

*«Речь - не куча
слов».*

Дж. Джексон.

Тема 5. Афазия как речевое расстройство.

План.

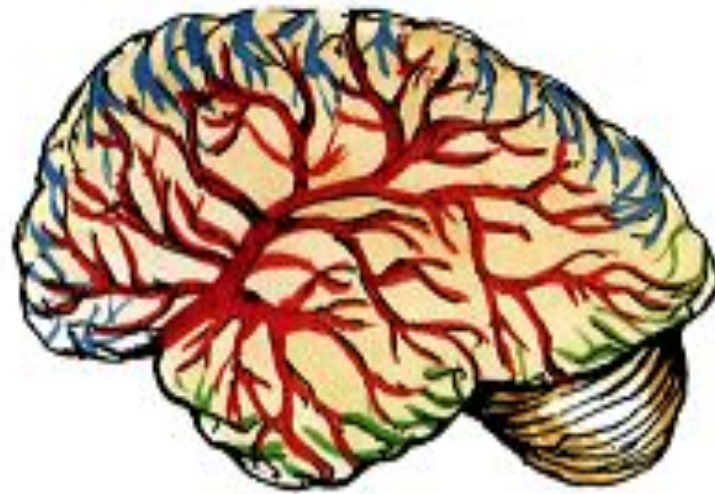
1. Афазия как речевое расстройство.
2. История изучения афазии.
3. Классификация афазий А.Р.Лурия и нейролингвистическая модель порождения речи Ахутиной-Леонтьева.

1. Афазия как речевое расстройство.

Афазия – системное нарушение речи в результате локального (очагового) поражения головного мозга в период речевой зрелости.

Причины возникновения афазий

- 1. Инсульты** (= инфаркты головного мозга = нарушения мозгового кровообращения НМК).
- 2. ЧМТ – черепно-мозговые травмы.**
- 3. Опухоли мозга**
- 4. Нейроинфекции.**



Ангиография –
метод
рентгенологического
исследования
кровеносных сосудов
мозга после введения
в них
рентгеноконтрастного
вещества.

Артериальное кровоснабжение верхнебоковой и медиальной поверхности полушарий головного мозга.

Цветовые обозначения: красный — средняя мозговая артерия, синий — передняя мозговая артерия, зеленый — задняя мозговая артерия. (По Бадалян)

Отличия детской афазии:

1. Атипичная, не свойственная взрослым картина нарушений при одном и том же очаге поражения.
2. Даже самые тяжелые афатические синдромы у детей быстро поддаются обратному развитию;

2. История изучения афазии.



Брока Поль (Broca Paul) (1824—1880) — французский хирург и антрополог, профессор медицинского факультета Парижского университета, основатель современной научной антропологии, автор большого числа работ по анатомии головного мозга человека. Представитель течения «локализационистов», связывающих психические процессы с ограниченными участками мозга. В 1861 г. Брока открыл так называемый «центр моторных

образов слов» в задней трети левой нижней лобной извилины («центр Брока») и одним из первых описал случай моторной афазии (названной им «афемией»), продемонстрировав мозг этого больного в Парижской Медицинской Академии. В сборник включено изложение сообщения Брока об этом случае, опубликованное в журнале «Bulletins de la société d'Anthropologie de Paris» (1861, т. 2, с. 255—258).

П. Брока

УТРАТА РЕЧИ, ХРОНИЧЕСКОЕ РАЗМЯГЧЕНИЕ И ЧАСТИЧНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЛЕВОЙ ПЕРЕДНЕЙ ДОЛИ МОЗГА

Когда больной поступил в больницу Бисэтр, 21 год тому назад, он только что потерял способность говорить; он мог произносить только один слог, который он обычно повторял два раза подряд. Независимо от того, с каким вопросом к нему обращались, он обычно повторял «тан, тан», сопровождая это очень разнообразными выразительными жестами. Поэтому в больнице он был известен только под именем Тан. В период поступления Тан был очень крепким и умным. Через 10 лет он начал утрачивать движения в правой руке, затем паралич охватил нижнюю конечность с той же стороны, так что последние 6—7 лет он был прикован к постели. Некоторое время тому

I. ИСТОРИЯ АФАЗИОЛОГИИ

назад стали замечать, что у него слабеет зрение. И наконец, те, кто близко с ним общались, заметили, что за последние годы у него очень понизился интеллект.

12 апреля 1861 г. он был переведен в хирургическое отделение больницы по поводу обширной диффузной гангренозной флегмоны, охватывающей всю правую нижнюю конечность (с парализованной стороны), от ступни до ягодицы. Именно в этот период я его увидел в первый раз. Обследование этого несчастного, который не мог говорить и из-за паралича правой руки не мог писать, представляло значительные трудности. Однако было отмечено, что общая чувствительность была везде сохранна, не было нарушений произвольных движений в левой руке и ноге, не было паралича мышц лица и языка, и движения последнего были абсолютно свободными.

Состояние интеллекта невозможно было определить точно, однако мы имели доказательство того, что Тан понимал почти все, что ему говорили. Свои мысли и желания он выражал только движениями левой руки, при этом часто делал непонятные жесты. Лучше всего он давал цифровые ответы, открывая или закрывая пальцы. Он указывал без ошибок время на часах с секундной стрелкой. Он мог точно указать, сколько лет он был в больнице Бисэтр, и т. д. Однако различные вопросы, на которые человек с обычным интеллектом нашел бы способ ответить жестом, остались без ясного ответа; иногда ответ был ясен, но он не относился к вопросу. Нет, таким образом, сомнений в том, что интеллект больного существенно пострадал, но все же он был более чем достаточен для того, чтобы говорить.

Больной умер 17 апреля 1861 г. На аутопсии обнаружили утолщенную и васкуляризованную твердую мозговую оболочку, выстланную с внутренней стороны толстым псевдомембранным слоем, утолщенную и помутневшую мягкую мозговую оболочку, сросшуюся в передних долях, особенно слева. Большая часть левой лобной доли была размягчена, извилины орбитальной доли, хотя и атрофированные, сохранили свою форму. Большинство других лобных извилин были полностью разрушены. В результате этого разрушения мозгового вещества появилась

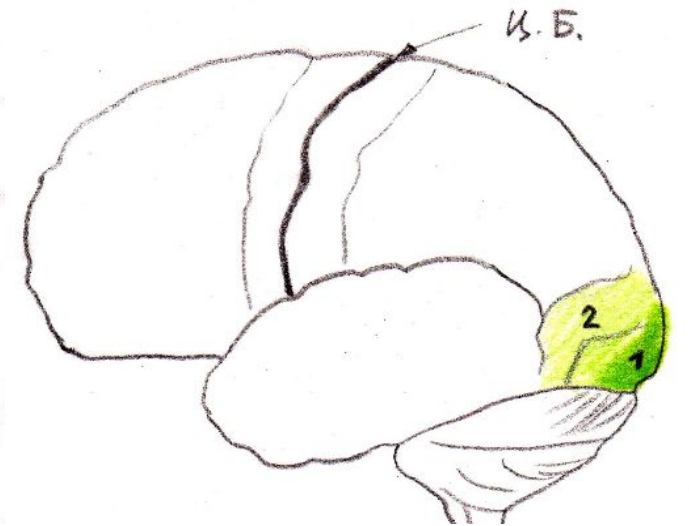
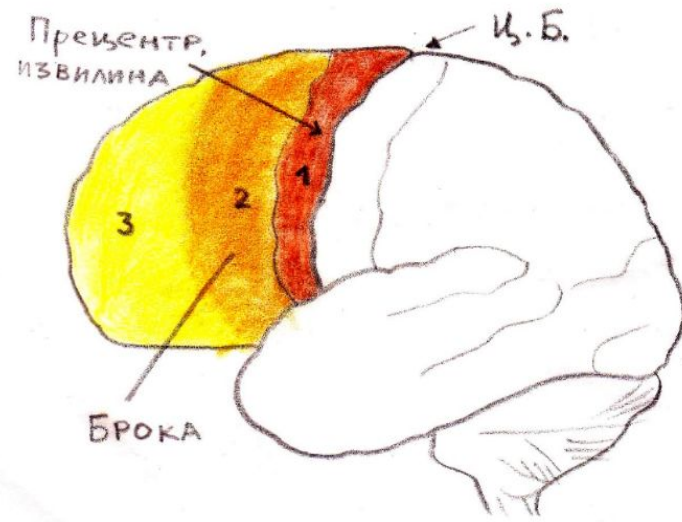


А.Р.Лурия «Травматическая афазия» (1947)

В луриевской классификации 6 форм афазии:

Передние афазии (3 блок)	Задние афазии (2 блок)
Эфферентная моторная Динамическая	Афферентная моторная Сенсорная (акустико-гностическая) Акустико-мнестическая Семантическая

Назовите нейропсихологические факторы.



Нейропсихологический синдром сенсорной афазии

Нарушенный фактор – фонематическое восприятие

Нейропсихологические симптомы

Нарушение звуко различения

Нарушение понимания

Нарушение письма и чтения

Нарушение повторения

3. Классификация афазий А.Р.Лурия и нейролингвистическая модель порождения речи Ахутиной-Леонтьева.

Передние формы афазии

При выпадении функций 3 блока в речи нарушается программирование на разных уровнях:

1. Уровень артикуляционных программ.

эфферентная моторная афазия

2. Синтаксический уровень (грамматическое структурирование)

динамическая афазия 2
(передний аграмматизм)

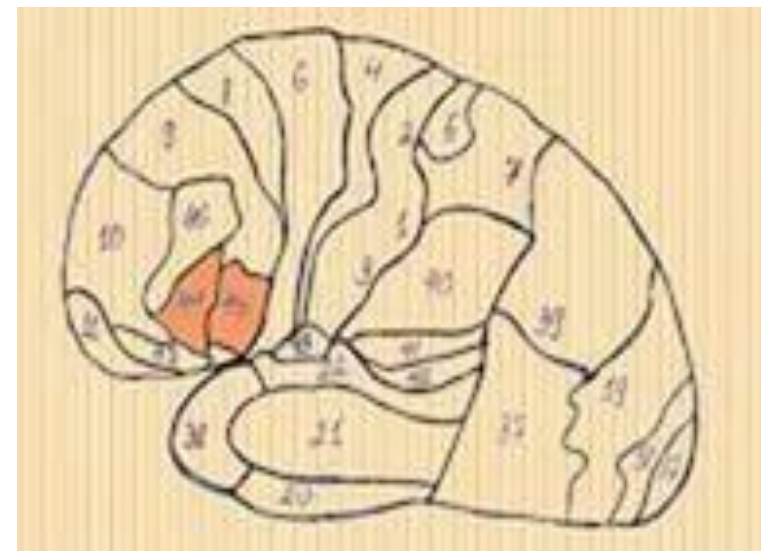
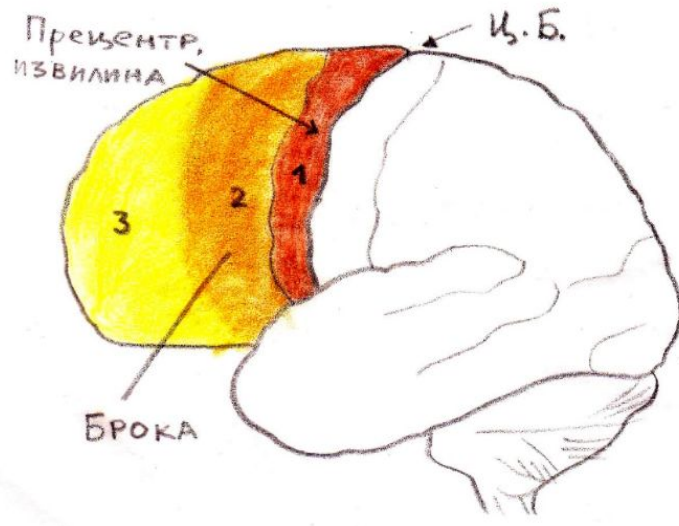
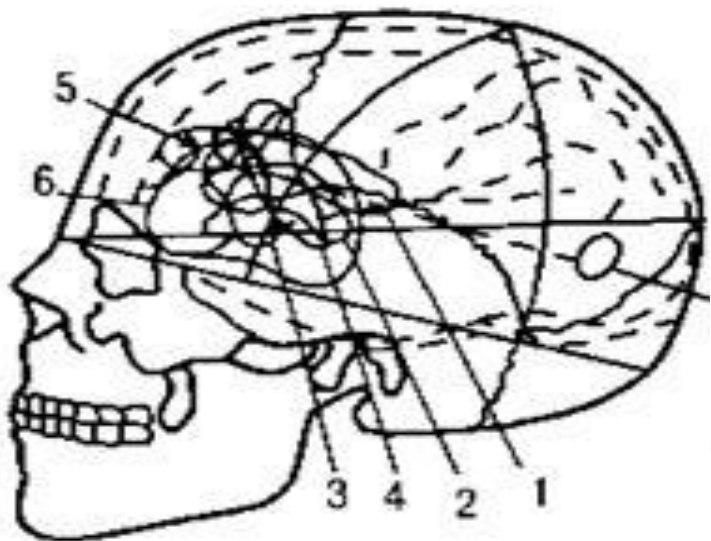
3. Уровень смыслового программирования (внутренней схемы высказывания).

динамическая афазия 1



Эфферентная моторная афазия (ЭФА).

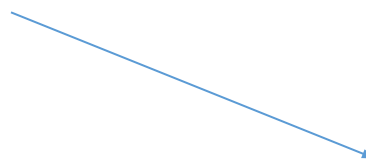
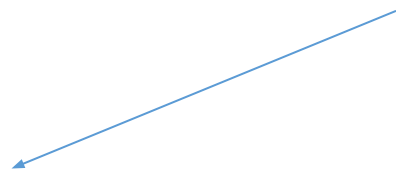
Центральным механизмом дефекта является выпадение эфферентного праксиса (СОД, кинетического праксиса, динамического праксиса) на артикуляционном и синтаксическом уровне.



На артикуляционном уровне трудности серийной организации движений проявляются в нарушениях воспроизведения моторной артикуляционной программы:

- упрощения слоговой структуры слова – пропуски слогов и звуков в стечениях согласных
- персеверации слогов и звуков
- послоговое скандированное НЕПЛАВНОЕ произнесение
- тенденция к превращению закрытого слога в открытый
- вставки гласных в стечение согласных
- оглушение парных согласных

На синтаксическом уровне при ЭфА больные демонстрируют трудности развертывания во времени структуры предложения.



Глагольная слабость

- в пропуск предиката – «телеграфный стиль»
(только существительные в именит. падеже)
- в постпозиции предиката, трудности подбора глаголов.
- инверсии при построении предложения.

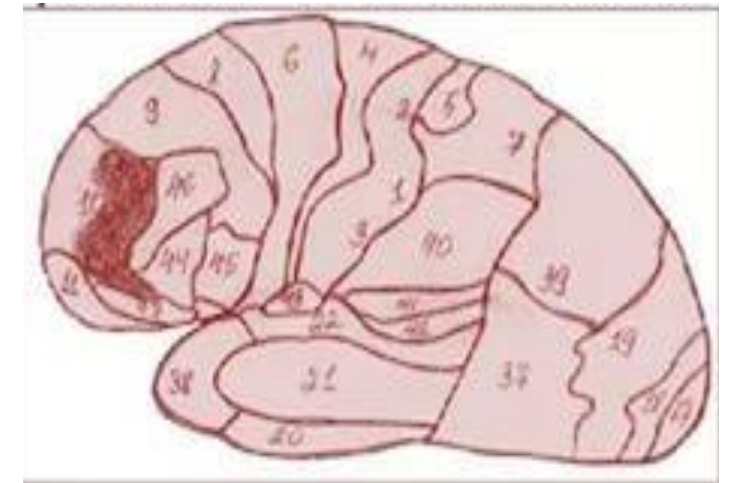
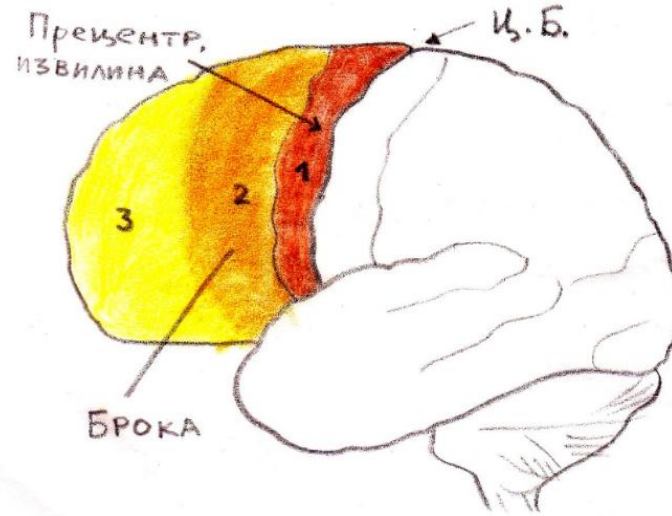
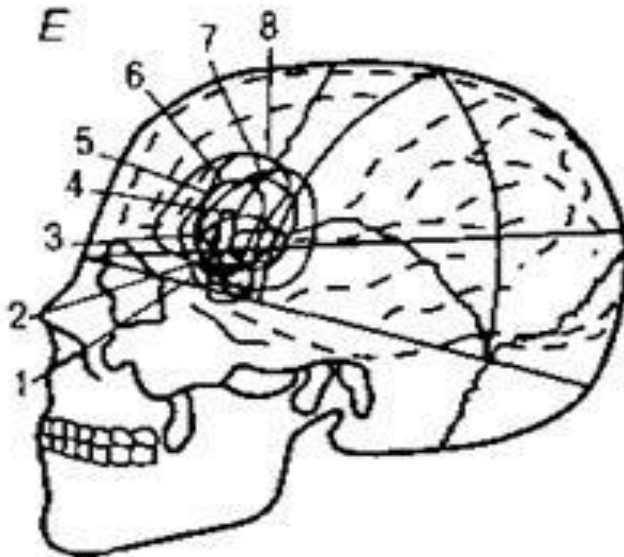
Аграмматизм

Именительный падеж или инфинитив вместо любой грамматической категории (упрощение – начальная форма вместо любой другой)

**Передний
аграмматизма**

Динамическая афазия (ДА) 1

Это речевое нарушение наблюдается при поражении выше и кпереди от зоны Брока (поля 9, 10, 11, 45, 46 по Бродманну). Центральный дефект – нарушение внутренней программы, плана высказывания



Страдает внутренняя речь.

1. сохранность тех видов речи, которые не требуют предварительного планирования (повторение, рядовая речь, аффективная речь, штампы)
2. нарушение тех форм речи, для которых нужен план, схема: монологическая устная и письменная.
3. возможность компенсации при наличии внешних программ.

Динамическая афазия (ДА) 2



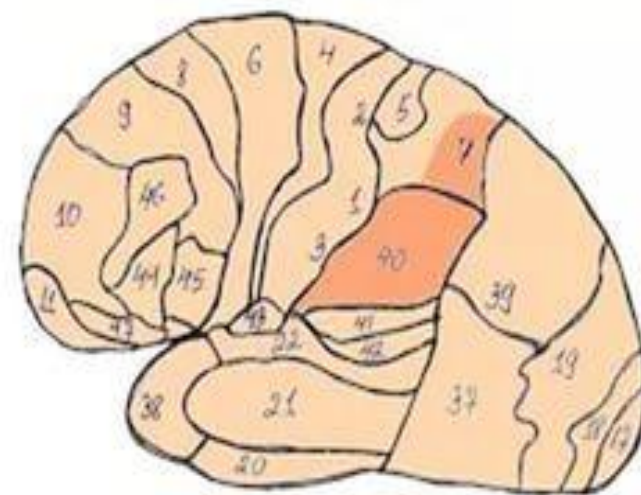
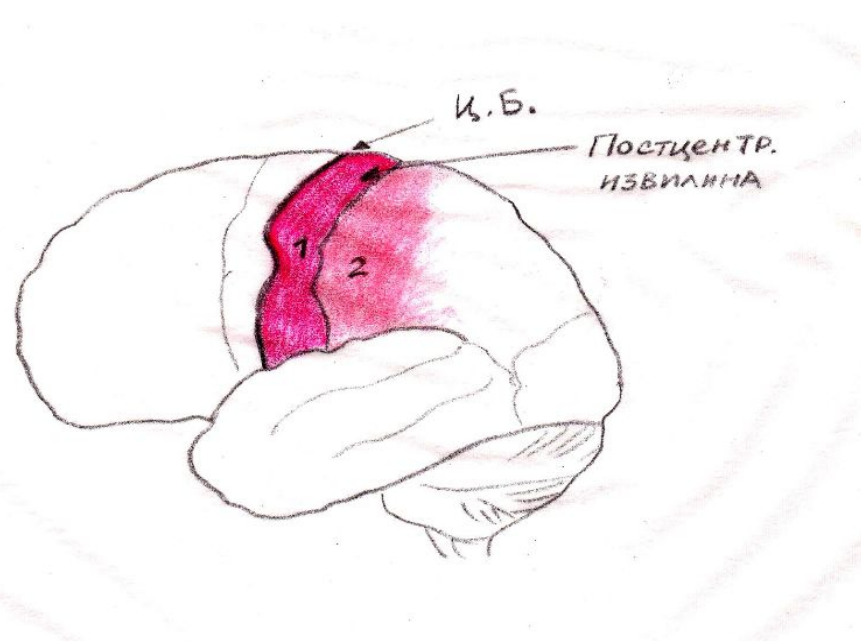
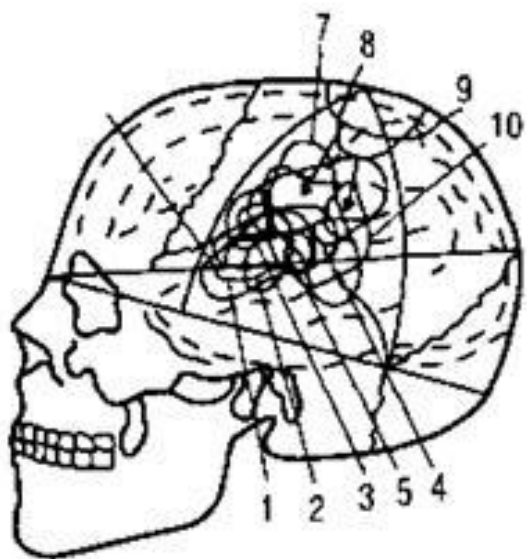
ПЕРЕДНИЙ АГРАММАТИЗМ

синтаксические трудности без артикуляционных нарушений и первичных, выраженных нарушений программирования высказывания

Задние афазии.

Афферентная моторная афазия (АФА).

Поражение постцентральных (нижнетеменных) отделов коры головного мозга (левого полушария). Центральный дефект – нарушение кинестетического праксиса.



Афферентная моторная афазия (АфА).

Распад «идеи» артикуляционного движения. Страдает наполнение двигательной серии, программирование не нарушено.

Воспроизводится абрис – слоговая структура слова. Имеются промежуточные артикуляции, снижается разборчивость речи («каша во рту»).

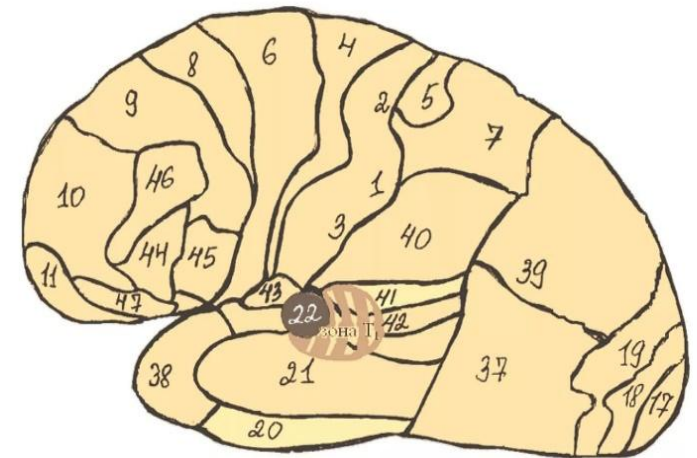
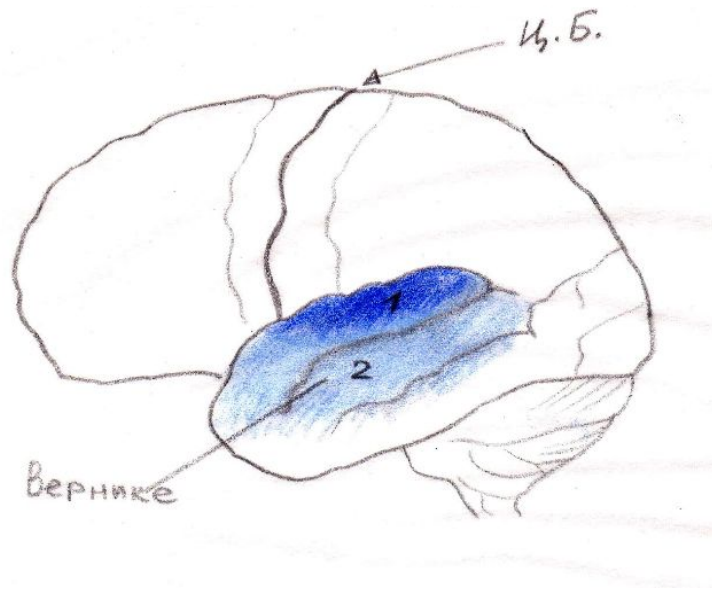
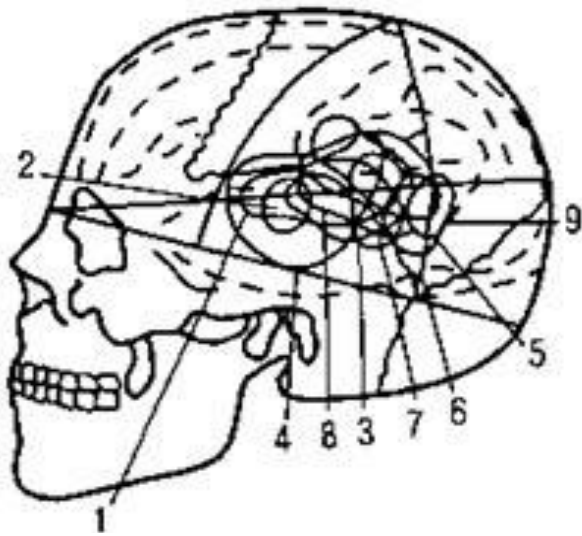
При АфА нарушено повторение, произвольная речь, а произвольные высказывания доступны.

Характерным симптомом является наличие литеральных парафазий. Замены происходят по месту и способу образования звуков.

Этой форме афазии иногда отказывают в самостоятельности, относя к диспраксиям.

Акустико-гностическая афазия (сенсорная афазия СА)

Центральным дефектом является нарушение фонематического восприятия и актуализации звуковых образов слов. Выпадает фонематический слух. Поражаются задние отделы верхней височной извилины.



Акустико-гностическая афазия (сенсорная афазия СА)

Больные не понимают обращенную к ним речь.

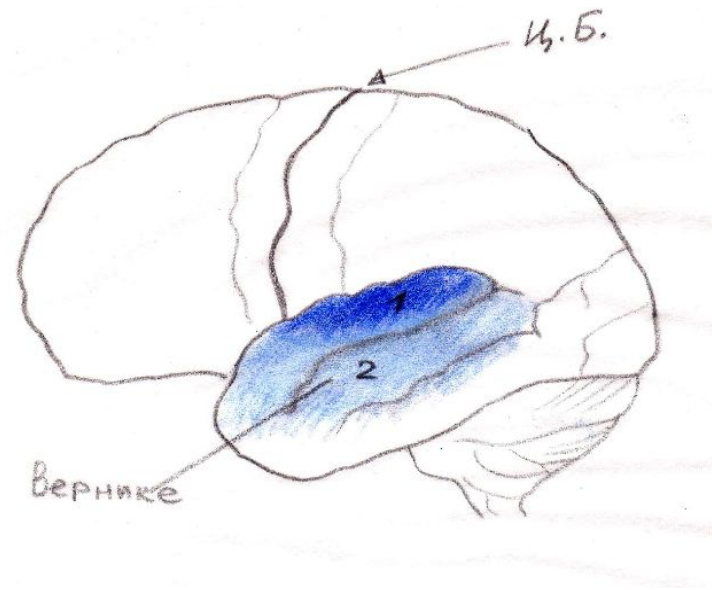
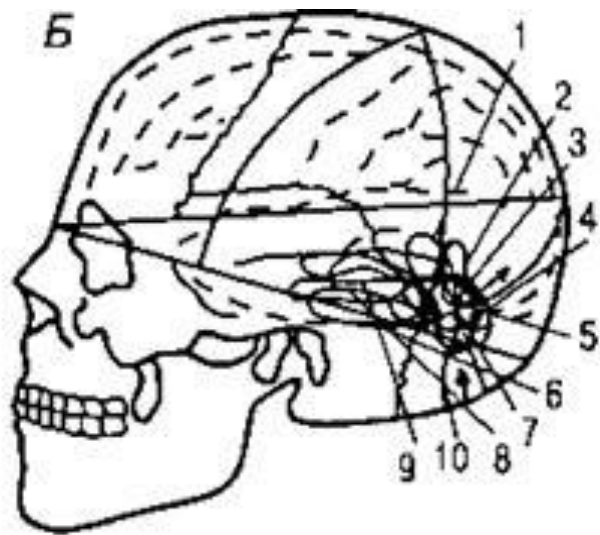
Особенно затруднено для них восприятие слов с оппозиционными фонемами.

Речевое высказывание заменяется «словесным салатом. Замены по акустическим признакам - *«литеральные парафазии»*.

Есть «отчуждение» значения слова.

Акустико-мнестическая афазия (АМА)

Поражение локализовано в средней височной извилине. Центральным дефектом является нарушение запоминания и актуализации слухоречевой информации

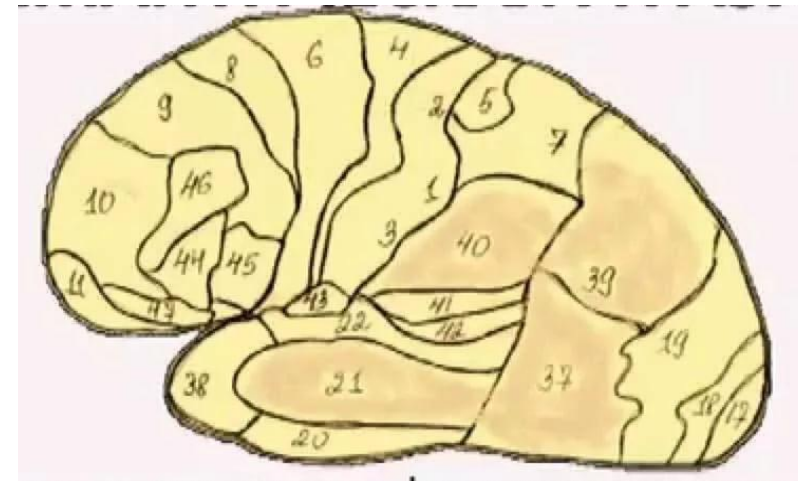
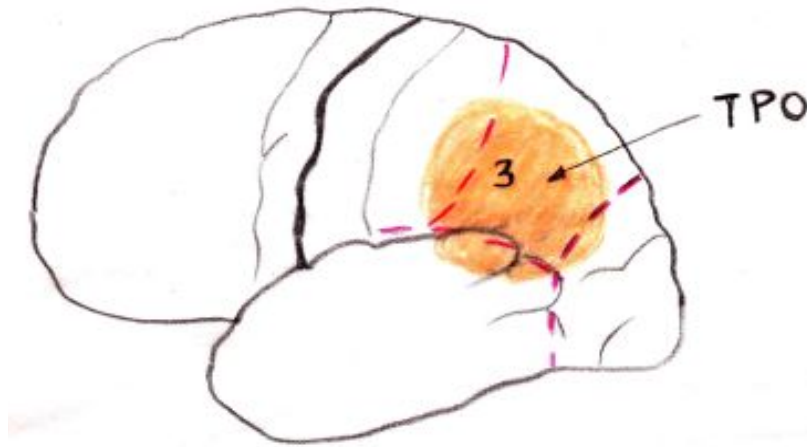
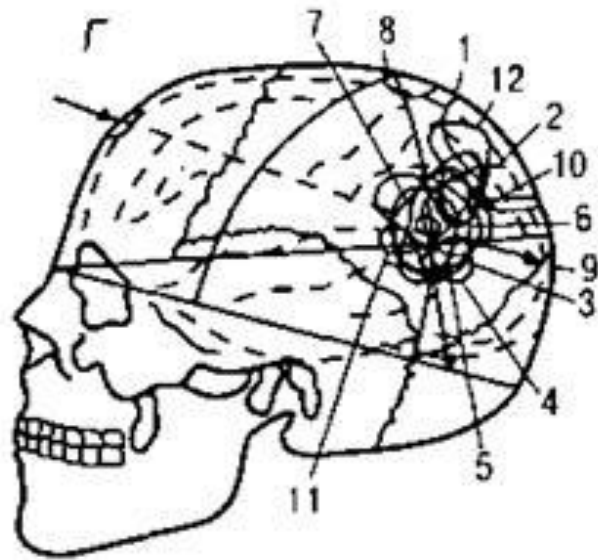


Акустико-мнестическая афазия (АМА)

1. Нарушение оперативной слухоречевой памяти, сужение объема, нестойкость следов. Объем снижается до 3, а иногда и до 2 элементов. Это ведет к вторичному непониманию устной речи.
2. Нарушение называния, т.к. трудно вытащить, актуализировать вербальный стимул. Поиск нужных слов, вербальные парафазии, «говорение вокруг». Страдает связь зрительного образа со словом (Иногда говорят о оптико-мнестической афазии, когда преобладает зрительный дефект).
3. Характерным нарушением является параграмматизм. Больные не демонстрируют передний аграмматизм. Нет упрощения, употребления начальной формы вместо требуемой. Есть ошибка выбора формы («пара» - вместо), замена одной грамматической формы другой: «Киска из блюдичи пьет» (ср. род → женск. род).

Семантическая афазия (СемаА).

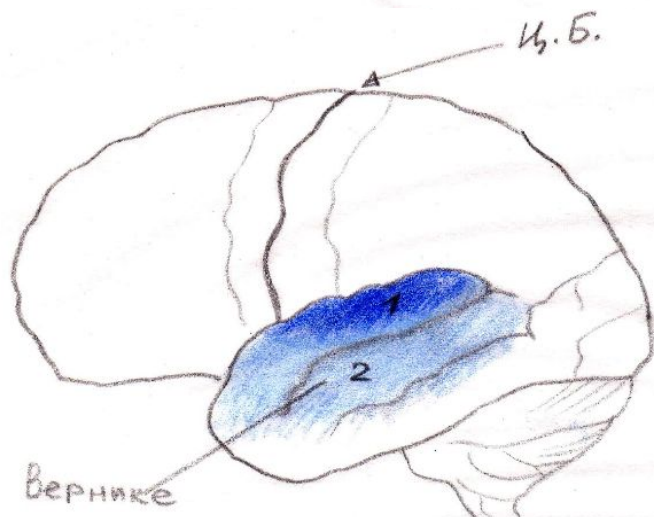
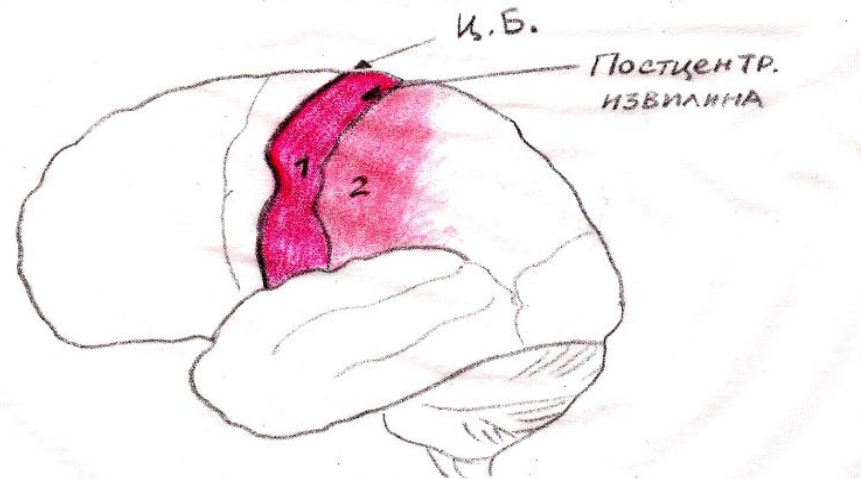
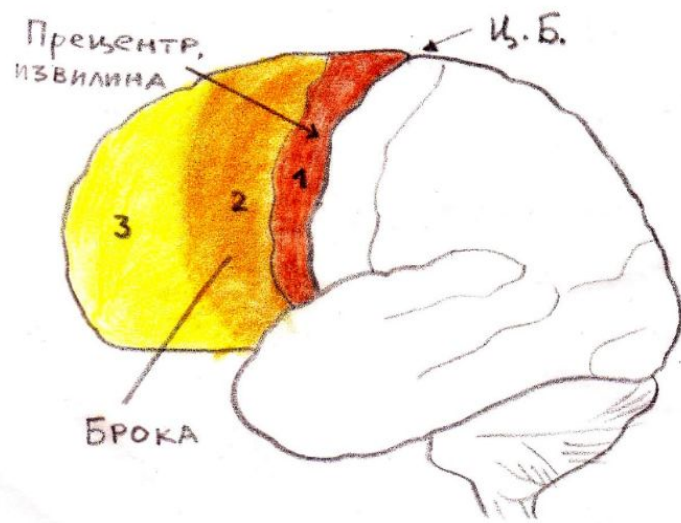
Возникает при поражении зоны ТРО (поля 37, 39), заднего ассоциативного комплекса.
Центральный дефект – выпадение квазипространственного фактора.



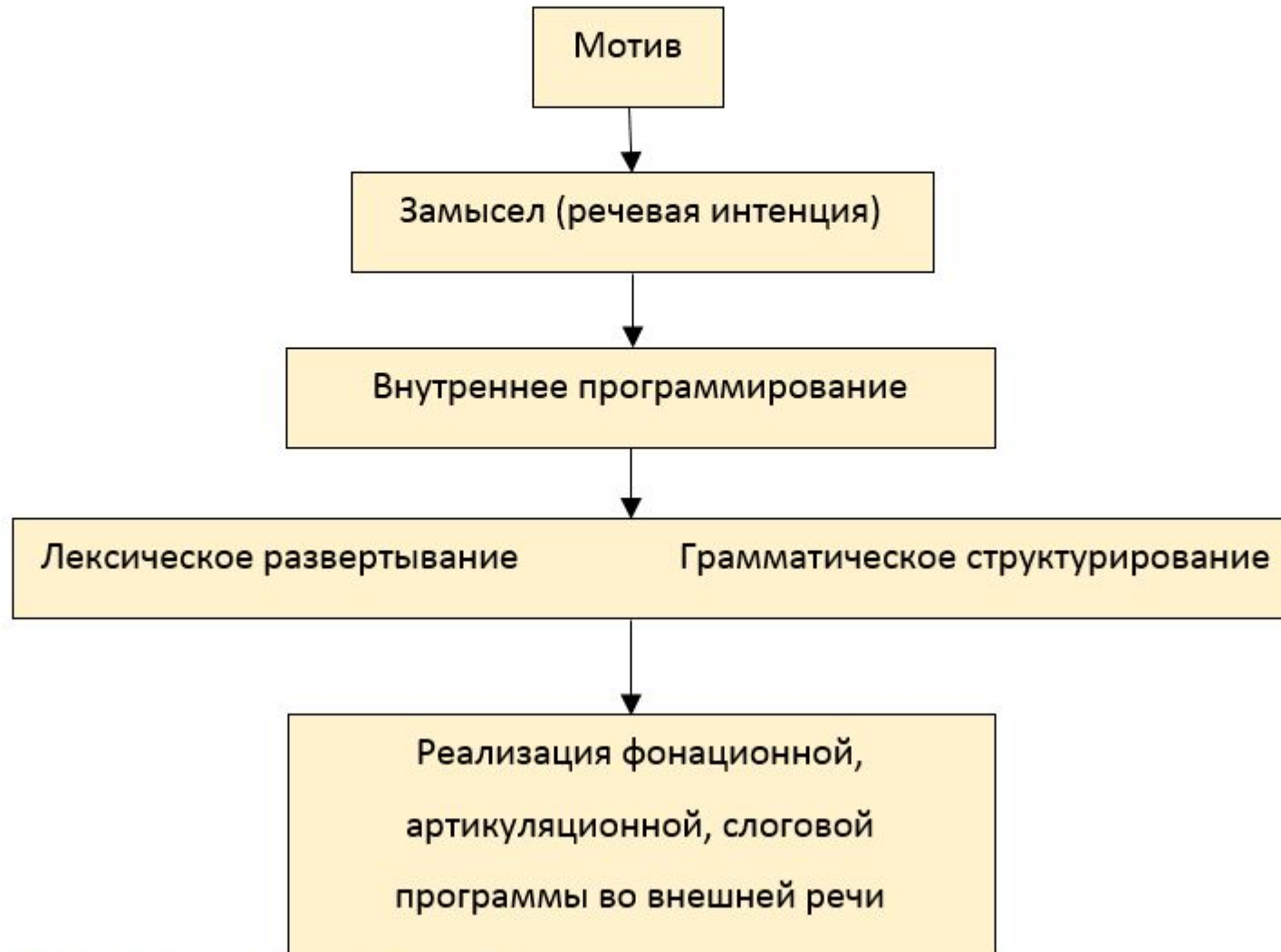
Семантическая афазия (СемаА).

Страдает понимание логико-грамматических конструкций: предложных, сравнительных, орудийных (покажи ручкой карандаш), атрибутивных (собака хозяина – хозяин собаки), конструкций с подчинительными союзами, сложноподчиненных предложений. Затруднено понимание суффиксов, которые выражают пространственные отношения (пепельница, чернильница).

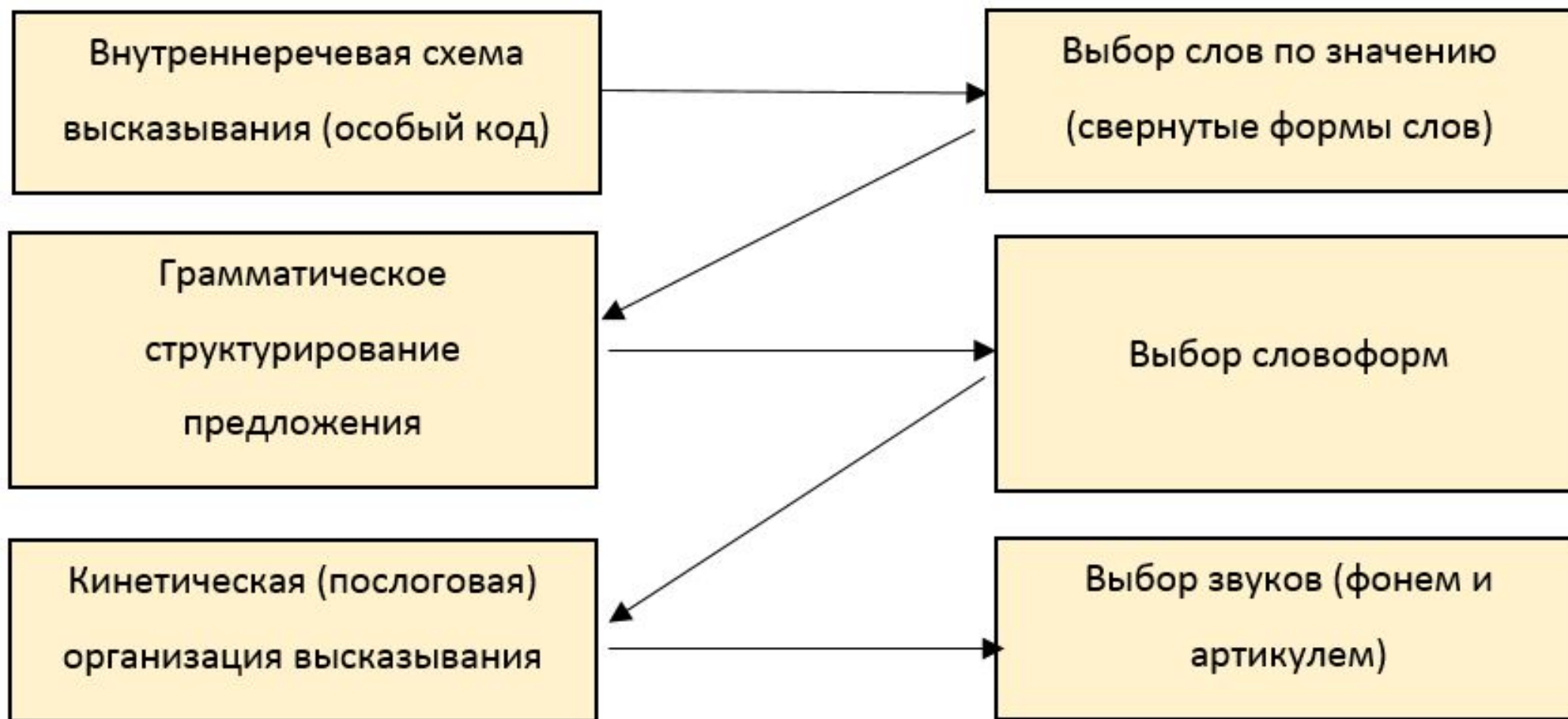
Назовите формы афазии.



**Порождение речевого высказывания
(по модели А.А. Леонтьева)**



Механизм порождения речи Т.В. Ахутиной.



Ведущее нарушение речепорождения при различных формах афазии

Звенья порождения речи	Виды афазии						
	ДА 1	ДА 2	<u>ЭФА</u>	<u>АФА</u>	<u>СемА</u>	АМА	СА
построение внутренней речевой схемы высказывания							
грамматическое структурирование							
построение слоговой схемы высказывания							
выбор звука по кинестетическим признакам							
выбор слова по значению							
выбор грамматической формы							
выбор слова на основе слуховых следов							
слуховой контроль							