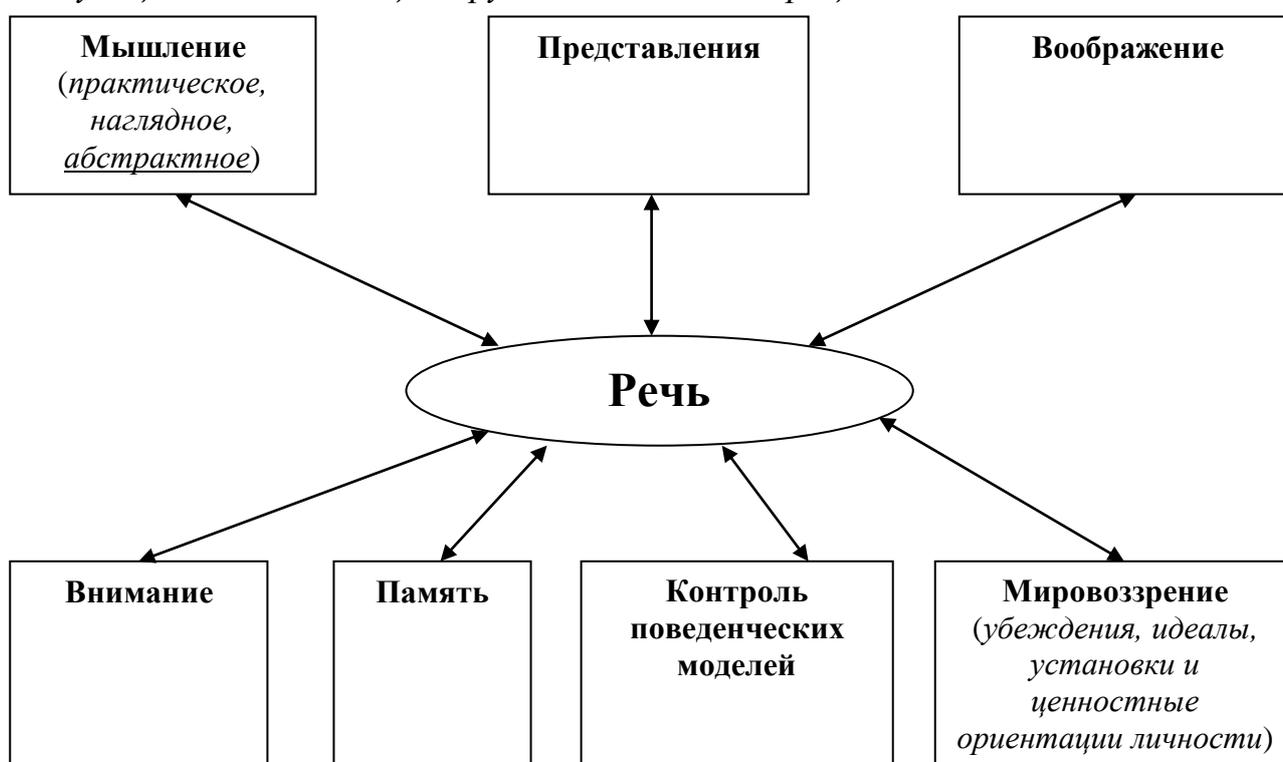


Афазия и ее виды.

Введение. Понятие речи, ее виды и функции. Связь речи с другими психическими процессами и компонентами личности.

Речь представляет собой одну из самых сложных форм высших психических функций, которая характеризуется подвижностью, многозначностью и связью со всеми другими психическими функциями. Речь - это средство общения, т. е. сложная и специфически организованная форма сознательной деятельности, в которой участвуют два субъекта — формирующий высказывание и воспринимающий его.

Необходимо различать две роли, которые выполняет речь, — *речь, как собственно психический процесс*, включающийся в реализацию психической деятельности человека наряду и вместе с другими психическими процессами, и *речь, как процесс, организующий и связывающий другие психические процессы*.



Функции речи:

1. Коммуникация.
2. Обозначение и наименование.
3. Указание.
4. Познание и обучение
5. Контроль поведения, управление.
6. Выражение эмоциональных переживаний.

Необходимо различать значение и смысл слова.

Значение слова - это обобщенное и устойчивое отражение предметного содержания, включенного в общественно-практическую деятельность человека.

Смысл - индивидуальное значение, которое приобретает слово для человека в каждой конкретной ситуации. Смысл слова зависит от всей совокупности знаний человека, его жизненного и эмоционального опыта, его личностных качеств.

Уровни реализации речи:

Произвольный, осознанный.

Непроизвольный (автоматизированные формы речи: счет, речевые штампы и стереотипы)

Виды речи:

1. Устная (внешняя) речь — экспрессивная речь, т. е. разговорная, и импрессивная т. е. восприятие и понимание речи
2. Письменная речь включающая письмо и чтение
3. Внутренняя речь обеспечивающая и как бы опосредующая оба эти вида речи — и устную, и письменную.

Мозговая основа речи.

Речь обеспечивается совместной работой ряда мозговых зон коры головного мозга (заднелобных, нижнетеменных, височных, зона ТРО), являющихся мозговой основой речи. Объединение этих зон называют *речевой зоной* коры головного мозга. Совместная же работа анализаторных систем этих областей мозга (двигательно-кинестетического, кинестетического, акустического, пространственного, зрительного анализаторов) составляет *психофизиологическую основу речи* и речевой деятельности.

Афазия. Классификация афазий

Термин «афазия» происходит от греческого слова («а» означает отрицание, отсутствие, «фазис» — речь); впервые его ввел французский врач Труссо.

Афазия — это системное нарушение речи, которое возникает при органических поражениях мозга, охватывает разные уровни организации речи, влияет на ее связи с другими психическими процессами и приводит к дезинтеграции всей психической сферы человека, нарушая, прежде всего, коммуникативную функцию речи

История развития учения об афазии насчитывает не менее двух столетий. Систематическое изучение афазии началось во второй половине XIX столетия, и этот этап можно считать первым в развитии учения об афазии. В этот период классиками неврологии были выделены две главные формы афазии: моторная афазия (или афазия П. Брока—1861) и сенсорная афазия (или афазия К. Вернике— 1874).

Изучением нарушений речи занимались: Фрейд, Кожевников, Аствацатуров, Кроль, Давиденков

В основу выделения разных форм афазии А. Р. Лурией был положен *принцип «анализа топически ограниченных поражений мозга»*, с одной стороны, и *факторный анализ*, — с другой.

Нейропсихологический анализ нарушений речи при афазии начинается с тщательного изучения анамнеза заболевания, данных истории болезни (неврологический status, данные ЭЭГ и пр.) и включает рассмотрение нескольких аспектов, в которых может выступать дефект. Прежде всего, используется: 1) клиническая картина нарушения речи, 2) затем проводится специальное обследование больного с использованием нейропсихологических методов с целью поиска фактора и выяснения синдрома, в котором протекает та или другая афазия — нейропсихологический синдромный анализ афазии, 3) затем проводится анализ психологического аспекта нарушения речи, 4) на основании всех этих данных выносится суждение о психофизиологических механизмах нарушения, о центральном ведущем симптоме и ставится топический и нейропсихологический диагноз.

Афазию, как и нарушение другого психического процесса, можно понять лишь путем анализа следующих ее сторон: 1) вычленения центрального механизма 2) центрального дефекта, 3) анализа и описания клинической картины, 4) анализа психологической картины, 5) нейропсихологического анализа синдрома, в котором протекает афазия.

Виды афазий. Эфферентная моторная (грубое нарушение артикуляции), сенсорная (нарушение фонематического слуха), афферентная моторная (нарушение различения близких по звучанию звуков), динамическая — транскортикальная моторная (нарушение последовательности речевого высказывания), амнестическая (акустико-мнестическая, оптико-мнестическая),

В основе **семантической афазии (транскортикальная сенсорная)** лежат дефекты симультанного (синхронного) анализа и синтеза речи, одновременного схватывания информации. Ведущим дефектом для этой формы является нарушение понимания сложных логико-грамматических структур.

Субкортикальная моторная афазия (афемиа, малый синдром Брока). Возникает при поражении задненижних отделов лобных долей головного мозга, но обычно при меньшем объеме повреждения мозговой ткани. Малый синдром Брока характеризуется уменьшением беглости спонтанной речи, трудностями повторения слов и названия предметов по показу, нарушением артикуляции. В отличие от эфферентной моторной афазии письменная речь при афемии остается сохранной, в том числе в острейшем периоде.

Сенсомоторная афазия. Наблюдается при одновременной поражении заднелобных и височных отделов головного мозга. Страдает как инициация речи, а также фонематический слух. Клиническая картина характеризуется сочетанием симптомов сенсорной и моторной афазии. Страдают все аспекты речевых функций, данный вид афазии получил и другое название – *тотальная афазия*.

Транскортикальная смешанная афазия. Наблюдается при повреждении префронтальных отделов лобных долей и зоны ТРО. При этом могут возникать речевые нарушения, в клинической картине которых присутствуют симптомы динамической (транскортикальной моторной) и семантической (транскортикальной сенсорной) афазий. Важным диагностическим критерием данного вида речевых нарушений является сохранность повторения фраз.

Проводниковая афазия. Проводниковая афазия развивается при поражении белого вещества верхних отделов теменной доли доминантного полушария. В основе данного речевого расстройства лежит разобщение центров импрессивной и экспрессивной речи.

Основной клинический признак проводниковой афазии - выраженное нарушение повторения фраз и чтения вслух. Нарушается также название предметов по показу. Самостоятельная речь более сохранна, беглость речи не изменена, отсутствуют нарушения артикуляции. Могут отмечаться литеральные и вербальные парафазии. При письме под диктовку пациент допускает орфографические ошибки, пропускает буквы и слова. Понимание устной и письменной речи при проводниковой афазии не нарушается.

Подкорковые афазии.

а) Таламическая афазия. Поражение таламуса может приводить к расстройствам экспрессивной речи, которые по своим клиническим характеристикам напоминают афазии Вернике-Кожевникова (выраженные литеральные и вербальные парафазии, превращающие речевую продукцию в "словесную крошку"). Отличительной особенностью таламической афазии от афазии Вернике является сохранность понимания речи и отсутствие нарушений при повторении фраз за врачом.

б) Стриарная афазия. При поражении полосатого тела описано уменьшение беглости речи и парафазии в сочетании с нарушением артикуляции. Повторение за врачом и понимание речи остаются интактными.

в) Капсулярная афазия. Поражение задних отделов внутренней капсулы часто приводит к возникновению мягких речевых нарушений, которые трудно отнести к какому-либо определенному виду афазий.