

*Дорожукова Полина Романовна*

студентка

Научный руководитель

*Ларина Елена Анатольевна*

канд. пед. наук, доцент

Педагогический институт

ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный университет»

г. Хабаровск, Хабаровский край

DOI 10.31483/r-101057

## ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ПОДХОДЫ К КЛАССИФИКАЦИИ АФАЗИИ

*Аннотация:* статья посвящена проблеме современных подходов к классификации афазии, предложенных отечественными и зарубежными исследователями. Описываются формы афазии с указанием топика поражения, краткая синдромальная картина, приведены преимущества и недостатки каждой из классификаций и их соотношенность.

*Ключевые слова:* афазия, отечественная классификация, Бостонская классификация, Александр Романович Лурия, Harold Goodglass, Edith Kaplan.

Ведущей причиной возникновения афазии на сегодняшний день является инсульт. Согласно данным National Aphasia Association, ежегодно в США происходит около 750 тыс. инсультов, около 1/3 которых приводят к афазии (25–40% выживших). Общее количество больных с афазией в Великобритании составляет не менее 250 тыс. человек, а в Соединенных Штатах Америки – не менее 2 млн человек [10]. По данным ВОЗ, 30% больных с афазией составляют лица трудоспособного возраста (до 50–60 лет), при этом 70–80% больных, перенесших инсульт, полностью утрачивают профессиональные навыки и трудоспособность [2]. Согласно сведениям Росстата, ежегодно в России происходит более 450 тыс. инсультов, к концу острого периода которых афазия наблюдается у 35,9% от

числа выживших [3]. В связи с большим количеством людей, страдающих данным расстройством необходимо его детальное изучение с целью выстраивания наиболее эффективной восстановительной работы.

*Проблемной областью* является то, что логопедам-афазиологам необходимо знать различные классификации афазий в силу сложности множественных нарушений, которыми сопровождается данное речевое расстройство. Правильная постановка заключения позволит разрабатывать эффективную восстановительную программу, а также грамотно общаться в международном профессиональном сообществе и проводить исследования, направленные на разработку новой классификационной системы афазии, учитывая особенности и отечественного, и зарубежного подходов.

*Целью* данной работы является расширение представлений о типах афазии с точки зрения отечественной и зарубежной классификации, а также их сопоставленность между собой.

Согласно определению Л.С. Цветковой, 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 [5]. В настоящее время в мире широко используются две классификации афазии: классификация А.Р. Лурии и Бостонская классификация.

Отечественная классификация афазии была впервые опубликована Александром Романовичем Лурией в 1947 году. С августа 1941 года он руководил крупным нейрохирургическим эвакогоспиталем в посёлке Кисегач Челябинской области, где им и группой его сотрудников была организована серия исследований и реабилитационная практика раненых с травмами головы, что позволило в дальнейшем разработать классификацию афазических расстройств [6].

Методологической основой исследования А.Р. Лурия явились труды Льва Семеновича Выготского, которым была предложена модель порождения речи и

понятие «психологической системы» для описания «высших психических функций»; концепция о функциональные системы как модели для описания поведения Петра Кузьмича Анохина; теория универсального внутреннего кода (предметно-схемного кода) Николая Ивановича Жинкина; концепция «физиологии активности», принцип «парных действий» и теорию моторного контроля Николая Александровича Бернштейна.

Основными подходами А.Р. Лурии к классификации афазии являются: системный подход к речевым нарушениям, что говорит о наличии первичного и вторичного дефекта; наличие в структуре речевой деятельности внешней и внутренней речи. Он критиковал «локализационный» и «холистический» подходы и пришел к выводу, что психические процессы являются высоко дифференцированными функциональными системами [5].

Основой концепции афазии А.Р. Лурии служит то, что очаг поражения всегда расположен на уровне вторичных полей коры левого полушария, что приводит к тому или иному виду речевой агнозии или апраксии. Они, в свою очередь, оказывают системное патологическое влияние на работу третичных полей коры, в результате чего нарушается семантический уровень речи, то есть использование средств языка. Предпосылкой для понимания речи является речевой слуховой гнозис, а для порождения речи – артикуляционный праксис. Задняя часть левого полушария отвечает за парадигматическое устройство, а именно за хранение знаний о словах, фразеологических сочетаниях и других цельных единицах языка и об их связях между собой. Передняя же часть левого полушария отвечает за синтагматическое устройство, а именно за выстраивание единиц в цепочку, упорядочивание отношений между ними для получения практически неограниченного числа новых единиц.

На основании всей вышеизложенной информации А.Р. Лурией была предложена классификация афазии, включающая 6 форм (см. табл. 1) [1; 5; 6].

Таблица 1

### Отечественная классификация форм афазии

Форма афазии	Топика поражения	Центральный механизм	Центральный дефект
Передние формы афазии			
Эфферентная моторная афазия	задняя часть третьей лобной извилины – нижние отделы премоторной зоны (зона Брока)	патологическая инертность раз возникших стереотипов, появляющихся из-за нарушения смены иннерваций	кинетический дефект (нарушение переключаемости)
Динамическая афазия	отделы мозга, располагающиеся впереди от зоны Брока, и «зона Пенфилда» (задние отделы первой лобной извилины)	нарушение внутренней речи на уровне реализации замысла (планирования высказывания)	нарушение продуктивной, активной речи при сохранности малопродуктивной стереотипной речи
Задние формы афазии			
Афферентная моторная афазия	задние постцентральные отделы двигательного анализатора, нижние теменные отделы	нарушение кинестетических ощущений	кинестетический дефект (нарушение тонких артикуляторных движений)
Сенсорная (акустико-гностическая афазия)	задняя треть верхней височной извилины коры левого полушария (зона Вернике)	нарушение акустического анализа и синтеза звуков речи (акустическая агнозия)	нарушение фонематического слуха
Акустико-мнестическая афазия	средние отделы височной области коры левого полушария (средняя височная извилина)	нарушение слухоречевой памяти сужение объема акустического восприятия нарушение зрительных предметных образов-представлений	нарушение понимания речи, повторения
Семантическая афазия	нижняя теменная доля	нарушение симультанного пространственного восприятия	нарушение понимания логико-грамматических конструкций

Основные симптоматические проявления при различных формах афазии:

1. Эфферентная моторная афазия – нарушены все виды устной речи; понимание речи вторично нарушено; произнесение серий звуков (слов) нарушено из-за дефектов плавности и переключаемости; сужение речи до речевых штампов, шаблонов, стереотипов; персеверации; речевые эмболы; «телеграфный стиль» (нарушение предикативности); «рубленый» характер фраз; трудности включения в активную речь; импрессивный аграмматизм.

2. Динамическая афазия – спонтанная речь нарушена, однако простой диалог может быть доступен; повторная и номинативная речь сохранены; понимание речи может быть вторично нарушено; сужение речи до штампов; «телеграфный стиль»; «рубленный» характер фраз»; трудности включения в активную речь; речевая инактивность.

3. Афферентная моторная афазия – полное отсутствие устной экспрессивной речи, либо большое количество литеральных парафазий во всех видах устной речи; негрубое вторичное нарушение понимания; нарушение правильного произнесения звуков из-за кинестетического дефекта; речевые эмболы; артикуляторные трудности.

4. Сенсорная (акустико-гностическая) афазия – нарушены все виды речи, поскольку больной не может найти нужную фонетическую, звуковую структуру; многократные попытки повторения, называния; грубое нарушение фонематического слуха; первичное нарушение понимания обращенной речи; большое количество вербальных и литеральных парафазий; феномен «отчуждения смысла слов»; логоррея (жаргон афазии); мнестические западения на слова; параграмматизм.

5. Акустико-мнестическая афазия – нарушены все виды устной речи; вербальные парафазии; негрубое нарушение понимания речи (обращений, аллегорий, подтекста и т. д.); отчуждение значения и смысла слов, предъявляемых в ряду; называние предмета по функциональным признакам; мнестические западения на слова-наименования с поиском номинации в семантическом поле; трудности звуко различения при увеличении объема материала.

6. Семантическая афазия – спонтанная речь нарушено не грубо (больные могут разговаривать, используя простые конструкции предложений); номинативная и повторная речь сохранены; нарушение понимания предлогов, логико-грамматических, сравнительных и падежных конструкций, инверсий; понимание отдельных слов, простых коротких предложений сохранно; поиск номинации в семантическом поле; вербальные парафазии; импрессивный аграмматизм [4; 5].

С целью диагностики афазии в отечественной практике используются нейропсихологические методики, основанные на системе методов исследования нарушений высших психических функций, разработанных А.Р. Лурией: Методика оценки речи при афазии (Л.С. Цветкова, Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева, 1981), Нейропсихологическое блиц-обследование (Т.Г. Визель, 1992), Нейропсихологическая диагностика (Е.Д. Хомская, 2004) и др.

Зарубежная, или Бостонская классификация афазий, авторами которой являются Harold Goodglass и Edith Kaplan, была опубликована в 1972 году. В 50-е годы XX века в г. Бостон находился военный госпиталь. На базе госпиталя Harold Goodglass создал Бостонский центр по изучению афазий, позднее этот центр был назван в честь своего основателя. Специалисты центра первыми применили экспериментальные методы психолингвистики и когнитивной психологии для систематического изучения лингвистического дефицита при афазии [6].

Для классификации афазии за рубежом применяются специально разработанные батареи тестов: Бостонский диагностический тест афазий (Goodglass, Kaplan & Varessi. Boston Diagnostic Aphasia Examination, BDAE-3, 1987, 2001) и Западная афазиологическая батарея (Kertesz. Western Aphasia Battery-Revised, WAB-R, 1982, 2007).

Западная классификация построена по принципу наличия или отсутствия у пациента трех характеристик речи: беглости (удается ли пациенту породить связную речь), понимания (понимает ли пациент устную речь) и повторения (может ли пациент повторить услышанные фразы). Исходя из наличия / отсутствия характеристик в классическом подходе выделяется 8 форм афазии (см. табл. 2) [9].

Таблица 2

## Западная классификация форм афазии

Форма афазии	Беглость	Понимание	Повторение	Дополнительные качественные характеристики
Афазия Брока, или «небеглая» афазия (Broca's aphasia)	-	+	-	телеграфный стиль, трудности с произношением

Афазия Вернике, или «беглая» афазия (Wernicke's aphasia)	+	-	-	вербальные и литеральные парафазии
Транскортикальная моторная афазия (Transcortical motor aphasia)	-	+	+	невозможность выразить понятия и мысль словами
Транскортикальная сенсорная афазия (Transcortical sensory aphasia)	+	-	+	повторение и экспрессивная речь сохранены
Транскортикальная смешанная афазия (Mixed transcortical aphasia)	-	-	+	сохранность внутренней речи; скудная, напряженная речь
Проводниковая афазия (Conduction aphasia)	+	+	-	грубые литеральные парафазии
Аномическая афазия, или аномия (Anomic aphasia)	+	+	+	нарушено название объектов; трудности при подборе слов
Глобальная афазия (Global aphasia)	-	-	-	нарушены все модальности

При всех формах афазии, предложенных зарубежными исследователями, наблюдается нарушение номинативной функции речи в той или иной степени выраженности.

В 1982 году классическая Бостонская классификация афазии была дополнена такой формой, как первичная прогрессирующая афазия, или ППА (Primary Progressive Aphasia). Она является неврологическим синдромом, при котором языковые способности медленно и прогрессивно ухудшаются. В отличие от других форм афазии, возникающих в результате инсульта, травмы головного мозга и иных распространенных этиологических факторов, ППА вызывается нейродегенеративными заболеваниями, такими как болезнь Альцгеймера или лобно-височная деменция (болезнь лобно-височной дегенерации). ППА возникает в результате разрушения мозговой ткани, важной для речи и языка. Хотя первыми симптомами являются проблемы с речью и языком, другие проблемы, связанные с основным заболеванием, такие как потеря памяти, часто возникают позже. В

исходе первичной прогрессирующей афазии неизбежно развивается глубокая деменция и глобальная (тотальная) афазия [7; 8].

Некоторые ученые, в частности Т.В. Ахутина, в своих исследованиях пытаются соотнести формы афазии из Бостонской классификации с классификацией афазии А.Р. Лурии, что представляется достаточно сложным из-за различных подходов к ним. Однако исследования в этой области выявили определенные соответствия: транскортикальная моторная афазия соответствует динамической афазии; афазия Брока – афферентной и эфферентной моторной афазии; афазия Вернике – сенсорной (акустико-гностической) афазии. Семантическая афазия представляет собой совокупность симптомов, характерных для транскортикальной сенсорной и аномической афазий. Акустико-мнестическая афазия выражается в комплексе нарушений, проявляющихся при аномии и афазии Вернике. Проводниковая афазия и транскортикальная смешанная афазия не имеют аналогов в отечественной классификации А.Р. Лурии [6].

Говоря о недостатках западной классификации, стоит отметить, что в ней нет прямого соответствия между пораженной областью мозга и типом афазии. К преимуществам западной и отечественной классификаций афазии относятся прежде всего их стандартизованность и узнаваемость, помимо этого при ее разработке была опора на групповые исследования и межъязыковые сравнения. Главным отличием классификации А.Р. Лурии является принцип вычленения механизма нарушения, учет которого во время восстановительной работы позволяет добиться большей эффективности.

Описанные синдромы в чистом виде встречаются крайне редко, также наблюдается высокая вариативность выраженности нарушений среди пациентов с одним и тем же типом афазии, что, безусловно, является недостатками и западной, и отечественной классификаций. Поэтому требуется дальнейший пересмотр старых и разработка новых подходов к классификации афазии, которые бы учитывали все факторы, указанные выше, поскольку ежегодно инсульт диагностируется у 10 млн человек по всему миру и, к сожалению, имеется тенденция к увеличению таких больных, а значит, и людей с различными формами афазии.

**Список литературы**

1. Ардила А. Вклад А.Р. Лурии в изучение мозговой организации языка / А. Ардила, Т.В. Ахутина, Ю.В. Микадзе // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2020. – Т. 12, №1. – С. 4–12. DOI 10.14412/2074-2711-2020-1-4-12
2. Всемирная организация здравоохранения. Инсульт: программа возврата к активной жизни / ВОЗ, Н.П. Базеко, Ю.В. Алексеенко. – М.: Мед. лит., 2004. – 256 с.
3. Здравоохранение в России. 2021: Стат. сб. / Росстат. – М., 2021. – 171 с.
4. Максименко М.Ю. Пособие для практических занятий по нейропсихологической диагностике / М.Ю. Максименко, М.С. Ковязина. – М.: Теревинф, 1998. – 44 с.
5. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение: учеб. пособие для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов / Л.С. Цветкова. – М.: Просвещение, 1988. – 207 с.
6. Akhutina T. Luria's classification of aphasias and its theoretical basis / T. Akhutina // *Aphasiology*. – 2016. – Vol. 30, No 8. – P. 878–897.
7. Duffy Joseph R., Petersen Ronald C. Primary progressive aphasia / R. Duffy Joseph, C. Petersen Ronald // *Aphasiology*. – 1992. – Vol. 6, No 1. – P. 1–16.
8. Kertesz A., Hudson L., Mackenzie Ian R.A., Munoz David G. The pathology and nosology of primary progressive aphasia / A. Kertesz, L. Hudson, R.A. Mackenzie Ian, G. Munoz David // *Neurology*. – 1994. – Vol. 44, No. 11. – P. 2065–2072.
9. Murdoch B.E. Bostonian and Lurian aphasia syndromes / B.E. Murdoch // *Acquired Speech and Language Disorders*. – Springer, Boston, MA. – 1990. – P. 60–96.
10. National Aphasia Association (NAA). Available at: <https://www.aphasia.org/> (accessed 26 January 2022).