**Лекции**

**Определение афазии**

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

**Афазия включает в себя 4 составляющие :**

* нарушение собственно речи и вербального общения,
* нарушение других психических процессов,
* изменение личности,
* личностную реакцию на болезнь

**Этиология афазии**

Афазия может иметь различную этиологию:

* сосудистую
* травматическую (черепно-мозговая травма)
* опухолевую

***Сосудистые поражения мозга*** (инсульты, инфаркты мозга, нарушения мозгового кровообращения) делятся на подвиды. Основные виды инсультов – ишемия и геморрагия. Термин *ишемия* означает «голодание», *геморрагия* – «кровоизлияние» (от лат. Gemorra – кровь).

***Травмы мозга*** бывают открытые и закрытые. При травмах, особенно связанных с ударами по черепу, в большей степени, чем при инсультах, существует опасность патологического воздействия на весь мозг – контузии. В этих случаях, помимо очаговой симптоматики, могут возникать изменения течения нервных процессов (замедление, ослабление интенсивности, истощаемость, вязкость и др.).

***Опухоли мозга*** могут быть злокачественными и доброкачественными. Злокачественные отличаются более быстрым ростом. Как и гематомы, опухоли сдавливают вещество мозга, а прорастая в него, губят нервные клетки. Опухоли подлежат оперативному лечению.

В результате вышеперечисленных причин наблюдаются органические нарушения в теменных, височных, затылочных и лобных долях коры левого полушария у правшей и правого полушария у левшей.

**Краткий исторический обзор учения об афазии**

Отдельные работы с описанием афазии существовали в клинической литературе с 17 века. Однако интенсивное изучение этого расстройства началось с конца 19 века. Понятие «афазия» (от греч. А – отрицание, фазис – речь) принадлежит **Труссо** (**Trousseau**) **1864** г. Первоначальное содержание этого понятия было чисто описательным, но многим исследователям было ясно, что для более точного определения этого сложного явления необходим синтез анатомических, клинических, психологических и лингвистических идей.

Два основных направления, возникшие у истоков изучения афазии – ***локализационистское*** (**Брока, Вернике**) и ***антилокализационистское*** (**Мари, Хэд, Голдштейн**) – имели важное значение для дальнейших исследований этой проблемы. Первое из них положило начало учению о локализации функций речи в головном мозге, второе указало на важность деятельности мозга как целого в сложной речевой функции.

К Брока и Вернике: соответственно двум центрам речи стали говорить о двух основных формах афазии – моторной и сенсорной.

В последующие годы начался период выделения все новых и новых участков мозга, ответственных за ту или иную психическую функцию (центр зрительных образов слов, письма под диктовку, спонтанного письма, называния, счета, рисования и пр . При очаговом поражении этих центров описывались различные синдромы нарушений речевого поведения: афазии, аграфии, алексии и др.

Многочисленные афазические синдромы систематизировались и классифицировались. Одной из самых известных классификаций является классификация **Вернике-Лихтгейма** (**1885**), часто называемая классической. В основе данной классификации лежит локализационно-механистический подход к явлениям афазии:

* ***Проводниковая А***. – нарушение повторения слов, в основе которого перерыв путей между сенсорными и моторными центрами речи.
* ***Транскортикальная сенсорная*** ***А.*** - перерыв путей между сенсорным центром речи и гипотетическим центром понятий. Нарушается понимание речи, но восприятие звуков речи и повторная речь сохранны.
* ***Транскортикальная моторная*** ***А.***- перерыв путей между моторным центром речи и гипотетическим центром понятий. Нарушается спонтанная речь, но сохраняется повторная.
* ***Сенсорная А.***
* ***Моторная А.***
* ***Субкортикальная сенсорная А.***
* ***Субкортикальная моторная А.*** – внутренняя речь сохранна при обеих этих формах (перерыв путей между корковыми центрами и нижележащими образованиями мозга).

Потом: **Мари, Джексон, Липманн, Хэд, Лурия.**

Для современных представлений о природе афазии существенны достижения отечественной физиологии (**Сеченов, 1863-1903; Павлов, 1903-1935; В.М. Бехтерев, 1905-1910; П.К. Анохин, 1940, 1956**), создавшие представление о динамической локализации функций в головном мозге.

Наиболее широкое освещение с позиций представлений о динамической локализации функций проблема афазии получила в работах **А.Р. Лурия** (1940-1969). Лурия поддерживают многие отечественные и зарубежные исследователи – **Э.С. Бейн, 1964, 1970; В.К. Орфинская, 1960; Е.Н. Винарская, 1971; Критчли, 1960, 1964** и др.).

**Симптоматика афазии**

Комплекс нарушений при афазии охватывает большую группу симптомов как речевых, так и неречевых расстройств.

Формы афазии, тяжесть структуры речевого дефекта определяются совокупностью ряда факторов:

— характером нарушения мозгового кровообращения;

— локализацией и обширностью очага поражения;

— состоянием сохранных отделов мозга, взявших на себя компенсаторные функции;

— возрастом больного и его физическим состоянием

Существуют различные формы афазии, характеризующиеся определенной симптоматикой, но можно выделить и симптомы, характерные для афазии в целом – это

1. Неврологическая
2. психологическая
3. речевая (лингвистическая)

Речевые симптомы:

***Негативные симптомы:***

* эмболы
* контаминации
* невозможность выполнить языком, губами отдельные артикуляционные движения по инструкции, по подражанию
* невозможность выполнять серии артикуляционных движений
* непонимание чужой речи
* распад письма и чтения
* невозможность запомнить несколько слов и т. д.

***Позитивные симптомы***:

* возможность, пусть с ошибками, выполнить отдельные движения языком, губами по инструкции, по подражанию
* парафазии - поиски артикуляции при произнесении слова и попытки находить правильную артикуляцию для произношения звуков.
* возможность воспроизводить автоматизированную ранее речь (пение любимых песен и пр.)
* При некоторых афазиях - частичная сохранность экспрессивной речи и сохранность импрессивной речи
* сохранность "угадывающего" чтения, в письме – сохранность идеографического письма
* прислушивание к чужой речи стремление записывать слова для их запоминания

**Классификация афазии.**

В настоящее время в отечественной логопедии используется классификация Джексона – Лурии выполненная с нейропсихологических позиций. Эту классификацию называют топической, т.к. она указывает точную локализацию патологического процесса. В основу учения об афазии Лурия положил представления о ней как о системном нарушении возникающем при выпадении того или иного фактора (симптома). Выделяется 6 форм афазии:

1. Афферентная моторная афазия
2. Эфферентная моторная
3. Динамическая
4. Акустико-гностическая
5. Акустико-мнестическая
6. Семантическая
7. **Афферентная моторная афазия**

Возникает при поражении постцентральных отделов коры ГМ левого полушария (7,40 поле по Бродману)

**Основной дефект:** распад кинестетических ощущений, что приводит к кинестетической апраксии.

**Симптомы:** нарушение выбора артикуляционных укладов(больной не может найти нужное положение языка, губ…), не может без напряжения артикулировать. В речи больных много замен звуков по способу и месту образования. В тяжелых случаях полная невозможность произнести или повторить звук, слово.

При попытках произнесения слов больные долго ищут артикуляционную схему(шевелит губами, языком…). Большое количество литеральных парафазий. Сохранен непроизвольный уровень речи. Больные свободно произносят стойкие выражения(да-да-да, очень, черт побери…).

Вторично нарушена импрессивная речь. Есть трудности в понимании слов передающих пространственные отношения, предложно – флективный импрессивный аграмматизм (с трудом понимают предложные конструкции, значение предлогов отдельно понимают, а в сложных конструкциях нет). Трудности понимания глаголов с приставками, личных местоимений в косвенных падежах.

Нарушение письменной речи зависит от тяжести апраксии. При записи под диктовку большое количество литеральных парафазий.

Чтение относительно сохранно. В некоторых случаях отмечаются оптические дисграфии, дислексии, зеркальное письмо, трудности соединения букв в слово.

А.Р.Лурия выделяет 2 варианта этой афазии:

1. Характеризуется нарушением пространственного симультанного синтеза движений органов артикуляции. При грубой выраженности расстройства полностью отсутствует ситуативная речь. Попытки повторить звуки приводят к хаотичным движениям языка, губ, к литеральным парафазиям.
2. Проводниковая афазия – преимущественное нарушение выбора способа артикуляции и при грубом распаде произвольных форм речи (повторение, называние) относительная сохранность ситуативной речи=клешеобразной речи(штампы).
3. **Эфферентная моторная афазия.**

Возникает при поражении премоторных отделов коры ГМ(44, 45 поля по Бродману).

**Основной дефект:** нарушение кинетической основы движений, т.е. плавного последовательного перехода от одного движения к другому.

**Симптомы:** основной симптом – персеверации, поскольку нарушен переход к серийному произношению звуков. Нарушение речи при этой форме афазии зависит от локализации поражения премоторной области:

1. При поражении верхних отделов речь теряет плавность, становится напряженной. Произнесение слов, фраз требует специальных усилий. Но в целом дефект не ярко выражен, фразовая речь не нарушена.
2. При поражении нижних отделов происходит грубый распад связной речи, т.е. больные могут артикулировать только отдельные звуки(многочисленные персеверации, нарушают конструкцию фразы)

У этих больных относительно сохранна ситуативная речь. Больные легко воспроизводят автоматизированные ряды, легко произносят выражения с малым альтернативным выбором. В связной речи много штампов, стереотипных выражений. Выражены трудности включения в активную речь, помогает подсказка в виде произнесения 1го слова фразы. Трудности актуализации глаголов, прилагательных, местоимений. Относительно сохранны существительные, характерен телеграфный стиль. Грубо нарушена просодическая сторона речи. В тяжелых случаях есть эмболофразии и эхолалии. Характерны аграмматизмы для всех больных.

В целом нарушена коммуникативная функция речи, особенно ее эмоционально- выразительная сторона. Вторично нарушается понимание речи: больные испытывают трудности понимания сложных конструкций, логико-грамматических конструкций.

Чтение носит угадывающее характер, в письме аграмматизмы, нарушение звуко-буквенного состава слова, нарушение анализа и синтеза. Так же испытывают трудности понимания прочитанного.

**Неречевая симптоматика:** кинетическая апраксия, персеверации в двигательной сфере, вторичные нарушения речеслуховой памяти, гипомимия/амимия лица, нарушение динамического праксиса.

1. **Динамическая афазия.**

Возникает при поражении заднелобных отделов и передней речевой области (кпереди от зоны Брока, 9,10, 44, 46 поля по Бродману).

**Основной дефект:**  речевая аспонтанность, отсутствие речевой инициативы(отсутствует мотив, замысел к речевой продукции).

**Симптомы:** у больных нет активного развертывания речевого высказывания, нет замысла, т.е. они не могут спонтанно самостоятельно говорить. Речь таких больных носит репродуктивный характер, не требующий речевой активности. Самостоятельно больные не могут построить понятные для окружающих высказывания.

По мнению Лурии и Леонтьева для внутреннего программирования необходима предикативность, которая является основой высказывания.

При динамической афазии страдает предикативность в речи мало глаголов, глагол ставится на последнее место в предложении. В речи мало прилагательных и местоимений, большое количество вводных слов, союзов. Больные часто используют фразеологические обороты вместо фразы, грубо нарушена просодическая сторона речи. Так же характерны псевдоамнестические явления при назывании предметов, фамилий, имен, улиц, но при этом нарушения памяти отсутствуют. Словарный запас резко сужен, замедлена динамика ассоциаций(между словом – стимулом и словом – реакцией большая пауза). Отмечается персеверации, аграмматизм. Используется короткая рубленная фраза, примитивные синтаксические структуры, длительные паузы между словами. Больные нуждаются в постоянной стимуляции речи. Понимание ситуативной речи в медленном темпе сохранно, при ускорении темпа понимание нарушается. Скрытый смысл для больного не доступен.

Чтение и письмо относительно сохранно. Письмо бедное, стереотипное с аграмматизмами, при чтении трудности понимания прочитанного. В тяжелых случаях отмечаются эхолалии.

А.Р.Лурия выделял 2 варианта этой формы:

1. При первом варианте на первый план выступает нарушение замысла высказывания, нарушение активного развертывания фразы, речевого процесса. В тяжелых случаях больной молчит. В более легких случаях делает попытки, но не успешные.
2. Характеризуется преимущественным нарушением грамматического структурирования высказывания при относительной сохранности замысла высказывания.

Неречевая симптоматика:

* Динамическая апраксия(лобная)
* Общая скованность, замедленность движений
* Гипомимия/амимия лица
* Нарушение мыслительных процессов (решение арифметических задач невозможно)
* Стереотипность в поведении, застреваемость (феномен полевого поведения)

**4. Акустико – гностическая афазия** возникает при поражении задней трети верхней височной извилины левого полушария коры ГМ (зона Вернике, 22 поле по Бродману)

**Основной дефект:** распад фонематического слуха

**Симптомы:** не понимание обращенной речи, отчуждение слов. В собственной речи большое количество литеральных парафазий В речи большое количество несвязных элементов, частей слов, встречаются вербальные парафазии(замена целого слова). Речь больных «неряшлива» по грамматическому оформлению. Больные зная предмет не находят звуковую оболочку. Характерны многократные попытки повторения названия. Грубо нарушен процесс повторения. Активно используют жесты и мимику. Для таких больных характерна **логорея** – избыточная речевая продукция, при этом речь очень ярко окрашена эмоционально. Такие больные могут в целом понять смысл высказывания, но отдельные фразы не воспринимают**. Нарушение чтения и письма** характеризуется множеством литеральных парафазий(замены букв) и литеральных паралексий. Более грубо нарушено письмо. У больных нарушено не только письмо под диктовку но и списывание. При чтении трудности в нахождении ударения и сложности понимания читаемого**. К неречевой симптоматике относится** слуховая агнозия разной степени выраженности, нарушение оценки и восприятия ритмов**. Особенности эмоциональной сферы**: тревожные, легко возбудимые, эмоционально лабильные, не критичны к собственному состоянию**. Все процессы не связанные с акустическим гнозисом сохранны** (праксис, зрительный гнозис, интеллект, тактильный гнозис).

**5. Акустико – мнестическая афазия** возникает при поражении средних отделов височной области левого полушария коры ГМ (21,37 поля по Бродману).

**Основной дефект:** распад речеслуховой памяти (нет памяти на слова, не извлекаются слова из собственной памяти)

**Симптомы:** отчуждение смысла слов(даже при правильном повторении). Больные критичны, понимают свои ошибки. Нарушения понимания речи негрубые, но есть отчуждение смысла отдельных слов во фразе. Эти больные не понимают скрытый подтекст высказывания(метафоры, аллегории, переносное значение), относительно сохранны процессы чтения и письма. При чтении есть трудности понимания читаемого. В экспрессивной речи нарушен процесс называния слов, при назывании предмета больные могут найти нужное слово, но при этом перебирая все слова из данного семантического поля, могут называть функции предмета.

А.Р.Лурия считал, что при этой форме афазии нарушается оперативная память. Л.С.Цветкова считает, что у больных в основе отчуждения лежит механизм отсутствия предметного образа звучащего слова(не могут нарисовать предмет по звуковому сигналу). Поэтому автор считает, что при этой форме афазии происходит:

1. Разлад между зрительным и слуховым анализатором
2. Сужение объема акустического восприятия

Неречевая симптоматика: особенности эмоционально-волевой сферы – тревожность, суетливость, эмоциональная лабильность. Не понимает смысла скрытого текста, аллегории, переносного значения.

**6. Семантическая** возникает при поражении теменно-височно-затылочных отделов (39,40, задняя часть 37, передняя часть 19 поля по Бродману).

**Основной дефект:** нарушение симультанного (одномоментного) анализа и синтеза, пространственного восприятия в связи с чем страдают наиболее сложные формы речи, связанные с распознаванием грамматических конструкций(абсолютное не понимание логико-грамматических конструкций, грамматических структур).

**Симптомы:** основной симптом – нарушение понимания речи, особенно грамматических конструкций (могут понимать только простую речь). Характерен импрессивные аграмматизмы (не понимает взаимоотношения субъектов в предложении, не осознает категории рода, числа и падежа). Больные не понимают принадлежность слова к определенной части речи. Характерны специфические амнестические трудности, при поисках нужного слова больной заменяет его на целую фразу (дает описание предмета). Не понимает значения пословиц, поговорок, крылатых фраз. Больные не понимают сложных логико-грамматических конструкций. А.Р.Лурия выделил 3 группы факторов, лежащих в основе понимания логико-грамматических конструкций:

1. Структурный(при расшифровке высказывания необходимо расположить элементы в симультанное соотношение)
2. Динамический (торможение непосредственно возникающих впечатлений, ложных оценок, которые возникают импульсивно)
3. Мнестический (при расшифровке конструкции необходимо запомнить все составные элементы и мысленно сопоставить их друг с другом, удерживая в памяти)

Основные логико-грамматические конструкции:

1. Конструкции с существительными в Тв.п.(покажи карандашом ключ)
2. Конструкции Р.п (покажи где мама дочки? а где дочка мамы?)
3. Инвертированные конструкции (непривычный порядок слов для русского языка – Колю ударил Петя. Кто драчун?)
4. Конструкции отражающие причинно-следственные связи
5. Предложно-падежные конструкции
6. Конструкции отражающие пространственные отношения, представления(пробы Хеда..)
7. Сравнительные конструкции (Куст выше дерева. Правильно или нет?)

Больные понимают только предельно простую речь. В экспрессивной речи грубых нарушений нет, но больные пользуются только простыми конструкциями. Нет грубых нарушений чтения и письма, при чтении сложности понимания прочитанного, письмо стереотипное, бедное, сложные предложения отсутствуют.

**Неречевая симптоматика:**

1. Симультанная агнозия – невозможность целостного восприятия картин, изображения, образов
2. Астереогноз = тактильная агнозия – невозможность узнать предметы на ощупь.
3. Нарушение схемы тела – не ориентируются в направлении право-лево
4. Первичная акалькулия – первичный распад счетной операции, путают направления действий(сложение, вычитание), испытывают трудности при переходе через десяток, с трудом записывают со слуха многозначные цифры, с трудом понимаю текст задач, не понимают разрядности чисел, больные не опознают времени на часах.
5. Нарушение пространственной ориентировки – пространственная и конструктивная апраксия: не ориентируется в помещении, в картах.

Некоторые ученые считают, что данная форма афазии непреодолима.

**Этапы восстановительного обучения при афазии.**

1. **Начальный этап (подготовительный) -**  основная цель: растормаживание угнетенных речевых функций.

**Приемы:**

1. Понимание больным речевых инструкций (больному даются самые простые речевые инструкции: «Если вы меня слышите, моргните»)
2. Пение любимых песен (сначала логопед поет один, больной подключается)
3. Воспроизведение автоматизированных рядов(дни недели, порядковый счет)
4. Договаривание пословиц, поговорок (логопед начинает, больной договаривает)
5. Растормаживание словаря на прочно автоматизированных ассоциациях. (склонение в контексте: высокий дом; Л: у высокого… Б.: дома; Л.: за высоким…Б.: домом)
6. Вызывание собственной элементарной речи больного . но предварительно нужно выяснить преморбидный уровень больного. Затем логопед задает элементарные вопросы больному о семье, работе, увлечениях. Это создает положительный эмоциональный фон.
7. Использование диалогической речи – логопед так строит вопросы таким образом, чтобы больной мог использовать в ответе слова их вопроса.
8. **Основной этап –** основная цель: преодоление эмболофразий, аграмматизмов, восстановление чтения и письма.
9. **Преодоление эмболов**, для преодоления рекомендуются следующие условия:

* Речевой материал подается в замедленном темпе чтобы между словами логопеда были паузы
* Речевой материал подается логопедом шепотом или тихим голосом
* При возникновении эмболов предлагается сделать перерыв и переключится на неречевую деятельность(рисование, шашки, конструирование)
* Временно больному рекомендуется не разговаривать с окружающими, а только с логопедом.

1. **Преодоление аграмматизмов** - для преодоления аграмматизмов используется диалогическая речь, в которой вопрос логопеда готовит ответ больного. Затем используются инструкции, с целью выявления импрессивного аграмматизма(н-р «встаньте…подойдите к столу и т.д.) используется прием договаривания больными последнего слова в пословицах и поговорках. Проводится работа с предложными конструкциями(дается текст с пропущенными предлогами)
2. **Восстановление чтения** – у многих больных сохранно глобальное чтение(больной может посмотреть на текст и понять его содержание). Используется сопряженное с логопедом чтение отдельных слов(больной слушает логопеда, затем глядя на слово читает вместе с логопедом). Используется растормаживание чтения на материале текстов песен. Текст пишется крупными буквами, больной вместе с логопедом читает и поет. Логопед пишет короткие фразы, которые они вместе с больным читают. Постепенно рассказы усложняются, используется меньше облегченной речи.
3. **Восстановление письма –** методика зависит от симптоматики афазии. При восстановлении письма используется прописывание элементов букв. Затем тренируется прописывание отдельных букв по образцу, затем по памяти. Параллельно ведется работа над ориентировкой на плоскости листа(задание на запоминание последовательности рисования логопедом рисунков, букв в квадратиках, повторение без образца).
4. **Заключительный –** начинается тогда, когда больной почувствует себя говорящим в быту. Основная цель – восстановление ассоциаций.

**Приемы:**

* Восстановить в тексте недостающие слова (устно, письменно)
* Работа с многозначными словами(шкаф – мебель, большой человек; ручка – для письма, дверная, рука ребенка)
* Предлагается стихотворный текст из которого нужно выписать все слова обозначающие движения. С этими словами составить предложения и фразы.
* Составить небольшой рассказ с заданным словом.
* Восстановление ассоциаций на причинно-следственные отношения(логопед предлагает начало предложения, а больной заканчивает – Л: «Девочка плачет потому, что… Б:…»)
* Работа над пониманием переносного смысла(золотые руки, железные нервы…)
* Составление рассказов по серии сюжетных картинок, затем по 1ой сюжетной картинке, затем составление рассказа на заданную тему, затем работа над сочинением(по вопросам, по плану).

Лечение обязательно комплексное: логопед, медикаментозное лечение, физиотерапия, психотерапия.

Эффективность и сроки восстановительного обучения зависят от ряда факторов:

1. Степени и характера поражения мозга
2. Сроков начала логопедической помощи
3. От профессиональной компетентности логопеда.

Сроки восстановления: от 1 -3 лет, в редких случаях менее длительные.