

АЛАЛИЯ

Учебное пособие

Репозиторий ВГУ

УДК 376.1–058.264
ББК 74.37

Автор-составитель: кандидат педагогических наук, доцент кафедры психологии и коррекционной работы УО «ВГУ им. П.М. Машерова» **Харитонова Е.А.**

Рецензент: кандидат педагогических наук, профессор кафедры логопедии Московского педагогического государственного университета **Шаховская С.Н.**

Данное учебное пособие посвящено одному из наиболее сложных речевых нарушений – алалии. Оно отражает современное состояние и тенденции дальнейшего развития учения об алалии и предназначено, прежде всего, для студентов вузов, изучающих по учебному плану логопедию в целях последующей работы в качестве учителя-дефектолога.

УДК 376.1–058.264
ББК 74.37

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	4
1. Краткий исторический обзор учения об алалии.....	5
2. Определение алалии, терминология, распространенность.....	8
3. Причины алалии. Механизмы алалии.....	12
4. Симптоматика алалии.....	20
5. Классификация алалии.....	34
6. Отличие алалии от сходных по речевым проявлениям состояний....	37
КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ.....	42
ЛИТЕРАТУРА.....	44

ПРЕДИСЛОВИЕ

Цель создания данного пособия мы видим в обобщении и систематизации накопленных знаний об алалии и вооружении ими будущих специалистов. Пособие содержит краткие исторические сведения о развитии научных взглядов на алалию, дает представление о ее причинах, механизмах, симптоматике, знакомит с различными классификациями алалии, затрагивает вопросы дифференциальной диагностики алалии и сходных состояний.

При изложении материала используются следующие подходы: исторический, междисциплинарный, системный интегрированный. Ряд вопросов, например, вопросы о причинах, механизмах, излагаются проблемно, в плане дискуссии, размышления.

Структура пособия подчинена логике раскрытия системы знаний по теме «Алалия» в рамках курса «Логопедия».

В пособии имеются контрольные вопросы и задания, тематический список литературы, что создает возможности для активизации самостоятельной и исследовательской работы студентов.

1. Краткий исторический обзор учения об алалии

Алалия – отсутствие или грубое недоразвитие речи при сохранном слухе и нормальном интеллекте вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

Термин «алалия» в переводе с греческого (греч. а – отрицание, lalio – говорю, речь) означает отсутствие речи, безречье.

Первое упоминание самого термина «алалия» относится ко времени, когда **И. Франк**, описывая дислалию, выделил ее степени: **алалию и магилалию.**

По И. Франку,

алалия – немота, полное отсутствие речи вследствие полной невозможности артикулирования,

магилалия – нарушение произношения звуков вследствие затруднений в артикуляции.

И алалию, и магилалию И. Франк рассматривал как разные степени дислалии. На русский язык слово «магилалия» было переведено как косноязычие. Под дислалией подразумевалось нарушение произношения, обусловленное артикуляционными (артикуляторными) трудностями.

В 1830 году **Р. Шультесс** выделил алалию (немоту) в отдельное речевое нарушение. Но, как и И. Франк, он рассматривал ее в связи с артикуляционными расстройствами. Алалия противопоставлялась дислалии как полная невозможность артикулирования, что позже стало называться **анартрией.**

Таким образом, термин «алалия» первоначально имел другое значение. Им обозначали все формы потери речи: анартрия, афония. Позже понятие «алалия» сузилось.

В 1877 г. **А. Куссмауль** предложил классификацию нарушений речи. Он выделил **два вида речевых расстройств:**

- 1) расстройства артикулирования (дизартрия, дислалия);
- 2) расстройства дикции (нарушения грамматических форм и синтаксических выражений – дисфазии).

Для общего наименования расстройств артикулирования и расстройств дикции было введено понятие «**лалопатия**».

В данной классификации **А. Куссмауль** использовал термин «алалия». К алалии он относил нарушения, характеризующиеся полной невозможностью членораздельной речи из-за трудностей артикулирования. В дальнейшем для обозначения таких состояний стал использоваться термин «анартрия».

В работах фониста **Р. Коэна** (1888) более подробно описаны этиология и симптоматика алалии. Термин «алалия» применяется для характе-

ристики немоты, не обусловленной артикуляционными нарушениями (в современном значении). Он называет это нарушение

- слухонемой (немота при сохранном слухе, в отличие от глухонемоты, т.е. немоты при отсутствии слуха);
- идиопатической алалией (безречие неясного происхождения).

Изучением алалии занимались многие ученые:

Г. Гутцман (1894),

А. Либман (1900),

Михаил Емельянович Богданов-Березовский (1909),

Эмиль Фрешельс (1931);

а в более позднее время:

Михаил Ефимович Хватцев,

Наталья Николаевна Трауготт,

Вера Константиновна Орфинская,

Роза Евгеньевна Левина,

Лидия Васильевна Мелехова,

Г.В. Мацеевская,

Евгения Федоровна Соботович,

Виталий Анатольевич Ковшиков,

Светлана Николаевна Шаховская,

Валентина Константиновна Воробьева,

Борис Моисеевич Гриншпун,

Вадим Петрович Глухов

и другие исследователи.

Алалия изучается в различных аспектах: физиологическом (анатомо-физиологическом), клиническом, психологическом, лингвистическом, психолингвистическом, медико-педагогическом.

Физиологический (анатомо-физиологический) аспект изучения алалии

(Гуровец Галина Владимировна, Кайданова Светлана Ивановна, Самойлова И.К., Трауготт Наталья Николаевна и др.)

Физиология – наука о развитии. Речь, личность ребенка находятся в развитии.

Алалия – органическое нарушение (недоразвитие) речи центрального характера. При алалии происходит запаздывание созревания нервных клеток в определенных областях коры головного мозга. Нервные клетки прекращают свое развитие, оставаясь на молодой незрелой стадии – **нейробластов**. Это недоразвитие мозга может быть врожденным или рано приобретенным в доречевом периоде – органические повреждения мозга при алалии имели место в пренатальном или раннем постнатальном периоде. Условно доречевым периодом считаются первые три года жизни

ребенка, когда идет интенсивное формирование клеток коры головного мозга и когда стаж пользования ребенком речью еще очень мал. **Развитие мозговых систем, наиболее важных для речевой функции, не заканчивается во внутриутробном периоде, а продолжается после рождения ребенка.**

Недоразвитие мозга или его раннее поражение приводит к понижению возбудимости нервных клеток и к изменению подвижности основных нервных процессов, что влечет за собой снижение работоспособности клеток коры головного мозга.

Изучение **патофизиологических механизмов**, лежащих в основе алалии, обнаруживает широкую иррадиацию процессов возбуждения и торможения, инертность основных нервных процессов, повышенную функциональную истощаемость клеток коры головного мозга (И.К. Самойлова, 1952). Исследователи отмечают недостаточность пространственной концентрации возбуждательного и тормозного процессов в коре мозга. Изучение электрической активности мозга у детей с алалией выявило четкие локальные изменения биопотенциалов преимущественно в **височно-теменно-затылочных отделах, в лобно-височном и височном ответвлениях доминантного полушария** (Л.А. Белогруд, 1971; А.Л. Линденбаум, 1971; Е.М. Мастюкова, 1972).

Последние исследования показывают, что при алалии имеют место **нерезко выраженные, но множественные повреждения коры головного мозга обоих полушарий, т.е. билатеральные поражения.** По-видимому, при **односторонних повреждениях** мозга речевое развитие осуществляется за счет компенсаторных возможностей здорового, нормально развивающегося и функционирующего полушария. **При билатеральных повреждениях** компенсация становится невозможной или резко затруднительной. **Таким образом,** не подтверждается ранее существовавшая точка зрения об узколокальном характере повреждения речевых зон головного мозга (коркового конца речеслухового и речедвигательного анализаторов).

Клинический аспект изучения алалии (Белова-Давид Р.А., Мастюкова Елена Михайловна, Мнухин С.С., Эйдинова М.Б. и др.)

Врачи изучают состояние ЦНС при алалии, как пострадал мозг, как лечить.

Психологический аспект изучения алалии (Власенков Игорь Тихонович, Левина Роза Евгеньевна и др.).

В 1951 году был опубликован труд Р.Е. Левиной «Изучение неговорящих детей (алаликов)», а через 10 лет, в 1961 году, – еще один ее труд «Общая характеристика недоразвития речи у детей и его влияние на овладение письмом». Р.Е. Левина (1951) предложила психологическую классификацию алалии, выделив группы детей:

- с нарушением слухового (фонематического) восприятия;
- с нарушением зрительного (предметного) восприятия;
- с нарушением психической активности.

Лингвистический аспект изучения алалии (Орфинская Вера Константиновна и др.).

Орфинская В.К. показала, что при алалии нарушены языковые системы: грамматический строй, словарный запас, фонетика.

Психолингвистический аспект изучения алалии (доминирующий аспект) (Воробьева Валентина Константиновна, Глухов Вадим Петрович, Гриншпун Борис Моисеевич, Ковшиков Виталий Анатольевич, Собонович Евгения Федоровна и др.).

Психолингвистика – это психология плюс лингвистика. Наилучшие научные достижения отмечаются в точке соприкосновения научных дисциплин. Психолингвистика может нас методически обогатить. Впервые об этом заговорил Б.М. Гриншпун.

Медико-педагогический аспект изучения алалии

Учитываются в совокупности все сведения о детях. Типовая структура детского сада для детей с нарушениями речи:

- группы детей с ОНР;
- группы детей с ФФНР;
- группы заикающихся детей,

объединенные группы, например, ОНР+ФФН, в которых работа ведется по подгруппам; в разновозрастных группах учитывается возраст.

Проблемы изучения алалии – одни из самых сложных в логопедии. До сих пор остается много неясного в вопросах природы этого нарушения.

2. Определение алалии, терминология, распространенность

Определение алалии

– **Алалия** – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. (См. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. М., 1998. С. 331).

– **Алалия** – отсутствие речи или системное недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка (до формирования речи). (См. Филичева Т.Б. и др. Основы логопедии: Учеб. пособие для студентов пед ин-тов по специальности «Педагогика и психология (дошк.)» / Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина. М., 1989. С. 115).

– **Алалией** называется полное или частичное отсутствие речи при наличии достаточных для развития речи интеллектуальных возможностей, остроты слуха и речедвигательных органов. (См. Хватцев М.Е. Логопедия:

работа с дошкольниками: Пособие для логопедов и родителей. М., СПб., 1996. С. 314.)

– **Алалия** – это центрального происхождения немота детей, никогда внятно не говоривших, при наличии у них достаточного интеллекта, элементарного слухового анализа и синтеза и периферического речевого аппарата. (См. Хватцев М.Е. Логопедия. М., 1965. С. 355-358.)

Недостатки: неточно определяется симптоматика, недостаточно точны механизмы.

– **Алалия** – глубокое системное недоразвитие речи на органической основе. (См. Правдина О.В. Логопедия. Учебное пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. - 2-е изд., доп. и перераб. М., 1973. С. 178-179).

– **Алалия** – тяжелое нарушение речи, обусловленное недоразвитием или поражением речевых областей в левом доминантном полушарии головного мозга, наступившее еще до формирования речи, т.е. до одного года-двух лет жизни ребенка.

Это нарушение характеризуется полным или частичным отсутствием речи, несмотря на сохранность периферического слуха, а также интеллекта. (См. Правдина О.В. Логопедия. Учебное пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. - 2-е издание, доп. и перераб. М., 1973 С. 179).

Недостатки: под это определение можно подвести и дизартрию.

– **Алалия** – системное недоразвитие речевой деятельности, расстройство речевой функциональной системы вследствие нарушения функций речедвигательного и речеслухового анализаторов. (Шаховская С.Н.).

– **Алалия** – это проявляющееся в структуре нервно-соматических и нервно-психических заболеваний расстройство развития языковой способности у детей, которое характеризуется невозможностью или нарушением языковых операций при порождении речевого высказывания при сохранности семантических и моторных операций и проявляется в фонематических, лексических, морфологических, синтаксических нарушениях. (См. Ковшиков В.А. Экспрессивная алалия. Л., 1994).

Уровни речи: смысловой,
языковой,
сенсомоторный.

При алалии нарушен языковой уровень: ребенок не усваивает и не использует закономерности языка.

Недостатки: не позволяет разграничить алалию и афазию.

– **Алалия** – общее название полного отсутствия речи у детей или глубокой задержки речевого развития различной этиологии. Под определением «алалия» понимается ряд признаков, проявляющихся в том, что слышащий ребенок с нормальным интеллектом или совсем не начинает говорить, или говорит очень мало, не в соответствии с возрастной нормой. (См. Беккер К.-П., Совак М. Логопедия. Пер. с нем. М., 1981. С. 100.

– **Алалия** – это глубокая задержка речевого развития ребенка, которая может проявляться в форме полного отсутствия речи или значительного нарушения ее развития. (См. Синяк В.А. Логопедия: Учебное пособие для студентов-заочников дефектологических факультетов пед ин-тов. М., 1985. С. 53.

– **Алалией** принято называть полное или частичное отсутствие речи у детей (до трех-пяти лет при хорошем физическом слухе), обусловленное недоразвитием или поражением речевых зон коры головного мозга, наступившем еще до формирования речи. (См. Фомичева М.Ф. Воспитание у детей правильного произношения: Пособие для логопеда и воспитателя дет. сада. – 4-е изд. М., 1997. С. 48.)

Таким образом, **алалия** – это системное недоразвитие речевой деятельности при нормальном слухе и относительно сохранном интеллекте, проявляющееся в языковых нарушениях и обусловленное поражением или недоразвитием корковых речевых зон, наступившем до начала формирования речи.

Характеристика алалии

1. **Алалия** – это нарушение речи как системы: при алалии нарушается формирование всех компонентов речи, и лексико-грамматической, и фонематической сторон. При алалии нарушена как устная, так и письменная речь.

Это позволяет дифференцировать алалию от нарушений несистемного характера.

2. При алалии ведущие нарушения – языковые нарушения. У алаликов нарушен языковой уровень, смысловой уровень относительно сохранен (смысловой уровень нарушен вторично: органическое поражение коры головного мозга влечет за собой и нарушение интеллекта). Сенсомоторный уровень сохранен.

Эта характеристика позволяет отграничить алалию от сходных нарушений: задержки психического развития, умственной отсталости, дизартрии, тугоухости.

3. При алалии нормальный слух и относительно сохраненный интеллект.

4. Алалия – это органическое повреждение речевых зон коры головного мозга. Это позволяет отграничить алалию от ЗПР.

5. Алалия – это нарушение речи центрального характера, в отличие от ринолалии.

6. Причины, вызывающие алалию, действуют до трех лет. Это позволяет отграничить алалию от афазии. Афазия – это распад речи.

При алалии имеют место латеральные (односторонние) поражения речевых зон коры головного мозга доминантного полушария. (Повреждение речевых зон коры головного мозга доминантного полушария может не вызвать алалию).

Терминология алалии

Термин «алалия» (от греч. а – отрицание, лат. lalio (лалио) – говорю, lalēin – говорить, lalia – речь) переводится как отсутствие речи, безречь.

Этот термин встречается в специальной литературе с давних пор. В начале он определялся как суммарное обозначение различных речевых нарушений.

Наряду с термином «алалия» для обозначения этого нарушения речи в литературе (особенно зарубежной) используются и другие термины:

– **слухонемота, т.е. немота при наличии слуха. (Слухонемота сенсорная** – при нормальном слухе нарушение речи у детей, при котором они самопроизвольно совсем не говорят и стремятся лишь подражать словам, но это подражание напоминает слова только по мелодии; ведут себя, как взрослые с сенсорной афазией. (См. Понятийно-терминологический словарь логопеда / Под ред. В.И. Селиверстова. М., 1997. С. 310);

– **сурдомутизм** (Сурдомутизм (лат. surditas – глухота + mutismus – молчание) – функциональное нарушение слуха и речи, имеющее временный, преходящий характер и обусловленное процессом охранительного торможения в слуховой и речедвигательной областях коры головного мозга, развивающегося в качестве реакции на сверхсильные раздражители (выстрел, психическая травма и т.п.), преимущественно у людей со слабой нервной системой. (См. Понятийно-терминологический словарь логопеда / Под ред. В.И. Селиверстова. М., 1997. С. 326);

- **врожденная афазия;**
- **онтогенетическая афазия;**
- **афазия развития;**
- **дисфазия** (Дисфазия (дис + греч. phasis – речь) – общее название нарушений речи любого происхождения. (См. Понятийно-терминологический словарь логопеда / Под ред. В.И. Селиверстова. М., 1997. С. 137);
- **временная задержка речевого развития;**
- **конституциональная задержка речи;**
- **нарушенное усвоение языка;**
- **неговорящие дети;**
- **запаздывание развития речи и др.**

Часто в специальных дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи термин «алалия» игнорируется и используется термин «**общее недоразвитие речи**». Эти термины не тождественны.

«Общее недоразвитие речи» – это термин, обозначающий различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне, при нормальном слухе и интеллекте.

Это симптомологический термин. Общее недоразвитие речи может наблюдаться при наиболее сложных формах детской речевой патологии:

алалии, афазии (системных, или полиморфных нарушениях речи), а также – ринолалии, дизартрии (нарушениях произносительной стороны речи) в тех случаях, когда выявляются одновременно недостаточность словарного запаса, грамматического строя и пробелы в фонетико-фонематическом развитии.

Структура речевого дефекта (совокупность речевых и неречевых симптомов и характер их связей) при ОНР может быть различной. При алалии ведущими (преобладающими) являются языковые (речевые) нарушения. Неречевые расстройства выступают как вторичные явления.

Распространенность алалии

Научно обоснованных статистических сведений о распространенности алалии нет. В среднем можно считать, что алалия встречается у 0,1% населения. Имеются данные о том, что среди детей дошкольного возраста алалия встречается примерно у 1%, а среди детей школьного возраста – у 0,6-0,2%. Авторы подчеркивают, что у мальчиков это нарушение речи встречается в 2 раза чаще, чем у девочек.

3. Причины алалии. Механизмы алалии

Причины алалии

Причины, вызывающие алалию, связаны с органическими поражениями ЦНС. Эти поражения могут наступать в пренатальном (внутриутробном), натальном (природовом), раннем постнатальном (послеродовом) периоде.

Пренатальные вредности могут быть биологические, химические, физические:

- воспалительные или травматические поражения головного мозга;
- алиментарно-трофические обменные патологические процессы;
- заболевания матери во время беременности: вирусные инфекции (краснуха, цитомегалия, токсоплазмоз и др.).

Краснуха – острая вирусная инфекционная болезнь с воздушно-капельным путем передачи; характеризуется кратковременным лихорадочным состоянием, пятнистой сыпью и припуханием заднешейных и затылочных лимфатических узлов.

Цитомегалия.

Этиология, патогенез: Вызывается вирусом, носящим название «вирус слюнных желез». Заболевание поражает главным образом новорожденных и детей в первые месяцы жизни. Заражение происходит внутриутробно. Для заболевания характерно появление в тканях своеобразных гигантских клеток с внутриклеточными включениями в протоплазме и ядре. Их находят в протоках слюнных желез, легких, печени, поч-

ках, поджелудочной железе. По размеру эти клетки в 5-6 раз превышают размеры эритроцита.

Симптомы, течение. Заболевание отличается крайним полиморфизмом, что во многом зависит от срока, в течение которого вирус цитомегалии действовал на плод в период внутриутробного развития. В зависимости от распространенности поражения различают две формы заболевания: локализованную и генерализованную.

При локализованной форме процесс ограничивается слюнными железами, в эпителии протоков которых обнаруживаются типичные клетки с включениями. Обычно поражается околоушная железа, реже подчелюстная. Заболевание в этой форме протекает бессимптомно.

Клинические проявления генерализованной формы цитомегалии довольно разнообразны и зависят от преимущественного поражения вирусом той или иной системы. Различают следующие клинические формы:

1. Легочная форма характеризуется наличием интерстициальной пневмонии (катаральных явлений нет, кашель сухой, нередко коклюшеподобный, быстро нарастающая одышка со значительным цианозом, глухостью тонов сердца, тахикардия, резкое вздутие грудной клетки, скудные сухие и влажные хрипы) и реже наличием множественных кист легких.
2. Церебральная форма проявляется судорогами, симптомами менинго-энцефалита и гидроцефалии с отставанием в умственном развитии.
3. Желудочно-кишечная форма сопровождается упорным поносом. При анатомическом исследовании обнаруживается картины язвенного энтерита, гипоплазия тонких и толстых кишок, а иногда фиброзные изменения поджелудочной железы.
4. Печеночная форма проявляется в виде желтухи, увеличения печени и селезенки.
5. Почечная форма характеризуется признаками нефрита и проявляется гематурией. В моче возможно нахождение специфических клеток.
6. Гематологическая форма выражается в анемии, увеличении печени и селезенки, геморрагических явлениях.
7. Надпочечниковая форма проявляется симптомами острой надпочечниковой недостаточности.
8. Кожная форма проявляется в виде упорной экземы.

Токсоплазмоз – паразитарное заболевание человека и животных, вызываемое токсоплазмами (род простейших, паразиты млекопитающих и человека): поражение лимфатических узлов, глаз, головного мозга и др.; нередко протекает в скрытой форме; человек заражается чаще всего от собак и кошек. Возможно внутриутробное заражение, в результате которого у ребенка выявляются различные уродства и аномалии развития:

поражения глаз, гидро- и микроцереалия, судорожные припадки; в головном мозгу встречаются участки обызвествления; нарушения интеллекта различной степени тяжести и др. Токсаплазмозом болеют многие домашние животные (собаки, кошки, свиньи, мелкий и крупный рогатый скот) и дикie животные (олени, серны, лисицы, белки, суслики и т.д.), а также птицы (куры, утки, голуби и др.). Больные животные и птицы выделяют возбудителя *T.* с мочой, фекалиями, слизью из носа, молоком. Человек заражается при употреблении в пищу недостаточно термически обработанных продуктов, содержащих возбудителя (мясо, молоко, яйца). Работники животноводческих хозяйств, боен, мясокомбинатов заражаются при непосредственном контакте с больными животными или в процессе обработки продуктов через поврежденную кожу (ссадины, царапины) и слизистые оболочки. Особенно опасны как источник заражения человека кошки, выделяющие возбудителя *T.* с фекалиями и загрязняющие окружающую среду, в частности, почву. Частички фекалий, содержащие возбудителей *T.*, попадая с почвы на шерсть кошек и собак, могут быть занесены с нее загрязненными руками в рот. Такой способ заражения особенно опасен для детей и беременных женщин. Попав в организм человека, возбудитель *T.* разносится током крови, поражая различные органы (мозг, глаза, селезенку, печень, лимфатические узлы и т.д.);

- венерические заболевания;
- эндокринные заболевания;
- соматические заболевания;
- опухолевые заболевания;
- кислородное голодание плода;
- курение.

Курение неблагоприятно влияет на репродуктивную функцию женщины, на течение беременности и родов. Показана связь курения с недоношенностью, отставанием детей в физическом и психическом развитии.

Пассивное курение также вредно. Муж тоже не должен курить;

- алкоголизм;
- наркомания;
- токсикозы беременности;
- прием лекарственных препаратов;
- радиация;
- вибрация;
- физические травмы в период беременности;
- психические травмы в период беременности.

Пониженный эмоциональный тонус, постоянные переживания, скандалы могут привести к отклонениям в нервно-психическом и, в частности, речевом развитии ребенка;

иммунологическая несовместимость крови матери и плода (по резус-фактору, системе АВО и другим антигенам эритроцитов). Резус- или груп-

повые антитела, проникая через плаценту, вызывают распад эритроцитов плода. В результате из эритроцитов выделяется токсическое для центральной нервной системы вещество – непрямой билирубин. Под его влиянием поражаются подкорковые отделы мозга, слуховые ядра, что приводит к специфическим нарушениям звукопроизносительной стороны речи в сочетании с нарушениями слуха.

Иммунологическая несовместимость крови матери и плода может привести к возникновению у ребенка ДЦП, дизартрии, алалии, гемолитического заболевания крови (ребенку при рождении кровь выкачивают из пупка и переливают).

При иммунологической несовместимости крови матери и плода первый ребенок рождается нормальный, второй тоже нормальный, за редким исключением, третий ребенок никогда не бывает нормальным.

В таких случаях нельзя делать аборт, нельзя стремиться стать матерью-героиней. Можно подыскать будущему ребенку другого отца.

Гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН) – гемолитическая желтуха новорожденных, обусловленная иммунологическим конфликтом между матерью и плодом из-за несовместимости по эритроцитарным антигенам.

Этиология. Болезнь развивается внутриутробно, обусловлена несовместимостью крови матери и плода либо по резус-фактору (мать резус-отрицательная, ребенок резус-положительный), либо по группам крови АВО. ГБН, связанная с групповой несовместимостью, возникает в случаях, если мать имеет 0 (I) группу крови, а ребенок А (II) или реже В (III). Она встречается с той же частотой, что и ГБН, обусловленная резус-несовместимостью. Протекает в более легкой форме (в 90% случаев), в связи с тем нередко не диагностируется. ГБН, связанная с АВО-несовместимостью, может возникнуть и при первой беременности.

Примечание. У большинства людей (85%) в эритроцитах (красных кровяных тельцах) содержится особое вещество, которое впервые было обнаружено в крови обезьян макака-резус, в связи с чем его назвали резус-фактором. В зависимости от наличия или отсутствия в крови этого фактора она соответственно обозначается как резус-положительная или резус-отрицательная.

Патогенез. Плод может наследовать от отца резус-фактор или антигены групповой принадлежности. Резус-антигены, АВО-антигены проникают через плаценту (детское место) в кровотоки матери и вызывают образование в ее организме специфических антител. Антитела через плаценту поступают в кровь плода, где разрушают соответствующие антигенсодержащие эритроциты (происходит их гемолиз). За этим следует развитие анемии (анемия, малокровие – болезненное состояние, характеризующееся снижением гемоглобина в крови. Гемоглобин содержится в эритроцитах и представляет собой сложное красящее вещество

крови, имеющее в своем составе железо. Он легко соединяется с кислородом и переносит его из легких к тканям организма) и накопление желтого пигмента – билирубина. Заболевание чаще развивается у детей, родившихся от второй и последующих беременностей, а также родившихся от беременности, которой предшествовали аборт (т.к. содержание антител в организме матери нарастает от беременности к беременности). Так, первый ребенок, как правило, рождается здоровым, второй – с легкими признаками анемии, третий – с явными признаками болезни. ГБН может развиваться и у ребенка, родившегося от первой беременности, если матери прежде делали переливание крови без учета резус-фактора.

Клиническая картина. Различают три формы гемолитической болезни новорожденных: отечную, желтушную, анемическую. Отечная форма – наиболее тяжелая и характеризуется общим отеком при рождении, накоплением жидкости в полостях (плевральной, сердечной сумке, брюшной), резкой бледностью с желтизной, увеличением печени, селезенки. Нередко дети рождаются мертвыми или погибают в первые часы после рождения.

Желтушная форма – самая частая клиническая форма; проявляется в первые-вторые сутки после рождения и быстро нарастает в последующие дни жизни; иногда ребенок рождается с желтушной окраской кожи. Желтуха обусловлена появлением и быстрым нарастанием в крови красящего вещества – билирубина, образующегося при разрушении эритроцитов. Билирубин обладает токсическими свойствами и при значительном накоплении может вызвать поражение мозга. При отсутствии эффективного лечения, нарастании билирубина, к концу первой недели жизни состояние ребенка резко ухудшается: он становится вялым, плохо сосет грудь, нередко появляются судороги, глазодвигательные расстройства. Дети, перенесшие такую тяжелую желтуху, в дальнейшем могут отставать в психическом и физическом развитии.

Анемическая форма – наиболее легкая, доброкачественная форма гемолитической болезни новорожденных – встречается в 10-15% случаев и характеризуется резкой бледностью кожи («как полотно», «мраморная бледность», «белизна лилии»), наиболее выраженной к концу первой – началу второй недели жизни, плохим аппетитом, вялостью, увеличением печени и селезенки, анемией, умеренным повышением билирубина.

Лечение. Лечение может быть как консервативным, так и оперативным (по показаниям). Консервативное лечение: внутривенное введение белковых препаратов, глюкозы; для повышения детоксикационной функции печени – фенобарбитал; светотерапия (лампы синего, белого и дневного света), так как под действием света происходит распад билирубина в коже посредством фотоокисления; витамины группы В и др.

Оперативное лечение: заменное переливание крови с целью выведения непрямого билирубина, противорезусных антител, способствующих

дальнейшему гемолизу, борьба с анемией. Используют резус-отрицательную (в более легких случаях можно и резус-положительную) однокрупповую кровь, а при АВО-конфликте – эритроциты О (I) группы в плазме АВ (IV) группы. К оперативному лечению прибегают при наличии желтухи с рождения, высокой концентрации и быстром темпе нарастания билирубина в пуповинной крови, снижении гемоглобина.

В последние годы применяют гемосорбцию – удаление билирубина из крови при прохождении ее через сорбент. Преимущества гемосорбции: ребенку не вводят чужеродный белок, исключается опасность передачи различных заболеваний через донорскую кровь (сывороточный гепатит, СПИД, сифилис).

По показаниям иногда приходится повторять и заменное переливание крови, и гемосорбцию.

Если ребенок не получал заменного переливания крови, его кормят донорским молоком 2 недели; если переливание было, к груди можно приложить раньше – через 5-7 дней.

Прогноз при более легких формах и при тяжелых, но леченных правильно, благоприятный. При отсутствии эффективного лечения гипербилирубинемии возможно развитие ядерной желтухи с отставанием в психическом и физическом развитии.

Профилактика направлена на предупреждение рождения детей с ГБН. Для этого у всех беременных в консультациях исследуют кровь на резус-фактор и определяют ее группу. Женщин с резус-отрицательной кровью берут на учет; выясняют, не производилось ли им ранее переливание крови, не рождались ли дети с ГБН, мертворожденные, делались ли аборт; у них регулярно исследуют кровь на резус-антитела. При появлении антител (нарастании их в крови) проводят профилактическое лечение. Из специфических методов наиболее распространенными в настоящее время являются подсадка кожного лоскута от мужа в последние 3 месяца беременности, а также введение первобеременной, если у ребенка резус-положительная кровь, сразу после родов антирезус-иммуноглобулина. Женщинам с первой беременностью, имеющим резус-отрицательную кровь, не рекомендуется делать аборт и рекомендуется делать перерыв 4-5 лет перед последующей беременностью. Дети, перенесшие ГБН, находятся на диспансерном учете с ежемесячным осмотром невропатолога, ортопеда, окулиста.

Известно свыше 20 внутриутробных вредностей. Существуют и неизвестные внутриутробные вредности, например, анилиновая краска, с которой работают женщины-маляры, сохранение беременности и т.д.

Тяжесть речевых нарушений и других дефектов развития во многом зависит от времени поражения мозга во внутриутробном периоде. Наиболее тяжелые повреждения отмечаются в первом триместре беременности, а

также во время всего периода эмбриогенеза, т.е. от 4 недель до 4 месяцев беременности.

Патологические воздействия на поздних стадиях беременности обычно не вызывают тяжелых пороков развития, а ведут к задержке созревания нервной системы, к нарушению миелинизации ее структур.

Алалия может возникнуть при патологическом воздействии в любой срок беременности (сравн. ринолалия возникает при действии внутриутробных вредностей в первой половине беременности);

неблагоприятная наследственность, семейная предрасположенность.

Роль наследственности, семейной предрасположенности в этиологии алалии подчеркивали Р. Коэн, 1888; М.Зеeman, 1961; Р. Лухзингер, А. Салей, 1977 и др. Однако убедительных научных данных о роли наследственности в происхождении алалии в литературе не приводится.

Натальные (природовые) причины:

- природовые черепно-мозговые травмы (могут привести к ДЦП, дизартрии, алалии);
- мелкоточечные кровоизлияния в мозг вследствие тяжелых и быстрых родов.

Родовая травма приводит к внутричерепным кровоизлияниям и гибели нервных клеток. Внутричерепные кровоизлияния могут захватывать и речевые зоны коры головного мозга, что влечет за собой различные нарушения речи коркового генеза (алалию);

- стимуляции при родах;
- щипцовые роды (сдавливание лобных долей может привести к моторной алалии, сдавливание височных долей – к сенсорной алалии);
- асфиксия новорожденных (белая, красная, синяя в зависимости от показателей жизнеспособности) – кислородное голодание плода в момент родов.

Родовые травмы и асфиксии в ряде случаев являются следствием внутриутробной патологии и усугубляют нарушения развития мозга плода, возникшие внутриутробно.

Внутриутробная патология часто сочетается с повреждением нервной системы ребенка при родах. Это сочетание в современной медицинской литературе обозначается термином «перинатальная патология». Такие поражения нервной системы объединяют различные патологические состояния, обусловленные воздействием на плод вредоносных факторов во внутриутробном периоде, во время родов и в первые дни после рождения. Перинатальная патология может быть обусловлена заболеваниями матери во время беременности, инфекциями, интоксикациями, токсикозами беременности, а так же многообразной акушерской патологией (узкий таз, затяжные или стремительные роды, преждевременное отхождение вод, обви-

тие пуповиной, неправильное предлежание плода и др.). Имеют значение также акушерские манипуляции, которые могут повредить нервную систему плода.

Ранние прижизненные (постнатальные) вредности:

- ранние (до трех лет) прижизненные травмы мозга (ранние травматические поражения головного мозга). Плохо, если пострадала левая часть головы. Надо учить детей падать. Пример. На ребенка в возрасте 5 мес. с комода упала тяжелая пудреница. Были все симптомы сотрясения головного мозга: рвота, крик, глубокий сон. Этот ребенок в возрасте 7 лет не говорил;

- болезни раннего детства с осложнением на мозг, воспалительные поражения головного мозга как осложнения после менингита, энцефалита, менинго-энцефалита, краснухи и др. нейроинфекционных заболеваний;

- опухоли в зоне Брока или в зоне Вернике.

Экология:

Космодром «Байконур»,

Чернобыльская атомная электростанция,

г. Семипалатинск (ядерный полигон),

г. Москва;

- соматические заболевания, вызывающие истощение центральной нервной системы: гипотрофия – одна из форм хронического расстройства питания, при которой у ребенка снижается масса тела и постепенно развивается истощение (по наблюдениям С.С. Корсакова и Н.Н. Красногорского), часто повторяющиеся заболевания дыхательных путей, рахит, нарушения питания и сна в раннем детстве (Ю.А. Флоренская).

Из-за недостатка питания ребенок кричит, капризничает, становится возбудимым или вялым.

***Рахит, рахитоподобные заболевания** – это болезненные состояния, связанные с нарушением обмена веществ в организме, главным образом обмена кальция и фосфора. Рахит чаще встречается у детей раннего возраста, а рахитоподобные заболевания могут наблюдаться в любом возрасте и в большинстве случаев передаются по наследству. Как при рахите, так и при рахитоподобных болезнях страдает костная система и развиваются деформации ног и рук, нарушается походка («утиная походка»), дети отстают в росте.*

Точка зрения, что алалия может быть следствием соматического заболевания, разделяется не всеми авторами. По-видимому, соматические заболевания лишь усугубляют воздействие патологических причин неврологического характера, которые являются ведущими.

Механизмы алалии

Вопрос о механизмах алалии в настоящее время является наиболее сложным и дискуссионным. Существующие концепции объяснения механизма алалии условно подразделяются на **сенсомоторные, психологические и языковые.**

Сенсомоторные концепции

Сторонники сенсомоторных концепций связывают речевое недоразвитие при алалии с патологией сенсомоторных функций (слуховой агнозией, апраксией).

Психологические концепции

В соответствии с психологическими концепциями при алалии отмечается патология некоторых сторон психической деятельности.

Языковые концепции

Сторонники языковых концепций связывают недоразвитие речи с несформированностью языковых операций процесса восприятия и порождения речевых высказываний. Такая точка зрения является более обоснованной и соответствует современным научным представлениям о речи как о многоуровневой деятельности, которая имеет сложную структуру и не может быть сведена только лишь к сенсомоторному уровню. (См. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. М., 1989. С. 337-338).

4. Симптоматика алалии

При алалии имеют место речевые и неречевые симптомы, между которыми существуют сложные опосредованные отношения. В симптоматике расстройств при алалии **преобладающими** являются **языковые нарушения.**

Алалия представляет собой **системное недоразвитие речи**, при котором нарушаются все компоненты речи: фонетико-фонематическая сторона, лексико-грамматический строй.

Выделяются разные степени выраженности алалии: от простой словесной неловкости (с элементами фонетического и лексико-грамматического недоразвития) до полной неспособности пользоваться разговорной речью (полного отсутствия речи).

С учетом степени нарушения речи и динамики развития речи Н.Н. Трауготт (1940) и Р.Е. Левина (1968) выделили различные уровни (этапы) развития речи при алалии.

Первый уровень (этап) развития речи. Характеризуется полным или почти полным отсутствием словесных средств общения.

Словарный запас. Активный словарь

В словаре ребенка имеется несколько слов (около 10). Как правило, большая часть слов имеет характер детского лепета: это звукоподражания и звуковые комплексы, образованные самими детьми и непонятные для окружающих. Лепетные слова представляют собой звуковые осколки слов: начальный звук (у-утка), ударный слог (па-папа), повторение одного и того же слога (би-би-машина). По своему звучанию лепетные слова могут напоминать общеупотребительные (уу-петух, тита-киса) и могут быть не похожи на правильные слова (ки-воробей). Лепетная речь сопровождается жестами и мимикой, например, ребенок говорит «но» и показывает на лошадь (указательный жест).

Одновременно с лепетными словами и жестами на этом уровне развития речи дети могут пользоваться и отдельными общеупотребительными словами. Однако эти слова еще недостаточно сформированы по структуре и звуковому составу, а также употребляются в неточных значениях. Дифференцированное обозначение предметов и действий почти отсутствует.

Слово характеризуется многозначностью. Одно и то же слово может обозначать различные предметы, явления, действия. Объединение предметов, явлений, действий под тем или иным названием определяется сходством отдельных частных признаков. **Например**, словом «беда» один ребенок обозначал все, что связано с неприятными переживаниями: сделали замечание, не дали игрушку, не пустили гулять, потерялась вещь и т.д.

Ориентируясь на внешнее сходство, дети часто один и тот же предмет в разных ситуациях называют разными словами, например, паук на разных картинках назывался то «жук» («сюк»), то «таракан» («тлякан»), то «пчела» («теля»), то «оса» («атя»).

Названия действий часто заменяются названиями предметов: открывать – «древ» (дверь); играть в мяч – просто «мяч», а названия предметов могут заменяться названиями действий: кровать – «пать», самолет – «летай»).

Небольшой запас слов, имеющийся у детей, отражает главным образом непосредственно воспринимаемые через органы чувств предметы и явления. Словесное выражение более отвлеченных отношений действительности на этой ступени речевого развития детям почти недоступно.

Таким образом, активный словарь в зачаточном состоянии. Он состоит из звукоподражаний, лепетных слов и небольшого количества общеупотребляемых слов. Значения слов неустойчивы и недифференцированы.

Пассивный словарь детей, находящихся на первом уровне речевого развития, значительно шире активного. Это создает впечатление, что дети все понимают, но сами сказать ничего не могут. Это впечатление нередко оказывается обманчивым. В действительности дети часто понимают обра-

ценную к ним речь только на основании подсказывающей ситуации, многих слов не понимают вовсе (ветка, двор, конура, паук, грива и др.). Почти полностью отсутствует понимание значений грамматических изменений слова. В обстановке, свободной от ситуационных ориентирующих признаков, дети не различают форм единственного и множественного числа существительного, прошедшего времени глагола, прилагательного, форм мужского и женского рода. Так, дети одинаково реагируют на словесную просьбу «Дай карандаш» и «Дай карандаши», не соотносят с различными ситуациями формы числа глаголов и прилагательных (бежит – бегут, сидит – сидят, пьет – пьют и т.д.), не различают слов «большая – большие», «красный – красное – красная», «разбил – разбила» и т.п. Дети не понимают предлогов.

Существенную роль на этом уровне понимания речи играет лишь лексическое значение, а грамматические формы в расчет не принимаются.

Наряду с этим можно наблюдать смешение значений слов, имеющих сходное звучание (рамка – марка, деревня – деревья).

Таким образом, пассивный словарь шире активного, однако понимание речи вне ситуации весьма ограничено.

Звуковая сторона речи

Бедность и своеобразие словарного запаса не всегда позволяют точно определить на этом уровне состояние произношения отдельных звуков речи; обнаруживаются такие черты, как непостоянный характер звукового оформления одних и тех же слов (карандаш – «адас», дверь – «теф», «вефь», «веть»); произношение отдельных звуков часто лишено постоянной артикуляции, вследствие чего точное звучание слов передать невозможно. Все согласные звуки отличаются от фонетической системы языка. Они неточны, смазанны.

На уровне лепетной речи звуковой анализ слова совершенно недоступен ребенку. Сама по себе задача выделения отдельных звуков оказывается для него непонятной. Привлечь сознание детей к звуковой стороне речи удастся только после длительной подготовительной работы; попытки обучения грамоте на данном уровне без соответствующей речевой подготовки обычно не дают никаких результатов.

У таких детей ограничена способность воспроизводить слоговые элементы слова. В самостоятельной речи детей преобладают односложные и двусложные образования, а в отраженной речи явно заметна тенденция сократить повторяемое слово до одного-двух слогов (кубики – «ку», карандаш – «дас»).

Способность к восприятию и воспроизведению слоговой структуры слова еще не сформирована. Лишь у отдельных детей, находящихся на верхней границе данного уровня, можно отметить появление единичных трех- и четырехсложных слов с достаточно постоянным составом звуков.

Обычно это слова, часто употребляемые в обиходе. Они составляют своего рода образец, по которому в дальнейшем перестраивается вся речь.

Таким образом, способность воспроизводить звуковую и слоговую структуру слова еще не сформирована.

Грамматический строй

Не отмечено сколько-нибудь стойкого пользования морфологическими элементами для выражения грамматических значений. Преобладают «корневые» слова, лишенные флексий. Чаще всего это неизменяемые звуковые комплексы. Лишь у некоторых детей можно встретить попытки выделить название предметов, действий, качеств. Так, слово «акой» (открой) может употребляться применительно ко всем оттенкам значения: открыл, откроет, открывает, надо открыть и т.д.

Морфологическая система не сформирована. Согласование и управление отсутствуют.

Фразой дети почти не владеют. Лишь у некоторых, более развитых в речевом отношении, наблюдаются попытки высказать свои мысли целыми лепетными предложениями, например: «Папа туту» (Папа уехал) – двухсловная фраза: слово + звукоподражание; «Тетя, во бак» (Тетя вот бак) – трехсловная фраза: обращение, слово.

Стремясь рассказать о каком-то событии, дети оказываются способными назвать только отдельные слова или одно-два искаженных предложения. Например, вспоминая свой поход за грибами, десятилетний мальчик рассказывает: «Маля Митя гиби Идот. Сем.». Это должно означать, что маленький Миша ходил за грибами в лес, принес грибы домой и дома их ел.

Второй уровень (этап) речевого развития

Характеризуется тем, что речь становится более развернутой, речевые возможности детей значительно возрастают, но недоразвитие всех компонентов речи выражено очень отчетливо.

Словарный запас.

Активный словарь

Запас общеупотребительных слов становится довольно разнообразным. Используются слова, обозначающие предметы, действия, качества, личные местоимения, иногда – предлоги и союзы. Однако в общем объеме слов преобладают существительные, меньше глаголов, почти нет прилагательных, предлогов, союзов и частиц.

Дети не знают многих слов. Так, вместо слова «чистить» мальчик говорит: «пальто шотком стряхает».

При неумении назвать слово прибегают к жестам (чулок – «нога» и жест надевания чулка; полка – «мыло» и показывает, как на полку можно положить вещь).

Название действия заменяется названием предмета, на который это действие направлено или которым оно совершается, и сопровождается соответствующим жестом (подметает – «пол» и показ действия; режет хлеб – «хлеб», «ножик» и жест резания).

Нередко дети заменяют нужное слово названием сходного другого предмета, но при этом добавляют отрицание не (помидор – «яблоко не»).

И на этом этапе часто сохраняются слова, характерные для первого детского лепета. Также изредка встречаются индивидуальные слова, изобретенные самим ребенком и употребляемые им на протяжении нескольких лет («папу» – хлеб).

Обладая небольшим словарем, дети склонны расширять значение слов, например: слово «пить» обозначает и чашку, и действие, и напиток; слово «здравствуйте» помимо прямого назначения применяется для обозначения руки, пальцев и перчаток.

Таким образом, активный словарь расширяется не только за счет существительных и глаголов, но и за счет использования некоторых (преимущественно качественных) прилагательных и наречий.

Пассивный словарь. Понимание речи

Понимание речи на этой стадии речевого развития улучшается. Появляется различие некоторых грамматических форм, но это различие еще очень неустойчиво.

В определенных условиях дети различают на слух и дифференцированно понимают формы единственного и множественного числа существительных и глаголов, особенно с ударными окончаниями. Здесь происходит ориентация не только на лексику, но и на морфологические элементы, которые приобретают смысловозначительное значение. Становится возможным различие на слух и правильное понимание форм мужского и женского рода глаголов прошедшего времени, хотя ошибки при выделении этих форм еще нередки.

Понимание форм числа и рода прилагательных почти полностью отсутствует, а значения предлогов различаются только в хорошо знакомой ситуации.

Таким образом, улучшается понимание речи, расширяется пассивный словарь, возникает понимание некоторых грамматических форм.

Звуковая сторона речи

На этом уровне речевого развития возможна более точная характеристика звуковой стороны речи. Можно выделить правильно и неправильно произносимые звуки. Количество последних нередко достигает 16-20. Нарушенными чаще всего оказываются звуки «с», «с'», «з», «з'», «ц», «ш», «ж», «ч», «ш», «л», «л'», «р», «р'», «б», «б'», «д», «д'», «г», «г'».

Характерны замены твердых согласных мягкими или, наоборот, мягких согласных твердыми (пять – «пат», пыль – «пил»).

Гласные обычно артикулируются неотчетливо.

Между воспроизведением звуков изолированно и употреблением их в речи имеются резкие расхождения. Так, умея правильно произносить звонкие взрывные согласные, ребенок смешивает их с глухими (боты – «боды», белка – «пелька»). Аналогично могут взаимозаменяться свистящие и шипящие, сонорные «р»-«л» (подушка – «бадуська», репа – «леба»).

Дети могут правильно воспроизводить контур слов любой слоговой структуры, но звуковой состав этих слов является еще очень диффузным. Более или менее правильно передается звуковой состав односложных слов, состоящих из одного закрытого слога, например: мак, без стечения согласных. Повторение простейших двусложных слов, состоящих из прямых слогов, во многих случаях не удается, хотя в отдельности звуки, входящие в состав таких слов, произносятся правильно (пила – «ля», ваза – «вая» и т.д.).

Еще более ярко выраженные затруднения встречаются при воспроизведении звукового состава двусложных слов, имеющих в своем составе обратный и прямой слоги. Количество слогов в слове сохраняется, однако звуковой состав слов, последовательность звуков и слогов в слове часто воспроизводится неверно (окно – «кано», «ано», «ако», «анек»; очки – «атки», «аки» и т.д.).

При повторении двусложных слов с закрытым и прямым слогом часто обнаруживается выпадение звуков (банка – «бака», вилка – «вика» и т.д.).

Наибольшие затруднения вызывает произношение односложных и двусложных слов со стечением согласных в слоге. Здесь часто наблюдается выпадение одного из рядом стоящих согласных, а иногда и нескольких звуков (звезда – «визьга», «вида», «ада» и т.д.)

В трехсложных словах, наряду с искажением и опусканием звуков, встречаются перестановки слогов и опускание их (голова – «ава», «ува», «ковоя»; борода – «адя», «быда», «добора» и др.)

В трехсложных словах искажения звуков значительно более резко выражены, чем в двусложных.

Четырех-, пятисложные слова и сложные слоговые структуры произносятся детьми настолько искаженно, что слова становятся совершенно непохожими на образцы. В ряде случаев происходит укорачивание многосложной структуры (милиционер – «аней», «мытате»; велосипед – «сипед», «сипек», «апед», «тапитет»).

Произношение еще более нарушается в развернутой речи. Нередко слова, которые отдельно произносились либо правильно, либо с небольшими искажениями, во фразе теряют всякое сходство с заданным словом (В клетке лев – «Клеки вефь», «Кретки реф»).

Недостаточное овладение звуковым составом слова мешает овладению словарным запасом и грамматическим строем, о чем свидетельствуют

смешения значений слов (грива понимается как грибы, шерсть как шесть и др.) Дети с этим уровнем развития речи не усваивают чтения и письма без специального обучения.

Таким образом, произношение звуков и слов, как правило, нарушено резко. Легко обнаруживается неподготовленность детей к овладению звуковым анализом и синтезом.

Грамматический строй

Существительные употребляются главным образом в именительном падеже, а глаголы в инфинитиве или в форме третьего лица единственного и множественного числа настоящего времени, но при этом глаголы могут не согласовываться с существительными ни в числе, ни в роде. Например, на вопрос «С кем ходил в кино?» ребенок отвечает: «Мама», «Папа» – «Что делал?» – «Я умываца».

Существительные в косвенных падежах в речи детей встречаются, но употребление их носит случайный характер, фраза, как правило, бывает аграмматичной: «Играет с мячику», «Пошли на горке».

Аграмматичным является изменение имен существительных по числам: «две уши», «два печка».

Форма прошедшего времени глагола нередко заменяется формой настоящего времени, и наоборот: «Витя елку иду» вместо «пойдет»; «Витя дом рисовал» вместо «рисует»).

Аграмматизм наблюдается и в употреблении числа и рода глаголов. Встречаются взаимозамены единственного и множественного числа: «кончилась уроки», «девочка сидат», смешение глаголов прошедшего времени мужского и женского рода: «мама купил», «девочка пошел» и др.

Средний род как существительных, так и глаголов прошедшего времени в активной речи детей не употребляется.

Прилагательные в предложении могут не согласовываться с другими словами: «красин лента», «вкусная грибы».

Предлоги употребляются неправильно (заменяются): «Собака живет на будке» (Собака живет в будке), а чаще опускаются: «Я была лелька» (Я был на елке).

Таким образом, происходит некоторое обогащение речи за счет использования отдельных форм словоизменения. Наблюдаются попытки детей изменять слова по родам, числам и падежам, глаголы по временам, однако эти попытки чаще всего оказываются неудачными (допускаются морфологические аграмматизмы).

Намечающееся грамматическое словоизменение касается главным образом существительных и глаголов, т.е. тех слов, которые раньше вошли в активную речь детей. Имена прилагательные и слова, относящиеся к другим частям речи, изменениям подвергаются мало.

Они используются в той грамматической форме, которая является для ребенка изначальной.

Способами словообразования дети совсем не пользуются.

Дети начинают употреблять фразу из 2-3 слов, но построение фразы своеобразное: часть слов заменяется мимикой (нарушена структура фразы), падежные окончания отсутствуют, имеет место полный аграмматизм.

На этом уровне развития речи есть **связная речь**, которая представляет собой несколько предложений (3-4), часто не имеющих между собой связи по смыслу.

Валя П. (5 лет 8 мес.), глядя на картину, изображающую козу на лужайке, рассказывает: «Ам ам не», «бе» «дядя» проводит рукой по шее – Это означает: есть было нечего, дядя зарезал козу.

Третий уровень (этап) речевого развития

Характеризуется тем, что обиходная речь детей становится достаточно развернутой. Грубых лексико-грамматических и фонетических отклонений уже нет. Имеются лишь отдельные пробелы в развитии фонетики, лексико-грамматического строя. Отчетливо выступают недостатки чтения и письма.

Словарный запас.

Активный словарь

На третьем этапе развития речи алалик обладает довольно богатым запасом слов, значение которых уточнилось и специализировалось. Лепетные слова исчезают, искажений становится меньше.

У детей отмечается незнание, неточное знание и употребление некоторых слов. Ошибки такого рода не часты, однако можно видеть, как, не зная того или иного слова, дети употребляют слово, обозначающее сходный предмет (кондуктор – «кассир», кресло – «диван»). Иногда нужное слово заменяется другим, близким по звуковому составу (смоля – «зола»). То же самое происходит и с названиями некоторых мало знакомых детям действий: вместо «строгать» ребенок говорит «чистить», вместо «вязать» – «плести» и т.д.

Иногда дети прибегают к пространственным объяснениям вместо того, чтобы назвать предмет или действие.

Из-за ограниченности словарного запаса в измененной ситуации происходит неточный отбор слов. Так, например, девочка составляет предложение: «Мать моет ребенка в корыте». Заменить глагол «моет» глаголом «купает» ей долго не удастся. Очевидно, слово «купает» у нее связано с определенной ситуацией (купаться в реке).

Другой ученик (3 класс массовой школы) долго не может решить, как надо сказать (по картинке): «Тетя ставит тарелку на стол» или «кладет», «ставит» или «поставила».

Некоторые слова, хотя и знакомые детям, оказываются еще недостаточно закрепленными в речи вследствие редкого их употребления. Поэтому при построении предложений дети стараются обходить их (памятник – «героям ставят», растапливает печь – «кладет в печку дров и зажигает»). Такие, казалось бы, знакомые глаголы, как «поить» и «кормить», у многих детей зачастую недостаточно дифференцируются по значению.

Замены слов, как и на предыдущем уровне, происходят как по смысловому, так и по звуковому признакам.

Так обстоит дело с употреблением в речи имен существительных и глаголов, которые составляют большую часть словарного запаса.

Из числа прилагательных употребляются преимущественно качественные, обозначающие непосредственно воспринимаемые признаки предметов: величину, цвет, форму, некоторые свойства предметов (сладкий, теплый, твердый, легкий и др.). Относительные и притяжательные прилагательные используются только для выражения хорошо знакомых отношений: «мамина сумка», «Колин портфель».

Сравнительно благополучно обстоит дело с употреблением местоимений различных разрядов. Наречия встречаются в речи детей редко, хотя многие из них детям знакомы.

Дети довольно часто пользуются простыми предлогами, особенно для выражения пространственных отношений: в, к, на, под, за, из и др. Но здесь допускаются большое количество ошибок: предлоги могут опускаться, заменяться и т.д. Один и тот же предлог при выражении различных отношений может опускаться или заменяться («положить в шкаф», но «играть городки»). Это указывает на неполную сформированность понимания значений даже наиболее простых предлогов.

На этой стадии возникает потребность в употреблении предлогов, поэтому дети часто предпринимают упорные поиски правильного применения того или другого из них («Я взял книжку у ... в ... из шкафа»).

Характерно, что с помощью предлогов дети стараются выразить главным образом пространственные отношения. Всякие другие отношения (временные, причинные, сопроводительные, разделительные) с помощью предлогов выражаются значительно реже. Особенно редко используются предлоги, выражающие не только отношения, но и обстоятельства, характеристику действия или состояния, свойства предметов или способ действия (около, между, через, сквозь и др.). Из них более часто употребляется предлог «около» («около дома», «около школы»), значения других мало знакомы детям.

Речь детей характеризует бедный запас слов, выражающий оттенки значений. Эта бедность частично обуславливается неумением различить и выделить общность корневых значений.

Пассивный словарь

Понимание обиходной речи на этой ступени значительно полнее и точнее, чем раньше. Лишь изредка возникают ошибки в понимании речи, связанные с недостаточным различением форм числа, рода и падежа существительных и прилагательных, временных форм глагола.

Чаще на этом уровне страдает понимание оттенков значений однокоренных слов, а также тех выражений, которые отражают причинно-следственные, временные, пространственные и другие связи и отношения.

Таким образом, на фоне сравнительно развернутой речи наблюдается неточное знание и неточное употребление многих обиходных слов. В активном словаре детей преобладают существительные и глаголы. Мало слов, характеризующих качества, признаки, состояния предметов и действий, а также способы действий. Большое количество ошибок наблюдается в использовании простых предлогов и почти не используются в речи более сложные предлоги.

Понимание обиходной речи в основном хорошее, но иногда обнаруживается незнание отдельных слов и выражений, смешение смысловых значений слов, близких по звучанию, нетвердое овладение многими грамматическими формами. Это особенно проявляется при чтении учебных и художественных текстов.

Звуковая сторона речи

Звуковая сторона речи на описываемом уровне значительно более сформирована. Дефекты произношения звуков позволяют обнаруживать закономерные затруднения в различении фонем, принадлежащим лишь к родственным группам. Прежняя диффузность смешений, случайный их характер исчезают. Поэтому на данном уровне становится возможным не только подготовительное, но и непосредственное обучение чтению и письму. Однако чтение и письмо детей с этим уровнем развития речи оказываются неполноценными.

На данном уровне дети пользуются полной слоговой структурой слов. Лишь в качестве остаточного явления отмечаются перестановки звуков, слогов и слов (колбаса – «кобалса», сковорода – «соквешка»). По сравнению с предыдущим уровнем речевого развития здесь нарушения слоговой структуры слова проявляются значительно реже, главным образом при воспроизведении незнакомых слов.

Таким образом, у большинства детей на этой стадии еще сохраняются недостатки произношения звуков и нарушения структуры слова, что создает большие трудности в овладении звуковыми анализом и синтезом.

Грамматический строй

На этом этапе алалики пользуются простыми предложениями, правильно формулируют короткие фразы бытового значения. При необходимости построить более сложные предложения, выражающие, например, цепь взаимосвязанных действий с разными предметами, дети испытывают большие затруднения. В одних случаях они стараются длинные предложения разделить на несколько коротких, в других случаях им совершенно не удается включить в последовательные действия все данные в ситуации предметы. **Так, например, ученик не мог рассказать по картинке, что девочка наливает воду из крана в стакан. Он сказал так: «Девочка наливает из стакана воду из крана ... из трубы, из крана в стакан» и т.д. В то же время первоклассники из массовой школы, не имеющие речевых отклонений, легко и правильно составляли предложения по таким картинкам. Иногда они упускали из виду какой-либо предмет, но стоило указать на этот предмет, как предложение свободно дополнялось.**

У детей в самостоятельных высказываниях часто отсутствует правильная связь слов в предложениях, выражающих временные, пространственные и другие отношения. Так, **желая рассказать о весне, 12-летний мальчик говорит: «Сегодня уже весь снег растаял, как прошел месяц». Мальчик понимает, что сначала растаял снег, а потом прошел месяц, но выразить эти причинно-следственные отношения в предложении ему не удалось.**

Отмечается довольно большое количество ошибок в словоизменении, вследствие чего нарушается синтаксическая связь слов в предложениях. К числу таких ошибок могут быть отнесены: смешение окончаний некоторых существительных мужского и женского рода («висит ореха... одна ореха... орех... одна орехня»), замена окончаний существительных среднего рода в именительном падеже окончанием существительных женского рода (копыто – «копыта», корыто – «корыта», зеркало – «зеркалы»), склонение имен существительных среднего рода как существительных женского рода («пасет стаду», «зашиб копыту»), неправильные падежные окончания слов женского рода с основой на мягкий согласный («солит соли», «нет мебели»), неправильное соотнесение существительных и местоимений («солнце низко, он греет плохо»), ошибочные ударения в слове («с полá», «по ствóлу»), неразличение вида глаголов («сели, пока не перестал дождь», вместо «сидели»), ошибки в беспредложном и предложном управлении («пьет воды», «кладет дров», «для стенгазета»), неправильное согласование существительных и прилагательных, особенно среднего рода («небо синяя», «солнце огненная»). Реже встречается неправильное согласование существительных и глаголов («мальчик рисуют»).

Особенно заметны затруднения в словоизменении при выполнении специальных заданий. Так, не всегда дети могут образовать множественное число существительных и глаголов от слов, данных в единственном

числе, и наоборот (стул – «стулы», брат – «братья», уши – «уша», пишет – «пиши», «пишите» и др.).

Неумение пользоваться способами **словообразования** приводит к весьма ограниченной возможности варьировать слова. Сама задача преобразования слова нередко оказывается для детей малодоступной. Об этом свидетельствуют примеры подбора однокоренных слов. Так, по заданию подобрать однокоренные слова к слову «озеро» дети подбирают «реки», «моря», по заданию преобразовать прилагательное «вишневый» в родственное существительное (название предмета) дети отвечают «из фруктов», к слову «золотой» в качестве однокоренного подбирают слово «железо». Эти и подобные примеры показывают, что средства фонетического выражения значений и морфологический состав слов еще недостаточно подмечаются.

Поэтому не удивительно, что дети с этим уровнем речевого развития с трудом выполняют школьные упражнения на подбор однокоренных слов. Способы их образования крайне бедны. Они часто сводятся к стереотипным изменениям в роде или числе (снег – «снеги», лес – «леса», лед – «леды», час – «часы» и т.п.) Очень редко дети прибегают к более сложным приемам с использованием суффиксов, приставок и т.д. Во многих случаях подбор слов оказывается совсем неправильным. Так, к слову «гриб» подбирается слово «гребцы», садовник – «садник», «роса» – «рос» и т.д. Процесс преобразования слов затруднен и звуковыми смешениями. Так, к слову «город» подбирается в качестве родственного слово «голодный», к слову «свисток» – «цветы» и т.д. В первом случае, очевидно, сказалось смешение «р» - «л», во втором - смешение «с» - «ц».

Таким образом, в активной речи используются преимущественно простые предложения. Отмечаются большие затруднения, а часто и полное неумение распространять предложения и строить сложные предложения (сочиненные и подчиненные).

Наблюдается недостаточная сформированность грамматических форм языка, ошибки в падежных окончаниях, смешение временных и видовых форм глаголов, ошибки в согласовании и управлении. Способами словообразования дети почти не пользуются.

Неречевая симптоматика при алалии включает неврологические: моторные, сенсорные, психопатологические симптомы.

Неврологические симптомы

У данной категории детей наблюдается неврологическая симптоматика различной степени выраженности: от стертых проявлений мозговой дисфункции и единичных знаков повреждения центральной нервной системы до выраженных неврологических расстройств. Это могут быть слабо-выраженные гемипарезы, преимущественно в органах речевого аппарата,

вследствие чего возникает оральная и артикуляционная апраксия. По данным Н.Н. Трауготт, оральная апраксия встречается у 10% детей с алалией. У них отмечается физическая недостаточность, соматическая ослабленность. Выявляется общая моторная неловкость детей, неуклюжесть, дискоординация движений, их недостаточная точность, замедленность или расторможенность. Отмечаются понижение моторной активности, недостаточная ритмичность, нарушение динамического и статического равновесия: дети не могут стоять и прыгать на одной ноге, ходить на носках и на пятках, бросать и ловить мяч, ходить по бревну и т.д. Недостаточность координации особенно заметна в ручной и мелкой моторике пальцев рук: при бросании, нанизывании и т.д. Имеются данные о преобладании у детей с алалией левшества и амбидекстрии. Одни дети расторможены, импульсивны, хаотичны в деятельности, гиперактивны, другие, наоборот, вялые, заторможенные, инертные, аспонтанные. Эти симптомы необходимо рассматривать как сосуществующие с алалией, но не обуславливающие ее.

Психопатологические симптомы

Психопатологическая симптоматика у детей разноплановая: отмечается недоразвитие многих высших психических функций (восприятия, памяти, внимания, мышления и др.), особенно на уровне произвольности и осознанности. У некоторых детей имеются нарушения зрительных представлений (не узнают перечеркнутые, перевернутые изображения, не соотносят круг и квадрат и т.д.). При алалии имеются **особенности памяти**: сужение ее объема, быстрое угасание возникших следов, ограниченность удержания словесных раздражителей и т.д. У ряда детей отмечаются нарушения кратковременной и долговременной памяти. Особенно страдает вербальная память: произвольная, опосредованная, включающая память на слова, фразы, целостные тексты. Вербальная память является специфической человеческой памятью в отличие от двигательной, образной, эмоциональной. При зрительном подкреплении дети запоминают материал легче, то есть речезрительная память оказывается более развитой. Трудности в подборе слов вместе с забыванием слов и затруднениями в воспроизведении их структуры резко ограничивают возможности произвольного высказывания ребенка. Отмечается снижение активной направленности в процессе припоминания сюжетной линии, последовательности событий, недостаточная активность наблюдательности, дети как бы скользят взором по картинке, не видя, не улавливая существенных деталей. Многие дети отвлекаемы, у них нарушено произвольное **внимание**. Часто у детей отмечается недостаточность **конструктивной деятельности**: они не могут достроить, перестроить, построить по образцу. У детей-алаликов узкое, **ограниченное представление об окружающем мире** по сравнению с нормой: они обладают недостаточными знаниями о некоторых предметах, явлениях и их **свойствах**.

При алалии своеобразно формируется **мышление**. В большей мере нарушено вербальное мышление: дети испытывают трудности при построении умозаключений, хотя правильно устанавливают отношения между фактами. Вопрос об интеллекте детей с алалией решается исследователями неоднозначно. М.Е. Богданов-Березовский (1909), Р.А. Белова-Давид (1972) и др. считают, что мышление у таких детей нарушено первично и приводит к недоразвитию языковой способности. М.Е. Богданов-Березовский говорил, что детские алалии не только связаны с нарушением определенных участков мозга и следствием этого имеют расстройство во всей речевой функции, но также обязательно находят свое отражение в общей сфере интеллекта. Н.Н. Трауготт (1940, 1965), Р.Е. Левина (1951), М.Е. Хватцев, С.С. Ляпидевский, Н.А. Никашина и др. придерживаются мнения, что интеллект у детей изменен вторично в связи с состоянием речи, хотя положительной корреляции между уровнем недоразвития языка и интеллекта ими прямо не устанавливается. У детей есть познавательный интерес, достаточно развита предметно-практическая и трудовая деятельность, но отмечается замедление темпа мыслительных процессов, несформированность понятий и т.д. Подтверждением тому, что нарушение мыслительной деятельности является следствием речевых нарушений, является тот факт, что алалики серию сюжетных картин раскладывают правильно, а рассказать по ней не могут. Вопрос о состоянии мышления детей с алалией должен решаться дифференцированно, так как встречается многообразие вариантов речевого недоразвития, при котором отмечается различная выраженность интеллектуальной недостаточности: от легкой вторичной задержки умственного развития до умственной отсталости.

По характеристике **эмоционально-волевой сферы** алаликов подразделяют на три группы:

- 1) эмоционально-волевая сфера сохранна (благополучная группа детей);
- 2) повышенная возбудимость и не всегда продуктивная гиперактивность, двигательное беспокойство, почти постоянное радостное настроение, стремление к контактам, многоречивость, отсутствие переживания за свой дефект (благополучная группа детей);
- 3) повышенная тормозимость, снижение активности, неуверенность в себе, замкнутость, речевой негативизм, особенно с незнакомыми людьми, стеснительность, уход от общения (это довольно многочисленная группа детей).

В ряде случаев у них развиваются **патологические качества личности, невротические черты характера**. Как реакция на речевую недостаточность у детей отмечаются замкнутость, негативизм, неуверенность в себе, напряженное состояние, повышенная раздражительность, обидчивость, склонность к слезам и т.д. Иногда дети пользуются речью только в эмоционально окрашенных ситуациях. Боязнь ошибиться и вызвать на-

смешку приводит к тому, что они стараются обойти речевую трудность, отказываются от общения речью, охотнее используют жесты. Особенности личности ребенка связаны с недоразвитием центральной нервной системы и являются результатом того, что речевая неполноценность выключает ребенка из детского коллектива и с возрастом все больше травмирует его психику.

5. Классификация алалии

Алалия неоднородна по своим механизмам, проявлениям и степени выраженности речевого (языкового) недоразвития. На основе выбранного подхода к ее изучению и различий, наблюдаемых в картине алалии, исследователи называют несколько разновидностей нарушения.

В связи с тем, что в основание различения форм положены разные критерии, имеются различные классификации алалии.

А. Либман (1925) в основу своей классификации положил степень и особенности нарушений речи при алалии и выделил следующие формы алалии:

моторная слухонемота,
сенсорная слухонемота,
сенсомоторная слухонемота, переходная форма между слухонемотой и тяжелым косноязычием.

Функциональная система мозга	Патогенез	Первичные и вторичные Нарушения		Патология речи
		Импрессивная речь	Экспрессивная речь	
Речеслуховой анализатор	Патология фонематического слуха	Импрессивная речь нарушена первично	Экспрессивная речь нарушена вторично	Патология речи проявляется в сенсорной алалии
Речедвигательный анализатор	Апраксия артикуляционная. Патология обратной афферентации. Патология включения и переключения в речедвигательном акте	Импрессивная речь нарушена вторично	Экспрессивная речь нарушена первично	Афферентная моторная алалия. Эфферентная моторная алалия
Зрительно-пространственный анализатор	Патология зрительно-пространственного анализа и синтеза	Импрессивная речь нарушена первично	Экспрессивная речь нарушена вторично	Оптическая алалия

Современные классификации алалии отражают различные **аспекты** ее изучения.

Клинический аспект изучения алалии предполагает учет локализации и характера поражения головного мозга. **Сторонники клинической топической классификации алалии** (Белова-Давид Р.А., Мелехова Л.В., Трауготт Н.Н., Фрешельс Э., Эйдинова М.Б. и др.) предлагают в качестве критериев локализацию и характер поражения головного мозга. В соответствии с этой классификацией выделяют три формы алалии:

сенсорную,
моторную,
оптическую.

Такое деление алалии на формы условно, потому что за основу берется ведущий компонент.

Сенсорная алалия.

При поражении слуховых зон ребенок плохо дифференцирует фонемы и отдельные слова. Не первый план выступает непонимание речи, т.е. первично нарушена импрессивная речь. Вторично страдает говорение, т.е. экспрессивная речь. Это картина сенсорной алалии.

Моторная алалия.

При моторной алалии первично нарушается экспрессивная речь, вторично – импрессивная речь. С учетом локализации места поражения выделяют: моторную афферентную алалию и моторную эфферентную алалию.

Моторная афферентная алалия связана с поражением постцентральной области коры головного мозга, где происходит анализ импульсов, полученных от речевых мышц.

Моторную эфферентную алалию вызывает поражение премоторной области и центральной, или Роландовой, борозды.

Р.Е. Левина (1951) предлагает **психологическую классификацию алалии** и выделяет три формы алалии: с нарушением слухового (фонематического) восприятия, с нарушением зрительного (предметного) восприятия, с нарушением психической активности.

В.К. Орфинская (1963) разработала **лингвистическую классификацию алалии** и выделила по ведущему типу нарушения языковых систем 10 форм алалии с первичным и вторичным нарушением языковых систем: 4 формы моторной алалии, 4 формы сенсорной алалии и 2 формы алалии, связанные с нарушением двигательного-зрительного анализатора.

В соответствии с лингвистической классификацией выделяют:

- формы алалии **первой группы** с первичным нарушением языковых систем, связанные с избирательной неполноценностью речедвигательного или речеслухового анализаторов (моторная алалия с ведущим расстройством характера артикуляторной апраксии (моторная апрактическая алалия); моторная алалия с избирательным недоразвитием фонематической системы; моторная алалия с ведущим нарушением фонематического анализа; сенсор-

- ная алалия с ведущим нарушением фонематического анализа; алалии с ведущим расстройством характера слуховой агнозии);
- формы алалии **второй группы** с вторичным нарушением языковых систем, связанные с избирательной неполноценностью зрительного и двигательного анализаторов (с ведущим агностико-апрактическим расстройством) (оптическая алалия, связанная с избирательной неполноценностью зрительного анализатора; синтаксическая алалия, связанная с избирательной неполноценностью двигательного анализатора);
 - формы алалии **третьей группы** с вторичным нарушением языковых систем, связанные с недоразвитием межанализаторных связей (алалия с ведущим нарушением смыслоразличительной функции фонем; сенсорная амнестическая алалия; алалия с ведущим нарушением функции повторения).

Исследование В.К. Орфинской «Сравнительный анализ нарушений речи при афазии и алалии» (1960), посвященное анализу нарушений речи при указанных формах патологии, позволило автору определить общие закономерности проявления нарушений языковых систем при афазии и алалии. На основании этих общих закономерностей оказалась возможной параллельная единообразно построенная лингвистическая классификация форм афазии и алалии.

*По лингвистической классификации формы алалии делятся на три группы. **Первую группу** составляют формы первичного недоразвития языковых систем, связанные с избирательной неполноценностью речедвигательного и слухового анализаторов (апраксия и слуховая агнозия отдельных звуков или звуковых рядов) и недоразвитие фонематического и морфологического анализа. В результате этого оказывается затрудненным весь процесс формирования фонематической системы и вторично – морфологических грамматических систем.*

***Вторую группу** составляют формы вторичного недоразвития языковых систем. При этих формах алалии наблюдается несформированность обобщений по зрительно-пространственным и временным соотношениям (агностико-апрактические расстройства) в связи с нарушением нормальной деятельности двигательного и зрительного анализаторов. В результате указанных нарушений возникает недоразвитие словесных и грамматических понятий.*

*Недоразвитие языковых систем, наблюдающееся при формах алалии **третьей группы**, также является вторичным и вызывается нарушением таких общих функций, как повторение и использование звуков речи при смысловой дифференциации. Основным проявлением речевого расстройства является амнезия фонематических и грамматических структур. Это расстройство, по В.К. Орфинской, связано с затруднениями при установлении межанализаторных связей.*

По В.А. Ковшикову (1985), встречаются **импрессивные** (сенсорные) и **экспрессивные** (моторные) формы алалии. Под **экспрессивной алалией** понимается языковое расстройство, характеризующееся нарушением усвоения языковых единиц и правил их функционирования, что проявляется в невозможности грамматических, лексических и фонематических операций при относительной сохранности смысловых и артикуляционных операций.

Е.Ф. Собонович (1985), анализируя алалию с учетом **психолингвистической структуры и механизмов речевой деятельности**, выделяет алалии с преимущественными нарушениями усвоения парадигматической или синтагматической систем языка.

Парадигматические связи – симультанно, пространственно организованная единица, в которой смысл изменяется в связи с заменой какого-либо признака единицы. Организованы по признаку «или-или»; например, фонема может быть или звонкой или глухой, или ротовой или носовой.

Симультанный – единый, пространственно-организованный, например, фонема-речевая единица, симультанно организованная из ряда признаков.

Синтагматические отношения – сукцессивно, линейно организованная единица, в которой смысл связан по принципу «и-и»: например, предлог может стоять только перед существительным, наречие связанное с глаголом; другим примером может служить жесткая последовательность звуков в слове, слов в песне.

(См. Шохор-Троцкая (Бурлакова) М.К. Стратегия и тактика восстановления речи. М., В. Секачев, 2001. – С. 420, 421).

Сукцессивный [лат. Successio – преемственность, последовательность] – последовательный.

Синтагма [греч. Syntagma – нечто соединенное] – 1) цельная речевая синтаксическая интонационно-смысловая единица, слово или группа слов; 2) последовательность двух и более единиц языка (морфем, слов, словосочетаний, предложений), соединенных определенным типом связей; 3) сочетание слов или частей слова, представляющее собой комбинацию определяющего элемента и определяемого.

(См. Понятийно-терминологический словарь логопеда / Под ред. В.И. Семиверстова. М., 1997. С. 304, 325).

6. Отличие алалии от сходных по речевым проявлениям состояний

Вопрос диагностики алалии в раннем возрасте является довольно трудным. Алалию часто смешивают со сходными состояниями, другими формами речевых нарушений: с глухонемой, с тяжелой степенью тугоухости и задержкой на этой почве речевого развития, с недоразвитием речи при олигофрении, с некоторой общей задержкой речевого развития, с псевдоалалическим синдромом, с афазией и др.

Общее у перечисленных категорий детей то, что все они или не говорят, или говорят очень плохо.

Алалия и глухонмота

Ребенок-алалик и ребенок-глухонемой отличаются главным образом по слуху:

у ребенка-алалика элементарный слух нормальный	у глухонемого слуха нет, если не считать имеющихся иногда незначительных остатков слуха
у алалика имеется модулированный голос, что свидетельствует о наличии слуха	у глухонемого голос немодулированный
Алалик мимику сопровождает отдельными звуковыми сочетаниями, напоминающими слова	для выражения мыслей прибегает к мимике
внешние признаки алалии отсутствуют	у глухонемого вследствие поражения органа равновесия, которое сопровождается поражением внутреннего уха, нарушается координация движений, походка

Алалия и тяжелая степень тугоухости:

у алалика элементарный слух нормальный	у тугоухого слух снижен
у алалика голос звонкий, чистый	у тугоухого голос глухой, тихий
у алалика часто наблюдается полное отсутствие речи	у тугоухого речь есть, хотя она и очень несовершенна и характеризуется большими лексическими, грамматическими и фонетическими недостатками
алалик не в состоянии повторить за взрослым слово	тугоухий сможет повторить слово, если воспринимает его и если это слово несложное по своему звуковому составу

Алалия и умственная отсталость

Отсутствие речи резко ограничивает полноценное развитие и общение ребенка с окружающими, а это в свою очередь приводит к постепенному отставанию в умственном развитии, которое носит вторичный характер. Другими словами, отсутствие речи может обусловить задержку умственного развития ребенка, вследствие чего неговорящий может несколько отличаться по развитию от своих сверстников, не будучи олигофреном.

Общее при алалии и умственной отсталости:

- позднее появление речи: к трем-четырем-пяти годам,
- похожий лепет,
- очень малый запас слов.

Отличия алалии и умственной отсталости.

Дети-алалики существенно отличаются от олигофренов (умственно отсталых): по мере становления речи и под воздействием специального обучения интеллектуальное отставание постепенно исчезает.

В отличие от детей с глубокой степенью умственной отсталости (имбецилов), алалики демонстрируют разумное поведение: адекватно ориентируются в окружающей обстановке, в быту; понимают обиходную речь, жесты и поэтому правильно выполняют посильные и доступные для них поручения, простые задания.

Между алалией и умственной отсталостью в степени дебильности имеются следующие отличия.

Дети-алалики:	Дети-олигофрены с умственной отсталостью в степени дебильности:
раньше начинают понимать речь окружающих; понимание тонких грамматических изменений слов улучшается по мере развития их речи и в какой-то мере приближается к норме	несмотря на расширение лексики и овладение фразой их понимание речи никогда не достигает нормы
активно используют имеющиеся словесные средства общения, например, лепетные слова, звукоподражания, отдельные общепотребительные слова, обрывки лепетных предложений и др., а также паралингвистические средства: жесты, мимику, пантомиму, интонацию	используют примитивные жесты, которые не могут заменять речевое общение, сопровождать его
пассивный словарь пополняется очень быстро и значительно шире активного	нет резкого расхождения между активным и пассивным словарем
характерна вариативность слов, отсутствуют штампы в речи;	противоположные явления
постепенно начинают пользоваться фразой, но речь всегда содержательна, например: «Мама лес пошла»	во фразе нет смысла, хотя аграмматизмов может и не быть, например: «Доброта пошла гулять в лес»

хорошо ориентируются в невербальных заданиях	из-за недостатков мышления и познавательной деятельности плохо ориентируются в предъявляемом им незнакомом задании
произношение звуков автоматизируется быстрее, лучше	произношение звуков автоматизируется долго
в играх, в учебной деятельности действуют целенаправленно, хорошо используют помощь, контролируют себя	в играх, в учебной деятельности действуют нецеленаправленно, не используют помощь, не контролируют себя

Алалия и задержка развития речи

Алалия:	Задержка развития речи:
алалия связана с органическим поражением центральной нервной системы	задержка развития речи может быть связана с соматической ослабленностью, педагогической запущенностью;
у алаликов нарушена программа речевой деятельности; не сформирована мотивация речевой деятельности; они не могут связно рассказывать; у них нарушена слоговая структура слов, структура фразы	у детей с задержкой развития речи имеется программа высказывания; сформирован мотив деятельности; нет речевого негативизма; нет структурных нарушений
недоразвитие речи у алалика не преодолевается спонтанно; необходима коррекционно-педагогическая работа, которая должна носить системный характер	задержка развития речи может преодолеваться спонтанно
речевое недоразвитие у алаликов не преодолевается полностью даже при систематических логопедических занятиях	дети с задержкой речевого развития могут полностью преодолеть отставание в развитии речи и обучаться в массовой школе

Алалия и псевдоалалический синдром

В числе детей с детским церебральным параличом могут быть дети с алалией и дети с псевдоалалическим (ложным алалическим) синдромом.

Речь детей с псевдоалалическим синдромом развивается с задержкой. В возрасте от одного года до трех лет эти дети по картине развития речи напоминают алаликов. В четыре года у них отмечается выраженное отклонение от нормального речевого развития. К семи годам речь таких детей приближается к норме.

При псевдоалалическом синдроме имеют место такие **симптомы**: речевой негативизм (нежелание говорить); повышенная тормозимость ре-

чевой функции: пугливы, затрудняются при необходимости высказаться (знают, а высказать не могут); испытывают трудности при заучивании наизусть; их пассивный словарь значительно шире активного, особенно затрудняются при подборе родственных слов.

В отличие от алаликов, у детей с псевдоалалическим синдромом нарушения устной речи не всегда проявляются на письме.

Алалия и афазия

Общее при алалии и афазии:

- и алалия, и афазия характеризуются полным или частичным нарушением всей речевой системы, всех ее компонентов и сторон, что делает в той или иной степени невозможным осуществление основной функции речи – общения с окружающими;
- как вторичные явления в обоих случаях имеют место нарушения процессов мышления и изменения всей личности и всего поведения человека; в результате сложности нарушений наблюдаются различные степени тяжести и большое разнообразие форм алалии и афазии;
- все исследователи выделяют две основные формы и алалии, и афазии: моторную и сенсорную; хотя такое деление не отражает всего многообразия этих нарушений, все-таки оно является оправданным, так как основными конструктивными компонентами речевой системы являются моторный (двигательный) и слуховой (сенсорный).

Отличия алалии и афазии:

Алалия:	Афазия:
термином «алалия» принято называть случаи глубокого системного недоразвития речи	термином «афазия» называют системный распад уже сформировавшейся речи
работу с алаликами характеризуют как воспитание речи	работу с афазиками характеризуют как восстановление речи
алалика нет желания говорить, речь может практически отсутствовать	у афазика (в незапущенных случаях) сохранено стремление говорить, остаются некоторые слова, фразы из прежней речи; это облегчает восстановление и дальнейшее развитие речи

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Охарактеризуйте историю развития учения об алалии.
2. Охарактеризуйте основные аспекты изучения алалии отечественными авторами.
3. Назовите спорные вопросы в изучении алалии, раскройте их суть.
4. Дайте определение алалии. Сравните определения алалии в работах М.Е. Хватцева, О.В. Правдиной, К.-П. Беккера и М. Совака, В.А. Синяка, М.Ф. Фомичевой, В.А. Ковшикова и др. Установите их сходства и различия, достоинства и недостатки.
5. В чем сущность алалии?
6. Охарактеризуйте динамику речевого развития ребенка с алалией.
7. Познакомьтесь по «Дефектологическому словарю», «Понятийно-терминологическому словарю логопеда», «Справочнику логопеда» и по другим пособиям с определениями терминов «задержка речевого развития», «недоразвитие речи». Выпишите в рабочую тетрадь эти определения.
8. Объясните термины «алалия», «слухонемота», «сурдомутизм», «дисфазия».
9. Какой из перечисленных терминов менее всего выражает сущность алалии: врожденная аномалия рецепции и экспрессивной речи; недоразвитие речи; слухонемота; врожденная афазия?
10. Можно ли отождествлять понятия «алалия» и «общее недоразвитие речи»? Если нет, то почему?
11. Каковы причины возникновения алалии?
12. Алалия – это врожденное нарушение речи или приобретенное?
13. Из ряда факторов выделите тот, который является причиной алалии: слабость корковой нейродинамики; органическое поражение органов артикуляции; нарушение корково-подкоркового взаимодействия; органическое поражение центральной нервной системы.
14. Раскройте механизм алалий.
15. Назовите основные речевые и внеречевые проявления в структуре дефекта при алалии у детей.
16. Какие предпосылки речи страдают при алалии? В чем проявляется недостаточность анализаторной деятельности и мотивации общения детей с алалией?
17. Раскройте содержание понятия «первый уровень недоразвития речи». Приведите примеры, характеризующие первый уровень недоразвития речи.
18. Дайте психолого-педагогическую характеристику детей со вторым уровнем недоразвития речи. Приведите примеры.
19. Раскройте содержание понятия «третий уровень недоразвития речи». Чем он отличается от двух предыдущих? Приведите примеры.
20. Охарактеризуйте особенности интеллекта и эмоционально-волевой сферы при алалии. Раскройте, с чем они связаны.

21. Принимая во внимание взаимосвязь речевого и умственного развития детей, охарактеризуйте особенности личности ребенка с алалией.
22. Раскройте современные классификации алалии, отражающие различные аспекты ее изучения.
23. Назовите основные формы алалии, укажите критерии их выделения, кратко охарактеризуйте. Чем они отличаются друг от друга?
24. Сопоставьте ребенка с алалией с ребенком, у которого снижен слух.
25. Дайте сопоставительную характеристику ребенка с алалией и умственно отсталого. Ответ оформите в таблицу.
26. Сопоставьте алалию и временную задержку речевого развития у детей. Ответ оформите в таблицу.
27. Сопоставьте алалию с другими формами речевых нарушений. Назовите основные диагностические показатели (признаки).
28. Сопоставьте алалию и афазию у детей (время возникновения, причины, локализация, механизм, основные формы нарушения).
29. Сопоставьте артикуляционную моторику ребенка с алалией и ребенка с дизартрией.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Беккер К.-П., Совак М. Логопедия: Пер. с нем. М., 1981. С. 100-111.
2. Воробьева В.К. О некоторых особенностях построения фразы в устной речи детей-алаликов // Очерки по патологии речи и голоса / Под ред. С.С. Ляпидевского. Выпуск 3. М., 1967. С. 66-76.
3. Генфон С.С. Характеристика безречевых детей // Нарушения речи и голоса у детей: Пособие для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов / Под ред. С.С. Ляпидевского и С.Н. Шаховской. М. 1975. С. 42-47.
4. Гуровец Г.В. Особенности психоречевых расстройств у детей с моторной алалией и обоснование методов лечебно-коррекционного воздействия // Расстройства речи и методы их устранения: Сборник научно-методических работ / Под ред. С.С. Ляпидевского и С.Н. Шаховской. М. С. 11-22.
5. Давидович Л.Р. К вопросу об особенностях мышления при моторной алалии на поздних этапах речевого развития // Расстройства речи и методы их устранения: Сборник научно-методических работ / Под ред. С.С. Ляпидевского и С.Н. Шаховской. М. С. 31-36.
6. Ефименкова Л.Н. Формирование речи у дошкольников. М., 1985.
7. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Преодоление задержки речевого развития у дошкольников. М., 1973.
8. Жукова Н.С. и др. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников: Кн. для логопеда / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева. 2-е изд., перераб. М., 1990. – 239 с.
9. Завгородняя А.С. К вопросу о характеристике детей-дошкольников с диагнозом моторная алалия // Очерки по патологии речи и голоса / Под ред. С.С. Ляпидевского. Выпуск 3. М., 1967. С. 59-65.
10. Зеeman М. Расстройства речи в детском возрасте / Пер. с чешского Е.О. Соколовой; Под ред. и с предисл. В.К. Трутнева и С.С. Ляпидевского. М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1962. – С. 32-82 (Раздел II. Расстройства развития речи).
11. Изучение аномальных школьников / Под ред. А.Д. Виноградова и др. Л., 1981. С. 83-115.
12. Ковшиков В.А. Экспрессивная алалия. Л., 1994.
13. Кузьмина Н.И., Рождественская В.И. Воспитание речи неговорящих детей-алаликов: Пособие для учителей-логопедов. М., 1966. – 200 с.
14. Кузьмина Н.И., Рождественская В.И. Воспитание речи у детей с моторной алалией: Пособие для логопедов. 2-е изд., перераб и доп. М., 1977. – 143 с.

15. Левина Р.Е. Опыт изучения неговорящих детей-алаликов. М., 1951.
16. Левина Р.Е. Основы теории и практики логопедии. М., 1968.
17. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. М., 1998. С. 331-340.
18. Мастюкова Е.М. Онтогенетический подход к структуре дефекта при моторной алалии // Дефектология, 1981, № 6. С. 13-20.
19. Мациевская Г.В. Дифференциальная диагностика моторной алалии // Очерки по патологии речи и голоса / Под ред. С.С. Ляпидевского. Выпуск 3. М., 1967. С. 47-58.
20. Нарушение речи у дошкольников / Сост. Р.А. Белова-Давид, Б.М. Гриншпун. Вып. 1 М., 1969. Вып. 2. М., 1972.
21. Недоразвитие и утрата речи / Ред. Л.И. Белякова и др. М., 1985.
22. Обучение и воспитание детей с нарушениями речи / Ред. В.И. Селиверстов и др. М., 1982.
23. Орфинская В.К. Спорные вопросы обучения слышащих детей без речи. Л., 1959.
24. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р.Е. Левиной. М., 1967. С. 67-85.
25. Очерки по патологии речи и голоса / Под ред. С.С. Ляпидевского. Выпуск 3. М., 1967. – 235 с. (Моск. госпед. ин-т им. В.И. Ленина).
26. Патология речи / Под ред. С.С. Ляпидевского. М., 1971. С. 30-40.
27. Правдина О.В. Логопедия: Учеб. пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед ин-тов.-2-е изд., доп. и перераб. М., 1973. С. 178-180.
28. Практикум по детской логопедии: Учеб. пособие для студентов пед ин-тов / В.И. Селиверстов, С.Н. Шаховская, Т.Н. Воронцова, Ю.Г. Гаубих; Под ред. В.И. Селиверстова. М., 1995. С. 165-191 (Раздел VII. Недостатки слово- и фразообразования (общее недоразвитие речи, алалия и афазия у детей)).
29. Преодоление речевых нарушений у детей и взрослых / Ред. В.И. Селиверстов, С.Н. Шаховская. М., 1981. С. 50-93.
30. Психические и речевые нарушения у детей и пути их коррекции. Л., 1978.
31. Развитие мышления и речи у аномальных детей / Ученые записки ЛГПИ им. А.И. Герцена. Л., 1963. С. 241-266.
32. Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С.С. Ляпидевского, Б.М. Гриншпуна. М., 1969. Гл. 7.
33. Синяк В.А. Логопедия: Учебное пособие для студентов-заочников дефектологических факультетов педагогических институтов. М., 1985. С. 53-56.
34. Соботович Е.Ф. К вопросу о дифференциальной диагностике моторной алалии и олигофрении // Нервно-психические и речевые нарушения. Л., 1982.

35. Соботович Е.Ф. Формирование правильной речи у детей с моторной алалией. Киев, 1981.
36. Филичева Т.Б. и др. Основы логопедии: Учеб. пособие для студентов педин-тов по спец. «Педагогика и психология (дошк.)» / Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина. М., 1989. С. 115-116.
37. Фомичева М.Ф. Воспитание у детей правильного произношения: Пособие для логопеда и воспитателя дет. сада. 4-е изд. М., 1997. С. 48-50.
38. Хватцев М.Е. Логопедия: работа с дошкольниками: Пособие для логопедов и родителей. М., СПб., 1996. С. 314-316.
39. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт. Т. II / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. М., 1997. С. 3-139 (Раздел 6. Алалии).