

## Тема 9

### Діагностика подібних порушень усного мовлення

#### Порушення усного мовлення

Порушення усного мовлення поділяються на два типи:

- 1) порушення фонаційного (зовнішнього) оформлення мовленнєвого висловлювання;
- 2) структурно-семантичне (внутрішнє) системне, або поліморфне, порушення мовлення.

Фонаційні (від грец. *phone* – звук; голос; фонація – голосоутворення) мовленнєві розлади диференціюються залежно від ураження тієї чи іншої ланки:

- а) голосоутворення;
- б) темпоритмічна організація висловлювання;
- в) інтонаційно-мелодична;
- г) звуковимовна.

Ці розлади можуть бути як самостійними, так і в різних сполученнях. Залежно від цього виділяються такі *види порушень* мовлення.

#### 1. Дисфонія

*Дисфонія* (афонія) (від грец. *dis* – префікс, який означає розлад, і *phone* – голос; *a* – частка, яка означає заперечення) – відсутність або розлад фонації внаслідок патологічних змін голосового апарату. Виявляється або у відсутності фонації (афонія), або у порушенні сили, висоти і тембру голосу (дистонія).

Може бути зумовлена *органічними* або *функціональними* розладами голосоутворювального механізму центрального або периферичного характеру, виникає на будь-якому етапі розвитку дитини. Порушення може бути самостійним (ізолюваним) або входити до ряду інших порушень мовлення.

#### 2. Порушення темпу мовлення

Одним із виразних засобів усного мовлення є його *темп*. Нормальному темпу мовлення властиве то вповільнення, то прискорення. Зазначені коливання

у швидкості висловлювань будуть залежати від швидкості вимовлення фонем, слів, фраз і від частоти й тривалості пауз між словами й реченнями.

Необхідною умовою для нормального темпу мовлення є правильне співвідношення основних процесів, що відбуваються в корі головного мозку, – *прискорення й гальмування*.

Більшість дітей не відразу опановують нормальним темпом мовлення. Багато дошкільників говорять занадто швидко. Це пояснюється тим, що в них ще слабкі гальмівні процеси й контроль за власним мовленням. Часто недосконалість темпу мовлення виникає в результаті наслідування навколишніх. Дитина говорить то дуже швидко, то занадто повільно навіть у межах однієї фрази. Але в більшості випадків такі явища з віком зникають.

У дітей може виникати патологічне прискорення темпу мовлення або його вповільнення.

### *2.1. Брадилалія*

*Брадилалія* (від грец. *bradis* – повільний, лат. *lalia* – мова) – патологічний повільний темп мовлення. При брадилалії мовлення надмірно вповільнене, з розтягуванням голосних звуків, із млявою, нечіткою артикуляцією, яка зумовлена порушенням мовленнєвих центрів у корі головного мозку. Більшості дітей з такою патологією властива загальна млявість, загальмованість, уповільненість. Часто відзначається вповільнений темп не тільки зовнішнього, але й внутрішнього мовлення. У дітей із брадилалією звичайно бувають і порушення загальної моторики, уваги, пам'яті, мислення. За своєю природою брадилалія може бути *органічною або функціональною*.

М.Е.Хватцев відзначав, що патологічно вповільнений темп мовлення нерідко зустрічається в розумово відсталих дітей.

#### *Причини брадилалії:*

- патологічне посилення гальмівного процесу, що починає домінувати над процесом збудження;
- передається спадково;
- у результаті наслідування або неправильного виховання.

## 2.2. Тахилалія

*Тахилалія* (від грец. *tachis* – швидкий, лат. *lalia* – мова) – патологічно прискорений темп мовлення. Характеризується прискореною артикуляцією. За своєю природою є центрально обумовленою, органічною або функціональною. При прискореному темпі мовлення здається поспішливим, стрімким, напористим. Часто від швидкості висловлювання відбувається повторення складів або, навпаки, їх пропуск, перекручування звуків, а іноді слів. Але все це мовець, як правило, не помічає. Бурхливий потік звуків і слів вимовляється без перепочинку, до повного видиху. Іноді непомірковано швидкий темп мовлення супроводжується швидкими, часом безладними рухами рук, ніг або всього тіла.

Прискорення мовлення може супроводжуватись *аграматизмами* (вид порушення мовлення і мислення при деяких нервово-психічних захворюваннях. Хворі, зберігаючи здатність вимовляти окремі слова, неспроможні об'єднувати їх у синтаксично правильно побудовані речення. Мовлення таких хворих набуває своєрідного характеру ("телеграфний стиль") або зовсім безладне). Це явище іноді виділяють як самостійне порушення – *батаризм* (від франц. *batter* – бити – заїкання), *парафразія* (хворобливий розлад мовлення, який полягає в неправильному вживанні одних слів замість інших). Якщо патологічно прискорене мовлення супроводжується необґрунтованими паузами, зупинками, воно позначається терміном *полтерн*.

*Тахилалія* може виникнути вже в дитинстві і, якщо не проводити спеціальну корекційну роботу, посилиться в перехідному віці й залишиться на все життя.

### *Причини тахилалії:*

- найчастіше виникає в дітей нервових, збудливих, рвучких, неврівноважених;
- розлад темпу зовнішнього й внутрішнього мовлення за рахунок патологічної переваги процесів збудження над процесами гальмування;
- передається спадково.

## 3. Заїкання

*Заїкання* – складне порушення темпоритмічної сторони мовлення (синонім – логоневроз). Як правило, виникає у легко збудливих дітей у 2–5 років, найчастіше в період переходу до фразового мовлення і пов’язане з різкою емоційно негативною реакцією дитини на зовнішній подразник. Загострюється у зв’язку зі вступом до школи, а також у підлітковому та юнацькому віці.

Найсприятливішим ґрунтом для виникнення заїкання є недостатня стійкість нервової системи дитини, інколи – органічні ураження мозку.

Причиною порушення плавності мовлення (зупинок у її плинності) при заїканні є судоми м’язів тих або інших органів мовлення в момент вимовлення (губ, язика, м’якого піднебіння, гортані, грудних м’язів, діафрагми, черевних м’язів). До судом м’язів мовленнєвого апарату іноді приєднуються судоми обличчя і кінцівок. Нездатність до повноцінного оформлення мовленнєвого висловлювання створює серйозні ускладнення в спілкуванні.

Заїкання, яке супроводжується іншими інтелектуальними або мовленнєвими дефектами, як правило, не призводить до порушення смислової сторони мовлення, однак нерідко пов’язане з побоюванням висловлюватися, а також з деякими відхиленнями в характері дитини – підвищеною збудливістю або, навпаки, апатичністю, млявістю.

Розрізняють *два види заїкання*:

1) *функціональне* (виникає в дітей у віці від 2 до 5 років у період формування розгорнутого контекстного мовлення, найчастіше зустрічається в легкозбудливих, нервових дітей);

2) *органічне* (викликане органічними поразками центральної нервової системи, спричиненими черепно-мозковими травмами, нейроінфекціями тощо, виникає в будь-якому віці).

*Причини функціонального заїкання*:

- перевантаження нервової системи дитини в поєднанні з непосильним мовленнєвими навантаженням (повторення незрозумілих і важких слів; спонукання до досить довгих і складних переказів, вивчення складних за змістом і великих за обсягом віршів; запам’ятовування казок, оповідань, які не

відповідають віку дитини);

- неправильна вимова звуків;
- надзвичайно швидке мовлення;
- загальне недорозвинення мовлення, коли в дитини не вистачає елементарного запасу слів і граматичних засобів для вираження думок;
- неправильні умовлення виховання дитини, фізичні покарання, сильний переляк;
- у результаті наслідування.

За *типами судом*, що періодично виникають у різних відділах периферичного мовленнєвого апарату, розрізняють *три форми* заїкання:

- легка форма – *клонічна*, за якої повторюються звуки або склади (до-до-кішка, б-б-бабуся, ба-ба-бака);
- важка форма – *тонічна*, за якою у мовленні з'являються тривалі зупинки на початку або всередині слова (к...нижка, каранд...аш, зм...ія);
- змішана форма – *клоно-тонічна* або *тоно-клонічна* (за переважанням характеру судом).

Поділ заїкання на *клонічні* і *тонічні* форми (залежно від характеру судом мовленнєвої мускулатури) сьогодні є недостатнім. Заїкання рідко виступає в самостійному вигляді і майже завжди співіснує з іншими нервово-психічними розладами. Виходячи з цього, М.І.Буянов і Б.З.Драпкін виділили наступні *форми* заїкання: *невротичне*, *неврозоподібне* і *комбіноване*.

*Невротичне заїкання* – психогенний розлад, який виявляється в психотравмуючих ситуаціях, посилюється при фіксації уваги на мовленнєвому дефекті і, навпаки, значно зменшується при відволіканні уваги. Виникає в результаті травми.

*Неврозоподібне заїкання* – зовні нагадує невротичне, але не має психогенного походження, а виникає в межах шизофренії, епілепсії, олігофренії, при органічному ураженні центральної нервової системи, може бути спадковим. На відміну від невротичного заїкання, неврозоподібне не залежить від ситуації, воно зменшується, якщо людина стежить за своїм мовленням. Неврозоподібні

заїкання характеризуються порушенням темпу мовлення (*тахилалія* і *брадилалія*).

*Комбіноване заїкання* – поєднання невротичного і неврозоподібного заїкання.

*Ступені заїкання*: слабкий (помірний), середній та сильний (важкий).

*Слабкий ступінь*, за якого заїкання виявляється ледь помітно й не заважає мовленнєвому спілкуванню.

*Сильний ступінь*, за якого у результаті тривалих судом мовленнєве спілкування стає неможливим.

Крім того, при сильному ступені виявляються також супутні рухи (судорожні явища, які виникають у різних групах м'язів у немовленнєвій мускулатурі: обличчя, шиї, тулуба, кінцівок) й *емболофразія* (вставлення складів, слів, обривків речень ("От"; "Це"; "Я сам" тощо).

Ще одним характерним симптомом заїкання є *страх перед мовленням*, острах певних звуків або слів, які, на думку заїк, особливо важкі для вимовлення. Це явище називається *логофобією*.

Усі види заїкання дуже непостійні, мінливі. Нестійкими виявляються й супутні рухи: зникають одні й з'являються нові. Стан заїкання також змінюється. Ці зміни пов'язані з найрізноманітнішими обставинами.

У логопедичній практиці заїкання піддається логопедичній корекції, яка у деяких випадках доповнюється медичними заходами. Існують різні методи корекції заїкання, які в разі потреби використовуються в поєднанні з медикаментозним, фізіотерапевтичним і психотерапевтичним лікуванням. Діти, які страждають важкими формами заїкання, направляються в спеціальні освітні установи.

#### **4. Дислалія**

*Дислалія* (від грец. *dis* – префікс, який означає розлад, лат. *lalia* – мова) – порушення звуковимови при нормальному слуху і збереженій функції мовленнєвого апарату. Виявляється у неправильному звуковому (фонемному) оформленні мовлення: спотвореній вимові звуків, заміні звуків або їх змішуванні.

Дефект може бути зумовлений тим, що у дитини неповністю або неправильно сформувалася артикуляційна база (набір артикуляційних позицій, необхідних для вимовлення звуків).

Розрізняють *механічну* дислалію, яка пов'язана з анатомічними дефектами артикуляційного апарату, та *функціональну*, причини якої полягають у несприятливих умовах розвитку мовлення або в порушеннях фонематичного слуху.

#### *Причини механічної дислалії*

1. Укорочена вуздечка язика (під'язичне зв'язування): утруднені рухи язика, тому що занадто коротка вуздечка не дає йому можливості високо підніматися (при верхніх звуках).

Крім того, дислалія може бути викликана й тим, що язик або занадто великий, ледь уміщується в роті й від цього неповороткий, або занадто малий і вузький, що також утрудняє правильну артикуляцію.

2. Дефекти будови щелеп ведуть до аномалії прикусу. Нормальним вважається такий прикус, коли при змиканні щелеп верхні зуби злегка прикривають нижні. Аномалії прикусу можуть мати кілька варіантів:

- *прогнатія* – верхня щелепа сильно висувається вперед. У результаті цього нижні передні зуби зовсім не замикаються з верхніми;
- *прогенія* – нижня щелепа виступає вперед, передні зуби нижньої щелепи виступають поперед передніх зубів верхньої щелепи;
- *відкритий прикус* – між зубами верхньої й нижньої щелеп при їхньому змиканні залишається проміжок. У деяких випадках цей проміжок тільки між передніми зубами (передній відкритий прикус);
- *бічний відкритий прикус* може бути лівостороннім, правостороннім і двостороннім;
- *неправильна будова зубів, зубного ряду.*

3. *Неправильна будова піднебіння* негативно позначається на звуковимові. Вузьке, занадто високе піднебіння або, навпаки, низьке, плоске перешкоджає правильній артикуляції багатьох звуків.

4. *Товсті губи*, часто з відвислою нижньою губою, або вкорочена, малорухома верхня губа утрудняють чітку вимову губних і губно-зубних звуків.

#### *Причини функціональної дислалії*

1. *Неправильне мовленнєве виховання дитини в родині*. Іноді дорослі протягом тривалого періоду "сюсюкаються" з малям, підлаштовуючись під мовлення дитини. У результаті в дитини надовго затримується розвиток правильної звуковимови.

2. *Наслідування*. Шкідливим для дитини є постійне спілкування з малолітніми дітьми, у яких ще не сформувалася правильна звуковимова; постійне спілкування з людьми, у яких незрозуміле, занадто квапливе, а іноді з діалектними особливостями мовлення.

3. *Двомовленнєвість* у родині погано позначається на мовленні дітей. Розмовляючи різними мовами, дитина часто переносить особливості вимовлення однієї мовлення на іншу.

4. *Педагогічна занедбаність*, коли дорослі зовсім не звертають увагу на звуковимову дитини, не виправляють помилки маляти, не подають йому зразок чіткої й правильної вимовлення.

5. *Недорозвиток фонематичного слуху*. При цьому у дитини спостерігаються утруднення у сприйманні звуків, що різняться між собою незначними акустичними ознаками, наприклад, дзвінких і глухих приголосних, м'яких і твердих свистячих і шиплячих. У результаті таких утруднень розвиток правильної звуковимови надовго затримується. Недоліки звуковимови, коли вони виражаються в заміні звуків або в змішуванні їх у словах, можуть у свою чергу утруднювати формування фонематичного слуху й надалі служити причиною загального недорозвинення мовлення й порушень письма й читання.

6. *Недостатня рухливість органів артикуляційного апарату*: язика, губ, нижньої щелепи. Вона може бути викликана й невмінням дитини втримувати язик у потрібному положенні або швидко переходити від одного руху до іншого.



7. *Зниження слуху.* На ґрунті приглухуватості виникає до 10% випадків порушень звуковимови. Найчастіше при цьому спостерігається утруднення в диференціації шиплячих і свистячих звуків, дзвінких і глухих приголосних.

8. *Недостатній розумовлений розвиток дитини.* В дітей-олігофренів у понад 50% випадків відзначаються порушення звуковимови.

#### *Різновиди дислалії*

1. Відсутність тих або інших звуків. Відсутність звука в мовленні може виражатися в його випаданні на початку слова (наприклад, замість "риба" дитина говорить "иба").

2. Перекручування тих або інших звуків.

3. Заміна одного звука іншим.

*За кількістю порушених звуків дислалія ділиться на:*

- *просту*, якщо у вимові наявні до чотирьох дефектних звуків;
- *складну*, якщо у вимові наявні п'ять і більше дефективних звуків.

Відповідно до характеру дефекту вимовлення, виділяються наступні *види дислалії*:

1) *сигматизм* (від назви грецької букви "сигма", що позначає звук с) – недоліки вимовлення свистячих (с, с', з, з', ц) і шиплячих (ш, ж, ч, щ) звуків. Один з найпоширеніших видів порушень вимовлення;

2) *ротацизм* (від назви грецької букви "ро", що позначає звук "р") – недоліки вимовлення звуків р і р';

3) *ламбдацизм* (від назви грецької букви "ламбда", що позначає звук "л") – недоліки вимовлення звуків л і л';

4) дефекти вимовлення піднебінних звуків: *каппацизм* – звуків к і к'; *гаммацизм* – звуків г і г'; *хитизм* – звуків х і х'; *йотацизм* – звуку й (від назв грецьких букв "каппа", "гама", "хи", "йота", що позначають відповідно звуки к, г, х, й);

5) *дефекти озвучення* – недоліки вимовлення дзвінких приголосних звуків. Ці дефекти виражаються в заміні дзвінких приголосних звуків парними глухими звуками: б–п, д–т, в–ф, з–с, ж–ш, г–к тощо;

б) *дефекти пом'якшення* – недоліки вимовлення м'яких приголосних звуків, що полягають, в основному, в заміні їх парними твердими, наприклад д'–д, п'–п, к'–к, р'–р тощо;

Виняток становлять тільки звуки ш, ж, ц, що не мають м'яких пар, і звуки ч, щ, й, які вимовляються завжди м'яко й не мають твердих пар.

### **5. Ринопалія**

*Ринопалія* (від грец. *rhinos* – ніс, лат. *lalia* – мова) – порушення тембру голосу та звуковимови, які зумовлені анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату (заяча губа, вовча паша). Виявляється в патологічній зміні тембру голосу та спотвореній звуковимові внаслідок порушення нормальної участі носової порожнини (носового резонатора) у голосоутворенні.

Залежно від характеру порушення функції піднебінно-глоткового змикання виділяються *дві форми ринопалії: закрита і відкрита*.

1) *Закрита ринопалія* характеризується зниженим фізіологічним носовим резонансом під час вимовлення звуків. Якщо носовий резонанс відсутній то носові фонемі м, м', н, н' звучать як ротові б, б', д, д'. Крім вимовлення носових приголосних звуків при закритій ринопалії порушується вимова голосних. Вона набуває неприродного, мертвого відтінку.

*Причинами* закритої ринопалії є органічні зміни в носовій порожнині або функціональні розлади піднебінно-глоткового змикання. Органічні зміни бувають викликані хвороботворними явищами, у результаті яких зменшується прохідність носа й утруднюється носовий видих повітря.

*Передня закрита ринопалія* виникає при хронічній гіпертрофії слизистої носа, головним чином задніх відділів нижніх раковин, при поліпах у носовій порожнині, при скривленні перегородки носа й пухлинах носової порожнини.

*Задня закрита ринопалія* в дітей найчастіше є наслідком аденоїдних розростань, зрідка носоглоткових поліпів або інших носоглоткових пухлин.

*Функціональна закрита ринопалія* зустрічається в дітей часто, але не завжди правильно розпізнається. Вона характерна тим, що виникає при гарній прохідності носової порожнини й непорушеному носовому видиху. Тембр

носових і голосних звуків може бути порушений сильніше, ніж при органічній. Причина полягає в тому, що м'яке піднебіння при фонації й вимові носових звуків піднімається вище норми й закриває звуковим хвилям доступ до носоглотки. Подібні явища частіше спостерігаються при невротичних розладах у дітей.

Насамперед усувають причини непрохідності носової порожнини. Як тільки з'являється правильний носовий видих, зникає й дефект. Якщо ж після усунення непрохідності носової порожнини закрита ринолалія або ринофонія триває у звичайній формі, звертаються до вправ (вправляння у вимові носових звуків). Проводиться підготовча робота з диференціації ротового й носового входу й виходу повітря.

2. *Відкрита ринолалія.* Для нормальної фонації характерна наявність перегородки між ротовою й носовою порожнинами, коли голосова вібрація проникає тільки через ротову порожнину. Якщо ж перегородка між носовою порожниною й ротовою неповна, вібруючий звук проникає й у носову порожнину. У результаті порушення перегородки між ротовою й носовою порожниною збільшується голосовий резонанс. При цьому змінюється тембр звуків, особливо голосних.

Крім тембру голосних звуків, при відкритій ринолалії порушується тембр деяких приголосних. При вимові шиплячих звуків і фрикативних "ф, в, х" додається хриплий звук, що виникає в носовій порожнині.

Відкрита ринолалія може бути *органічною й функціональною*. *Органічна* відкрита ринолалія буває *вродженою або набутою*. Найбільш частою причиною *вродженої* форми є розщеплення м'якого й твердого піднебіння.

*Набута* відкрита ринолалія утворюється при травмі ротової й носової порожнини або в результаті набутого паралічу м'якого піднебіння.

*Функціональна відкрита ринолалія* буває при фонації в дітей із млявою артикуляцією м'якого піднебіння. Функціональна відкрита форма виявляється при істерії, іноді як самостійний, або спадковий дефект.

Ознакою функціональної відкритої ринолалії є те, що звичайно порушується вимова тільки голосних звуків, у той час як при вимові приголосних піднебінно-глоткове змикання гарне й назалізація не відбувається.

Назальний тембр зникає після спеціальних вправ, а порушення вимовлення усуваються звичайними методами, які застосовуються при дислалії.

## **6. Дизартрія**

*Дизартрія* (від грец. *dis* – префікс, який означає розлад, *arthon* – сполучати) – порушення вимовленнєвої сторони мовлення, зумовлене органічною недостатністю іннервації (забезпечення органів і тканин нервами, що забезпечують їх зв'язок з центральною нервовою системою) мовленнєвого апарату. При дизартрії спостерігається несформованість усіх ланок механізму звуковимови, наслідком чого є голосові та артикуляційно-фонетичні дефекти. При тяжкому ступені дизартрії (анартрії) цілковито відсутня звуковимовна сторона мовлення.

*Причинами дизартрії є:*

- *органічні поразки ЦНС* у результаті впливу різних несприятливих факторів на мозок дитини, що розвивається у внутрішньоутробному і ранньому періодах розвитку;
- внутрішньоутробні пошкодження, що є результатом гострих хронічних інфекцій, кисневої недостатності (гіпоксії), інтоксикації, токсикозу вагітності;
- ряд інших факторів, які створюють умовлення для виникнення родової травми (у дитини виникає асфіксія, народжується недоношеною);
- несумісність за резус-фактором;
- вплив інфекційних захворювань нервової системи в перші роки життя дитини.

## **7. Афазія**

*Афазія* (від грец. *a* – частка, яка означає заперечення, *phasis* – мова) – цілковита або часткова втрата раніше сформованого мовлення. Як правило, до

афазії відносять мовленнєве порушення, якщо воно відбулося після трирічного віку.

*Причини афазії* полягають у різноманітних органічних порушеннях мовленнєвих систем головного мозку в період уже сформованого мовлення. При даній патології спостерігаються ушкодження в лобових, тім'яних, потиличних і скроневих частинах кори лівої півкулі.

*Афазія є результатом:*

- важких травм головного мозку;
- запальних процесів і пухлин мозку;
- судинних захворювань і порушень мозкового кровообігу.

Форма афазії, важкість дефекту й характер його перебігу залежать від таких *факторів*:

- просторість вогнища поразки і його локалізація;
- характер порушення мозкового кровообігу;
- стан неушкоджених відділів мозку, які виконують компенсаторні

функції.

Афазія найчастіше виникає в дорослому віці. Але іноді вона спостерігається й у дітей.

## **8. Алалія**

*Алалія* (від грец. *a* – частка, що означає заперечення, лат. *lalia* – мова) – відсутність або недорозвиненість мовлення внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку у внутрішньоутробному або ранньому періоді розвитку дитини.

Це один із найскладніших дефектів мовлення, за якого ушкоджені операції програмування на всіх етапах сприймання та відтворення мовленнєвого висловлювання. При цьому система мовленнєвих засобів (фонематичних, граматичних, лексичних) не формується. Порушується управління мовленнєвими рухами, що відбивається на відтворенні звуків і складів.

Велике значення в практиці логопедичної роботи має відокремлення алалії (як первинного дефекту) від вторинних порушень мовленнєвого розвитку при розумовій відсталості і порушенні слуху.

*Причини виникнення алалії:*

- ураження мовленнєвих зон великих півкуль головного мозку (центр Брока і центр Верніке);
- запальні, травматичні поразки головного мозку (ускладнення після мінінго-енцефаліту, краснухи, травм);
- крововилив у мозок унаслідок важких і швидких пологів;
- обмінні порушення в період внутрішньоутробного розвитку плода, під час родового акту, а також у період раннього розвитку дитини у віці від одного місяця до одного року;
- перенесення дітьми складних захворювань дихальної системи, важкого рахіту, порушення сну й харчування в ранні місяці життя.

Розрізняють *моторну* й *сенсорну* форми афазії та алалії

*Моторна* пов'язана з порушенням діяльності мовнорухового аналізатора, а *сенсорна* – з порушенням мовнослухового аналізатора.

1. *Моторна афазія, або алалія*, виникає при поразці мовнорухового центра (центр Брока). Характерним є те, що хворий або зовсім втрачає здатність говорити, або в нього зберігаються дуже незначні мовленнєві можливості. Моторний афазик чує мову, розуміє її, але сам не володіє здатністю відтворювати мовлення. Йому важко правильно повторити підказані слова, пропозиції, хоча в ряді випадків він може вимовляти випадкові склади, слова, частини речень.

Поряд з такою важкою картиною експресивного мовлення при "чистій" формі моторної афазії розуміння мовлення зберігається.

2. *Сенсорна афазія, або алалія*. В першу чергу порушується сприйняття мовлення (центр Верніке). Афазик чує мову, але не розуміє, про що говорять, тому що у цих випадках виявляється органічне ураження переважно сенсорних (сприймальних, чуттєвих) центрів мовлення.

Словниковий запас у дітей із сенсорною афазією сильно відстає від норми, слова спотворені, часто зустрічається заміна одного елемента мовлення іншими. Втрачаються навички письма й читання: дитина не впізнає написаних слів, навіть тих, які вона раніше добре знала; розрізняючи окремі букви, вона не може зрозуміти зміст складених з них слів.

Діти з різними формами афазії повинні навчатися і виховуватися в спеціальних навчально-виховних закладах, де створено оптимальні умовлення логопедичної та загальної корекційно-виховної роботи, які сприяють корекції цих тяжких мовленнєвих порушень.