

УДК 371.9

Афазиология: этапы развития и актуальные вопросы

Ж.А. Пайлозян

*Университет "Грачья Ачарян"
0001, Ереван, ул. Московян, 3*

Ключевые слова: логопедия, афазия, восстановление, речь

Афазия – одна из старейших и интереснейших проблем медицины, психологии и специальной педагогики. Еще в 1874г. известный невропатолог и психиатр А.Я.Кожевников отмечал: "Болезненное расстройство речи, известное под названием "афазия", представляет собой большой интерес не только в собственно медицинском, но и в антропологическом отношении."

В развитии учения об афазии выделяют два этапа. Первый этап начался во второй половине XIXв. и связан с возникновением двух научных направлений: локализационизма (П.Брока, К.Вернике и др.) и антилокализационизма (П. Мари и др.), имеющих важное значение для дальнейших исследований мозга: первое направление положило начало учению о локализации функций в коре головного мозга, второе – указало на важность деятельности мозга как единого целого.

На первом этапе изучения афазии были выделены моторная (П.Брока, 1861), сенсорная (К.Вернике, 1874), семантическая (Г.Хэд, 1926), динамическая (К.Клейст, 1934) и другие формы афазии. Создавались различные классификации афазий, в том числе и известная классификация Вернике – Лихтгейма (1885), отголоски которой можно найти в современных учебниках по неврологии.

Исследования крупнейших неврологов и психологов XIX и начала XX вв. существенно продвинули представления об афазии. Однако в целом первый этап афазиологии характеризовался описательным подходом. Взгляды исследователей более ста лет не претерпевали каких-либо существенных изменений, чем вызвали кризис в афазиологии: стала очевидной необходимость аналитического подхода к изучению афазии.

Второй этап учения об афазии связан с именем А.Р.Лурия, ставшим одним из основоположников нейропсихологии – науки, занимающейся изучением мозговых основ высших психических (корковых)

функций человека.

Существенным вкладом для современных представлений об афазии явились достижения неврологии, физиологии, нейрофизиологии (Н.М. Сеченов, 1863–1903; И.П.Павлов, 1903–1935; В.М.Бехтерев, 1905–1910; П.К.Анохин, 1940–1956; И.Н.Филимошкин, 1940–1957; Р. Пенфилд, 1964 и др.), позволившие разработать концепцию динамической локализации функций в коре головного мозга, что явилось важным шагом в понимании механизмов речи в норме и патологии.

А.Р.Лурия создана нейропсихологическая классификация афазий, основанная на представлении о речевой деятельности, как о сложной, но единой функциональной системе, состоящей из многих афферентных и эфферентных звеньев. Им были предприняты синдромный анализ различных форм афазии, а также изучение псевдоафазических расстройств при поражениях глубоких отделов мозга. Были начаты исследование речевых нарушений при поражении конвекситальных отделов правого полушария, изучение нейрофизиологической природы различных афазических синдромов.

Согласно А.Р.Лурия, афазические расстройства являются результатом нарушения аналитико-синтетической деятельности различных анализаторов мозговой коры, объединенных в сложную функциональную систему, "речевую зону". Форма афазии зависит от поражения того или иного участка "речевой зоны" коры доминантного для речи полушария головного мозга (преимущественно левого). Нельзя не учитывать и тот факт, что различные по этиологии поражения мозга обуславливают различия в симптомокомплексе речевых расстройств. Афазии отличаются друг от друга по основному механизму и по своим клинико-психологическим признакам.

В настоящее время под афазией понимают "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; афазия включает в себя четыре составляющие – нарушение собственно речи и вербального общения, нарушение других психических процессов, изменение личности и личностную реакцию на болезнь." (Л.С. Цветкова, 1988, с.15).

Афазия преимущественно отмечается у взрослых, нарушения устной речи сопровождаются нарушениями чтения, письма и счетных операций.

В современной афазиологии в соответствии с классификацией А.Р. Лурия выделяют следующие формы афазии:

1. Моторная афазия афферентного типа – возникает при поражении нижних отделов теменной доли в доминантном по речи левом полушарии головного мозга. Кратко ее можно охарактеризовать

как артикуляторную афазию. Центральным симптомом этой формы афазии является нарушение кинестетической афферентации произвольных движений, следствием которой является нарушение артикуляции звуков, невозможность найти нужную артикуляторную позицию.

В тяжелых случаях пациенты не в состоянии произносить не только слова, но и отдельные звуки. В более легких случаях в речи отмечаются литеральные парафазии (замены одних звуков другими, похожими по месту и способу образования).

Характерно, что пациент с грубой афферентной моторной афазией может произвольно произнести слово или целую фразу, но не в состоянии повторить ее осознанно.

При афферентной моторной афазии может отмечаться речевой эмбол (единственное слово или предложение, которое в состоянии произнести пациент), используемый при общении с окружающими. Нарушены автоматизированная, сопряженная и отраженная формы речи. Называние, как акт говорения, отсутствует, но как функция может быть сохранной: т.е. пациент знает названия предметов, действий и т.д. Имеются нарушения понимания речи других. Чтение нарушено, но могут отмечаться элементы чтения в уме. Письмо отсутствует. Пациенты в состоянии выполнять простые счетные операции, предъявленные в письменной форме.

2. Моторная афазия эфферентного типа – возникает при поражении нижних заднелобных отделов доминантного по речи полушария. Кратко ее можно охарактеризовать как нарушение фразовой речи. Центральным симптомом является патологическая инертность экспрессивной речи, вследствие чего затруднено или невозможно своевременное переключение с одной артикулемы на другую.

Пациенты относительно легко произносят отдельные слова, но испытывают трудности при произнесении слов и фраз. Становится невозможным конструирование и произнесение предложений. Отмечаются трудности торможения предыдущих речевых актов и переключений на последующие, что приводит к персеверациям (настойчивое непроизвольное повторение звука или слова), количество которых растет при повторных попытках произнести слово или предложение. В результате речь становится дезорганизованной, сопровождается застреваниями на отдельных фрагментах высказывания. Патологическая инертность собственной речи вызывает расстройства и других сторон речевой функции: чтения, письма, счета и частично – понимания речи.

При эфферентной моторной афазии преимущественно нарушается произвольная речь (монолог, диалог, называние и т.д.). Непроизвольные, автоматизированные формы речи (договаривание и проговаривание прямого счета от 1 до 10, счет по десяткам от 10 до 100, пение хорошо знакомых песен, договаривание пословиц, стихов и т.д.) сохранены.

3. Динамическая афазия – возникает при поражении заднелобных отделов доминантного по речи полушария. Кратко данную форму афазии можно охарактеризовать как нарушение речевой инициативы.

Центральным симптомом динамической афазии является нарушение самостоятельной, активной, продуктивной речи.

Характерной особенностью пациентов с этой формой афазии является речевая аспонтанность и инактивность. При первой встрече с человеком с динамической афазией у неспециалиста обычно складывается ошибочное впечатление, что он не проявляет желания общаться. Отмечаются трудности в создании речевого замысла и его планомерного развертывания.

При отсутствии парезов, наблюдается общая скованность и замедленность движений, жестов, походки, отмечается гипомимия. Имеются изменения в эмоциональной сфере: эйфория, смещивость, недостаточно критическое отношение к нарушению речи. Наблюдается снижение общей активности.

Отмечается обеднение словаря. Характерны эхολалии (непроизвольное, механическое повторение речи других), число которых увеличивается при утомлении пациента.

В речи пациентов с динамической афазией отсутствует выраженная сенсомоторная или грамматико-семантическая недостаточность. Однако им присущ специфический аграмматизм, проявляющийся в пропуске глаголов, предлогов, местоимений, употреблении фраз-шаблонов, неразвернутых простых предложений. Фразы короткие и грамматически невзаимосвязанные.

Пациенты с динамической афазией постоянно нуждаются в стимуляции речи извне.

4. Сенсорная (акустико-гностическая) афазия – возникает при поражении задних отделов верхней височной извилины доминантного по речи полушария головного мозга. Кратко данную форму афазии можно охарактеризовать как грубое нарушение понимания речи. Центральным симптомом этой формы афазии является нарушение фонематического слуха, т.е. распад способности к акустическому анализу фонем (речевых звуков), каждая из которых имеет смысловозначительную функцию.

Расстройства фонематического слуха обуславливают грубые нарушения понимания речи. Появляется "феномен отчуждения смысла слов", который характеризуется "отделением" звуковой оболочки слова от ее предметной соотнесенности. Пациент слышит слово, но не понимает его смысла. Звуки речи теряют для пациента свое стабильное звучание и каждый раз воспринимаются искаженно, смешиваются между собой.

В результате в собственной речи пациентов отмечается малопродуктивное многословие, логорея – дезорганизованная речь, состоя-

щая из набора несвязанных между собой элементов речи или их частей. Собственная речь становится бессвязной. Отмечаются вербальные и литеральные парафазии, эхолалии, аграмматизмы, искажения звуковой структуры слов. Нередко в такой дезорганизованной речи встречаются правильно произносимые слова, короткие фразы, однако это происходит спонтанно, без осознания со стороны говорящего.

Пациенты с сенсорной афазией очень эмоциональны. Они много и непродуктивно говорят, жестикулируют, а при восприятии обращенной к ним речи опираются на мимику, жесты и интонацию собеседника. Нужно отметить, что когда контекст беседы им понятен, качество собственной (экспрессивной) речи улучшается. И наоборот, при утомлении симптомы сенсорной афазии усиливаются, качество понимания речи, а также собственная речь ухудшаются.

Автоматизированная речь, повторение, называние грубо нарушены. Чтение как функция достаточно сохранна, нередко чтение можно использовать в ходе восстановительного обучения. Письмо и счет нарушены.

5. Акустико-мнестическая афазия – возникает при поражении средних и задних отделов височной области доминантного по речи полушария. Кратко ее можно охарактеризовать как нарушение слухоречевой памяти.

Основным речевым симптомом при этой форме афазии так же, как и при сенсорной (акустико-гностической) афазии, является нарушение понимания обращенной речи. Однако в данном случае это обусловлено не столько нарушением фонематического слуха, сколько нарушениями слухоречевой памяти. Уменьшается объем слухоречевого восприятия. Отмечаются также некоторое ослабление и обеднение зрительных представлений о предметах. Неспособность к удержанию в памяти речевой информации, воспринятой на слух, приводит к недостаткам понимания длинных речевых отрезков, скрытого подтекста.

Для пациентов характерно негрубое нарушение собственной речи, трудности актуализации слов, вербальные парафазии (замены слов). Отмечаются трудности называния, повторения. Чтение и письмо в целом сохранны.

У пациентов с акустико-мнестической афазией нет бессвязной малопродуктивной речи, и они могут быть поняты собеседником.

6. Семантическая афазия – возникает при поражении теменно-затылочных областей доминантного по речи полушария. Кратко эту форму афазии можно охарактеризовать как нарушение понимания сложных логико-грамматических конструкций.

Центральным симптомом семантической афазии является нарушение понимания грамматических конструкций речи, смысловых связей между словами. Особенно наглядно об этом свидетельствуют трудности понимания пространственных предлогов: "над", "под", "за" и т.д. Нару-

шается понимание сравнительных конструкций ("дочь выше матери"), разницы между конструкциями типа "отец брата" и "брат отца", оборотов со словами "перед", "после", "раньше", "позже" и т.д. Нарушено понимание фраз, значение которых зависит от порядка слов в предложении или от окончаний слов.

Пациенты с семантической афазией без труда понимают отдельные слова и простые фразы, но не понимают длинных и сложно построенных предложений. У них обычно не отмечается грубого нарушения собственной речи, т.к. они разговаривают, используя простые речевые конструкции. Нет выраженных нарушений чтения и письма, но при чтении наблюдается нарушение понимания сложно построенных фраз, текстов. Отмечаются расстройства функции счета.

Завершая описание основных форм афазии, следует отметить, что у пациентов с очаговыми поражениями головного мозга нередко наблюдаются смешанные (комплексные) формы афазии.

Имеющиеся у нас данные показали, что различные формы афазии составляют 81,5% от общего числа случаев речевой патологии, возникающей вследствие органических поражений головного мозга. Другие нарушения речи (дизартрия, дисфония, заикание и пр.) отмечаются лишь у 18,5% пациентов [4]. Совершенно очевидно, что проблема афазии является одной из центральных в клинике очаговых поражений головного мозга.

Длительное время восстановление речи рекомендовалось начинать спустя 6–8 месяцев после инсульта. Лишь в 80-е годы прошлого столетия был пересмотрен вопрос о сроках начала логопедических занятий и доказано, что только раннее начало коррекционно-педагогической работы может привести к стойким положительным изменениям.

В настоящее время различают ранний (до 6 мес.) и резидуальный этапы восстановления речи, каждый из которых имеет свою специфику и ставит перед логопедом ряд специальных задач. Стало очевидным, что методика логопедической работы дифференцируется не только в зависимости от формы афазии, но и от этапа восстановления [2].

На раннем этапе занятия начинаются в течение первых 2–3 недель после выхода пациента из "стадии оглушения". На этом этапе логопеду необходимо учитывать не только тяжесть физического состояния пациентов, но и тяжесть переживания внезапной утраты речи, т.е. работа должна иметь психотерапевтический характер. Главной задачей раннего этапа является активизация процесса восстановления речи, растормаживание и стимулирование угнетенной речевой функции, а также предупреждение возникновения некоторых патологических симптомов афазии (аграмматизмов, персевераций и др.).

Резидуальный этап восстановления начинается через шесть месяцев после органического поражения головного мозга. К этому времени

окончательно определяется форма и степень афазии, а также степень ее сочетания с другой или другими формами афазии. На этом этапе требуется сознательное, активное участие пациента в восстановительном процессе. Пациенту в доступной форме объясняется суть речевого расстройства, цель выполнения того или иного упражнения. Проводится специальная психотерапевтическая работа по формированию установки на восстановление речи вследствие упорных, длительных и систематических логопедических занятий.

Логопедической работе предшествует тщательное нейропсихологическое обследование высших психических функций пациента, на основании результатов которого выносится диагноз. Периодически проводятся повторные обследования для контроля за динамикой восстановления, а также в целях уточнения программы восстановительного обучения.

Восстановление речи у пациентов с афазией находится в зависимости от ряда факторов: локализации, обширности и глубины поражения, этиологии заболевания, формы и степени тяжести афазии, доминантности полушария, степени выраженности речевого дефекта, времени возникновения нарушения (без воздействия на него), возраста и личности пациента, наличия левшества, знания более чем одного языка и др.

Перечисленные факторы взаимосвязаны и самым непосредственным образом определяют процесс восстановления речи – спонтанный или направленный.

В специальной литературе справедливо отмечаются трудности разграничения спонтанного и направленного (логопедического) восстановления, т.к. они постоянно перекрывают друг друга.

В восстановительном процессе важна "встреча" спонтанного и направленного восстановления речи, когда раннее начало занятий совпадает с наиболее интенсивным периодом спонтанного восстановления. В самом понятии "направленное" (в противоположность спонтанному) заложено представление о возможности направлять восстановление речевых функций пациентов с афазией по наиболее целесообразному пути. Опыт показывает, что неконтролируемое специалистом, пущенное на самотек восстановление речи, приводит к возникновению эмболов, персевераций, а иногда делает невозможным процесс восстановления спонтанной речи [2]. Иногда при быстром спонтанном восстановлении речи могут возникнуть такие патологические симптомы, как смазанность произношения, заикоподобные нарушения темпа и ритма речи, аграмматизмы и т.д., которых можно избежать, применяя логопедическую терапию [6].

В свою очередь наличие или отсутствие спонтанного восстановления речи имеет важное значение для результатов восстановительного обучения. Следует обращать внимание на динамику афазии до начала

логопедического обучения, наличие или отсутствие спонтанного восстановления речи, т.е. на фон, на котором проводится направленная восстановительная терапия. Спонтанное восстановление речи имеет большое значение в раннем периоде заболевания, а в позднем – роль спонтанного восстановления уменьшается и основное значение приобретает направленная восстановительная терапия [6].

М.К. Шохор-Троцкая (Бурлакова), на основании 40-летнего опыта работы по преодолению афазии, отмечает, что спонтанного восстановления нарушенных высших психических функций у пациентов, перенесших инсульт, не происходит (за исключением восстановления психических функций у левшей и частично при парциальном левшестве) [8].

Практический опыт показывает, что логопедическое обучение целесообразно проводить во всех случаях: и в случаях спонтанного восстановления речи, и в случаях его отсутствия. Логопедическая терапия выступает как фактор, имеющий "пусковое значение" и реализующий извне резервы для восстановления нарушенных функций [1].

В течение 1986–2003 гг. в отделении общей и сосудистой неврологии Научно-медицинского объединения "Григор Лусаворич" г. Еревана нами было проведено нейропсихологическое обследование 552 человек с различными формами афазии сосудистой этиологии на различных этапах восстановления. Анализ результатов восстановления речи показал, что лишь у 56 человек (28 женщин и 28 мужчин) отмечалось спонтанное восстановление речи, что составляет около 10% от общего числа обследованных нами пациентов с афазией. В остальных 496 случаях (90%), т.е. у подавляющего числа обследуемых, спонтанного восстановления речи не отмечалось. Все они нуждались в направленной логопедической помощи.

Среди невропатологов долгое время преобладало скептическое отношение в оценке эффективности специально организованного процесса восстановления речи. Справедливости ради следует отметить, что отголоски этого отношения имеются и сейчас. Однако врачи все больше убеждаются в эффективности логопедической работы, в продуктивности раннего начала занятий, которое совпадает с наиболее интенсивным периодом спонтанного восстановления.

Изучение афазических расстройств служило и служит толчком к развитию многих отраслей науки: медицины, психологии, педагогики, лингвистики, логопедии, теории функциональной асимметрии человека и др.

Сегодня афазиология переживает очередной этап своего развития, что прежде всего связано с появлением новых технических средств: компьютерной и ядерно-магнитной томографии, доплерографии и др.

Так, в связи с развитием методов нейровизуализации стало воз-

возможным выявление значительного количества пациентов с “подкорковой” афазией. Установлено, что локальные поражения подкорковых образований приводят к нарушениям психических функций, значительно отличающимся от корковых по структуре дефекта: нестабильность тех или иных проявлений нарушений, когда качество выполнения заданий чаще зависит от психической активности, реже от степени сложности; стойкость речевых нарушений и т.д. Особенности “подкорковой” афазии обуславливают необходимость модификации основных направлений традиционной логопедической работы, изменение длительности занятий и этапов восстановления [3].

Одной из актуальных проблем афазиологии является исследование случаев афазии у многоязычных. Интерес к проблеме обусловлен увеличением во всем мире числа людей, владеющих двумя и более языками. Успехи медицины, позволяющие сохранить жизнь пациентам с очаговыми поражениями мозга, делают значимыми вопросы их социально-психологической реабилитации. Кроме того, факт существования различных вариантов афазических синдромов, в том числе и при афазии у многоязычных, имеет большое значение для дальнейшего совершенствования теории и практики восстановления речи. Наши исследования показали, что при многоязычии наряду с обычными афазическими симптомами имеются и специфические: усиление интерференции (языковые псевдопарафазии и псевдограмматизмы; явления интерференции в письменной речи), произвольные и неадекватные в данной речевой ситуации переключения с одного языка на другой, трудности (невозможность) произвольного перевода, изменение статуса языков (активизация субдоминантного языка и/или диалекта, использование лишь одного из восстановленных языков), “забывание” языка. Были выделены три основных типа спонтанного восстановления речи при афазии у многоязычных: параллельное, последовательное и смешанное, разработаны методы, программа и методические рекомендации по восстановлению речи у многоязычных [5].

Как и другие логопеды, мы вынуждены отметить, что восстановление речи далеко не всегда означает восстановление речевой коммуникации. Следовательно, для восстановления речевого общения необходим поиск новых путей, методов и форм логопедической работы, в частности, организация свободного времени пациента с помощью его ближайшего окружения, а также сотрудничество логопеда с семьей пациента. Именно семья является первичной социальной и коммуникативной средой, способствующей возвращению человека в социум.

В области афазиологии отечественным логопедам предстоит сделать еще очень многое. В частности, практически отсутствует специальная литература на армянском языке. Этот пробел мы стараемся восполнить: нами разработаны схема нейropsychологического обследования пациентов с афазией [9], логопедические советы для родственников

[10], методический указатель по восстановлению речи при афазии, предназначенный для логопедов, психологов, врачей и других специалистов, работающих в сфере реабилитационной терапии людей с очаговыми поражениями головного мозга [11].

Реабилитация пациентов с афазией по праву может считаться самостоятельным разделом клинической медицины, а рост числа пациентов с сосудистыми поражениями головного мозга, черепно-мозговыми травмами, нейроинфекциями и последствиями нейрохирургического вмешательства делает вопросы афазии и восстановления речи очень важными и актуальными.

Поступила 27.12.10

Աֆազիոլոգիա. զարգացման փուլերը և արդի խնդիրները

Ժ.Հ. Պալոզյան

Հոդվածը նվիրված է նյարդաբանության և լոգոպեդիայի արդիական խնդիրներից մեկին՝ խոսքի խանգարմանն ու վերականգնմանը աֆազիայի ժամանակ: Ներկայացված է աֆազիայի հիմնական տեսակների նկարագիրը, հատուկ ուշադրություն է հատկացված խոսքի ինքնաբերական և ուղղորդված վերականգնմանը, լոգոպեդական աշխատանքի ժամկետներին, ինչպես նաև ժամանակակից աֆազիոլոգիայի այլ արդի հարցերին:

Aphasiology: the stages of development and contemporary issues

Zh. H. Paylozyan

The article deals with one of the contemporary issues of neurology and logopedics – logopathy and recovery of speech in aphasia. The characteristics of main forms of aphasia are presented with special attention to spontaneous and directed speech restoration, terms of speech therapy, as well as to other urgent questions of aphasiology.

Литература

1. Бейн Э.С., Бурлакова М.К., Визель Т.Г. Восстановление речи у больных с афазией. М., 1982.
2. Бурлакова М.К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии. М., 1991.
3. Кучумова Т.А. "Подкорковая" афазия: особенности нейропсихологического

- синдрома. Современные подходы к диагностике и коррекции речевых расстройств. Отв. ред. М.Г. Храковская. СПб., 2001, с. 112 –119.
4. *Пайлозян Ж.А.* О логопедической помощи больным с афазией. Мед. наука Армении НАН РА, 2001, т.XLI, 1, с.103 – 107.
5. *Пайлозян Ж.А.* Из опыта коррекционно-педагогической работы при афазии у многоязычных. Дефектология. М., 2002, 6, с. 82 – 84.
6. *Столярова Л.Г.* Афазия при мозговом инсульте. М., 1973.
7. *Цветкова Л.С.* Афазия и восстановительное обучение. М., 1988.
8. *Шохор-Троцкая (Бурлакова) М.К.* Речь и афазия. М., 2001.
9. *Պալլոզյան Շ.Հ., Աճեմյան Շ.Հ.* Աֆազիայով հիվանդների նյարդահոգեբանական հետազոտման սխեմա // Հոգեբանությունը և կյանքը - Երևան, 2002, 2, էջ 67 – 74.
10. *Պալլոզյան Շ.Հ.* Լոգոպեդական խորհուրդներ աֆազիայով հիվանդների հարազատներին // Հատուկ մանկավարժություն և հոգեբանություն: Միջբուհական գիտամեթոդական հոդվածների ժողովածու: Երևան, 2008, էջ 42 – 44.
11. *Պալլոզյան Շ.Հ.* Աֆազիայով հիվանդների խոսքի վերականգնման մեթոդական ուղեցույց - Երևան, 2010: