

Р.А. Богданова, А.И. Дудина // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №6.

5. Сазонова О.В. и др. Среда обитания и заболеваемость населения Самары болезнями органов дыхания [Текст] /О.В. Сазонова, О.Н. Исакова, И.Ф. Сухачева, М.В. Комарова // Гигиена и санитария. -2014. -№4. - С. 33-36.

6. Тимофеева Е.И., Федорович Г.В. Экологический мониторинг параметров микроклимата. – М.: НТМ-Защита, 2007. - 193с.

7. Хисматуллина З.Н. Заболевания,

связанные с воздействием химических факторов окружающей среды [Текст] / З.Н. Хисматуллина // Вестник Казанского медицинского университета. – 2012. – С. 30-39.

8. Чикенева И.В. Последствия влияния тяжелых металлов на окружающую среду в зоне воздействия промышленных предприятий [Текст] / И.В. Чикенева// Концепт (научно-методический электронный журнал). -2013. - №12. - С.1-8.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ИМПРЕССИВНОЙ РЕЧИ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ АФАЗИИ

Невмержицкая Ирина Константиновна

Учитель-логопед,

ГБУ КО ОО «Школа – интернат п.Сосновка», г. Калининград

АННОТАЦИЯ

Данная статья посвящена проблеме понимания речи. Предмет исследования – изучение и состояние у больных с последствиями очаговых повреждений головного мозга, при инсульте или черепно-мозговой травме. Цель работы исследовать понимания речи у больных с разными формами афазии. Задачи исследования - изучение подходов и классификации форм афазии в России и за рубежом, подбор заданий для методики изучения импрессивной речи у больных с афазией, проведение анализа результатов проведенного исследования, определение основных направлений коррекционной работы по развитию импрессивной речи у больных с афазией. Проведено диагностическое обследование состояния импрессивной речи у пациентов с афазией, в соответствии с выбранной методикой. На основе проведенного констатирующего эксперимента сделан вывод о степени выраженности нарушения импрессивной речи у больных с разными формами афазии, в зависимости от формы афазии.

ABSTRACT

This article is dedicated to the problem of speech understanding. The subject of the investigation is studying states of the patients with brain focus damage consequences, stroke patients or cranial injuries. The purpose is to investigate speech understanding of the patients with different forms of aphasia. Research problems : studying approaches and classifications of aphasia forms in Russia and abroad, choosing tasks to study impressive speech of the patients, analysis of the investigation results and finally determination of the main directions of the correctional work on impressive speech development. According to the chosen technic, diagnostic examination of impressive speech conditions of patients with aphasia has been carried out. Due to the establishing experiment, conclusion about expression's degree of impressive speech disorders was made. This degree depends on a form of aphasia, which may be different.

Ключевые слова. афазия, речь, мозг, импрессивная речь, исследование.

Keywords. Aphasia, speech, brain, impressive speech, research.

Проблема афазиологии активно исследовалась в XIX столетии, позднее - психологами и нейропсихологами, дефектологами и логопедами XX столетия. Особое место занимают работы известных неврологов конца XIX столетия: П. Брока, К. Вернике, Дж. Джексона, К. Клейста, П. Мари, А. Пика, и др. Проблема афазии занимались известные врачи – сначала это были хирурги, анатомы, позже – психиатры и неврологи, и в XX веке афазия стала предметом исследования не только неврологов, психиатров и физиологов, но и психологов, дефектологов, логопедов, нейропсихологов. Основоположителем нового учения об афазии был известный психолог А.Р. Лурия ученик Л. С. Выготского.

Афазия – это системное нарушение речи, которое возникает при органических поражениях мозга, охватывает разные уровни организации речи, влияет ее связи с другими психическими

процессами и приводит к дезинтеграции всей психической сферы человека, нарушая прежде всего коммуникативную функцию речи. [7, с.15]

Причинами афазии могут стать такие факторы как:

- Травмы головного мозга
- Воспалительные процессы
- Опухоли
- Сосудистые заболевания и т.д.

При афазии всегда имеется первичный очаг органического поражения головного мозга, имеются также вторичные системные последствия: наступает рассогласование в деятельности мозговых зон, которые анатомически или функционально связаны с первичным очагом поражения – явления диашиза - расщепления, прерывание связи. [5, с. 36.]

В процессе развития болезни явления дисграфии постепенно исчезают, но системность нарушения речевой функции сохраняется.

В зарубежных странах, прежде всего в США, в 1950-е гг. получил развитие психотерапевтический подход к больному с афазией, который предполагал работу над его личностными установками, с целью приспособления больного к дефекту, а не на его преодоление (Вепман, Тейлор, Кеннеди, Маркс и др.). А с 70-х годов за рубежом (в частности в США) термин «афазиология» стал общепринятым. Ученые пришли к пониманию, что афазия – это не отдельное явление неврологии или нейропсихологии. Ее изучение уже стало самостоятельной наукой на стыке других областей научного знания. [3, с. 67].

Афазия проявляется как своего рода дискурсивный паралич – сам Якобсон называл ее «замороженной начальной стадией» [7, р. 75] на которой уже сложившееся желание высказаться никак не может точно определиться с предметом и формой самого высказывания.

Существует множество классификаций афазий, как отечественных, так и зарубежных. В классической, неврологической классификации Вернике–Лихтгейма. В ней он выделял три вида моторной афазии:

- 1) Транскортикальная моторная афазия
- 2) Кортикальная моторная афазия
- 3) Субкортикальная моторная афазия

В современном варианте такой классификации выделяют также такие виды афазии как: [9, р. 35]

- 1) Моторная афазия Брока
- 2) Транскортикальная моторная афазия
- 3) Сенсорная афазия Вернике
- 4) Транскортикальная сенсорная афазия
- 5) Проводниковая афазия
- 6) Амнестическая афазия
- 7) Глобальная афазия (смешанная сенсомоторная)

Еще одна классификация афазии была разработана Х.Хэдом. По мнению Хэда, 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. Хэд выделил следующую классификацию, в основу которой лег лингвистический подход:

Вербальная. Понимание речи лучше, чем способность их произнести. На письме такие же ошибки, как в устной речи.

Номинативная. Больной не может назвать предмет, даже тот, который находится перед глазами. Читают с трудом, письмо грубо нарушено.

Синтаксическая. У больного большой запас слов, но сложности в объединении их во фразы. Понимание сохранно, но сложно воспроизвести.

Семантическая. Трудности понимания значения слов, фраз. Больной не понимает не устную, не письменную инструкцию; не может

передать смысл; счет порядковый сохранен, но арифметические операции выполнить не может. [10, р. 195]

В современных исследованиях, коллеги за рубежом выделяют на сегодняшний день более упрощенную классификацию, в которой они выделяют две группы афазии:

Задняя (возникающая при поражениях задних отделов левого полушария)

Передняя (возникающая в передних отделах левого полушария)

Продолжаются исследования и уточнения этих классификаций в области афазии В.М. Шкловским, Т.Г.Визель, В.В.Оппель, П.А.Овчаровым и др. В настоящее время проблема локализации речи, в том числе участия правого полушария в возникновении афазии, остается открытой. [2, с. 54.]

В 1947 году Лурия, автор нейропсихологической диагностической методики, позволяющей определить форму афазии, выделил шесть форм афазии, по которым и на сегодняшний день ставят диагноз больным и проводят коррекционно-восстановительную работу:

Эфферентная моторная афазия. (заднелобные отделы коры левого полушария) (зона Брока)

Афферентная моторная афазия (нижнетеменные отделы коры левого полушария)

Динамическая афазия (премоторные зоны левого полушария) (спереди от зоны Брока)

Сенсорная афазия (акустико-гностическая) (задняя треть верхней височной извилины; верхние височные отделы левого полушария) (зоны Вернике)

Акустико – мнестическая афазия (средняя височная извилина п.:19, 21, 37)

Семантическая афазия (теменно-височно-затылочные отделы левого полушария) (зона ТРО)

Речь – форма общения людей друг с другом с помощью сигналов (слов), обеспечивающая мышление человека. [6, с. 75]. По мнению ученых в любом речевом нарушении первичным дефектом является импрессивная речь (понимание речи), вторичным – экспрессивная речь (произнесение слов, фраз и т.д.). По утверждению А. Р. Лурия, для организации импрессивной речи необходимо соблюдение следующих условий:

— четкое выделение фонематических признаков речи.

— понимание слова.

— понимание значения целой фразы или связного речевого высказывания.

Следовательно, импрессивная речь представляет собой сложную функциональную систему, в организации которой принимают участие различные структуры мозга, каждая из которых вносит свой вклад в обеспечение данной функции.

Вследствие этого, попробуем разобраться, каким образом у нас вообще осуществляется понимание высказывания?

Так одни ученые психолингвисты утверждают, что речевому сообщению достаточно иметь прочный и обширный словарный запас, в то время

как другие говорили, главным образом об умении достаточно хорошо владеть четкими представлениями о грамматических правилах, с помощью которых слова соединяются друг с другом.

В логопсихологии импрессивную речь трактуют как речь воспринимаемую. Этот процесс делат на несколько этапов: этап восприятия речевого сообщения и этап формирования во внутренней речи общей смысловой схемы воспринятого сообщения.

Сложность процесса понимания речи еще заключается в том, что слово может иметь множество значений, контекстов и тем более смыслов. Так например, слово слово «пятно» имеет совершенно разный смысл в разных контекстах: «пятно на Солнце», «масляное пятно на костюме», «пятно на репутации» и т. д. Следовательно, и здесь для восприятия текста недостаточно знать стабильную предметную отнесенность слов и их стабильное значение: необходимо каждый раз выбрать нужное значение и, наконец, нужный смысл из целого ряда возникающих альтернатив, что прежде всего определяется как практическим («ситуационным»), так и речевым контекстом.

А.Р. Лурия выделял ряд условий для понимания слов:

- Первым условием являлась частотность данного слова в языке. Это означает, что значение слова мы будем первым делом определять и понимать так, как чаще всего используем в практике.

Поэтому, человек скорее всего будет воспринимать услышанное слово именно по первому, более обиходному, значению.

- Еще одно условие по мнению ученого в вопросе о значении слов, занимает понимание скрытых омонимов. Здесь выбор значения слов напрямую зависит как от частоты, с которой значения этого слова применяется в языке, так и от речевого контекста.

- Ну и случай, который представлен особым, это процесс понимая значения слов глухонемыми. Безусловно, глухонемой будет воспринимать значение слов так, как он обучался этому значению, а не как все остальные дети усваивали его значение в процессе живого речевого общения.

В труде Лурия А.Р. «Травматическая афазия» [4, с. 63] рассказ идет о военном, который свой основной дефект назвал распадом «речи-памяти».

После ранения пациент перестал сразу улавливать смысл слов говорящего, не сразу понимал его речь, по его собственному мнению, сами слова частью утратили свое значение, частью имели неполное, неоформленное значение.

Человек, живя с таким нарушением, изо дня в день сталкивается с трудностями называния слов, каждый раз пытаюсь вспомнить значение того или иного предмета. Бесконечные трудности и мучительные попытки вспомнить забытые понятия, заставляют человека каждый день бороться за восстановление своей «речи-памяти».

Важным является подбор продуктивных методов исследования данной категории лиц в современной афазиологии. Сложность состоит в том, что «этиопатогенез нарушения развития у разной категории детей и взрослых все чаще приобретает полиморфно-вариативный характер, когда каждый симптом на разных уровнях претендует на статус первичного и тем самым составляет трудности в определении квалификации характера и типа дизонтогенеза» [1, с.64]

Для исследования импрессивной стороны речи у больных с афазией нами была выбрана методикой КОР (количественная оценка речи).

Исходя из предлагаемых проб, для нашего исследования мы берем оценку импрессивной стороны речи. За основу исследования мы берем следующие задания.:

- Диалог
- Понимание инструкций
- Понимание значения слов, обозначающих предметы,
- Понимание значение слов, обозначающих действия
- Понимание фраз, логико-грамматических и предложных конструкций

В исследовании, целью которого было изучение импрессивной стороны речи у больных с разными формами афазии, на базе стационарного отделения №1 центра патологии речи и нейрореабилитации, принимали участие 13 больных, в возрасте от 24 до 89 лет с нарушениями речевой и других высших психических функций (ВПФ) в разных постинсультных или иных заболеваний мозга стадиях, проходящих лечение в стационаре (Таблица 1).

Таблица 1

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

| П/п | Данные пациента | Возраст | Форма афазии |
|-----|-----------------|---------|------------------------------|
| 1 | Анатолий А. | 73 | акустико-мнестическая афазия |
| 2 | Алексей Б. | 34 | эфферентная моторная афазия. |
| 3 | Дмитрий Г. | 50 | динамическая афазия |
| 4 | Виктория И. | 54 | эфферентная моторная афазия |
| 5 | Антонина М. | 67 | акустико-мнестическая афазия |
| 6 | Андрей С. | 24 | сенсорная афазия |
| 7 | Борис Л. | 40 | эфферентная моторная афазия |
| 8 | Игорь Л. | 43 | акустико-мнестическая афазия |
| 9 | Евгений С. | 31 | динамическая афазия |
| 10 | Елена У. | 89 | акустико-мнестическая афазия |
| 11 | Динара Х. | 41 | эфферентная моторная афазия |
| 12 | Ярослав М. | 64 | сенсорная афазия |
| 13 | Алла К. | 41 | эфферентная моторная афазия. |

В результате исследования, которое позволяет нам выявить степень выраженности нарушения импрессивной речи у больных с разными формами афазии, мы смогли сделать следующие выводы:

Очень грубая степень выраженности нарушения импрессивной речи была выявлена у **3 пациентов (23%)** с сенсорной афазией и динамической формой афазии.

- 1) Дмитрий Г., 50 лет (Динамическая афазия)
- 2) Андрей С., 24 года (Сенсорная афазия)
- 3) Ярослав М., 64 года (сенсорная афазия)

У данных пациентов, понимание обращенной речи и простых инструкций возможно, но не в полном объеме, часто необходимо повторное предъявление задания. Пациенты понимают только простые фразы (с опорой на картинку), а также обращенную речь, опираясь на контекст (поддерживает беседу, однако в некоторых случаях нуждается в повторении вопросов). Понимание внеситуативной речи доступно при высказывании в среднем темпе и небольшом объеме.

Грубая степень выраженности нарушения импрессивной речи в ходе выполнения заданий показали **2 пациента (15%)** с динамической и акустико – мнестической формами афазии.

- 1) Антонина М, 67 лет (акустико-мнестическая афазия)
- 2) Евгений С., 31 год (динамическая афазия)

Пациенты данной степени выраженности нарушения импрессивной речи понимают обращенную речь, но не в полной мере. Выполняют простые инструкции. Показывают реальные предметы и их изображения, серию предметов (из 3-х элементов). При выполнении инструкций нуждается в повторениях. При показе единичных предметов отмечаются персеверации, изменение порядка серий элементов, их пропуски и замены. Понимание логико-грамматических конструкций грубо нарушено.

Средне – грубая степень выраженности нарушения импрессивной речи была выявлена у **2 пациентов (15%)**, с акустико -мнестической формой афазии.

- 1) Анатолий А. 73 года (акустико-мнестическая афазия)

- 2) Елена У, 89 лет (акустико-мнестическая афазия)

Пациенты понимают ситуативные, внеситуативные и парадоксальные вопросы, выполняет инструкции. При показе предметных картинок имеют место ошибки, обусловленные не только отчуждением смысла слов, но и трудностями узнавания изображения. Понимание ситуативной речи и бытовых вопросов не нарушено, однако пациенты часто переспрашивают вопросы, что может быть обусловлено как трудностями включения, так и с возрастным снижением физического слуха. Выполнение многозвенных инструкций возможно после неоднократного предъявления инструкции.

Среднюю степень выраженности нарушения импрессивной речи, по результатам обследования показали **3 пациента (23%)**, с эфферентно – моторной и с акустико- мнестической формами афазии.

- 1) Алексей Б, 34 года (эфферентная моторная афазия.)
- 2) Игорь Л., 43 года (акустико-мнестическая афазия)
- 3) Алла К., 41 год (эфферентная моторная афазия.)

Пациенты со средней степенью выраженности нарушения импрессивной речи понимают обращенную ситуативно-бытовую речь и парадоксальные вопросы. Качество понимания зависит от объема и синтаксической сложности высказывания, а также темпа предъявления материала на слух, поэтому некоторые инструкции пациенты выполняют после повторного предъявления задания. Пациенты показывают отдельно названные предметы и их изображения, однако при увеличении числа стимулов отмечаются ошибки, обусловленные недостаточностью в сфере фонематического слуха, сужением объема слухового восприятия (например, «коза-дрова-почка» показывают после 1-го предъявления /коза коза точка/ и /коза трава точка/ - после 2-го; «галстук-рукав-подтяжки» - /галстук рукав перчатки/, и т.д.).

Средне – легкая степень выраженности нарушения импрессивной речи по данной методике мы установили только у **1 пациента (8%)** с эфферентно- моторной формой афазии.

Виктория И. 54 года (эфферентная моторная афазия)

Отчуждение смысла слов возникает на утомлении и носит вторичный характер. Ошибки понимания фраз со сложными предложениями, а также трудностями концентрации внимания. Доступен показ серии изображений при условии медленного предъявления задания или повторения.

Легкую степень выраженности нарушения импрессивной речи показали **2 пациента (15%)**, с эфферентно- моторной формой афазии.

1) Борис Л., 40 лет (эфферентная моторная афазия)

2) Динара Х, 41 год (Эфферентная моторная афазия)

Ситуативно-бытовую речь и парадоксальные вопросы пациенты понимают. Сложные инструкции выполняют. Доступно понимание логико-грамматических и предложных конструкций. Сложные инструкции выполняют с первого предъявления. Доступно понимание фраз, сравнительных оборотов, логико-грамматических конструкций с прямым порядком слов в предложении и простых предложных конструкций.

Наилучший показатель понимания речи был зафиксирован у пациентов с эфферентно- моторной формой афазии. По итогу выполнения заданий не один из 5 пациентов не дал результатов хуже, чем средняя степень выраженности понимания речи. Также это были единственные пациенты, у которых степень выраженности нарушения речи можно было оценить, как средне – легкую и легкую.

Наихудшие результаты, при выполнении заданий по методике КОР, на обследование импрессивной стороны речи, показали больные с сенсорной формой афазии. Все пациенты с этой формой афазии показали результаты только очень грубой степени выраженности.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что нарушение понимания речи, напрямую зависит от нарушения в зависимости от локализации и типа афазии. У больных с сенсорной афазией, в структуре дефекта лежит нарушение понимания речи. При поражении отделов коры задней трети верхней височной извилины левого полушария происходит разрушение сенсорных образов и нарушение слухоречевого восприятия. Наблюдается поражение нейронов 4 слуховой зоны коры головного мозга. Устные инструкции у таких пациентов не выполняются или выполняются с

грубым искажением, так как в основе этих явлений лежит первичное грубое нарушение фонематического анализа, а именно восприятия и переработки основной речевой информации и сложности вербальной ассоциации. Таким больным с наибольшими трудностями даются задания с устными инструкциями, часто наблюдается отсутствие контроля за собственной речевой продукцией. Для пациентов с акустико – мнестической формой афазии было трудно вспомнить точные названия предметов и действий, они часто прибегали к их описанию или сравнению, чтобы указать на то, о чем идет речь. Частый повтор заданий вслух характерен больным с динамической формой афазии, они также давали краткие ответы на вопросы в ситуативном диалоге. При эфферентно-моторной форме афазии пациенты затрудняются лишь в понимании при выполнении многозвеньевых инструкций.

Данные после проведенного нами исследования дают нам основания, сделать вывод о том, что возраст пациентов не влияет на степень выраженности нарушения импрессивной речи. Пациенты испытывают большие трудности в понимании даже ситуативно – бытовых вопросах, а также при выполнении заданных инструкций.

Список литературы:

1. Бабиева Н. С., Гришина А. Н., Плохова Ю. С., Терешина Е. М., Щелкунова Е. Д. Сенсорное развитие: вариативность современных подходов// Перспективы науки. 2016. № 2 (77). С. 64-67.
2. Зайцев И. С. Афазия – Минск, -2006 – 54с.
3. Кадыков А. С. Реабилитация неврологических больных, М.: МЕД пресс-информ. 2008 - с. 67
4. Лурия А. Р. Травматическая афазия. М.: АМН СССР, 1947 – 63 с.
5. Монаков К. «Локализация функций в коре головного мозга» Цюрих 1914 г.-36 с.
6. Семинович А. Г. Межполушарная организация психических процессов у левшей. – М.: МГУ, 1991. -75 с.
7. Цветкова Л. С. «Афазия и восстановительное обучение» М-1988, 15с.
8. Jakobson Roman. Child Language, Aphasia, and Phonological Universals. The Hague; Paris: Mouton, 1968 - p. 75
9. Wertz R.T., Lapoint L., G. Rosenbeck. Apraxia of Speech in Adults.-New York: Inc. Grune and Stratton, 1984-p. 35
10. Н. Head. Aphasia and Kindred Disorders of Speech. Cambridge, 1926 - p. 195