

Предмет афазии, рода нарушений порождения речи и её восприятия, вызванных топическими повреждениями мозговой коры после периода формирования речи, представляет интерес для разных научных дисциплин уже в течении долгих лет. Многочисленные дискуссии и исследования в академической, как и в клинической практике рассматривают разные аспекты феномена в виду специфики своих областей. При этом выявляется два основных аспекта:

С одной стороны у расстройств речи имеется неврологическая основа, так как они являются нарушениями функции в виду описанных повреждений и изменений в определённых областях головного мозга, с другой стороны могут наблюдаться и специфические дефициты в некоторых компонентах языковой системы. Таким образом наука предоставляет нам на сей день довольно неоднородную картину классификации афазий, по которой афазии систематизируются по критериям анатомического и / или лингвистического рода (см. Лурия 2006).

Глядя на вопрос со стороны анатомии, становится очевидной возможность отнести отдельные повреждения речи к определённым поражённым зонам мозга, так же взгляд лингвистики предполагает, что комбинации симптомов афазии в отдельных компонентах наблюдается не в произвольном множестве, а в различных типичных паттернах нарушений.

Для немецкого языка к примеру одна аахенская группа исследователей разработала один из самых важных на сегодняшний день тестов афазии, ААТ (Aachener Aphasie Test), по которому ведущие симптомы речи делятся на четыре стандартных синдрома, афазию Брока, афазию Вернике, глобальную афазию и амнестическую афазию. Такая классификация афазий широко распространена среди западных учёных и является по сути классификацией по синдромам.

Однако помимо неё, существует целый ряд альтернативных классификаций, в том числе например отечественные афазиологи в основном исходят из идей Выготского и Лурия (см. Цветкова 1988 : 4), по своему принципу и методу отличающуюся от западного подхода.

В данной работе мы рассмотрим различные подходы и принципы разделения афазий, в сравнении которых попытаемся выявить самый оптимальный вариант.

Сама классификация различных афазий, разработанная отечественным нейропсихологом Александром Романовичем Лурия, широко освещена во множестве источников, доступных повсеместно, поэтому мы лишь поверхностно коснёмся этой типологии. Значительно больший интерес представляют собой в виду целей настоящей работы принципы нейропсихологического подхода, взятого Лурия в качестве основы его дальнейшей теоретической, так же как и экспериментальной работы.

Итак, включая уже разработанные Брока и Вернике знания об афазиях, Лурией было установлено семь форм афазии, именно:

Эфферентная (или кинетическая) моторная афазия, динамическая афазия, афферентная моторная афазия, сенсорная афазия, акустико-мнестическая афазия, семантическая афазия и амнестическая афазия. Каждый из перечисленных типов нарушений относится к определённой области речевых зон мозга (см. Цветкова 2004 : 19).

Такая схема однако основывается не едино на обобщении симптомов и распределении их на определённые логически построенные группы. Разработанный Лурия подход в первую очередь выделяется среди подобных типологий своим «стройны[м] понятий[ным] аппарат [ом]» (Цветкова 1988 : 13). Этот аппарат, структурная основа из чётких принципов, анализ факторов, влияющих на нарушения речи, а так же других высших психологических функций, непременно даёт больше возможностей для изучения данного феномена. В отличие от простого наблюдения, анализ дефекта даёт возможность обнаружить непосредственно его причину или же в случае исследований афазии максимально приблизиться к источнику проблемы и таким образом работать непосредственно с корнем дисфункции. Следовательно аналитический подход, разработанный Лурия, предоставляет больше возможностей для терапевтической работы с больными, то есть для лечебной практики. Так же важную роль при этом играет и то что Лурия основывает свою систему как на нейрологических и психологических, так и на социальных процессах. При анализе нарушений, он учитывает социальную дезинтеграцию больного как и социальные корни определённых функций, что позволяет облегчить подход к обращению с пациентом.

Все эти моменты важны не только при рассмотрении отечественной классификации афазий или основ нейропсихологии, так же они представляются нам важными при проведении аналогий с западным подходом. Этот в отличие от отечественного в большей мере основывается на структуризации по симптомам, что имеет так же положительные как и отрицательные стороны, в зависимости от постановки вопроса, в первую очередь определяемой фокусом дисциплины. Естественно анатомия, как упоминалось выше, то есть нейрология как дисциплина так же играет важную роль и в западной классификации. Здесь так же определённые расстройства относятся к определённым областям мозга. То есть каждый из четырёх основных видов афазий по аахенскому тесту, или же других определяемых по иным западным классификациям (где например добавляются транскортикальные виды), относится к конкретным локальным поражениям.

Отличительным аспектом отечественной афазиологии однако является включением психологических функций в системный подход. Так Лурия обращает наше внимание на внутреннюю речь человека (Лурия 2006 : V.4). Сама речь здесь выступает в качестве необходимого условия для высших психологических функций и непосредственную роль

играет вопрос как эти специфические функции человеческой психологии формируются.

В то же время создаётся впечатление что западная афазиология больше внимания уделяет мета-исследованиям, то есть больше значения придаёт систематическому обобщению результатов отдельных исследований, из-за чего фокус смещается с самой сложности речи. Стоит заметить что Лурия в своих работах опирается на когнитивную психологию в меньшей мере чем это делают западные афазиологи. Так он говорит об осознании дефектов, осознании двигательных актов или же выпадении осознания допускаемых ошибок (см. Лурия 2006), однако в западной классификации язык и речь рассматриваются скорее параллельно с другими когнитивными способностями, как например внимание, память или восприятие, а не как свойственные общей системе явления, так же ответственные за эти процессы. По западной классификации таким образом получается что речь является отдельной когнитивной способностью, её функциональность не обязательна для восприятия, мышления, сохранения информации в памяти и т. д., в то время как классификация по А.Р.Лурия исходит из того что речь является основной способностью для всех остальных высших психологических функций. Так к примеру в его работе «Основы нейропсихологии» говорится: «Так, если маленький ребенок мыслит, опираясь на наглядные образы восприятия и памяти, иначе говоря, мыслит припоминая, то на более поздних этапах — юношеского или зрелого возраста — отвлеченное мышление с его операциями отвлечения и обобщения развивается настолько, что даже такие относительно простые процессы, как восприятие и память, превращаются в сложные формы познавательного анализа и синтеза, и человек теперь уже воспринимает и припоминает, размышляя.» (Лурия 2006 : II.3) Здесь Лурия говорит как раз о внутренней речи, являющейся в рамках его концепции условием для реализации высших психологических функций, таких как восприятие и память, развитых до более сложного уровня посредством практики.

Как говорилось раньше, Лурия обращает внимание и на социальные процессы при афазии, на социальную дезинтеграцию индивида и изменения личности. Так же он обращается и к указанным Выготским социальным корням высших форм внимания, иллюстрируемых на примере воспитания ребёнка (Лурия 2006 : III.1). Следовательно речь является не только взаимосвязана с другими высшими психологическими функциями самого индивида, но так же она не изолирована от межличностного, а проявляется исключительно в социо-культурном контексте. Исходя из этого само человеческое сознание происходит от социального.

Возвращаясь к западной классификации афазий стоит заметить что определённое преимущество представляет собой её довольно простая структура; благодаря распределению на разные группы, осуществляемому по критериям нарушения и/или сохранности

порождения речи, её восприятия и повторения, классификация приобретает более доступную форму, что например может облегчить понимание заболевания для самих пациентов и их близких, а с этим и дальнейшую реабилитацию и социальную реинтеграцию больного.

В отечественной афазиологии напротив учитывается множество разновидностей афазий, по сути каждый отдельный случай предстваляет особый вид расстройства, что может усложнить академически-исследовательское развитие афазиологии, неизбежно нуждающейся, как и любая наука, в генерализациях. Насколько продуктивнее является однако в этих целях западная классификация на более гетерогенные группы представляется сомнительно. Возможно сомнительность усугубляется если поставить целью исследований топических повреждений мозга и их первичных, вторичных и третичных последствиях, изучение неповреждённого, обычного человеческого мозга, так как в таком случае появляется две неизвестных: поражённый мозг с его нарушенными функциями и ещё неисследованный исправный мозг, о котором мы хотим понять больше. (см. Caramazza 1984)

Исходя из того что главной задачей афазиологии всё же является улучшение реабилитации больных, имеет смысл создать единую структуру или классификацию, с которой в первую очередь смогли бы работать непосредственно практикующие терапевты. Новые наблюдения, знания и открытия имели бы большой резонанс и приносили бы больше пользы, в том числе и для научно-исследовательской сферы. Для такой классификации имеет смысл пойти на компромисс из точности отечественного подхода и доступности западного и принять его как рабочую модель чтобы совместно в дальнейшем улучшить.

Так как афазиология не представляет из себя вполне сформировавшуюся дисциплину, а скорее стечение различных дисциплин, альтернативой одной классификации представляется несколько единых классификаций для различных дисциплин, таким образом специалисты с общими постановками целей из одной сферы деятельности могли формировать более однородную группу с улучшенными возможностями коммуникации и сотрудничества.

Литература

1. Caramazza, A. (1984): «*The Logic of Neuropsychological Research and the Problem of Patient Classification in Aphasia*». Brain and Language 21, 9-20.
2. Лурия, А.Р. (2006): *Основы нейропсихологии*. Москва: Академия.
3. Цветкова, Л.С. (1988): *Афазия и восстановительное обучение: Учеб. пособие для студентов дефектол. фак. пед. кн-тов*. Иваново: Просвещение.
4. Цветкова, Л.С. (2004): *Нейропсихологическая реабилитация больных / Речь и интеллектуальная деятельность*. Москва — Воронеж: Российская академия образования московский психолого-социальный институт.