

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Реферат
Нарушения высших корковых функций.
Афазии.

Выполнил: клинический ординатор
кафедры нервных болезней
с курсом медицинской реабилитации ПО
Яковлева К.Д.

Красноярск
2020г.

Содержание:

1. Введение
2. Сенсорная (акустико-гностическая) афазия
3. Акустико– мнестическая.
4. Оптико– мнестическая афазия
5. Афферентная моторная афазия
6. Семантическая. Амнестическая афазии.
7. Эфферентная моторная афазия.
8. Динамическая афазия.
9. Вывод.
- 10.Список литературы.

Нейропсихология занимается изучением различных форм нарушения речи при локальных поражениях мозга, опираясь на теоретические положения, разработанные А. Р. Лурия, Е. Д. Хомской, Л. С. Цветковой.

Речь рассматривается как речевая система, как совокупность речевых функций, объединенных в единое целое.

В качестве двух самостоятельных видов речи в нейропсихологии выделяют импрессивную (понимающую) и экспрессивную (выражающую) речь, которые имеют разное психологическое строение.

Импрессивная речь — процесс понимания речевых высказываний, как устных, так и письменных, начинается с восприятия потока чужой речи, затем идет декодирование этого потока до речевой схемы, выделение через внутреннюю речь общей мысли высказывания и понимание его мотива.

Экспрессивная речь — процесс высказывания с помощью языка — начинается с мотива высказывания, формирования программы высказывания, после чего общая мысль перекодируется с помощью внутренней речи в речевые схемы, а затем — в развернутую речь.

Выделяют четыре самостоятельные формы речевой деятельности, или подсистемы: устная и письменная речь (экспрессивная речь) и понимание устной и письменной речи (импрессивная речь). Каждая из выделенных подсистем выполняет разные функции, имеет свои особенности организации, а также различные сроки формирования. Эти различия в генезисе и психологической структуре находят свое отражение и в мозговой организации различных видов речевой деятельности.

Как сложная функциональная система речь включает большое число афферентных и эфферентных звеньев, в ней принимают участие все анализаторы: слуховой, зрительный, кожно-кинестетический, двигательный. Каждый из них вносит свой вклад в организацию речевой деятельности в целом. Выпадение любого из этих звеньев приводит к нарушению речи, но особенности нарушения зависят от того, какое именно звено пострадало.

По утверждению А. Р. Лурия, для организации импрессивной речи (декодирования воспринимаемой речи) необходимо соблюдение следующих условий:

— четкое выделение фонематических признаков речи. Обеспечивается работой верхних отделов вторичных зон височной области левого полушария мозга (зона Вернике). Поражение данного участка приводит к сенсорной афазии, заключающейся в невозможности выделения близких по звучанию фонем. Больной не слышит разницы между словами «кора» — «гора». При этом намерение больного разобраться в смысле высказывания остается сохранным;

— понимание слова (предполагается, что эта функция обеспечивается в результате взаимодействия слухового и зрительного анализаторов). При нарушении этого взаимодействия звуковой образ слова перестает вызывать зрительный, поэтому узнавание его смысла грубо нарушается;

— понимание значения целой фразы или связного речевого высказывания. Для выполнения данного условия в свою очередь необходимо несколько компонентов:

а) удержание в памяти всех элементов фразы, обеспечиваемое работой средних отделов вторичных зон височной области левого полушария. При поражении этого участка мозга возникает акустико-мнестическая афазия (невозможно удержать в памяти даже несколько слов);

б) симультанный синтез речевого высказывания, который связан с работой височно-теменно-затылочных отделов левого полушария мозга (у правой). Поражение этого участка приводит к семантической афазии (нарушается понимание сложных логико-грамматических конструкций);

в) активный анализ наиболее существенных элементов высказывания (проявляется в понимании общего смысла высказывания, его контекста). Это условие обеспечивается за счет участия лобных долей мозга.

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.

Основными звеньями экспрессивной речи, по мнению А. Р. Лурия, являются простейшая повторная речь (повторение звука, слога, слова) и называние. В повторной речи присутствует звуковой образец, в назывании его нет.

В основе повторной речи лежат такие элементы, как:

— четкое слуховое восприятие, обеспечиваемое верхними отделами вторичных зон височной области левого полушария. Их поражение приводит к распаду фонематического слуха, что сопровождается дефектами повторения (замена близких фонем, неправильное произношение);

— четкая система артикуляции, в основе которой лежит функционирование нижних отделов вторичных зон постцентральной (теменной) коры левого полушария (у правшей). Их поражение ведет к афферентной моторной афазии (распад артикулем, замена близких по произношению артикулем, появление литеральных парафазий);

— возможность переключения с одной артикулемы на другую или с одного слова на другое, обеспечивается аппаратами нижних отделов премоторной коры левого полушария. Их поражение приводит к эфферентной моторной афазии, проявляющейся в патологической инертности речедвигательной сферы и появлению речедвигательных персевераций (заикание);

— подчинение произнесения заданной программе и торможение побочных альтернатив, обеспечивается работой лобных отделов мозга. Их поражение приводит к тому, что нужная программа заменяется повторением хорошо усвоенного в прошлом опыта слова или фразы (использование речевых стереотипов).

Называние как элемент экспрессивной речи включает в себя:

— отчетливое зрительное восприятие, обеспечивается височно-затылочными отделами левого полушария (у правшей), при поражении которых возникает оптическая афазия (больной не может назвать слово, поскольку не узнает его);

— сохранность акустической структуры слова обеспечивается благодаря функциям слухоречевых систем левой височной области. Их поражение при попытке назвать предмет приводит к обильным литеральным парафазиям;

— нахождение нужного обозначения и торможение всех побочных альтернатив связано с особенностями третичных (височно-теменно-затылочных) отделов левого полушария. Патологическое состояние последних приводит к амнестической афазии. Она проявляется в бесконтрольно возникающих вербальных парафазиях (замена нужного слова близкими по значению или по структуре словами);

— подвижность нервных процессов, обеспечивающая легкость переключения на другое название.

Можно сказать, что и экспрессивная речь имеет сложную структуру, которая обеспечивается совместной работой разных отделов мозга.

В результате локальных поражений задних, гностических областей левого полушария головного мозга (височные, теменные и теменно-затылочные отделы) нарушается звуковая структура слова, акустический анализ слова и зрительно-пространственные схемы, лежащие в основе логико-грамматических конструкций. Но все эти поражения ограничиваются нарушениями операционной структуры речи, не затрагивая речевую деятельность в целом. Поэтому у таких больных сохраняется намерение понять речь окружающих или сказать что-либо, а, следовательно, сохраняется возможность компенсации дефекта.

Совсем иначе обстоит дело с организацией речевой деятельности. Ее структура, как известно, включает цель, мотив высказывания, выработку программы, выбор средств реализации деятельности и контроль за ее выполнением. Формирование намерения высказаться связано с работой лобных структур мозга. При поражении передних отделов

коры головного мозга нарушается актуализация предложений или целого высказывания. У так называемых «лобных больных» отмечается речевая аспонтанность (отсутствие самостоятельно возникающих высказываний). Помимо этого, поражение лобных отделов приводит к нарушению внутренней речевой схемы. Больные повторяют слова, называют предметы, но сформулировать элементарное словесное высказывание не могут. Этот дефект речи получил название динамическая афазия. Он проявляется в нарушении активной развернутой речи. У больного сохранены повторная речь, название, рядовая и автоматизированная речь, понимание речи, но отсутствует речевая схема предложения. Остается лишь диалогическая речь, сопровождающаяся эхолалиями, персеверациями и автоматизмами. Под эхолалиями понимают повторение больным последних слов из фраз, которые он слышит. Персеверации означают многократное повторение одного и того же слова или фразы. Автоматизмы проявляются в использовании речевых оборотов на уровне речевых навыков.

Исследование речевых нарушений в нейропсихологии идет по пути изучения афазий. Под афазиями понимают нарушения речи, возникающие при локальных поражениях коры левого полушария мозга (у правшей) и представляющие собой системное расстройство различных форм речевой деятельности. Афазии проявляются в виде распада фонематической, морфологической или синтаксической структуры собственной речи при сохранности элементарных форм слуха и движений речевого аппарата, обеспечивающих членораздельное произношение. Эта речевая патология отличается от дизартрий (нарушение произношения без расстройства восприятия речи на слух), аномий (трудности названия из-за расстройства межполушарного взаимодействия), алалий (расстройство речи в детском возрасте из-за недоразвития всех форм речевой деятельности).

В зависимости от нарушения одного из факторов, на которых основана речевая система при локальных поражениях мозга, А. Р. Лурия разработал классификацию афазий. При выпадении афферентных звеньев речевой функциональной системы (слуховых, зрительных, кинестетических, комплексных афферентаций) выделяют пять видов афазий — сенсорную, акустико-мнестическую, оптико-мнестическую, афферентную моторную и семантическую. При нарушении эфферентных звеньев речевой системы — динамическую и эфферентную моторную афазии.

Сенсорная афазия

— возникает при поражении верхних отделов вторичных зон височной области левого полушария (зона Вернике). В ее основе лежит нарушение фонематического слуха, т. е. способности различать звуковой состав слова. Больной пугает близкие по звучанию фонемы (б — п, г — к). В тяжелых случаях он воспринимает родную речь как иностранную или вместо речи слышит неречевой шум (шум моря, шорох листьев и т. п.). Но продолжает активно использовать в речи интонации. Нарушение фонематического слуха приводит к дезорганизации всей речевой системы, дефектам понимания устной речи, непониманию речи в усложненных условиях. Наблюдается замена одних звуков другими (литеральные парафазии), замена одного слова другим (вербальные парафазии), нарушение письма (под диктовку), частичное нарушение чтения.

Несмотря на то, что центральным симптомом является нарушение понимания речи, воспринимаемой на слух, речевой дефицит имеет системный характер и обнаруживается не только в импрессивной, но и в экспрессивной речи больного, которая в наиболее выраженных вариантах синдрома имеет характер "словесной крошки". Речь таких больных представляет набор слогов, а также отдельных речевых конструкций типа вводных слов, междометий и эмоциональных восклицаний. Важно отметить, что при этом выразительные составляющие речи (интонация, жесты, мимика, направленность на диалог) могут оставаться сохранными.

В более мягких случаях дисфункции вторичных отделов височной области нарушение понимания проявляется в феномене "отчуждения" смысла слова при правильном

воспроизведении его звуковой оболочки, а в экспрессивной речи при этом имеют место трудности подбора слов при построении высказывания, нарушение номинативной функции речи. В пробах на называние зрительно предъявляемых объектов больные испытывают затруднения в актуализации наименования предмета, которые характеризуются либо удлинением латентного периода при подборе нужного наименования, либо литеральными парафазиями, т.е. заменой слова-наименования другим, сходным с искомым по звучанию. Нарушается номинативная функция речи, подсказка редко помогает больному чаще вызывая парафазии или аграмматизмы.

Сказывается так называемый вербальный дефицит и на процессах дискурсивного мышления в связи с трудностями понимания и осмысливания словесного материала. Нарушается процесс понимания при чтении. Особенно сильно может нарушаться письмо под диктовку в связи с дефектом анализа звукового состава слов.

Акустико-мнестическая афазия

– наблюдается при поражении средних отделов вторичных зон височной области левого полушария. Больной правильно понимает обращенную к нему речь, но не способен запомнить даже самую короткую фразу. Объем слухоречевой памяти снижается до 3 или 2 единиц, что приводит к вторичному непониманию устной речи, а также к трудностям в активной устной речи (скудная речь, частый пропуск слов, обычно существительных). Но интонации при данном дефекте остаются сохраненными. Так, при предъявлении серии из 4-х слов больной воспроизводит 1-2 слова. Характерно, что, как правило, воспроизводятся первые или последние элементы серии, т.е. отчетливо выражен "фактор края". Аналогичные трудности (сужение объема воспроизведения) можно видеть при запоминании фраз и рассказов. Важным диагностическим критерием является отсутствие увеличения продуктивности воспроизведения при заучивании, которое в ряде случаев может приводить к истощению функции и ухудшению первоначально достигнутых показателей.

Особенно отчетливо модально-специфические нарушения слухоречевой памяти выступают в условиях интерферирующей деятельности, заполняющей короткий интервал. В этом случае подсказка помогает вспомнить слово.

При акустико-мнестической афазии сохраняется фонематический слух, но наблюдаются трудности в поиске нужного слова, возникают вербальные парафазии, налицо снижение скорости переработки словесной информации.

Оптико-мнестическая афазия

– имеет место при поражении задненижних отделов височной области левого полушария (у правой). В основе лежит слабость зрительных представлений, зрительных образов слов, в силу чего больной не может правильно назвать предмет. А. Р. Лурия и его сотрудники доказали, что в этом случае распадается преимущественно зрительно-мнестическое звено речевой системы, связи между зрительным образом и его наименованием. У больных нарушается способность изображения объекта, в их описаниях отсутствуют зрительные образы.

Афферентная моторная афазия

– появляется вследствие поражения нижних отделов вторичных зон теменной области левого полушария и связана с выпадением кинестетического афферентного звена речевой системы. Нарушается возможность появления четких ощущений, поступающих от артикуляционного аппарата в кору больших полушарий во время речевого акта, больной путает близкие по артикуляции звуки («д» — «л» — «н»), например: «халат» — «хадат» и т. д. Часто наблюдается нарушение орального (неречевого) праксиса. Больной не может надуть щеки, высунуть язык и т. п.

Семантическая афазия

– связана с областью стыка височных, теменных и затылочных зон (зона ТРО) левого полушария (третичные зоны коры). Данное речевое нарушение, характеризуется дефицитом в импрессивной составляющей речевой деятельности, т.е. в понимании

обращенной к пациенту речи. А. Р. Лурия установил, что у таких больных нарушается понимание определенных логико-грамматических конструкций: тех, которые отражают одновременный симультанный анализ и синтез явлений, когда для понимания выражения требуется одновременное представление нескольких явлений. Больные не понимают пространственные отношения, выраженные с помощью предлогов («круг под крестом» или «круг над крестом»), слова с суффиксами, сравнительные отношения (длиннее, светлее и т. п.), конструкции родительного падежа (отец брата, брат отца), временные конструкции («прежде чем позавтракать, я прочитал газету»), пространственные конструкции (не понимает, что правильно — «Земля освещает солнце» или «Солнце освящает землю»). Как правило, эта форма афазии сопровождается дефектами счетных операций (акалькулия).

Амнестическая афазия

– также связана с зоной ГРО, речевое расстройство, заключающееся в нарушении номинативной функции речи. Больные затрудняются в актуализации слова-наименования для предъявляемого объекта. Нарушения названия могут проявляться в удлинении латенции, в замене номинации определением функции предмета или показом его назначения, в парафазиях, свидетельствующих о поиске слова в системе связанных с ним значений или сходных по грамматическому оформлению слов. Так, больной, описанный А.Р. Лурия, на вопрос "где вы находитесь?", отвечал: "...в этой... как ее... в школе, нет... в ...милиции, ...нет ... в этой ... Красный крест..., в больнице". Подсказка является очень эффективной.

Естественно, нарушение номинативной функции речи не может не отражаться в спонтанной речи больных. Однако сохранность критичности больного, понимание им своей несостоятельности позволяет ему находить обходные пути при построении высказывания, избегая сложных или трудных для него речевых построений.

Эфферентная моторная афазия

– связана с поражением нижних отделов премоторной области (зона Брока). Распадается двигательная сторона речевого акта, нарушается четкая временная последовательность речевых движений, больной не может переключиться с одной артикулемы на другую, с одного слова на другое, возникают речевые персеверации, которые проявляются и в письме. Слияние отдельных слов в плавную речь у таких больных невозможно.

Динамическая афазия связана с поражением средне- и заднелобных отделов коры левого полушария. В основе этой формы афазии лежат нарушения сукцессивной (или развернутой) организации речевого высказывания. У больных страдает внутренняя схема речевого высказывания, его замысел, поэтому их речь бедная, преимущественно диалогическая, снижено использование глаголов, наблюдается эхолалия, персеверация слов и использование речевых стереотипов. Наблюдаются дефекты и внешней, и внутренней речи. Распадается ее предикативность, т. е. имеются трудности в построении высказывания, встречаются аграмматизмы в виде пропуска глаголов, предлогов, встречается употребление шаблонных фраз.

Афазии возникают при поражении разных уровней организации речи, связаны с состоянием других психических процессов (восприятия, памяти, представлений), а также с эмоционально-волевой сферой личности. Поэтому возникновение афазий приводит к дезинтеграции всей психической сферы. Специальные исследования изменения личности при афазиях выявили их специфику при разных ее формах. Таким образом, афазии следует рассматривать как многофакторное явление, связанное со всей психической сферой личности.

Литература:

1. Корсакова Н. К., Московичюте Л.И. «Клиническая нейропсихология» М., МГУ, 1988.
2. Лурия А.Р. «Высшие корковые функции человека».
3. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. «Основы клинической психологии».
4. Хомская Е.Д. Нейропсихология. 4-е издание. — СПб.: Питер, 2005. — 496 с