

# Афазия

---

Канд. пед. наук, доц. О.В. Елецкая

# Характеристика динамической афазии



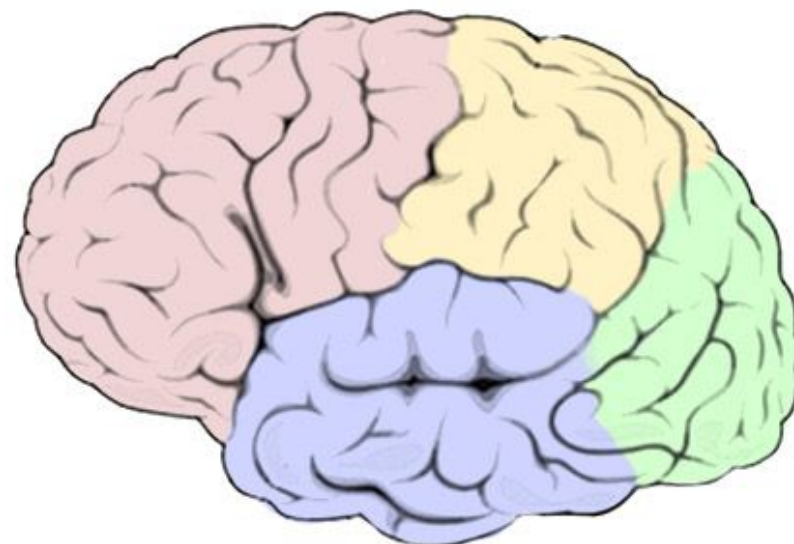
# *План*

1. Локализация поражения. Механизм нарушения.
2. Характеристика экспрессивной речи.
3. Характеристика импрессивной речи.
4. Особенности письменной речи.

# Динамическая афазия

Впервые описана  
К. Кляйстом в 1934 г.

В основе лежат  
нарушения  
сукцессивной  
организации речевого  
высказывания, дефекты  
внутренней речи,  
связанные с  
планированием речи.



# Локализация поражения

Возникает при поражении **средне- и заднелобных отделов коры левого полушария** мозга (у правшей).





Динамическая афазия возникает при поражении передних отделов речевой зоны в области впереди от зоны Брока и в задних отделах первой лобной извилины, соответствующих дополнительному моторному полю.

Еще в 1934 году немецкий психиатр Клайст указывал, что поражение этих отделов мозга приводит к утрате речевой инициативы.

Впоследствии специальное экспериментальное исследование динамической афазии и ее описание было проделано А.Р. Лурией, а позже Л.С. Цветковой, Т.В. Ахутиной.





Эти исследования показали, что в данном случае остается сохраненным сенсорный уровень в организации речи, а дефекты выступают в звене активного программирования высказывания, протекающего во внутренней речи, а также переструктурирования психологического содержания или «грамматики мысли» (лексико-грамматические конструкции) в «грамматику слов».



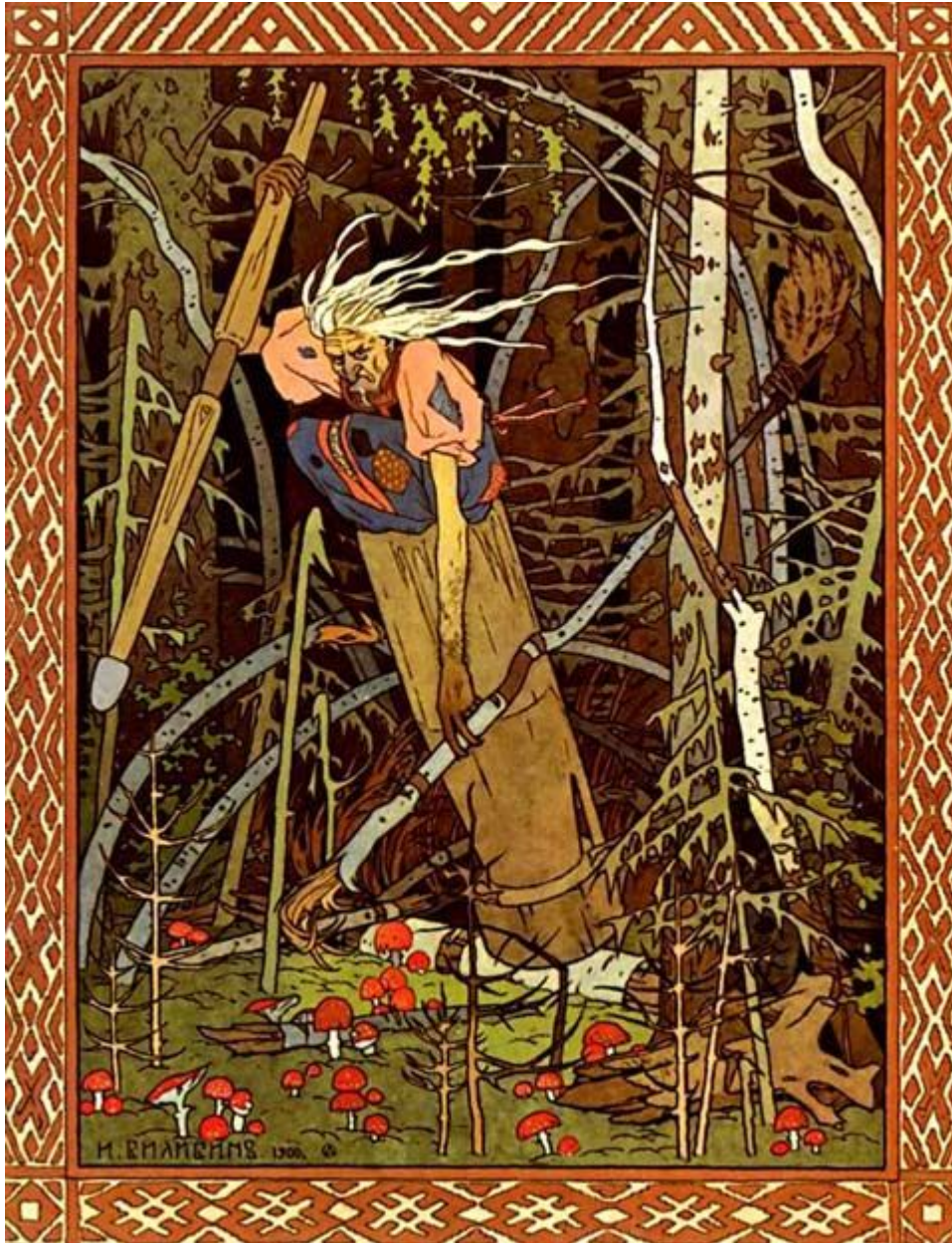


Это и есть механизм нарушения речи при динамической афазии. Также считается, что центральным механизмом нарушения речи при этой форме афазии является нарушение динамики протекания нервных процессов в сторону инертности, что приводит к центральному дефекту – к нарушению активности речи, проявляющемуся в нарушении высказывания.





Основным речевым дефектом при динамической афазии является трудность, а иногда и полная невозможность активного развертывания высказывания, обусловленная распадом разных уровней внутренней речи.



При динамической афазии сохраняется артикуляторная сторона речи, правильно произносятся отдельные звуки, повторяются без артикуляторных трудностей слова и короткие предложения, больной может вести диалог, отвечать на вопросы несложными ответами.



Также нарушается коммуникативная функция речи, прежде всего из-за таких ее свойств, как активность, намеренность, интенциональность, и ее эмоционально-выразительная функция. Что касается видов речи, то в этом случае нарушается устная экспрессивная ее форма (спонтанная речь) и внутренняя; такие виды устной речи, как повторная, номинативная, остаются сохранными, сохранными остаются также письмо и чтение.



При грубой  
выраженности  
расстройства больные  
отличаются не только  
речевой, но и общей  
аспонтанностью,  
безынициативностью. Им  
присуща выраженная  
эхолалия, а иногда и  
эхопраксия, когда  
больной репродуктивно,  
механически повторяет за  
собеседником слова,  
вопросы, движения.





Существует несколько вариантов динамической афазии, характеризующихся разной степенью нарушения коммуникативной функции, от полного отсутствия экспрессивной речи до некоторой степени нарушения речевой коммуникации.



Т.В. Ахутиной подробно описаны два варианта динамической афазии.

Первый вариант вызывается нарушением внутреннего программирования (иными словами, смыслового синтаксирования). Для этих больных с сохранностью моторных, сенсорных и грамматических компонентов речевого процесса характерны трудности построения развернутого высказывания и отдельных предложений.







При всей внешней несхожести легких и грубых дефектов внутреннего программирования их единая природа обнаруживается в том, что они компенсируются принципиально одинаковыми средствами – опосредованием программы внешними опорами.

Второй вариант возникает вследствие распада грамматического структурирования (языкового синтаксирования). Для этих больных характерны трудности грамматического оформления высказывания при первичной сохранности сенсорных и моторных компонентов речи, а также внутреннего программирования. Предлагаемая больным помощь в программировании высказывания не снимает наблюдаемых у них трудностей.



Центральным звеном расстройства речи при афазии является нарушение спонтанного развернутого высказывания, больные не могут пересказать легкий, только что прочитанный текст, рассказать что-либо из своей жизни. При рассказе по сюжетной картине произносятся отдельные, не связанные между собой фрагменты, выделяются основные смысловые звенья. Пересказывая сказку, больной произносит: «Вот...у хозяйина была курица...и золотые яйца...и он ее убил...вот».

При динамической афазии могут наблюдаться псевдоамнестические трудности при назывании предметов и особенно при вспоминании фамилий или имен знакомых людей, названий городов, улиц и т.п. В отличие от больных с акустико-мнестической и семантической афазией, эти больные не прибегают к помощи фразеологического описания функций предмета, подсказ первого слога слова может явиться пусковым толчком, деблокирующим инертность протекания речевого поиска слов.



Из-за инертности протекания речевых процессов испытываются значительные трудности при задании произвести обратный порядковый счет, например, от двадцати к одному. При более массивных поражениях левой лобной доли выявляется глубокое нарушение порождения сложных мотивов, замыслов и программ поведения.





Такие больные не проявляют интереса к окружающему, не формируют никаких просьб, не задают вопросов. Спонтанная речь может совсем отсутствовать, диалогическая – грубо нарушена и характеризуется эхоталическим повторением вопроса.

В более легких случаях больные эхоталично заимствуют часть вопроса собеседника, придавая ей правильную грамматическую форму. При легкой степени динамической афазии понимание элементарной ситуативной речи, особенно предъявляемой в несколько замедленном темпе, с паузами между инструкциями, остается сохранным. Однако при убыстрении предъявляемых заданий, при показе предметных картинок, частей лица могут наблюдаться персеверации, трудности быстрого нахождения предмета, возникает псевдоотчужденность смысла слова.

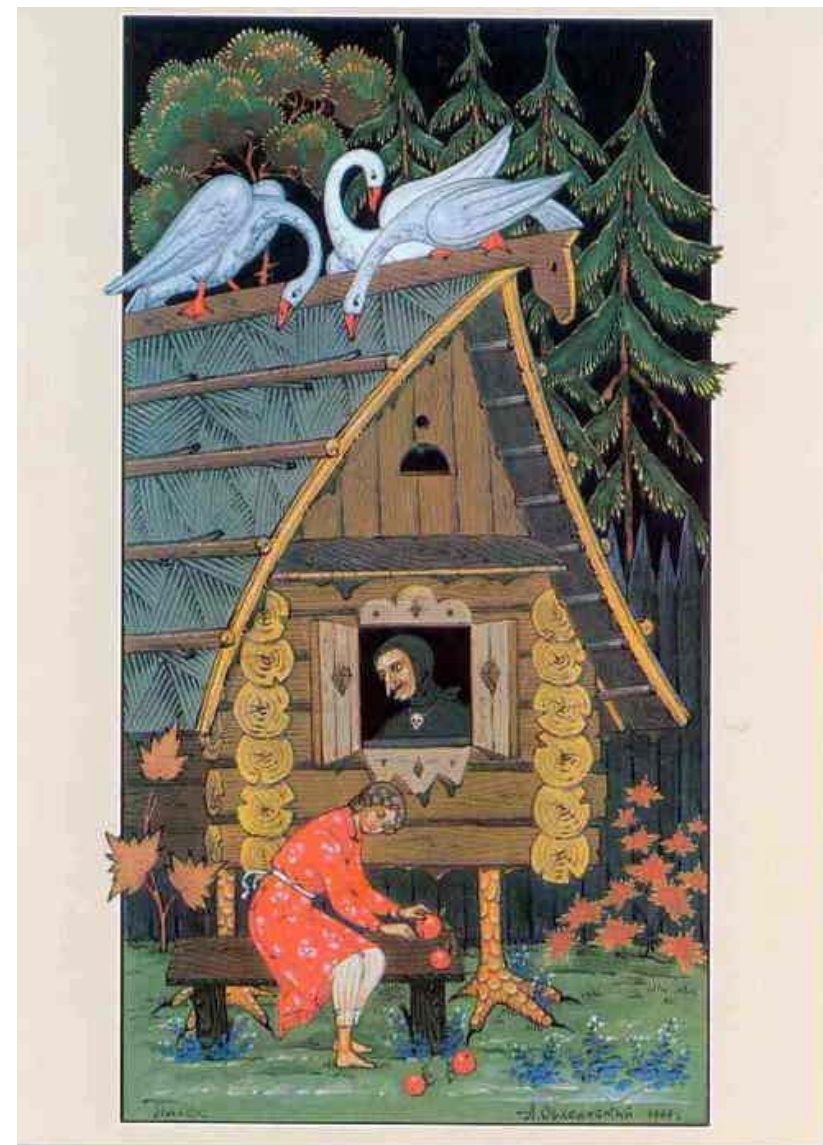






При выраженной динамической афазии обнаруживается нарушение чувства языка, возникают затруднения в понимании сложных фраз, особенно инвертированных, требующих для своего понимания перестановки элементов предложения.

Эти трудности связаны с недостаточной активностью больных, инертной фиксацией их внимания на значении отдельных элементов с нарушением понимания грамматических средств языка.



При динамической афазии чтение и письмо остаются сохранными, и служат задаче восстановления плана высказывания. Но самостоятельное грамматически правильное письменное составление фразы не доступно. Нарушение внутренней речи сказывается и на письменном высказывании и формулировании мысли.





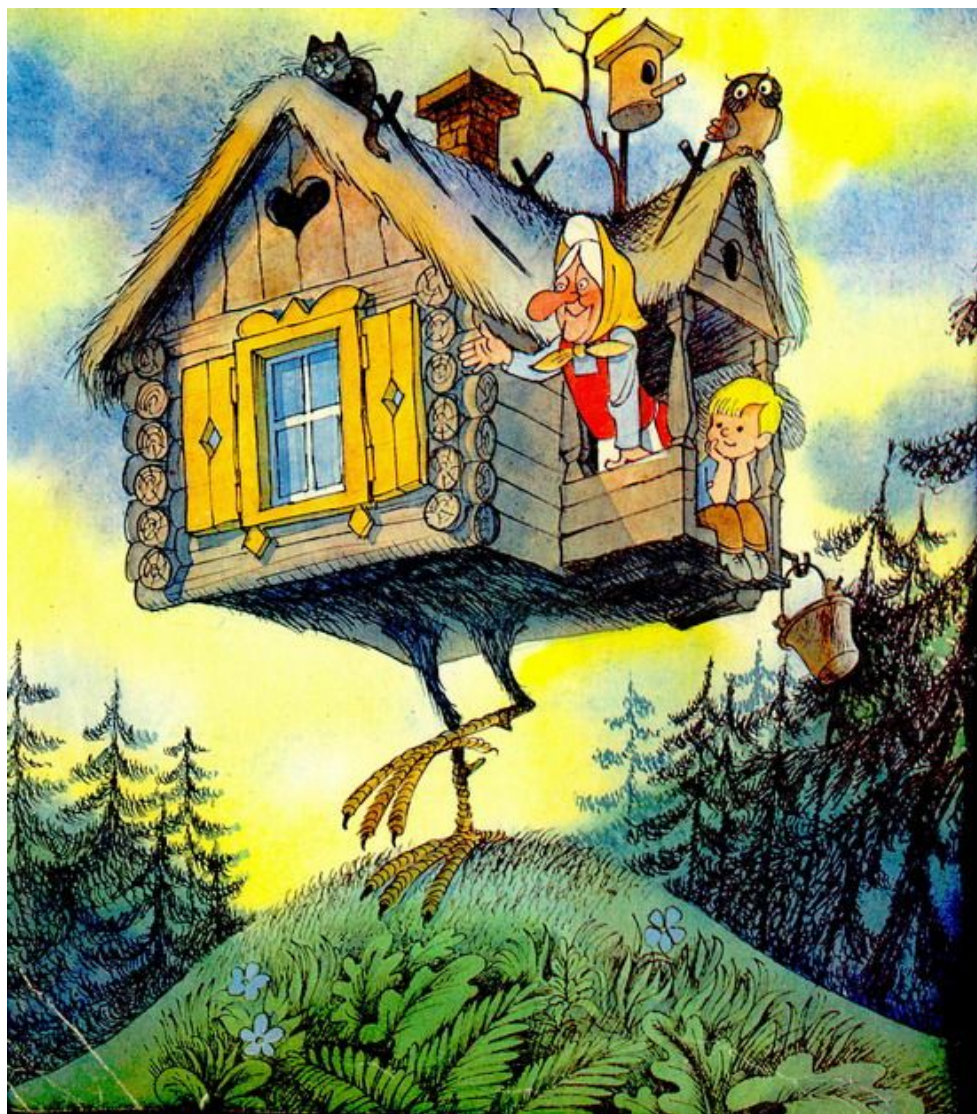
**Афазия при  
полиглосии,  
амбидекстрии  
и левшестве**



# *План*

1. Варианты комплексных афазий.
2. Особенности проявления афазии у полиглотов.
3. Особенности проявления афазии у амбидекстров.

У больных с сосудистыми заболеваниями мозга нередко наблюдаются не изолированные формы афазии, а смешанные или комплексные афазические расстройства. Чаще всего встречаются: комплексная моторная (афферентно-эфферентная) афазия; комплексная эфферентно-динамическая афазия; сенсомоторная (акустико-гностическая и эфферентная моторная) афазия; комплексная акустико-гностическая и акустико-мнестическая афазия; комплексная акустико-мнестическая и семантическая афазия; тотальная афазия.



Возникновение комплексных форм объясняется нарушением кровообращения в сосудистых системах, снабжающих смежные речевые зоны. Эти варианты афазий, требуют разработки специального плана преодоления речевого дефекта.



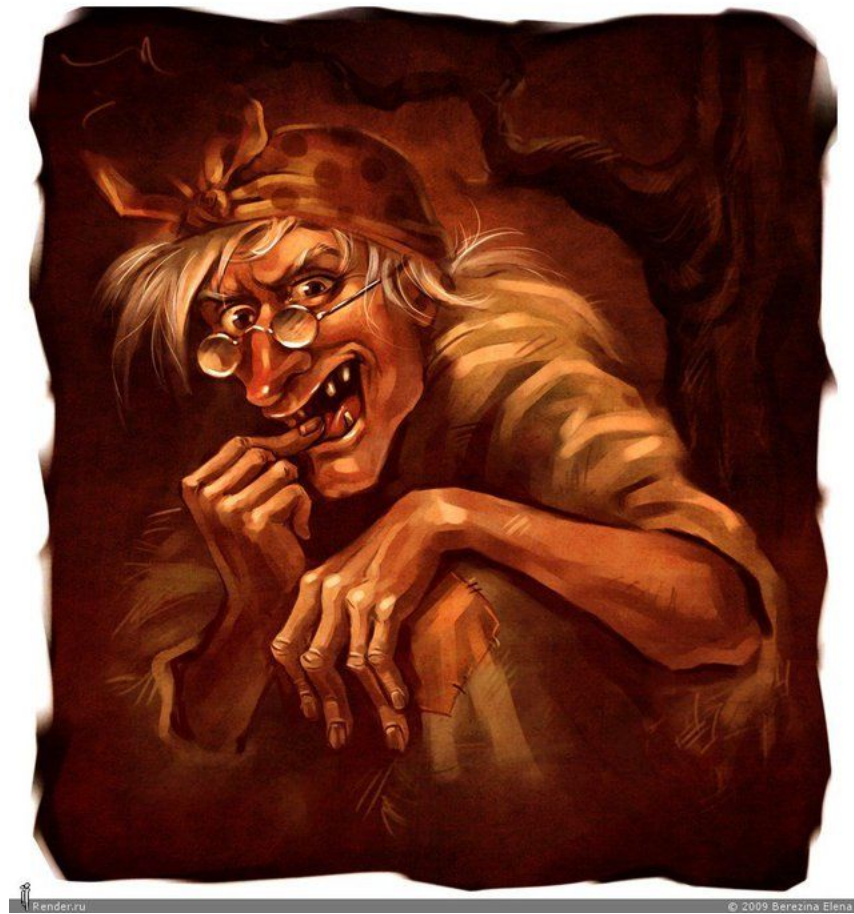
# *Афазии у полиглотов*

Форма афазии зависит от первично нарушенной предпосылки. В первую очередь, как правило, восстанавливается родной язык или тот, которым больной пользовался в последние годы. Иногда иностранные языки восстанавливаются у больного одновременно, например армянин, хорошо владеющий русским, турецким и английским языками, может говорить с окружающими поочередно на всех этих языках.

## *Афазия у левшей и амбидекстров.*

Нередко переученные левши и амбидекстры не подозревают о своем левшестве, и оно может выявляться лишь после инсульта. В настоящее время установлено, что у левшей нередко речевые функции осуществляются, так же как и у правшей, левым полушарием. Степень тяжести афазии у левшей и амбидекстров зависит от того, насколько у больного выражены признаки левшества и в каком полушарии головного мозга произошли травма или нарушение мозгового кровообращения.

Встречаются случаи, когда у правши доминантность по речи и по руке расходятся, и у истинного правши грубая моторная афазия возникает при поражении правого полушария. Афазические расстройства у левши при травме левого полушария могут быть стойкими и труднопреодолимыми, сопровождаться стойкой аграфией, алексией и грубейшей акалькулией.



У амбидекстров афазические расстройства преодолеваются быстрее, чем у правшей, со значительным приближением речи к норме. Наиболее стойкой и труднопреодолимой является проводниковая афазия, наблюдающаяся у амбидекстров и переученных левшей, чаще всего при поражении нижнетеменных отделов левого полушария и реже – правого.



При поражении нижнетеменных отделов правого полушария у левшей с данной афазией артикуляторные трудности при повторении и назывании редуцируются довольно быстро, но могут оставаться, стойкими алексия и аграфия, в основе которых лежит нарушенная не оптическая, а кинестетическая предпосылка, являющаяся составной частью навыка чтения письма.

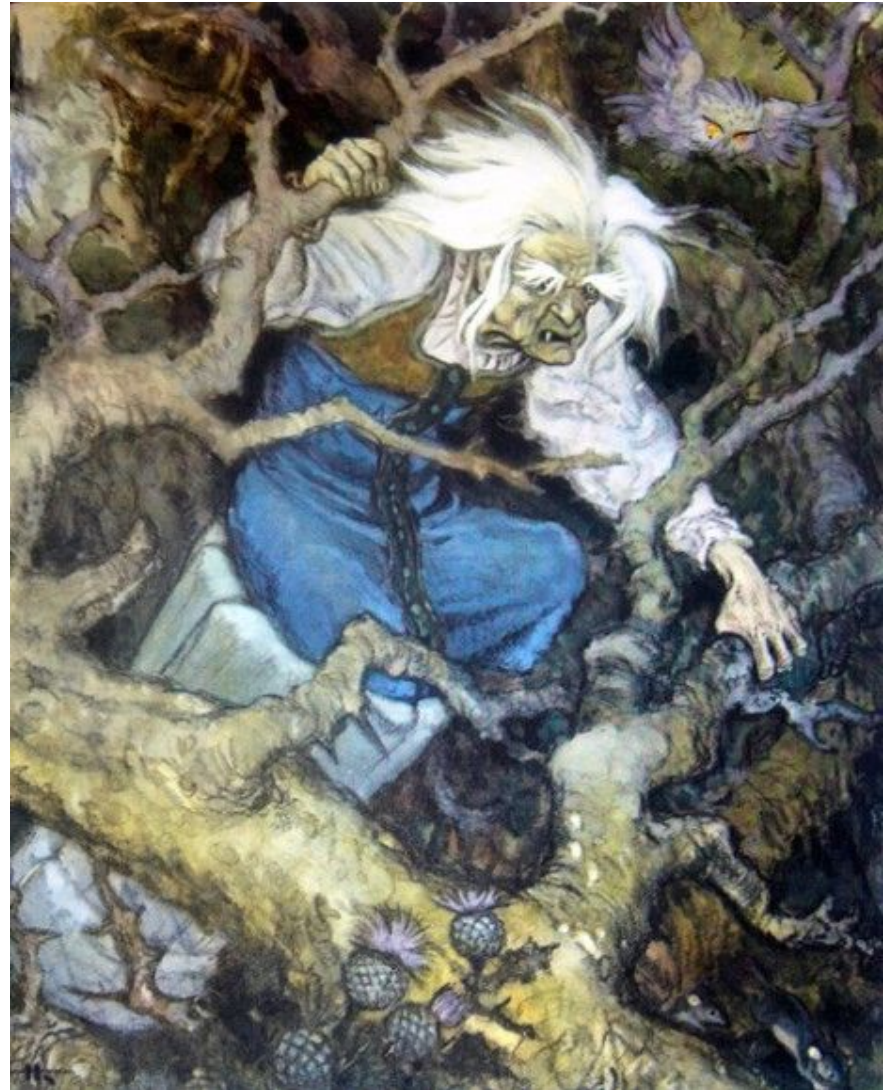




Иногда у больных может наблюдаться нарушение слухоречевой памяти на серии слов, состоящих из 4–5 слов, характерное для афферентной моторной афазии.

Проверять слухоречевую память и фонематический слух при этой форме афазии следует не при помощи повторения, т.е. не при помощи устной речи больного, а с опорой на предметные картинки, так как в основе нарушения повторения слов и слогов при этой форме афазии лежит не нарушение слухоречевой памяти по акустико-мнестическому типу, а нарушение кинестетической основы речи.

# Обследование высших корковых функций при афазии

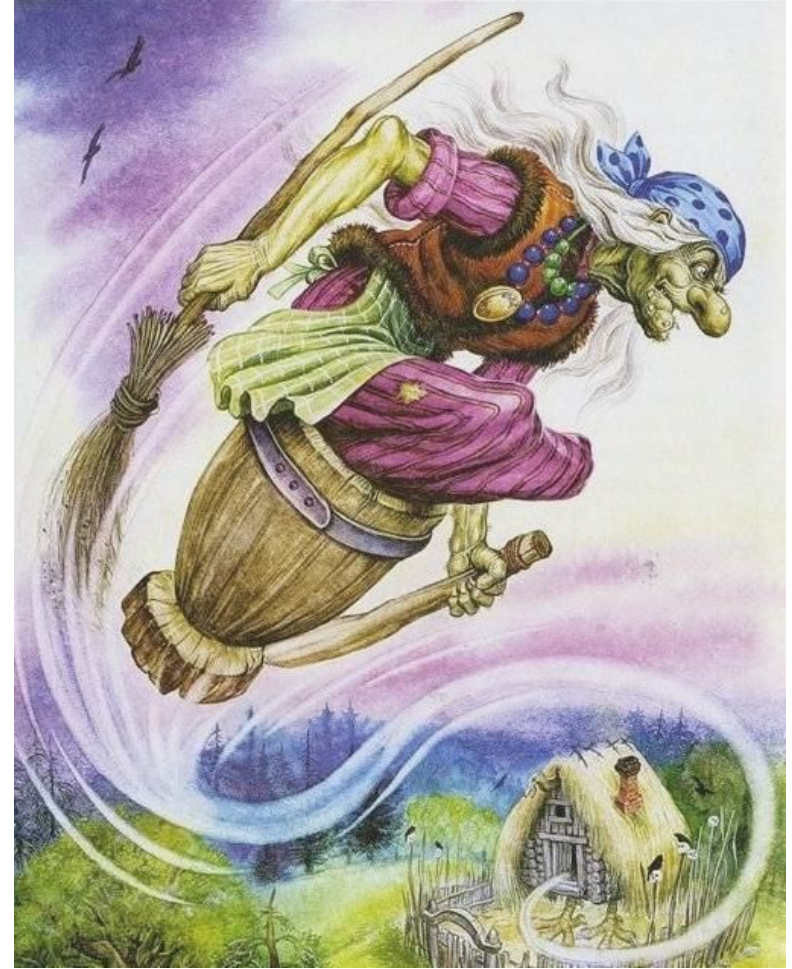




# *План*

1. Этапы логопедического обследования при афазии.
2. Обследование неречевых функций.
3. Обследование речи.
4. Составление логопедического заключения.

Обследование речи начинается с *предварительной беседы*, она позволяет установить контакт с больным. По ходу беседы с больным (выяснение имени, отчества, возраста, адреса) логопед составляет общее суждение о его речевых возможностях, сохранности сознания, критичности, ориентированности в окружающем, в месте нахождения, во времени.



Больному задаются вопросы о его самочувствии, времени года, дате его заболевания, выясняется его образовательный уровень, специальность, семейное положение, наличие в семье левшей и т. д. Если больной не располагает сведениями о наличии левшества у себя и в семье, то для *определения признаков левшества* используется серия тестов: 1) переплетение пальцев рук; 2) скрещивание рук на груди; 3) прицеливание при имитации стрельбы из лука.

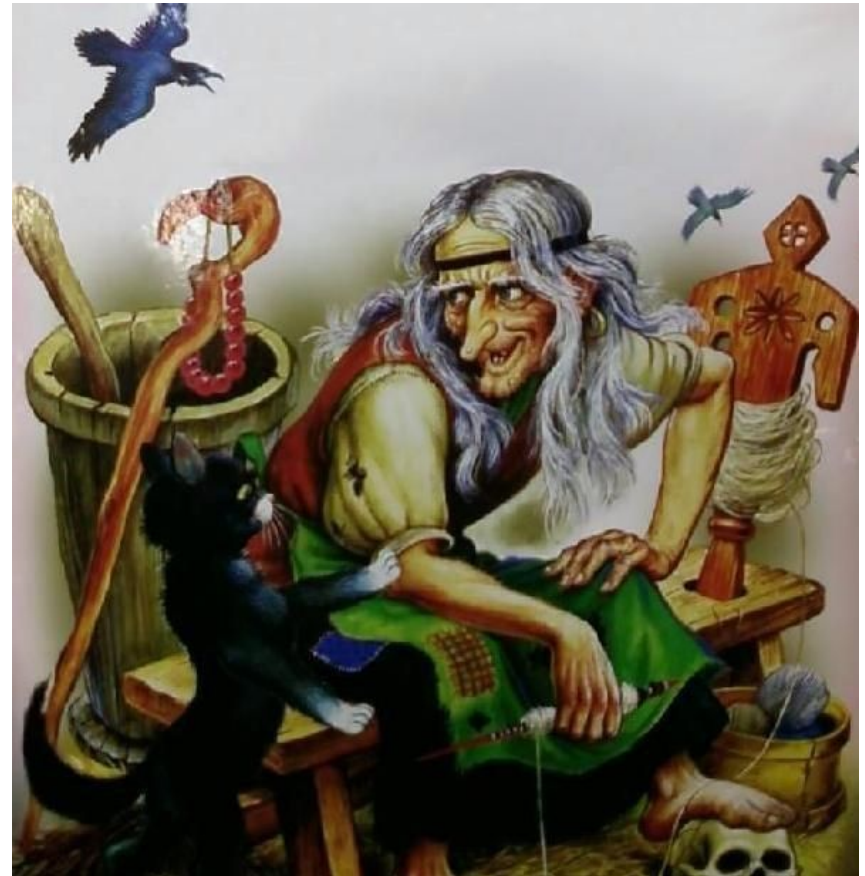


# *Исследование неречевого праксиса и гнозиса*

1. Исследование динамического праксиса проводится с помощью пробы «кулак – ребро – ладонь» (на столе) или имитации в воздухе. Данная проба рассчитана на исследование сохранности плана, последовательности сменяющих друг друга движений одной руки.



2. Исследование пространственного праксиса позволяет судить о сохранности или нарушении сложных симультанных синтезов. У больных с обширным поражением верхнетеменных отделов мозга могут наблюдаться признаки нарушения ориентации в пространстве в повседневной жизни.



Пространственный  
праксис  
исследуется при  
помощи  
следующих  
тестов:



# Пробы Хэда

Больному предлагается по подражанию выполнять вместе в логопедом следующие движения: поднести указательный палец к подбородку, перевернуть руку ладонью вверх и пальцами от подбородка, поставить левую ладонь перпендикулярно вдоль подбородка, поставить ладонь перпендикулярно к другой ладони и т. д.

Копирование больным различных фигур,  
складываемых из спичек,  
складывание их в перевернутом виде

Кроме того,  
исследуется  
воспроизведение  
больным  
символических  
движений: больного  
просят погрозить  
пальцем, поманить  
кого-нибудь к себе,  
похлопать в ладоши,  
изобразить, как  
стригут бумагу, режут  
хлеб и т. д.



# Проба с часами и географической картой

Больному предлагается на нарисованных часах без цифр определить время по направлению стрелок; нарисовать стрелки, передающие то или иное время; на карте найти моря, города, страны; проставить на скрещенных перпендикулярно осях местонахождение севера и юга, востока и запада.

Проверяется ориентированность больного  
среди букв, написанных  
правильно, зеркально и горизонтально

### 3. Оценка и воспроизведение ритмов

При исследовании воспроизведения различных ритмов проверяется возможность больного к моторному переключению с одного ритмического рисунка на другой, тенденция к упрощению ритмического рисунка. Логопед отстукивает ритм по столу карандашом, прикрывая его листом бумаги, по два, по три удара, различными сериями. Больные должны воспроизвести заданный ритм, охарактеризовать его.

## 4. Исследование зрительного гнозиса

необходимо проводить для отграничения речевых расстройств от трудностей называния при зрительной агнозии, возникающей при поражении третичных отделов затылочной доли и для выяснения оптической алексии, возникающей при поражении теменных отделов слева.



Больному предлагают назвать или описать предметы или их изображения. Ему даются простые, четкие, контрастные предметные картинки, затем близкие по форме (мяч, яблоко, глобус, очки, велосипед и т. п.). Затем они заменяются одноцветными, контурными; сделанными крапом (покрытые мелкими точками), перечеркнутыми зигзагообразными линиями и наложенными друг на друга контурными изображениями.

## 5. Исследование орального и лицевого праксиса

проводится с помощью следующих тестов: больному устно даются задания открыть рот, высунуть язык, поднять его вверх, вниз, отвести влево, вправо, пощелкать языком, заложить язык за щеку, надуть попеременно и одновременно щеки, вытянуть губы вперед, растянуть губы. Эти же задания больной выполняет по зрительной имитации. Далее по устному заданию и зрительной имитации выполняются различные символические движения: дутье, имитация сплевывания, свист, имитация полоскания горла, покашливание, воспроизведение улыбки, поднимание бровей в знак удивления, подмигивание и т. п.

Для  
обследования  
динамического  
орального  
праксиса  
больному  
предлагают  
выполнить серию  
движений,  
например подуть  
и пощелкать  
языком.

# *Исследование речевых функций*





# 1. Ориентировочное исследование спонтанной речи

происходит в процессе предварительной беседы с больным. При этом в протоколе обследования логопед фиксирует активность и объем речевой продукции больного. При обследовании безречевого больного логопед отмечает, активен ли он, пытается ли ответить на вопросы при помощи эмболов, достаточно ли окрашена его речь различными интонационными оттенками или он безучастен.

## 2. Исследование фонематического слуха

Больному предлагается повторить близки (оппозиционные) фонемы: *ба – па, ла – ра, да – та, ба \_\_\_\_\_ – па – ба, да – та – да* и т. п. Далее предлагается воспринять на слух слова с оппозиционными звуками с опорой на соответствующие рисунки.

### 3. Исследование понимания значений слов

больному предлагается показать предметы, окружающие его (*стол, стул, книга, карандаш, окно, дверь, пол, потолок, стены, шкаф и т.п.*), показать части лица и тела.

## 4. Исследование состояния слухоречевой памяти

проводится при помощи повторения больным серий слов (по два, по три и более), например *дом – кот – лес, рука – окно – рыба* и т. д. Больным дается задание повторить предложение. *В саду за высоким забором росли яблони и груши.*



## 5. Исследование понимания простых предложений

Под обследованием понимания простых предложений подразумевается: 1) понимание больным простых и относительно сложных инструкций типа *Возьмите карандаш, положите его под книгу, а ножницы дайте мне*; 2). понимание предложений, названий, наименований предметов, данных в виде описания: *Покажите то, чем режут хлеб, то, чем режут бумагу, то, чем разжигают дрова* и т. п. (по соответствующим картинкам).

## 6. Исследование понимания грамматических структур

структур пословиц,  
поговорок, басен  
проводится при  
предъявлении больному  
заданий: *Скажите, как вы  
понимаете  
словосочетания «брат  
отца» и «отец брата»?  
Это одно и то же, лицо  
или разные люди? Если  
разные, то кто они?*

При показе  
соответствующих  
картинок логопед просит  
больного показать  
*мамину дочку, дочкину  
маму, маму дочки, дочку  
мамы.* Так же, но с  
опорой на предметы,  
больного просят показать  
*кисточку карандашом,  
карандаш кисточкой.*

Проверка понимания  
логико-  
грамматических  
конструкций,  
передающих  
пространственное  
расположение  
предметов,  
осуществляется  
заданиями:

*Положите ручку  
справа от линейки и  
слева от карандаша,  
линейку слева от  
ключа и справа от  
очков и т. п.;*



*Нарисуйте крест под  
кругом, круг над  
крестом, чашку под  
столом и над елкой и т.  
п. При решении логико-  
грамматических  
конструкций  
сравнительного  
характера больному  
предлагается расставить  
имена детей под  
картинками:*

*Коля выше Вани и ниже  
Саши. Кто здесь Коля,  
Ваня и Саша? и т. п.*

## 7. Исследование состояния артикуляторного звена речи

больному предлагается повторить звуки изолированно, в словах, в предложении.

## 8. Исследование автоматизированных видов речи

больному предлагается вместе с логопедом пропеть мелодию знакомой песни (со словами и без слов), повторить пение той же и уже другой песни самостоятельно по заданию, перечислить дни недели, месяцы года, воспроизвести порядковый счет.

## 9. Исследование сопряженного и отраженного повторения

Позволяет уточнить степень распада фонематического слуха, слухоречевой памяти, артикуляционного праксиса и наличия персевераторности в речи больных. Больным дается задание повторить несколько односложных, двухсложных, трехсложных и многосложных слов различной частотности, а также повторить фразы различной длины.



## 10. Исследование номинативной функции речи

логопед  
предлагает  
больному  
назвать  
предметы или  
изображения  
одним словом,  
найти  
категориально  
е название  
(посуда,  
мебель).

# 11. Исследование диалогической и монологической речи

Степень сохранности ситуативной и повествовательной речи выявляется уже в процессе предварительной беседы с больным. Логопед отмечает, многоречив больной или нет, насколько его речь развернута, говорит ли он односложно, отдельными репликами или пользуется клишеобразными оборотами. Для обследования повествовательной речи больному предлагается составить предложения или рассказ по сюжетным картинкам или пересказать несложный текст.

## 12. Исследование состояния чтения и письма

осуществляется  
следующими приемами: 1)  
раскладыванием подписей  
к предметам, к сюжетным  
картинкам и сериям  
картинок; 2) показом  
воспринятого на слух слова  
или предложения; 3)  
выполнением письменных  
инструкций: *Покажите где  
окно, Погрозите пальцем и  
т. д.*

У больных, жалующихся на трудности чтения при сохранной ситуативной речи, необходимо проверить остроту зрения и оптический гнозис, наличие гемианопсии (сужение поля зрения, часто наблюдающееся при сенсорной афазии). При исследованиях возможностей чтения у больных со средней степенью тяжести речевых расстройств логопед отмечает литеральные и вербальные паралексии, элементы угадывающего чтения, персеверации и т. п.

При обследовании письма и письменной речи больным с грубой выраженностью речевого расстройства предлагается написать под диктовку отдельные звуки, короткие слова (*дом, ухо, окно*), слова со стечениями согласных (*хвост, друг, стол*) и многосложные слова (например: *комната, самолет, погоня*), простые и сложные предложения, например: *Дети идут в лес, На улице плохая погода, Путешествие окончилось благополучно.*



# *Исследование состояния счетных операций*

больному предлагается записать простые и многозначные числа, решить примеры в пределах 10, 100, 1000, с переходом через десяток, больным предлагается устно отнимать от 100 по семи и т.п.

# Заключение о речевом статусе больного



После проведенного обследования логопед пишет заключение о речевом статусе больного, которое составляется по следующему плану:



1) эмоционально-волевые  
черты больного,  
контактность, сохранность  
личности, ориентированность  
его в месте и времени,  
отношение к своему речевому  
дефекту, наличие левшества у  
больного и членов семьи;

2) особенности понимания  
ситуативной речи,  
выполнение одно- и  
многосложных инструкций,  
слухоречевая память,  
фонематический слух,  
отчуждение смысла слова,  
персевераторность в  
выполнении заданий,  
понимание логико-  
грамматических  
конструкций;



3) особенности экспрессивной речи:  
многогоречивость, аспонтанность, эхолалия,  
персеверации, речевые эмболы, возможность  
общения при помощи отдельных слов или  
деформированных предложений, характер  
аграмматизма, наличие вербальных и  
литеральных парафазий, амнестические  
трудности, оральный или артикуляторный  
праксис. Возможности повторения,  
называния, составления фразы,  
автоматизированная речь. Отмечается ли  
диссоциация между репродуктивной  
произвольной и ситуативной активной речью,  
а также наличие дизартрии.

4) особенности чтения и письма: сохранность зрительного гнозиса, узнавание букв, особенности чтения про себя и вслух, литеральные и вербальные парафазии, возможность выполнения письменных инструкций, глобальное чтение отдельных слов;

5) особенности нарушения письменной речи: запись отдельных букв, слов под диктовку, письменное называние предметов и их изображений, запись сложных слов и отдельных предложений под диктовку, письменное составление предложений по сюжетной картинке, характер литеральных и вербальных парафазий, аграмматизм в письменной речи, характер других дефектов в письме больного;



б) особенности нарушения счета:  
возможность решения различных арифметических примеров, записи цифр под диктовку;

7) особенности гнозиса и праксиса: наличие акустической или оптической агнозии, зеркальности в письме, оральной и артикуляторной апраксии, динамической и конструктивно-пространственной апраксии, дизартрии, эхолалии.





После суммарного описания речевого статуса больного пишется заключение, в котором отмечается форма афазии, ее степень тяжести, комплексность двух форм, степень тяжести аграфии, алексии и акалькулии, характер апраксии, наличие левшества в семье, степень активности или аспонтанности, наличие депрессивности, аффективности, слабодушия (плаксивости) и эйфории (смешливости, расторможенности).

