Афазія. Історичні аспекти

З кожним роком збільшується кількість осіб із афазією, і зменшується вік людей , в яких вона виникає. Реальність попасти людині в складну життєву ситуацію, особливо під час воєнних дій, зростає в рази. Та разом с цим, більшість навіть не знає що таке афазія.

Афазія – (від грец. а – заперечна частка, phases – мовлення) – повна або часткова втрата мовлення, обумовлена локальним ураженням головного мозку. Виникає при ураженнях домінантної півкулі головного мозку в осіб зі сформованим мовленням. Проявляється у вигляді порушень фонематичної, морфологічної та синтаксичної структури власного мовлення при збереженості рухів мовленнєвого апарату та елементарного слуху. Термін «афазія» був введений французьким вченим А. Труссо в дев'ятнадцятому столітті.

Причинами виникнення афазії є:

- порушення мозкового кровообігу (ішемія, геморагія);
- травми;
- пухлини;
- інфекційні захворювання мозку

Афазії судинного генезу частіше всього виникають у дорослих людей. В результаті розриву аневризми

судин головного мозку, тромбоемболії, які викликані ревматичним пороком серця, черепно- мозковими травмами – нерідко спостерігаються у підлітків і молоді.

У дітей афазія виникає рідше. Це результат черепно-мозкової травми, пухлинних утворень або ускладнень після інфекційної хвороби.

Афазія – одне з найбільш тяжких наслідків мозкових уражень, при якому системно порушуються всі види мовленнєвої діяльності: усне та писемне мовлення, розуміння мовлення, граматичне оформлення висловів. Складність мовленнєвого розладу при афазії залежить від локалізації ураження, розміру осередку ураження, особливостей остаточних та функціонально збережених елементів мовленнєвої діяльності.

В основі кожної із форм афазії лежить та чи інша первинно порушена нейрофізіологічна та нейропсихологічна передумова:

- порушення динамічного або конструктивного праксису,
- фонематичної слуху,
- апраксія артикуляційного апарату

При афазії системно специфічно порушується реалізація різних рівнів, сторін, видів мовленнєвої діяльності. Нейрофізіологи, нейропсихологи та

нейролінгвісти внесли вагомий вклад у розуміння значення афазії.

У 1861 році французький лікар Поль Брока продемонстрував мозок хворого афазією з розм'якшенням в області лівої середньої мозкової артерії, яка охоплює задні відділи третьої лобної звивини. Брока вважав, що отримав доказ локалізації центру усного мовлення в лобних відділках мозку. У 1874 році психоневропатолог Карл Верніке описав 10 хворих з ураженням скроневих відділів кори головного мозку зліва з порушенням розуміння мови та своєрідними розладами експресивного мовлення, письма, читання. Він пов'язав розвиток сенсорної афазії з локалізацією патологічного осередку в задній третині верхньої скроневої звивини.

Відкриття П.Брока та К.Верніке започаткували дискусії вчених двох направлень: "локалізаціоністів" та "антилокалізаціоністів". «Локалізаціоністи» пов'язували складні психічні функції та певні ділянки мозку.

"Антилокалізаціоністи" вважали: порушення складних функцій не можна співвідносити з окремими ділянками - мозок людини працює, як єдине ціле. Порушення складних психічних функцій при захворюваннях головного мозку відбуваються зі змінами інтелектуальної діяльності.

Ч. Джексоном в 1863 р. стверджував, функція має складну ієрархічну будову, ії не можна локалізувати. Локалізації можна піддати тільки симптом.

Існують різні класифікації афазії: класична неврологічна класифікація Верніке - Ліхтгейма; лінгвістична кваліфікація Г.Хеда . Кожна відображає рівень розвитку неврологічної, психологічної, фізіологічної, лінгвістичної наук. На сучасному етапі загальноприйнятою є нейропсихологічна класифікація афазії О.Р. Лурія.

Нейропсихологічний підхід до організації вищих коркових функцій О.Р.Лурії є продовженням нейрофізіологічних відкриттів І.П. Павлова, М.О. Бернштейна та П.К. Анохіна про систему організації функцій, а також нейропсихологічних та психологічних поглядів Л.С.Виготського, О.М. Леонтьєва. У 1947 році О.Р. Лурія формує принцип системної будови та динамічної поетапної локалізації вищих коркових функцій. Їм розроблені методи вивчення порушень психічної діяльності. Нейропсихологічна методика, запропонована А.Р. Лурією, досліджує різні симптоми та синдроми, закономірність поєднання симптомів, які виникають при ураженні тих чи інших структур мозку. Ця методика дозволяє не тільки робити висновки про наявність тієї або іншої форми афазії, але й діагностувати місце ураження головного мозку. При

будь-якій формі афазії порушується реалізація мовленнєвої діяльності.

В основі сучасної нейропсихології й нейролінгвістики - вчення про роль внутрішньої мови та мислення. Фердинант де Соссюр та І.О. Бодуен де Куртене диференціаціювали "мову" та "мовлення", "парадигму" та "синтагму", "статику" мови та "динаміку" мовлення.

Лурія виділяє шість форм афазії: акустико-гностичну й акустико-мнестичну афазію, які виникають при ураженні скроневих відділів кори головного мозку; семантичну афазію та аферентну моторну афазію, які виникають при ураженні нижніх тім'яних відділів кори головного мозку; еферентну моторну афазію та динамічну афазію, які виникають при ураженні премоторних та задньолобних відділів кори головного мозку.

Афазії, які виникають при ураженні верхньоскроневих та нижньотім'яних зон, які входять у другий функціональний блок, називаються задніми формами афазії. Це афазії, при яких порушуються парадигматичні відносини. Афазії, які виникають при ураженні задньолобних відділів мозку, входять до складу третього функціонального блоку, називаються передніми афазіями. При цих формах афазії порушуються синтагматичні відносини.

При ураженні мовленнєвих зон відбувається порушення так званої первинної передумови, яка здійснює специфічну діяльність відповідної аналізаторної системи. На основі первинного аналізаторного порушення виникає вторинний, специфічний, розпад всієї функціональної системи, тобто виникає порушення всіх видів мовленнєвої діяльності. Характер та рівень порушень залежить від гностичних (кінетичної, акустичної, оптичної) передумов.

Список використаних джерел

1. Бейн Э.С. Афазия и пути ее преодоления М., 1964
2. Бейн Э.С., Бурлакова М.К., Визель Т.И. Пособие по восстановлению речи у больных афазией М., 1962
3. Бейн Э.С., Овчарова П.А. Клиника и лечение афазии М., 1970
4. Визель Т.Г. Как вернуть речь М., 1998
5. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии М., 2000
6. Зайцев И.С. Афазия. М., 2006
7. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека М., 1969
8. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга М., 2000
9. Лурия А.Р. Основные проблемы нейролингвистики М., 2009.
10. Лурия А.Р. Травматическая афазия М., 1947
11. Оппель В.В. Восстановление речи после инсульта М., 1963
12. Столярова Л.Г. Афазия при мозговом инсульте М., 1973
13. Трауготт Н.Н., Кайданова С.И. Нарушение слуха при сенсорной алалии и афазии. М., 1975
14. Філіпова Т.В. Мовленнєві порушення при афазіях // Український вісник психоневрології, 2014. Т. 22. Вип.1. С. 137-141
15. Цветкова Л.С. Аграмматизм при афазии. 1978.

16. Цветкова Л.С. Афазиология: Современные проблемы и пути их решения М., 2002
17. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение М., 1988
18. Цветкова Л.С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга М., 1972.
19. Цветкова Л.С. Мозг и интеллект. 1978.
20. Цветкова Л.С. Нейропсихология счета, письма и чтения. Нарушение и восстановление М., 1988
21. Шохор-Троцкая М.К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии М., 2002
22. Шохор-Троцкая М.К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления М., 1972
23. Шохор-Троцкая М.К. Стратегия и тактика восстановления речи М., 2001.

Веб-адреса публікації: *- http://vseosvita.ua/library/stattia-afazila istorychni-aspekty-60717.html-*