

Тема 7. АЛАЛІЯ

Слайд № 1.Алалія (грец. α — без і λαλία — розмова) — відсутність або недорозвиток мовлення, спричинений органічним ураженням мовленнєвих зон кори головного мозку внутрішньоутробно чи в ранньому віці[1].

Слайд №2 Алалія — грубе недорозвинення або повна відсутність мовлення, викликаний органічними ураженнями коркових мовних центрів головного мозку, що відбулися внутрішньоутробно або в перші 3 роки життя дитини. При алалії відзначається пізню появу мовних реакцій, бідність словникового запасу, аграматизми, порушення складової структури, звуковимови і фонематических процесів. Дитина з алалією потребує неврологічному і логопедичному обстеженні. Психолого-медико-педагогічний вплив при алалії включає медикаментозну терапію, розвиток психічних функцій, лексико-граматичних і фонетико-фонематических процесів, зв'язного мовлення.

Слайд №

Причини Алалії

Фактори, які можуть призвести до алалії різноманітні і можуть впливати на дитину в різні періоди раннього онтогенезу:

-до органічного ураження мовних центрів кори головного мозку в антенатальному періоді можуть привести внутрішньоутробне інфікування, токсикози, гіпоксія плода, травмування плода в процесі падіння майбутньої мами, загроза самовільного переривання вагітності, хронічні соматичні захворювання вагітної.

-перинатальна патологія та ускладнення пологів є наслідком обтяженого перебігу вагітності. А алалія, в свою чергу, може бути спровокована внутрішньочерепної родовою травмою при передчасних, швидкоплинних або затяжних пологах, застосуванням інструментальних акушерських засобів, асфіксією новонароджених або недоношеністю плода.

Слайд №2

У перші роки життя дитини можна виділити такі етіопатогенетичні чинники алалії, як:-енцефаліти, менінгіти,черепно-мозкові травми, соматичні захворювання, що призводять до виснаження центральної нервової системи (гіпотрофію), спадкову схильність до алалії.

Слайд №3 Вплив основних причин алалії посилюють:

операції під загальним наркозом;

часті й тривалі захворювання дітей в перші роки життя (ГРВІ, ендокринопатії, пневмонії, рахіт та ін.); несприятливі соціальні умови (синдром госпіталізму, педагогічна занедбаність, дефіцит мовних контактів). У разі раннього органічного ураження коркового відділу мовнорухового аналізатора, виникає моторна форма алалії - не розвивається у дитини власна мова, але залишається нормальним розуміння чужої мови. Моторна алалія відрізняється на афферентну моторну і еферентну моторну алалії, в залежності від пошкодженої зони головного мозку.

При органічному ураженні постцентральної звивини (нижніх тім'яних відділів лівої півкулі головного мозку) виникає афферентна моторна алалія, що супроводжується кінестетичною артикуляторною апраксією.

При органічному ураженні премоторної кори (центру Брока, задньої третини нижньої лобової звивини головного мозку) має місце еферентна моторна алалія, яка виражається в кінетичній артикуляторній апраксії.

Слайд № 3.

Форми алалії

Розрізняють моторну і сенсорну алалію, при яких відповідно порушуються функції лобно-тім'яних і скроневих ділянок кори головного мозку.

Моторна алалія характеризується тим, що дитина розуміє звернену до неї мову, але сама не говорить.

Сенсорна алалія характеризується розладом розуміння мови при збереженні елементарного слуху. Алалію потрібно відрізнити від приглухуватості, глухонімоти та глибокої розумової відсталості.

Навчання мови алаліків починається, як правило, на четвертому-п'ятому році життя. Алаліки шкільного віку навчаються в спеціальних школах.

Діагностика

Алалія та інтелектуальна недостатність

Недорозвинення мови при алалії завжди поєднується зі своєрідними особливостями розумової діяльності. Умови для розвитку інтелекту при алалії несприятливі. Тому інтелектуальні порушення з віком можуть проявлятися у все більшій мірі. Нерідко вони починають займати провідне місце в загальній структурі дефекту, що призводить до великих діагностичним складнощів, якщо дитина обстежується не в динаміці. На практиці це часто призводить до того, що діагноз «алалія»,

поставлений у дошкільному віці замінюється діагнозом «олігофренія». Така зміна діагнозу часто пояснюється допущеною при первинному обстеженні помилкою. (Є. М. Мастюкова) діти, що не говорять легко губляться в нових умовах і внаслідок цього не розкривають справжніх можливостей свого інтелекту. Проте не виключена можливість поєднання олігофренії з мовним дефектом. При олігофренії може спостерігатися не тільки сенсорна, але і моторна алалія, а також інші парціальні дефекти вищих кіркових функцій: алексія, аграфія, апраксія. (Н. Н. Трауготт).

Алалія і слабомислення

Досить важко відрізнити сенсорну алалію від приглухуватості. М. М. Трауготт писала, що існує думка, що сенсорна алалія — дефект щодо поширений, а суперечливість суджень про нього обумовлена труднощами його виділення серед інших форм слухоречової патології. Діти з алалією, яких обстежила М. М. Трауготт, всі мали зниження слухової чутливості в тій чи іншій мірі. (Н. Н. Трауготт). Вона вважала, що головна причина розбіжностей у діагностиці сенсорної алалії полягає в труднощі відмежування його від затримки мовного розвитку, обумовленої приглухуватістю. Навіть батьки та вихователі зазвичай не можуть сказати, які звуки дитина чує, а які йому недоступні. Нерідко дефект слуху у дитини взагалі не помічається, і батьки звертаються до логопеда тільки з приводу затримки розвитку мови. Бувають і протилежні випадки, коли дитину вважають глухим незважаючи на наявність епізодичних реакцій на тихі звуки. (Н. Н. Трауготт). Труднощі оцінки слуху обумовлена непостійністю реакції дітей на слухові подразники. Одні й ті ж звуки діти часто те чують, то не чують, то реагують на слабкі звуки, то не чують навіть гучні, що досягають больового порогу. Таким чином не завжди вдається виявити залежність реакції від інтенсивності звуку, що є патогномічним для сенсорної алалії. Головною перешкодою для точного визначення обсягу слуху виявляється порушення слухової уваги. Діти не звертають уваги на звуки, швидко відволікаються, перестають слухати, увагу їх відносно звуків швидко виснажується. (Н. Н. Трауготт). При використанні знайомих звуків вдається легше виявити залежність точності реакції від інтенсивності звучання. (Н. Н. Трауготт). Наявність приглухуватості не виключає діагнозу сенсорної алалії. Зниження слухової чутливості при алалії може пояснюватися тим, що одна і та ж причина може зумовити ураження різних рівнів слухового шляху, включаючи периферичну ланку. Туговухість та порушення центральних механізмів слуху можуть мати різний генез, і поєднання їх є випадковим. Також центральне ураження слухового апарату може бути причиною зниження гостроти слуху, тому що звуки для дитини не мають смислового значення. (Н. Н. Трауготт).

Алалія і аутизм

Алалія іноді супроводжується мовним негативізмом і емоційно-особистісними порушеннями. На відміну від хворих на алалію, у дітей з аутизмом відсутня невербальна комунікація — жести, міміка, вигуки, погляд на обличчя. У будь-якому випадку, робота починається з психотерапевтичних прийомів, встановлення контакту, зниження тривожності дитини. У подальшому стане зрозуміло, що в структурі дефекту первинне: алалія, або аутистичні риси особистості. (Є. А. Стребелева).

Алалія і дизартрія

При дизартрії первинна патологія — порушення іннервації м'язів мовного апарату з боку бульбарних і псевдобульбарних систем мозку, що проявляється у вигляді паралічів і парезів. При алалії цього немає. (Т. Г. Візель).

Алалія і афазія

У дітей старше 2,5 років певні ділянки мозку вже отримують мовну спеціалізацію, тому їхнє ураження призводить до дитячої афазії. Вона відрізняється від «дорослої» афазії нестійкістю, тому що пластичність дитячого мозку забезпечує досить швидку компенсацію мовного дефекту. (Т. Г. Візель) Спеціалізація ділянок кори за деякими оцінками закінчується до 8 або 10 років. До цього віку методи корекції при алалії і афазії подібні.

Алалія і затримка мовного розвитку

Багато авторів пишуть, що при затримці мовного розвитку мова розвивається так само, як у нормальних дітей, але в пізніші терміни, тоді як при алалії розвиток мови відбувається за патологічному типу. Н.С Жукова докладно описала засвоєння мови в процесі онто-і дизонтогенеза. Яскравою особливістю дизонтогенеза є тривале за часом відсутність мовного наслідування новим словам. Дитина повторює тільки спочатку засвоєні ним слова (не більше 10). Така зупинка може бути і при нормальному розвитку, але не більше ніж на 5-6 місяців після появи перших 3-5 слів. При появі наслідування репродукція здійснюється не в рамках просодії цілого слова, як в нормі, а тільки його частини. Прагнення до відкритих складів, для цього дитина додає у кінці слова голосний звук (котика замістькотик). При відсутності необхідного артикуляційного укладу, дитина замінює важкий звук на артикуляційно-далекий (у нормі заміщають звуки артикуляційно близькі). Є також відмінності у засвоєнні лексики, морфології, і синтаксису мови. (Н. С. Жукова) Н. С. Жукова призводить також схему системного розвитку нормальної дитячої мови, складену за матеріалами О. М. Гвоздева, як умовний еталон норми і дає докладні діагностичні методики мови дошкільників.

Багато авторів пишуть, що для постановки такого діагнозу, як алалія, недостатньо одного обстеження. Необхідно спостерігати дитини протягом декількох занять, в різних ситуаціях. Зміст логопедичної роботи на початкових етапах подібно при різних порушеннях. Але за допомогою медичної діагностики ми можемо і повинні відразу виключити недолік слуху і неврологічні порушення, що призводять до дизартрії. При цих станах методи корекції принципово інші.

Слайд № Система корекційно – педагогічної роботи при різних формах алалії

У дітей що нормально розвиваються мовленнєвий (і не тільки мовний) розвиток починається частіше за правопівкульним типом. У ранньому онтогенезі права півкуля є домінантною. (Т. Г. Візель). Логопедична робота проводиться, в основному, за двома напрямками:

- 1. Розгальмовування мовної функції правої півкулі.**
- 2. Здійснення лівопівкульним контроль над структурними одиницями мови: послідовне засвоєння звуків, складів, слів, граматичних форм і фразової мови.**

Однак зустрічається виражений лівопівкульний тип. Американський нейролінгвіст Кетрін Нельсон зауважила, що деякі діти починають освоювати промову з граматичних морфем (допоміжні слова в англійській мові), а основні змістовні слова з'являються пізніше. (K. Nelson. Structure and strategy in learning to talk). Ті діти, у яких компенсація порушення відбувається в основному за рахунок лівої півкулі йдуть по шляху накопичення довільно керованою мови. Вони засвоюють спочатку одні звуки і слова, потім — інші, будують спочатку прості фрази, потім складніші, активно і свідомо виправляють свої помилки. Ті ж, у кого компенсація здійснюється шляхом включення правої півкулі, можуть сказати цілі тиради будь-яких усталених фраз, і в той же час не зуміти повторити навіть простого слова. (Т. Г. Візель).

Т. Г. Візель представляє алгоритм компенсації наступним чином: Асоціативні зв'язки між потиличною часткою і постцентральною ділянкою лівої півкулі мозку: буквено-артикуляційні зв'язки в звуконаслідуваннях.

Асоціативні зв'язки між потиличною часткою і премоторною ділянкою лівої півкулі мозку: артикуляційно-графічні зв'язки (читання слів)

Асоціативні зв'язки між постцентральною ділянкою лівої півкулі і скроневою часток правої півкулі: артикуляційно-акустичні зв'язки в звуконаслідуваннях.

Асоціативні зв'язки між премоторною зоною і скроневою часток лівої півкулі: артикуляційно-акустичні зв'язки. (Т. Г. Візель).

Раніше Т. Г. Візель писала, що опора на графему малоефективна. «Ще не засвоєна вимова звуку, неможливе повноцінне оволодіння буквою. Буква не допоможе дитині уточнити артикуляцію, тому що зворотний зв'язок» буква — звук "не мала місця в мовній практиці дитини" (Т. Г. Візель) Якщо компенсація мовної функції протікає переважно шляхом "прориву" і накопичення мимовільної, як би трагічної мови, її не можна обмежувати, завчасно виправляти помилки. Необхідно дати дитині можливість вільно реалізувати залишкову мову. Чисто лівопівкульний або суто правопівкульний шлях компенсації на практиці зустрічається рідко. В основному ми маємо справу зі змішаним типом, коли беруть участь обидві півкулі, хоча якийсь з них є провідним. Це дозволяє пояснити, чому дитина іноді може сказати щось складне, а іноді не може вимовити зовсім просте, чому не в змозі повторити те, що сказав. (Т. Г. Візель). Т. Г. Візель пише, що суть логопедичної роботи повинна полягати в тому, щоб замість порушених каналів мовної діяльності включити ті, які збереглися, змусити їх посилено працювати. Високоєфективними виявляються методи, спрямовані на перебудову способу здійснення функції. (Т. Г. Візель).

Слайд № Деякі методи корекції при сенсорній алалії

Сенсорна алалія виникає при ураженні коркового відділу речеслухового аналізатора (центру Верніке, задньої третини верхньої скроневої звивини). При цьому порушується вищий корковий аналіз і синтез звуків мови і, незважаючи на збережений фізичний слух, дитина не розуміє мову оточуючих.

При сенсорній алалії перше завдання — розвиток слухового уваги. Деякі пропонують влаштувати дитині якийсь «зоровий голод» — максимально зменшити кількість зорових подразників і збільшити кількість звукових.

Б. М. Гриншпун і С. М. Шаховська надають великого значення звуковому режиму дитини. Вони вважають, що зайве безладне слухове навантаження затримує розвиток розуміння самої мови. Дітей захищають від зайвих звернень до них оточуючих, виключаються звукові апарати (дзвінки, телевізор), обмежується надходження мовних і немовних сигналів. На тлі такого заспокоєння можна приступати до роботи. (Б. М. Гриншпун, С. М. Шаховська)

Розвиваючи слухову увагу, педагоги помітили, що в певних ситуаціях, наприклад при зацікавленості дитини, спостерігається поліпшення звукового аналізу, а також поліпшення ретенції нового словесного матеріалу і пригадування раніше засвоєного. Одночасно стають менш вираженими і динамічні порушення щодо розуміння мови. Іншою характерною особливістю є більша сталість і тому здається більший обсяг експресивної мови в порівнянні із сенсорною. Раз засвоєна цими дітьми произносительная формула слова відносно легко зберігається і легко актуалізується. (Н. Н. Трауготт). Тому необхідно, максимально прагнути до того, щоб звукові подразники придбали життєву значимість і емоційний зміст. Треба оточити дитину виконуваними іграшками, навчити його відрізняти іграшки по видаваним ними звуків. У цих умовах підвищиться стійкість орієнтовних реакцій на звуки і полегшиться освіта звукових умовних рефлексів.

Слайд № Під час ігор, занять, їжі, різних побутових процедур дитина повинна постійно чути звуки. Так звуки поступово набувають для дитини смислове значення. Треба навчати дитину виділяти корисний сигнал з шуму. Дитина повинна постійно чути мову гучну, чітку, просту за побудовою та інтонаційно виразну.

Одні й ті ж пропозиції повинні повторюватися в стереотипній формі для того, щоб дитина легше їх засвоював. Слід якомога раніше почати навчати грамоти для того, щоб система умовних зв'язків кожного слова і пропозиції формувалася за участю повноцінного аналізатора. (Н. Н. Трауготт).

Спочатку слід використовувати звуки, які значно перевищують за гучністю порогові. Це відноситься як до мовних, так і до немовних звуків. Поступово знижуючи інтенсивність звучання, можна привчити дитину реагувати на знайомі слова і пропозиції, виголошені навіть пошепки. (Н. Н. Трауготт). У процесі навчання існують дві небезпеки: педагог може недооцінити тяжкість слухового дефекту дитини, завантажити його дуже великим і важким матеріалом, вимагати від нього сприйняття та аналізу подразників, близьких до порогових, і це може привести до зриву і спричинити за собою втрату інтересу до звуків і негативізм. З іншого боку, якщо дитина постійно

чує звуки, що значно перевищують пороги слухового сприйняття, то тихі звуки не набудуть для нього сигнального значення, слухова увагу не розвивається. За спостереженнями М. М. Трауготт, у деяких дітей із сенсорною алалією, які займалися постійно протягом ряду років від звукопідсилювальної апаратури, відбулося погіршення слуху, тобто пороги звукового сприйняття у них підвищилися. (Н. Н. Трауготт). Перебудова функції полягає в тому, щоб розвинути в дитини здатність витягати з немовних шумів ті акустичні ознаки, які є корисними для мови. Основними тут є звуконаслідування. Наслідування, наближене до конкретного шуму поступово стає все більше умовним. Наприклад, спочатку дитина нявкає, як кішка.

Поступово це нявкання стає менш виразним, наближаючись до звуконаслідувальних слів «няв-няв». Натуральне звуконаслідування здійснюється за рахунок скроневої зони правого півкулі і тім'яних зон обох півкуль. Далі педагог замінює звук звуконаслідувальних слів. Підключається розумовий апарат лівої лобної частки, завдяки чому дитина розуміє це слово. Результати перешифровка передаються на рівень теоретичних полів лівої і частково правої скроневої часток, обробних слів людської мови як звукокомплексу. Таким чином, мовна ліва скронева частка включається до функціонування в обхід, а саме через лобові і тім'яні частки обох півкуль. (Т. Г. Візель).

Слайд №

Симптоми моторної алалії

При моторної алалії мають місце характерні немовні (неврологічні, психологічні) і мовні прояви.

Неврологічна симптоматика при моторної алалії представлена, перш за все, руховими розладами: незручністю, недостатньою координацією рухів, слабким розвитком моторики пальців рук. У дітей є труднощі з опануванням навичками самообслуговування (застібання гудзиків, зашнуровування взуття і т. П.), Виконанням дрібномоторному операцій (складанням мозаїки, пазлів і ін.).

Розглядаючи психологічну характеристику дітей з моторною алалією, не можна не відзначити порушення пам'яті (особливо слухомовний), уваги, сприйняття, емоційно-вольової сфери. За особливостями поведінки діти з моторною алалією можуть бути гіперактивними, розгальмованими або малорухомими, загальмованими. Більшість дітей з моторною алалією мають знижену працездатність, високу стомлюваність, мовної негативізм. Інтелектуальний розвиток у дітей-алаліков страждає вдруге, внаслідок мовної недостатності. У міру розвитку мови інтелектуальні порушення поступово компенсуються.

Варто відзначити порушення пам'яті (особливо слухомовної), уваги, сприйняття, емоційно-вольової сфери у дитини, що виявляється при розгляді психологічної характеристики дітей з моторною алалією. Діти з моторною алалією по поведінкових особливостях бувають загальмованими, малорухомими або розгальмованими, гіперактивними. Багато дітей з діагнозом моторної алалії мають високу стомлюваність, знижену

працездатність, мовний негативізм. Через мовну недостатність, вдруге страждає інтелектуальний розвиток дітей-алаліків. Але інтелектуальні порушення поступово компенсуються в міру розвитку мови.

У дітей з афферентною моторною алалією звуковимовлення виявляється грубо порушеним, не дивлячись на те, що їм потенційно доступне виконання будь-яких артикуляторних рухів (на відміну від дизартрії). Внаслідок чого виникають стійкі змішання і заміни артикуляційно спірних фонем, а це призводить до неможливості повторення або відтворення звукового образу слова.

Діти з еферентною моторною алалією грубо спотворюють складові структури слова, що обумовлено неможливістю виконання серії послідовних артикуляційних рухів – це є основним мовним дефектом таких діток. На тлі моторної алалії, через несформованість динамічного мовного стереотипу, може з'явиться заїкання.