**Лекція**

**Тема: Диференціальна діагностика алалії**

**Обстеження дітей з алалією.** При обстеженні береться до уваги ряд факторів, які допомагають розрізняти дітей із алалією від дітей, котрі страждають від інших мовленнєвих порушень. При збиранні анамнестичних даних привертають увагу відсутність або різке зменшення белькотіння. Батьки посилаються на мовчазність, характеризують дітей як таких, котрі розуміють, але не бажають розмовляти. Відсутність можливості спілкування батьки іноді помилково розцінюють як вияв упертості й ліні. Замість мовлення розвиваються міміка й жестикуляція, якими діти користуються вибірково в емоційно змальованих ситуаціях спілкування. Перші слова народжуються пізно, фразова мова в більшості випадків починає формуватися лише після 5-6 років. Батьки наголошують, що, окрім відставання у мовленні, діти в решті розвиваються нормально. Обстеження, як правило, закінчується одноразовою зустріччю з дитиною, особливо, коли дитина раннього віку і є негативна поведінка, а продовжується паралельно з початою логопедичною роботою. З’ясовується, як дитина вступає в контакт, чи є в неї негативні реакції загального й мовного характеру, в чому вони виявляються і як долаються. Звертається увага на ставлення дитини до ходу й матеріалу занять, її реакцію на зміну ситуації. Відзначаються наявність або відсутність критичності до свого стану, можливості позамовного й мовного спілкування, наявність у дитини прагнення до спілкування і бажання поправити своє мовлення.

З’ясовуються ступінь зацікавленості іграшками, іграми, книгами, а в школярів – навчальні інтереси; враховуються активність і працездатність дитини при обстеженні; уточнюються характер гри і навчальної діяльності (чи може розвинути гру, включитися в наслідування ігровим діям, продовжити їх, чи здатна виконати завдання, до якого ступеня навчальна та ін.). Установлюється запас понять, уявлень про розміри, форму та місце розташування предметів.

Для вивчення стану словника, граматичного строю і фонетико-фонематичного боку мови використовується загальноприйнята в логопедії схема обстеження і спеціально підготовлені посібники, застосовуються мовні вправи, завдання на словоутворення і словозміни. Ведеться тривале динамічне спостереження за дітьми в процесі виконання ними різноманітних видів діяльності.

Уточнюється стан слуху й розуміння, що важливо для відмежування дітей із сенсорною алалією від слабочуючих і глухих, а також від дітей із переважаючим порушенням сприйняття, а не власної мови. Уточнюються особливості ґнозису, праксису. Звертається увага на чіткість латераліти (латералізація – переважання лівого або правого в парних органах), стан дрібної моторники й загальнорухаючої сфери. З’ясовується ступінь володіння практичними навиками: самообслуговування, побутові дії, предметно-практична діяльність.

Спеціальними вправами в ігровій формі досліджується артикуляційна моторика – можливість виконання визначених рухів, утримання артикуляційних поз, виконання послідовних дій із їх зміною, здатність дитини наслідувати артикуляційні дії і можливість відбиткової вимови слів і словосполучень. Досить ускладнене обстеження дітей, які не розмовляють. Висновок про стан мови можна зробити лише в ході динамічного спостереження за ними. Диференційна діагностика дозволяє розрізняти алалію і тимчасову затримку мовного розвитку, дизартричні порушення, порушення слуху та розумову відсталість.

Слід зазначити, що певні диференційні ознаки форм моторної алалії можна виявити в мовленні дитини лише після трьох років за наявності хоча б елементарних форм мовлення. Проте певні ознаки, що можуть вказувати на алалію, можна помітити й раніше – у період 2,5-3 років.

Обстеження з метою кваліфікації моторної алалії та визначення її форм має проводиться в кілька етапів.

***Перший етап*** – підготовчий. На цьому етапі логопед повинен зібрати анамнестичні дані про дитину, провести бесіду з батьками, педагогами, які працюють чи працювали з нею, провести спостереження за діяльністю дитини в дитячому колективі або сім’ї.

Під час збору анамнезу, який проводиться за загальними правилами, слід звернути особливу увагу на фактори, що можуть спричинити органічні ураження кори головного мозку в пренатальний, натальний період та в перші три роки життя дитини. До таких факторів слід віднести асфіксії новонароджених, інтоксикації плоду, що сталися під час вагітності матері, у тому числі й спричинені вживанням алкоголю, наркотиків чи тютюнопалінням, родові травми, зокрема ті, що могли спричинити внутрішні гематоми в ділянках скроневих тім’яних та лобних відділів черепа, черепно-мозкові травми, вірусні захворювання, нейроінфекції.

У бесіді з батьками слід звернути увагу на фактори, що вказують на можливі локальні органічні ураження мовленнєвих зон кори головного мозку. Зокрема, різке відставання у формуванні домовленнєвих реакцій дитини, передусім лепету, пізня поява (після 18 місяців) або відсутність перших слів, відсутність фраз, у тому числі й граматично неоформлених предикативних конструкцій. Важливо, щоб батьки дали оцінку стану розуміння дитиною зверненого до неї мовлення, зокрема назв навколишніх предметів, простих дій та інструкцій.

Окрім того слід з’ясувати, чи не має в оточенні дитини обставин, які можуть затримувати її мовленнєвий розвиток: мовна чи соціальна депривація, відсутність нормальних умов для життєдіяльності дитини (харчування, місце для ігор, відпочинок та сон), відсутність негативних психогенних факторів (емоційні травми, втрата контакту з батьками чи одним з батьків, жорстке поводження з дитиною тощо). Ці дані сприятимуть визначенню причини відсутності чи недорозвитку мовлення та дозволять відмежувати алалію від затримки мовленнєвого розвитку та інших форм ЗНМ.

***Другий етап*** – первинне обстеження. Це – перша зустріч логопеда з дитиною. Тому найголовнішим завданням є встановлення емоційного контакту з нею.

Подальша діагностика має бути спрямована на відмежування алалії від інших порушень психофізичного розвитку, що має вирішити кілька завдань.

**Завдання І.** З’ясувати стан розуміння дитиною мовлення. Для дітей молодшого дошкільного віку це можуть бути завдання на показування картинок та іграшок, виконання нескладних інструкцій з іграшками чи добре знайомими предметами, слід звернути увагу, чи реагує дитина на своє ім’я.

Для дітей середнього та старшого дошкільного віку можна запропонувати складніші завдання на розуміння слів, що виражають збірні та абстрактні поняття, диференціацію граматичних значень слова, розуміння речень та зв'язних текстів. Отримані дані мінорі, бути співвіднесені з результатами бесіди з батьками.

У разі виявлення труднощів розуміння зверненого мовлення та відсутності або недорозвитку експресивного слід провести диференційну діагностику сенсорної алалії та глухоти, а також сенсорної алалії та порушень розумового розвитку (розумова відсталість, ЗПР) (завдання II, III).За умови розуміння зверненого мовлення слід провести диференційну діагностику алалії та порушень розумового розвитку (завдання III), дифе­ренційну діагностику алалії та складних форм дизартрії (завдання IV).

**Диференціальна діагностика моторної та сенсорної алалії**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Критерії порівняння** | **Моторна алалія** | **Сенсорна алалія** |
| **1** | Сприйняття мови | Сприйняття мови збережено на перцептивному рівні | Грубо порушено |
| **2** | Розуміння мовлення | Розуміння мови відповідає віку, можливо без опори на візуальне сприйняття артикуляції | Розуміння мови порушено, може трохи покращаться при зоровому сприйнятті артикуляції того, хто говорить. |
| **3** | Слухова увага | Збережена | Порушена |
| **4** | Єхолалія | Відсутня | Присутня |
| **5** | Повторення почутого | Важко повторити слово, фразу | Повторюють, не розуміння сенсу промовленого слова |
| **6** | Комунікація | Відзначається прагнення до мовної комунікації (невербальної та вербальної) | Небажання  (і неможливість) вступати у спілкування |
| **7** | Міміко-жестикуляторна мова | Активне використання жестів, виразна міміка | Відсутність жестів та амімічність чи невиразність міміки |
| **8** | Наявність компенсаторних складових | Як компенсаторні засоби виступають мелодика, звуконаслідування, «звукові жести» | Відсутність компенсаторних складових |
| **9** | Динаміка покращення мовлення | Відзначається динаміка в оволодінні мовою при її спонтанному та спрямованому формуванні | Вкрай низький темп при спрямованому формуванні мови |

**Завдання ІІ.** Диференційна діагностика сенсорної алалії та глухоти.

Диференційні ознаки цих форм мовленнєвої патології представлені в таблиці

**Диференціальна діагностика алалії та порушень слуху**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Критерії порівняння** | **Моторна алалія** | **Порушення слуху** |
| **1** | Слух | Слухова функція збережена | Порушена |
| **2** | Спонтанне оволодіння мовленням | Існує деяка можливість спонтанного засвоєння мови (хоча обмежена і в цілому дефектно проявляється) | Без спеціального навчанням мова та мовлення не формується |
| **3** | Експресивне мовлення | Наявність окремих слів-коренів, псевдослів, звуконаслідувань. | Відсутність експресивної мови |
| **4** | Просодичні компоненти мовлення | Просодика (мелодика мови, ритм, паузи, наголос) збережені | Просодика порушена |
| **5** | Міміко-жестове мовлення | Супроводжується словами, звукокомплексами, невербальними вокалізаціями | Міміко-жестове мовлення активно використовується, але вербально не супроводжується. |

Завдання ІІІ. Диференційна діагностика алалії (моторної чи сенсорної) та порушень розумового розвитку.

Для об’єктивної діагностики стану розумового розвитку дитини логопед має направити дитину до спеціального психолога, а за необхідності й до дитячого психіатра чи психоневролога. Проте певні висновки щодо стану пізнавальної діяльності дитини логопед може зробити на основі власного дослідження основних пізнавальних процесів: мислення, пам’яті, уваги.

Передусім під час обстеження слід враховувати стан розуміння дитиною зверненого мовлення. За відсутності останнього усі завдання дитині мають подаватися у невербальній формі та бути спрямованими винятково на обстеження невербального (сенсорного) інтелекту: співвіднесення предметів за кольором, розміром, формою, класифікація геометричних фігур, прості узагальнення на основі сенсорних ознак, симультанний та сукцесивний аналіз і синтез, конструктивний праксис тощо. Добір завдань здійснюється відповідно до фізичного віку дитини ±1-2роки. Щоб не сформувати у дитини почуття невпевненості та небажання працювати з логопедом, починати обстеження слід з найпростіших завдань, з якими дитина найвірогідніше може впоратись. Поступово завдання ускладнюють, наближаючись до тих, що знаходяться поза зоною актуального розвитку дитини невідповідністю найскладнішого виконаного завдання фізичному віку дитини логопед може зробити приблизний висновок про стан сформованості її пізнавальної діяльності.

Для дітей, що розуміють мовлення, можна використати завдання на обстеження вербального та невербального інтелекту. Порівняння результатів їх виконання також є діагностично значущим для диференціації порушень розумового розвитку та моторної алалії.

У дітей з порушеннями розумового розвитку диспропорція між виконанням рівноцінних за складністю завдань на вербальному та невербальному рівні не спостерігають. Водночас діти з моторною алалією можуть виконувати досить складні завдання на невербальному матеріалі, але відчувають значні труднощі під час виконання вербальних завдань. У них можуть виникати труднощі щодо виконання окремих типів невербальних завдань, наприклад з використанням геометричного матеріалу, або ж завдань на сукцесивний та симультанний аналіз і синтез.

**Завдання IV.** Диференційна діагностика моторної алалії та дизартрії. Складні дизартрії, зокрема анартрія, так само як і моторна алалія можуть викликати грубий недорозвиток мовлення переважно в його фонетико-фонематичній ланці, але за умов збідненої мовленнєвої комунікації дитини та тривалої відсутності відповідної корекційної допомоги можуть спричинити недорозвиток лексико-граматичних складників мовлення. За таких умов стан мовленнєвої функції дитини з моторною алалією та складною дизартрією може бути схожим.

**Диференціальна діагностика алалії та анартрії (дизартрії)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Критерії порівняння** | **Моторна алалія** | **Анартрія (дизартрія)** |
| **1** | Мовленнєва моторика | Моторний рівень мовлення повністю або відносно збережений і потенційно дозволяє здійснювати акт артикуляції | Порушення артикуляційного компонента мови становить суть даної патології. |
| **2** | Системність порушення | Порушується вся мовна система (вимова, лексика, граматика) | Порушується одна з підсистем – фонетична |
| **3** | Порушення звуковимови   1. Механізм. 2. Поліморфність. | 1. Розлади вимови звуків є наслідком порушення виробництва фонематичних операцій − вибору та комбінування фонем  2. Багато звуків, схильні до порушень (спотворень, замін, перепусток, повторень, перестановок) мають одночасно і правильну вимову  3. Переважають різнотипні порушення звуковимови (спотворення, заміни, перепустки)  4. Домінують заміни невеликої кількості звуків  5. Може бути одночасно і правильна і спотворена вимова звуку  6. Заміни артикуляторно складних та артикуляторно простих звуків  7. Вимова звуку у складі збережено, у складі слова − порушено | 1. Розлади вимови викликані насамперед порушеннями фонетичних (моторних) операцій  2. Тільки одиничні звуки мають одночасно правильну вимову  3. При стерті дизартрії переважають однотипні порушення (або спотворення, або пропуски, або заміни)  4. Домінують спотворення великої кількості звуків  5. Для всіх спотворених звуків характерне постійне спотворення  6. Заміни переважно артикуляторно-складних звуків  7. Порушено вимову звуку як у словах, і у складах |

**Диференціальна діагностика алалії та дитячої моторної афазії**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Критерії порівняння** | **Моторна алалія** | **Афазії** |
| **1** | Анамнез | Дія патологічних факторів спостерігається в пренатальний та ранній постнатальний період (до 3 років) | Характерний вік для дитячих афазій від 3до7 років |
| **2** | Механізм порушення | Недорозвинення мови як системи | Вибірковість у поразці будь-якої з підсистем мови (лексичної, граматичної, фонематичної) |
| **3** | Необхідність корекційного впливу | Необхідна цілеспрямована мовна корекція | Можливе спонтанне відновлення мови |
| **4** | Порушення ЦНС | Симптоми ураження головного мозку не яскраво виражені | Симптоми локального ураження головного мозку |

Дитячі афазії − це група поліетіологічних порушень центральної нервової системи, які характеризуються частковою або тотальною втратою мовних функцій у дітей з раніше сформованою промовою. У педіатрії такі стани зустрічаються рідко − дані патології більше поширені у дорослих. Сумарна зустрічність серед дітей − менше 1%. Дитячі афазії частіше спостерігаються у хлопчиків. У дитячому віці афазії проявляються менш різноманітно, ніж у дорослих, оскільки мова у дітей не настільки розвинена. Чим молодша дитина − тим менш різноманітні клінічні симптоми дитячої афазії. Також для пацієнтів дитячого віку характерний швидкий регрес виниклих симптомів − через кілька місяців мовні функції можуть повністю відновитися.

**Диференціальна діагностика моторної алалії та порушень мови, спричинених інтелектуальною недостатністю**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Критерії порівняння** | **Моторна алалія** | **інтелектуальна недостатність** |
| **1** | Сутність порушення | Форма патології мовної діяльності, результат незасвоєння в онтогенезі структурно-функціональних закономірностей мови при збереженні немовних психічних процесів | Порушення розвитку мови – результат патології пізнавальної діяльності |
| **2** | Перед мовленнєвий розвиток | Відповідає віковим нормам розвитку | Затримка строків розвитку гуління та лепету |
| **3** | Динаміка розвитку мовлення | Спонтанно мовою не опановують, немає стрибків у темпі розвитку мови | до 6-7 р. на основі наслідування опановують простий граматичний стереотип  у міру оволодіння стереотипом темп оволодіння мовою пришвидшується |
| **4** | Імпресивне мовлення, встановлення причинно-наслідкових зв’язків | Розуміння зверненої мови щодо збереження, розуміє складні синтаксичні конструкції, робить спробу висловлювати в мові причинно-наслідкові зв’язки доступними йому мовними засобами (інтонація, псевдослова, звуконаслідування, «звукові жести», кінетична мова) | Виражають лише елементарні причинно-наслідкові зв’язки, розуміння мови утруднене |
|  | Формально-мовні порушення мови (граматичний лад мови) | Аграматизм (на рівні синтаксису зв’язного тексту та окремих висловлювань, на морфологічному рівні), труднощі пошуку слів, вибору морфем та встановлення порядку дотримання слів | Мова логічно бідна чи алогічна, може бути правильною у формально-мовному (граматичному) відношенні |
|  | Запас знань та уявлень | Насилу актуалізується в мові | Обмежений |
|  | Невербальне мислення | Висока | Низька |
|  | Ступінь навченості | Висока | Низька |
|  | Критичність | Критичні до своєї власної мови, мовний негативізм | Некритичні |

**Диференціальна діагностика моторної алалії та аутизму**

**(Синдром Каннера)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Критерії порівняння** | **Моторна алалія** | **аутизму**  **(Синдром Каннера)** |
| **1** | За визначенням | Мовленнєва патологія | Особлива психічна аномалія, порушено формування емоційного контакту з довкілля |
| **2** | Ранній розвиток мовлення | Мовлення розвивається не повноцінно | Ранній мовленнєвий розвиток – норма, по темпу може обганяти однолітків.  При втраті мовлення розмовляє сам з собою і у вісні. |
| **3** | Реакція на звернене мовлення | Збережена постійна реакція на мовлення оточуючих | Не реагує на звернене мовлення, але процес розуміння мовлення не порушений. |
| **4** | Психопатологічні симптоми | Відсутні | Виявляються психопатологічні симптоми, фобії і непередбачувані реакції. |
| **5** | Особливості психічного розвитку | Може спостерігатися ЗПР, дифіцитарний розвиток | Можуть спостерігатися різке відхилення і нерівномірне спотворення психічних процесів. |
| **6** | Експресивне мовлення | Активно використовують зачатки мовлення (вербальне і невербальне), стан мовлення не залежить від навколишнього оточення | Одночасне вживання лепетных і складно організованих слів, але правильних за мовленнєвою структурою висловів, не вживають слова ТА і Я, наявні стійкі аграматизми в незнайомій обстановці |
| **7** | Міміко-жестове мовлення | Активно використовують в спілкуванні | Не використовує жести і міміку (розпад). |
| **8** | Ехолалія | Не відмічається | Зустрічаються безпосередні і відставлені в часі ехолалії. |
| **9** | Просодика | Не порушена | Своєрідні порушення просодичної сторони мовлення – уповільнень темпу, скандована і римована вимова, висока тональність голосу. |
| **10** | Спілкування | Прагнення до контактів (окрім випадків мовленнєвого негативізму) | Відмова від спілкування |
| **11** | Емоційно-вольова сфера | Адекватність емоцій | Неадекватність емоційних реакцій |
| **12** | Моторика | Відносно збережена (виключення) | Стереотипія у рухах і діях, своєрідність ходи, ходьба по сходах, труднощі просторового орієнтування, стряхування тіла, самостимуляція. |