимуляции был очевидным. Через неделю: 19 больных начали реагировать на приход родственников и специалистов, выполнять простые инструкции, общаться с окружающими с помощью жестов и простых вербализаций; у 34-и больных на 4–5-й день появлялась способность при обращении к ним открывать глаза, давать мимические и голосовые реакции; 15 больных стали открывать глаза и лишь 8 больных не вышли полностью из состояния загруженности. Через 2 недели: у 8 больных появилась способность понимать простые обращения к ним и отдельные слова в собственной речи; у 4 больных появилась простая фраза; 3 больных оставались безречевыми; у 12-и появилась способность понимать речь. К концу курса лечения (через 3 недели) загруженность сознания осталась лишь у одного больного, у 3 больных был летальный исход, 2 больных были переведены в нейрохирургическое отделение.

Специфические приемы *вербальной* аудиовизуальной стимуляции, рассчитанные на сознательное восприятие стимульного материала, использовались при разных формах афазии по выходе больных из состояния загруженности. Они в основном совпадали с теми, которые используются в практике работы при афазии, однако были модифицированы.

Для осуществления этого раздела исследования больные, вышедшие из состояния загруженности сознания, были обследованы с целью выявления у них формы афазии. Контрольная группа состояла из 30 чел. с аналогичными формами афазии.

Аудиовизуальная стимуляция проводилась с больными со всеми формами афазии, так как восприятие речи у всех у них было неполноценным, хотя и в разной степени. Нами применялся прием синхронной подачи стимулов на слух и зрительно с постепенным сворачиванием зрительного компонента и переводением его во внутренний план. Мы рассматривали такой метод, как способ интеграции акустических, визуальных и артикуляционных параметров слова и выработки способности восприятия слова как фонемно-предметно-артикуляционного единства, но распавшегося на отдельные звенья в результате очагового поражения мозга.

Использовалось *предъявление слов и фраз* через наушники. Основная задача состояла в стимуляции понимания отдельных частотных слов и ситуативной речи.

Синхронизация вербальных единиц – слов, предложений и зрительных (предметных, артикуляционных), а также их значений обеспечивало функциональные связи между различными по иерархии отделами височно-затылочной и речедвигательной коры. Слова подбирались по принципу частотности и эмоциональной значимости для больного.

По формам афазии показатели восстановления речи различались так: больные с моторной афазией, у которых нарушения понимания не являются основными, показали, как и ожидалось, более значимое более продвижение, чем больные с сенсорной и сенсомоторной афазией; больные с динамической афазией заняли промежуточное положение. 5 больных стали способными показывать предметы группами по 2–3 элемента. У 2 больных появилась также способность соотносить воспринятые на слух слова-названия с их графическими эквивалентами. В качестве системного следствия у 42 больных сформировалась способность выполнять простые устные инструкции, например, «Закройте глаза», «Откройте рот», «Дайте мне газету, книгу».

Результаты восстановительного обучения у 30 больных контрольной группы, работа с которыми велась без слуховой и других видов сенсорной стимуляции, то есть стандартным способом, оказались существенно ниже. Значимые положительные изменения наблюдались лишь у 9 больных из 30.

Выводы

1. Одним из наиболее результативных способов оптимизации восстановительного обучения в остром постинсультном периоде является включение в программу обучения методов сенсорной стимуляции, рассчитанных на оживление невербально-вербально-зрительно-слуховых ассоциаций.

2. На ранней постинсультной стадии необходима предварительная полимодальная сенсорная стимуляция для вывода больных из состояния загруженности, нормализации эмоциональной сферы, повышения работоспособности постинсультного больного.

3. При разных формах афазии эффект аудиовизуальной стимуляции зависит от формы афазии.

4. Проведенное исследование доказывает целесообразность и продуктивность введения метода аудиовизуальной стимуляции в систему восстановительной работы с больными в острой постинсультной стадии.