**РЕФЕРАТ**

**ТЕМА «АЛАЛИЯ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ЭТИОЛОГИЯ, СИМПТОМАТИКА. КЛАССИФИКАЦИЯ АЛАЛИИ»**

Содержание

Введение ………………………………………………………………………… 3

1. Определение алалии………………. ……………………………………. 4
2. Этиология алалии…………………………………………………………6
3. Симптоматика и механизмы алалии…………………………………….8
4. Классификация алалии………………………………………………… 10
   1. Моторная алалия………………………………………………………. ….. 13
   2. Сенсорная алалия…………………………………………………………... 18

Заключение …………………………………………………………………… ...25

Список использованной литературы ………………………………………… 26

**Введение**

В современных условиях функционирования и развития системы народного образования как никогда остро стоит задача повышения эффективности обучения и воспитания подрастающего поколения. Это предусматривает совершенствование всех звеньев системы народного образования, улучшения качества профессиональной подготовки педагогов.

В ряду задач, стоящих перед дошкольным учреждением, важное место занимает задача подготовки детей к школе. Одним из основных показателей готовности ребенка к успешному обучению является правильная, хорошо развитая речь.

Специальные исследования показали разнообразие проявлений речевых патологий. В одних случаях отмечаются только отклонения в развитии звуковой стороны речи, в других - у детей нарушается формирование всех компонентов речевой системы.

Такая форма речевой патологии в логопедии понимается как общее недоразвитие речи и имеет различный механизм. При общем недоразвитии речи искажается процесс речевого онтогенеза, причем структура дефекта неоднородна. Степени недоразвития речи бывают разные: от полного ее отсутствия до не резко выраженного недоразвития.

Языковые расстройства приводят ко вторичному недоразвитию интеллекта, нарушаются психические процессы. У таких детей недостаточны внимание, восприятие, память, нарушения эмоционально - волевой сферы, поведения. Дети упрямы, капризны, негавистичны. Отмечается склонность к слезам, двигательное беспокойство, повышенная синзетивность.

Для детей, имеющих систематическое недоразвитие речи, характерны меньший объем сведений и представлений об окружающем, недостаточность сенсорных, временных и пространственных представлений, снижение способности к запоминанию зрительного и слухового материала, снижение уровня умения строить умозаключения, устанавливать причинно - следственные связи.

Логопедическую работу с данной категорией детей необходимо начинать в раннем возрасте. Для достижения положительных результатов логопед должен четко представлять на каком фоне возникает недоразвитие речи, какое влияние на темп речевого развития оказывают сопутствующие неврологические нарушения, генетические предпосылки, особенности психологической деятельности ребенка, то есть знать структуру дефекта, а также методы и приемы коррекционной работы[4].

Одно из наиболее сложных речевых нарушений - алалия не является достаточно изученным.

1. **Определение алалии**

*Алалия* (от греч. *а —* отрицат. частица и *lalia —* говорю) — отсутствие или недоразвитие у детей речи при нормальном слухе и достаточном уровне интеллекта. Обусловлена повреждениями речевых зон коры головного мозга во время родов, заболеваниями или травмам и мозга в доречевой период жизни. [3]

*Алалия* — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органи­ческого поражения речевых зон коры головного мозга во внутри­утробном или раннем периоде развития ребенка [1].

Термин «алалия» (от греч. а — отрицание, lalio — говорю, речь) — в переводе отсутствие речи, безречье — встречается в лите­ратуре, посвященной нарушениям речи, с давних пор. Кроме терми­на «алалия», для обозначения этого нарушения речи в литературе (особенно в зарубежной) используются и многие другие термины: «врожденная афазия», «онтогенетическая афазия», «дисфазия», «задержка речевого развития», «конституциональная задержка ре­чи», «нарушенное усвоение языка», «слухонемота» и т.д.[1].

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

Как отмечал А. Куссмауль (1877), большая часть врачей преж­них веков и до начала нынешнего соединяла все формы потери речи под именем алалии и говорила о них наряду с афонией, но постепенно эти формы стали разграничивать. Одним из первых различие между этими формами вводит И. Франк, который рас­сматривает алалию как немоту вследствие полной невозможности артикулирования и противопоставляет ее могилалии как нарушению произношения вследствие затруднений в артикуляции. И алалию, и могилалию (на русский язык это слово было переведено как кос­ноязычие). В 1830 г. Р. Шультесс выделяет алалию (немоту) в отдельное речевое нарушение, но, как и И. Франк, рассматривает его в связи с артикуляционными расстройствами. Алалия противопоставляется дислалии как полная невозможность артикулирования, что позже правомерно стало именоваться анартрией.

К алалии А. Куссмауль относил случаи нарушения, для которых характерна полная невоз­можность произносить членораздельный звук; в дальнейшем для обозначения такого состояния стал использоваться введенный тер­мин «анартрия».

В 60-е годы прошлого века Труссо предложил термин «афазия», который сменил используемый Брока термин «афемия», под ним подразумевались случаи утраты речи. Термин «афазия» закрепился в медицине и получил широкое распространение. Некоторые зарубежные авторы объединяют понятия «алалия» и афазия» общим термином «детская афазия» или «афазия раз­вития», подчеркивая специфику недоразвития речи у детей в отли­чие от утраты речи взрослыми.

В последующих работах разных авторов термины «алалия» и «афазия» («дисфазия») еще длительное время употребляются без достаточного разграничения, только к 30-м годам нашего столетия в отечественной логопедии понятия «алалия» и «афазия» оконча­тельно разводятся: алалия — недоразвитие речи, афазия — ее утра­та, распад. В 50—60-е годы это разграничение утвердилось, и в настоящее время оно признается подавляющим большинством ис­следователей, хотя терминологическая избыточность иногда все еще продолжает иметь место.

Значительный вклад в изучение алалии внесли Г. Гутцман (1894), А. Либманн (1900), М. В. Богданов-Березовский (1909), Э. Фрешельс (1931), а в более позднее время М. Е. Хватцев, Н. Н. Трауготт, В. К. Орфинская, Р. Е. Левина, Л. В. Мелехова, Г. В. Мациевская, Е. Ф. Соботович, В. А. Ковшиков, В. К. Воробье­ва и другие исследователи.

Успехи в изучении алалии в работах новейшего периода до­стигнуты благодаря тому, что исследователи в своей деятельности стали широко опираться на методологию комплексного синдромального подхода к анализу дефекта. Доминирующим при этом явля­ется психолингвистический аспект изучения, представленный в ра­ботах Е. Ф. Соботович, В. А. Ковшикова, Б. М. Гриншпуна и дру­гих исследователей. Не все проблемы изучения алалий в настоящее время раскрыты. Но в отличие от предшествующих периодов, когда, по словам В. К. Орфинской, спорных вопросов и расхождений меж­ду исследователями алалии было больше, чем общепринятых поло­жений, на современном этапе развития логопедии имеется больше общего во взглядах на алалию, больше общих точек зрения, чем разногласий. Общее проявляется в основных, принципиальных уста­новках на понимание дефекта, его механизма, путей преодоления[1].

1. **Этиология алалии**

В течение длительного периода изучения алалии высказывались разные предположения по поводу причин ее возникновения. Так, Р. Коэн (1888), А. Гутцман (1924), Э. Фрешельс (1931), М. Зееман и другие утверждали, что ведущим началом при этом нару­шении являются воспалительные или алиментарно-трофические об­менные патологические процессы, происходящие во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

А. Трейтель (1901) считал алалию следствием недостаточности внимания и памяти. А. Либманн (1901) связывал неполноценность речи при алалии с интеллектуальной недостаточностью. А. Ивинг указывал на отсутствие у детей моторного образа слова как ведущего проявления в картине речевой неполноценности при нару­шениях мозга. М. Зееман (1962) подчеркивал, что речь не разви­вается из-за нарушений мозговых центров речи (мозговых зон ре­чи). Р. Лухзингер (1970), М. Берри (1957), М. Б. Эйдинова (1961), В. А. Ковшиков (1985) и другие отмечали ведущую роль в возник­новении алалий природовых черепно-мозговых травм и асфиксии новорожденных. Родовые травмы и асфиксии в ряде случаев яв­ляются следствием внутриутробной патологии. Это вызывает хро­ническое кислородное голодание и приводит к снижению функции дыхательного центра. Клетки мозга, и в первую очередь третьего слоя коры, более молодого в филоонтогенетическом отношении, яв­ляются наиболее чувствительными к кислородному голоданию. Третий слой коры мозга дает начало сложной системе ассоциатив­ных связей, обеспечивающих формирование высших корковых функций человека, в первую очередь — речи и психики.

Среди этиологических факторов выделяются также внутриутроб­ные энцефалиты, менингиты, неблагоприятные условия развития, интоксикация плода, врожденная отягощенность, внутриутробные или ранние прижизненные травмы мозга, болезни раннего детства с осложнением на мозг и т. д.

Внутриутробная патология приводит к диффузному поражению вещества мозга, родовые черепно-мозговые травмы и асфиксия новорожденных вызывают более локальные нарушения. Поражения различных областей коры головного мозга вызывают нарушения развития речевых и неречевых функциональных систем. Е. М. Мастюкова (1981), характеризуя алалию, с позиций нейроонтогенеза, подчеркивает, что при действии любого вредного фактора в пренатальном или раннем постнатальном периоде, когда кора головно­го мозга находится еще в стадии формирования, трудно точно определить наличие локального дефекта, ибо поражение чаще носит более распространенный характер.

По наблюдениям С. С. Корсакова и Н. И. Красногорского, алалия бывает следствием соматического заболевания, вызывающего истощение центральной нервной системы, в первую очередь ги­потрофии. Ю. А. Флоренская подчеркивала, что в патогенезе алалии имеют место рахит, нарушения питания и сна в раннем детстве, часто повторяющиеся заболевания дыхательных путей. Эта точка зрения разделяется не всеми авторами. По-видимому, соматические заболевания лишь усугубляют воздействие патологических причин неврологического характера, которые являются ведущими.

Некоторые авторы (Р. Коэн, 1888; М. Зееман, 1962; Р. Лухзингер, А. Салей, 1977, и др.) подчеркивают роль наследственности, семейной предрасположенности в этиологии алалии. Однако убеди­тельных научных данных о роли наследственности в происхожде­нии алалии в литературе не приводится. В последние годы в воз­никновении алалии подчеркивается значительная роль минималь­ных мозговых повреждений (минимальной мозговой дисфункции). В большинстве случаев в анамнезе ребенка с алалией выделяется, как правило, не один, а целый комплекс патологических факторов.

1. **Симптоматика и механизмы алалии**

Алалия — не просто временная функциональная задержка рече­вого развития. Весь процесс становления речи при этом наруше­нии проходит в условиях патологического состояния центральной нервной системы. Отдельные проявления алалии внешне оказывают­ся сходными с нормальным развитием ребенка на более раннем этапе. Условнорефлекторная деятельность мозга в условиях недо­развития соответствует в какой-то мере деятельности в ранние пе­риоды нормального формирования детской речи. Однако с возрас­том расхождения все увеличиваются, так как при нормальном раз­витии речи один этап сменяется другим более плавно и быстрее, чем при алалии.

М. Совак (1971) и другие исследователи, расширяя понятие «алалия», охватывают им все случаи отсутствия речи, ее замедлен­ного формирования, не связанного с мутизмом как неврологичес­ким отсутствием речи, отличающегося от распада речи при деменции и шизофрении, от снижения слуха и олигофрении.

К. П. Беккер и М. Совак (1981) выделяют в картине речевого недоразвития компоненты, связанные с преобладанием биологичес­ких, социальных причин или их комбинаций. То, что раньше назы­валось слухонемотой, по мнению исследователей, проявляется в задержке речевого развития специфического характера, обуслов­ленной моторно-кинестетическими нарушениями или неблагоприят­ным социальным воздействием. Нарушение характеризуется много­образием симптоматики и не имеет единой нозологии. Симптомы выражены в различной степени, от тотальной до частичной немоты.

При алалии имеют место речевые и неречевые симптомы, между которыми существуют сложные опосредованные соотношения. 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.** Среди неречевых рас­стройств при алалии выделяют **моторные, сенсорные, психопатоло­гические** симптомы.

Наиболее дискуссионным является вопрос о механизмах алалии. Проблема несформированности слоговой структуры слова, которая является характерным признаком моторной алалии, недостаточно описана, а методические рекомендации по коррекции этого нарушения являются противоречивыми и неполными.

Существующие концепции объяснения механизма алалии услов­но подразделяются на **сенсомоторные, психологические** и **языковые.** Сторонники сенсомоторных концепций связывают речевое недораз­витие при алалии с патологией сенсомоторных функций (слуховой агнозией, апраксией). В соответствии с психологическими концеп­циями при алалии отмечается патология некоторых сторон психи­ческой деятельности. Сторонники языковой концепции связывают недоразвитие речи с несформированностью языковых операций процесса восприятия и порождения речевых высказываний. По­следняя 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.

1. **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 исследователи кладут разные критерии, имеются различные классификации ала­лии. А. Либманн (1925) выделил 4 формы алалии: **моторную слухонемоту, сенсорную слухонемоту, сенсомоторную слухонемоту,** переходную форму между слухонемотой и тяжелым косноязычием.

Р. Е. Левина (1951) предлагает психологическую классифика­цию нарушения, выделяя группы детей с **неполноценным слуховым** (фонематическим) **восприятием,** с **нарушением зрительного** (пред­метного) **восприятия** и с **нарушением психической активности.**

В. К. Орфинская (1963) разработала лингвистическую класси­фикацию, выделяя по ведущему типу нарушения языковых систем 10 форм алалии с первичным или вторичным нарушением языковых систем: **4 формы моторной, 4 формы сенсорной недостаточности** и **2 формы,** связанные с **двигательно-зрительными** расстройствами, лежащими в основе недоразвития речи.

М. Зееман (1962) подразделяет центральные расстройства речи (дисфазии) детского возраста на **экспрессивные дисфатические на­рушения** с типичными признаками моторной афазии, аграфии, алек­сии, с сохранным пониманием, и **рецептивные дисфатические нару­шения,** сходные внешне с сенсорной афазией.

Авторы подчеркивают существенное отличие афазии детского возраста (алалии) от афазии взрослых: у детей нарушения не столь чистые и постоянные, так как детский мозг находится в постоянном развитии и в нем быстрее возникают новые связи и формируются завещающие функции.

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. Соботович (1985), анализируя нарушение с учетом пси­холингвистической структуры и механизмов речевой деятельности, выделяет алалии: с **преимущестенными нарушениями усвоения парадигматической или синтагматической систем языка.** При моторной алалии, по мнению Е. Ф. Соботович, отмечается наруше­ние овладения знаковой формой языка (правилами сочетания и использования знаков в процессе порождения речи).

Возникновение и динамику развития алалии некоторые авторы схематично представляют следующим образом: та или иная причи­на вызывает поражение всей сенсомоторной области коры головно­го мозга, вследствие чего у ребенка возникает тотальная алалия. В последующие годы под воздействием компенсаторных факторов и развития вещества мозга основной очаг повреждения сдвигается в сторону сенсорной или моторной области коры. Поэтому разделе­ние алалии на формы сенсорную и моторную на начальных этапах развития ребенка несколько условно, лишь в дальнейшем можно выделить ведущий компонент нарушения. В ряде новейших иссле­дований это деление проводится в терминах **экспрессивной** и **рецеп­тивной** алалии (по аналогии с таким же делением афазии). Этими терминами подчеркивается не **физиологический,** а **психологический** подход к квалификации нарушения.

По мнению ряда специалистов (К. П. Беккер, М. Совак, 1981; М. Критчли, 1974, и др.), центральные нарушения речи при алалии бывают в виде вербальной акустической агнозии и вербальной моторной апраксии, типичной для последней формы является не­способность создавать и воспроизводить словесные символы, образ­цы.

Выделяются разные степени тяжести алалии: от простой сло­весной неловкости до полной неспособности пользоваться разговор­ной речью Различают *моторную алалию,* когда ребенок вообще не может говорить, хотя понимание обращенной к нему речи не нарушено, и *сенсорную алалию,* когда нет понимания обращенной к нему речи при своевременно появившейся речевой активности [4].

Таким образом, литературные - данные по проблеме алалии мно­гоаспектны и разноречивы. Речь как сложная функциональная система имеет динамическую локализацию, и вовлекаемые в рече­вую деятельность разные структуры мозга вступают друг с другом в постоянно меняющиеся связи. Сложноорганизованный и поли­модальный по своему строению речевой процесс не сводится исклю­чительно к моторному уровню. Для детей с алалией типичны не только запаздывания развития экспрессивной речи, но и пато­логический ход этого развития.

**4.1 Моторная (эспрессивная) алалия**

**Моторная алалия —** это системное недоразвитие экспрессивной речи центрального органического характера, обусловленное несфор- мированностью языковых операций процесса порождения речевых высказываний при относительной сохранности смысловых и сенсо- моторных операций [1].

Сторонники данной концепции объясняют речевую несформиро- ванность моторной недостаточностью (Р. Коэн, Г. Гутцман, Р. А. Бе­лова-Давид, Н. Н. Трауготт, В. К. Орфинская и др.). Большинство авторов связывают алалию с кинетической или кинестетической ап- раксией и выделяют в связи с этим **афферентную** и **эфферентную** формы.

При афферентной алалии механизм нарушения речи сводится к кинестетической апраксии, при эфферентной — к кинетической апраксии (по аналогии с афазией). Есть сведения, что последняя из названных форм является преобладающей в 9—10 раз.

В свете современных представлений о речи как о многоуровне­вой деятельности моторные концепции вызывают определенные возражения. Апраксией можно объяснить различного рода артику­ляционные расстройства- (нарушения звукопроизношения, звукосло- говой структуры слова). Однако языковые нарушения, которые являются ведущими при алалии, не могут быть объяснены мотор­ной недостаточностью. Кроме того, и моторная недостаточность отмечается только у половины детей с алалией.

Согласно психологическим концепциям, механизм моторной ала­лии составляют нарушения психических процессов (мышления, па­мяти), а также соотношения отдельных этапов речевой деятель­ности.

Современный психолингвистический подход нашел отражение в

языковых концепциях (Е. Ф. Соботович, В. А. Ковшиков, Б. М. Грин- шпун, В. К. Воробьева и др.) [4].

В. А. Ковшиков (1985) полагает, что ядром нарушения при этой форме алалии является несформированность языковых опе­раций производства высказывания (лексических, грамматических, фонетических) при относительной сохранности смыслового и мотор­ного уровня порождения высказывания. Это дает основание интер­претировать алалию как преимущественно языковое нарушение. При моторной алалии может отмечаться и нарушение внутреннего программирования (глубинных синтаксических структур) в сочета­нии с несформированностью отбора слов, словосочетаний, с несфор- мированностью речевых действий по построению фраз и текста.

Е. Ф. Соботович (1985) отмечает, что основным при моторной алалии является нарушение овладения знаковой формой языка, т. е. правилами сочетания и использования знаков в процессе по­рождения речи. У детей не формируются операции программиро­вания, отбора, синтеза языкового материала в процессе порож­дения высказывания; могут быть несформированными как операции выбора, так и операции комбинирования, следствием чего оказыва­ется нарушенным языковое (и речевое) оформление высказыва­ния. Нарушаются все аспекты лексико-грамматического структури­рования: выбор слов и порядок их расположения, грамматическое маркирование и звуковое оформление высказывания. В целом это может быть охарактеризовано как несформированность психофи­зиологических механизмов, обеспечивающих усвоение, производст­во воспроизводства и адекватное восприятие знаков языка.

У ребенка с алалией заметно ограничены возможности овладе­ния системой языковых знаков и самим инвентарем языковых средств различных уровней. Оказываются несформированными опе­рации порождения, оформления высказывания, в частности, наряду с отбором фонем, нарушается внутрислоговое и межслоговое про­граммирование (т. е. артикуляторная программа), и операции, ре­ализующие глубинно-синтаксический и глубинно-семантический уровень, т. е. уровень внутренней речи.

**Симптоматика моторной алалии**

Моторная алалия представляет собой сложный синдром, комп­лекс речевых и неречевых симптомов, отношения между которыми при алалии являются неоднозначными. В структуре речевого дефек­та при моторной алалии ведущими являются языковые нарушения.

Речевая симптоматика. Недоразвитие речи при моторной алалии носит системный характер, охватывая все ее компоненты: фонетико-фонематическую и лексико-грамматическую стороны. По превалирующим признакам можно выделить группу детей с преоб­ладающим фонетико-фонематическим недоразвитием (их мень­шинство) и группу с преобладающим лексико-грамматическим не­доразвитием. Развитие системы произношения у детей с алалией характери­зуется качественным и количественным своеобразием, которое выявляется в той или иной мере у всех детей и на каждом из этапов речевого развития.

В работах психолого-педагогического плана (Р. Е. Левина, В. К. Орфинская, А. К. Маркова, Е. Г. Корицкая, В. А. Минашина, Е. Ф. Соботович, О. Н. Усанова и др.) фонетические нарушения рассматриваются в тесной связи с особенностями лексического и грамматического развития детей с алалией. Развитие фонетической стороны в значительной степени зависит от развития словаря и даже определяется им. Звуки появляются в ряде случаев спонтан­но под влиянием развития словаря, однако их использование в составе слова сопряжено со значительными затруднениями. Об этом свидетельствуют многочисленные ошибки при воспроизведении звукового состава слова детьми даже при условии правильного произнесения ими изолированных звуков [1].

У ребенка с алалией не формируются тонкие двигательные координации речевого аппарата. Нарушение аналитико-синтетической деятельности речедвигательного анализатора носит различный характер: оральная апраксия, нарушение последовательности, пе- реключаемости и т. д. Наблюдаются поиски артикуляции, неумение выполнить определенное артикуляционное движение или действие (комплекс последовательных движений), трудности усвоения после­довательности и переключаемости. Ведущим в этих случаях являет­ся нарушение двигательного характера, оно и определяет речевое артикуляторное расстройство. При этом вследствие кинетической или кинестетической апраксии страдают фонетическая и фонемати­ческая системы.

Чем больше степень недоразвития коры мозга, тем более глубо­кой, грубой оказывается несформированность речевой функции. Прослеживается прямая связь между нарушениями артикуляцион­ного праксиса и организацией речевых движений, а следовательно, фонетической системы речи, с одной стороны, и с восприятием, пониманием речи — с другой.

Неречевая симптоматика моторной алалии. У детей с алалией выявляется несформированность не только речевой деятель­ности, но и ряда моторных и психических функций. При моторной алалии наблюдается неврологическая симптоматика различной сте­пени выраженности: от стертых проявлений мозговой дисфункции и единичных знаков повреждения центральной нервной системы до выраженных неврологических расстройств (парезы), особенно пи­рамидной и экстрапирамидной систем. Оральная апраксия, по Н. Н. Трауготт, встречается у 10 % детей" с алалией. У них отмечается физическая недостаточность, соматическая ослабленность.

Выявляется общая моторная неловкость детей, неуклюжесть, дискоординация движений, замедленность или расторможенность движений. Отмечается понижение моторной активности, недоста­точная ритмичность, нарушение динамического и статического рав­новесия (не могут стоять и прыгать на одной ноге, ходить на носках и на пятках, бросать и ловить мяч, ходить по бревну и т. д.). Особенно затруднена мелкая моторика пальцев рук. Имеются дан­ные о преобладании у детей с моторной алалией левшества и амбидекстрии. Одни дети расторможены, импульсивны, хаотичны в деятельности, гиперактивны, другие, наоборот, вялые, заторможен­ные, инертные.

У детей отмечается недоразвитие многих высших психических функций (памяти, внимания, мышления и др.), особенно на уровне произвольности и осознанности.

**4.2 Сенсорная алалия**

Основным симптомом сенсорной алалии является нарушение по­нимания речи вследствие нарушения работы речеслухового анали­затора, что возникает при преимущественном поражении височной доли доминантного полушария. Это приводит к недостаточному ана­лизу и синтезу звуковых раздражителей, поступающих в кору го­ловного мозга, как следствие этого не формируется связь между звуковым образом и обозначаемым им предметом. Ребенок слышит, но не понимает обращенную речь, так как у него не развиваются слухоречевые дифференцировки в воспринимающем механизме речи.

Возникающие под влиянием звучащего слова возбуждения не передаются в другие анализаторы из-за недоразвития мозговых клеток, и вся сложная динамическая структура, связанная со словом, не возбуждается. При сенсорной алалии имеется тяжелое нарушение аналитико-синтетической деятельности коркового конца речеслухового анализатора (в клетках верхневисочной извилины — петля Гешля), в котором происходит первичный анализ речевых звуков. У детей не формируется фонематическое восприятие, не дифференцируются фонемы и не воспринимается слово целиком, отмечаются несформированность акустико-гностических процессов, понижение способности к восприятию речевых звуков.

Сенсорная алалия менее изучена, чем моторная алалия. В не­которой степени это связано с тем, что количество детей с таким нарушением относительно невелико, а его распознавание и диф­ференциальная диагностика с другими видами нарушений затрудне­на. Проблема сенсорной алалии на протяжении всей истории ее изучения вызывала острые дискуссии. С течением времени менялись требования к диагностике, понимание нарушения то сужалось, то неоправданно расширялось. Существование сенсорной алалии как самостоятельного нарушения и сейчас у отдельных исследователей вызывает сомнения, иногда полагают, что диагноз ставится без необходимых оснований.

При отсутствии или недостаточности понимания речи прежде всего возникает вопрос о состоянии слуха человека. Как показали многократные специальные исследования, в подавляющем большин­стве случаев дети с сенсорной алалией имеют некоторое незначи­тельное снижение тонального (физического) слуха, но оно не столь серьезно, чтобы быть тормозом в развитии понимания речи. Напри­мер, Н. Н. Трауготт сообщает о детях, которые слышали обращен­ную к ним речь на расстоянии 6м — это нормальный уровень восприятия речи средней громкости при нормальном слухе, но смысл слышимого оставался детям непонятным, хотя при этом они не были умственно отсталыми. По мнению исследователей, если и есть при сенсорной алалии снижение слуха, то оно не является ведущим в картине речевого недоразвития. Неполноценность вос­приятия объясняется не снижением слуха, а специфическим состоя­нием коры головного мозга.

Ю. А. Флоренская отмечала, что при сенсорной алалии (сен­сорно-акустическом синдроме) имеется особое состояние акусти­ческой невозбудимости и истощаемости слуховой функции. Это приводит к неустойчивости слуховых реакций, трудностям образова­ния слуховых дифференцировок, неполноценности слухового анали­за и синтеза.

Проверка слуха у детей с сенсорной.алалией очень трудна, при исследовании на специальной электроакустической аппаратуре обна,- руживается слуховая неустойчивость: сигналы одинаковой частоты и громкости то воспринимаются, то не воспринимаются.

Окончательный вывод о состоянии слуха ребенка делают только после сопоставления нескольких аудиограмм, взяв за предполагае­мые показатели наиболее близкие совпадения данных 8—10 иссле­дований.

При сохранности звукопроводящей функции слухового ана­лизатора у детей отмечается неспособность локализовать звук в пространстве, выявляется нарушение слуховой памяти, индиф­ферентность к звуковым раздражителям. Обращенный сигнал (речь взрослого) оказывается слишком слабым, чтобы вызвать понима­ние, интерес и ответ. Невключение внимания и его быстрая истощаемость — типичные проявления в картине недостаточности.

Н. Н. Трауготт, С. И. Кайданова (1975) отмечают у детей с сенсорной алалией понижение слуха на тоны высокой частоты и своеобразие нарушения тонального (неречевого) и речевого слуха: у детей избирательно затруднено образование условных связей на звуковые раздражители достаточной для ребенка громкости[4].

Нарушение понимания при сенсорной алалии существенно отличается от нарушения, вызванного снижением слуха. Наблюде­ния показывают, что обычно у слабослышащих бывает достаточно стабильный, устойчивый порог восприятия, ниже которого диф­ференциация звуковых сигналов становится невозможной. Сенсор­ное же нарушение отличается от сниженного слуха отсутствием четкого порога восприятия, у ребенка отмечается мерцающее непостоянство слуховой функции: сигналы одинаковой громкости то воспринимаются, то не воспринимаются. Это зависит от повы­шенной возбудимости или заторможенности ребенка, от его сомати­ческого и нервного состояния, от психической активности, особен­ностей окружающей среды, обстановки обследования, способов подачи сигналов и ряда других факторов. Недоразвитие или раннее поражение мозга приводит к снижению работоспособности незрелых мозговых клеток, в которых не могут нормально протекать высшие нервные процессы.

Иногда дети лучше воспринимают речь окружающих утром — после ночного сна рабочая функция коры мозга выше, а к вечеру по мере нарастающего утомления понимание речи ухудшается. В других случаях дети лучше воспринимают речь вечером, так как, видимо, утром еще продолжает действовать тормозной фон после ночного сна, а к вечеру, по мере тренировки, восприятие несколько улучшается, клетки мозга как бы включаются в рабочий ритм.

Увеличение громкости обращенной речи улучшает понимание слабослышащих детей и приводит к обратному эффекту у детей с сенсорной алалией. Сверхсильные раздражители вызывают запре­дельно охранительное торможение в коре головного мозга, и недо­развитые клетки впадают при этом в состояние функциональной блокады, повышается тормозной процесс, клетки выключаются из деятельности. Более тихую спокойную речь ребенок с сенсорной недостаточностью обычно воспринимает лучше, чем речь повышен­ной громкости, крик. Использование слуховых аппаратов улучшает восприятие слабослышащих и не приводит к улучшению восприятия при сенсорной алалии.

Хотя однозначного мнения о состоянии слуха у детей с сенсор­ной алалией нет, в отдельных исследованиях установлено, что может отмечаться незначительное снижение слуха на всем диапазо­не частот, повышенная истощаемость слухового внимания и вос­приятия.

Возможность восприятия при сенсорной алалии находится в зависимости от темпа поступления звуковых раздражителей, нали­чия интервала между ними, качества звуков, предъявляемых для восприятия. Чистые тоны воспринимаются обычно хуже.

Дети с сенсорной алалией спонтанно могут повторить отдельные слоги, звукосочетания, слова и короткие фразы, воспринимаемые ими из окружающего, без специального обучения, хотя повторения является нестойким. Дети с нарушенным слухом в тяжелой степени самостоятельно обычно почерпнуть слова и фразы из окружающего не могут. Подражание звукам при сенсорной алалии непостоянно и во многом зависит от ситуации. Сенсорное наруше­ние характеризуется тем, что дети не могут образовывать связи между предметом и его названием, у них не формируется предмет­ная соотнесенность слышимых и произносимых ими слов. Пассив­ный словарь ребенка неустойчив и заметно отстает от активного. Часто ребенок называет предмет в любой ситуации, а узнает его название только избирательно в определенных условиях. У детей с нарушением слуха в результате специального обучения быстро устанавливается связь между словом и предметом и эта связь устойчивая.

Встречаются дети, которые относительно легко выполняют требуемое простое задание, но при этом не понимают слова ин­струкции вне конкретной ситуации, т. е. общий смысл фразы вос­принимается легче изолированных слов. Постепенно ребенок начи­нает прислушиваться к звукам, в том числе и речевым, но внимание его долгое время остается неустойчивым и истощаемым. Фонемати­ческое восприятие развивается замедленно и надолго остается несформированным.

Большую роль для детей с сенсорной алалией играет ситуация. Дети часто понимают содержание высказываний только в опреде­ленном контексте. Их затрудняет понимание смысла слов при изменении форм и порядка слов, не воспринимается ими смысл грамматических конструкций.

В ряде случаев дети не понимают слегка усложненных заданий, не отличают ошибочно сказанного от правильного варианта. Неко­торые не понимают речь при изменении темпа высказывания, пу­тают слова с однотипной акцентно-слоговой структурой, близкие по звучанию слова воспринимают как тождественные. Иногда дети просят повторить обращенную к ним речь и понимают только то, что проговаривается несколько раз, так как одноразовый раздражи­тель оказывается недостаточным для восприятия. При подкрепле­нии слухового раздражителя процесс восприятия улучшается.

Отмечаются трудности включения, переключения и распределе­ния внимания. Ребенок не сразу воспринимает звук, обращенную к нему речь. Отвлекается внешними раздражителями и без них. Обращает на себя внимание замедленность слухового восприятия.

Не поняв что-то, ребенок может разобраться, если одно и то же будет повторено несколько раз в неизменном виде или пересказано другими словами. Иногда затруднено узнавание и знакомых слов. Встречаются дети, которые понимают только то, что могут про­говорить сами, и понимают только после такого проговаривания. Проговаривание в момент восприятия приводит к улучшению понимания, видимо, потому, что оно подкрепляется кинестезиями от собственного произнесения. Часто дети смотрят в лицо говоряще­го. В этом случае понимание улучшается за счет подкрепления слухового впечатления со стороны зрительного анализатора — чте­ния с лица; включение в восприятие зрительного раздражения усиливает акустические впечатления.

На всех этапах развития ребенка с сенсорной алалией у него отмечаются колебания слухового внимания и восприятия: трудности включения и концентрирования внимания, устойчивости и распре­деления его, повышенная отвлекаемость, истощаемость, прерывис­тость внимания.

Иногда ребенок понимает только одного человека — мать, педагога и не понимает, когда то же самое говорит кто-то другой. При этом реакция на звуки не зависит от громкости звучания.

В работах В. К. Орфинской, Н. Н. Трауготт и некоторых других исследователей показано, что при сенсорной алалии страдает различение фонем, фонематический анализ и анализ морфологичес­кого состава слов. Именно это и составляет специфику данного нарушения.

В. К. Орфинская (1963), Н. И. Жинкин (1972) выделяют особую семантическую алалию, при которой сохранно восприятие речи, но нарушено ее понимание[2].

Отмечаются трудности включения, переключения и распределе­ния внимания. Ребенок не сразу воспринимает звук, обращенную к нему речь. Отвлекается внешними раздражителями и без них. Обращает на себя внимание замедленность слухового восприятия.

Не поняв что-то, ребенок может разобраться, если одно и то же будет повторено несколько раз в неизменном виде или пересказано другими словами. Иногда затруднено узнавание и знакомых слов. Встречаются дети, которые понимают только то, что могут про­говорить сами, и понимают только после такого проговаривания. Проговаривание в момент восприятия приводит к улучшению понимания, видимо, потому, что оно подкрепляется кинестезиями от собственного произнесения. Часто дети смотрят в лицо говоряще­го. В этом случае понимание улучшается за счет подкрепления слухового впечатления со стороны зрительного анализатора — чте­ния с лица; включение в восприятие зрительного раздражения усиливает акустические впечатления.

На всех этапах развития ребенка с сенсорной алалией у него отмечаются колебания слухового внимания и восприятия: трудности включения и концентрирования внимания, устойчивости и распре­деления его, повышенная отвлекаемость, истощаемость, прерывис­тость внимания.

У детей с сенсорной алалией при отсутствии понимания стано­вится невозможной или грубо искажается и собственная речь. В тяжелых случаях у безречевого непонимающего ребенка отме­чается двигательное беспокойство, имеются выраженные трудности поведения: ребенок играет, прыгает, кричит, стучит, хаотичен в деятельности. Но иногда такие дети бывают ласковыми, стеснитель­ными, в какой-то мере осознающими свой дефект.

Дети пользуются для общения жестами, мимикой. Слушают музыку, избирательно относятся к мотивам. Тишина успокаивает детей, громкие же разговоры, крик раздражают. Они правильно реагируют на изменение интонации, не понимая при этом слов- обращений. Игру сопровождают модулированным лепетом. По­степенно лепет перерастает в активный словарь, но слова произ­носятся искаженно в звуковом и структурном отношении, понима­ние смысла слов затруднено.

Постепенно ребенок начинает прислушиваться к окружающим звукам, осмыслять некоторые из них, соотносить с определенными явлениями окружающей жизни. Как реакция на речевое окружение

у ребенка с сенсорной недостаточностью появляются обрывки слов, эмоциональные восклицания, прямо не связанные с ситуацией, а свидетельствующие о его речевой активности. Затем в ходе разви­тия постепенно появляется ситуационное, более устойчивое понима­ние и употребление отдельных слов и простых словосочетаний. В лепете различаются отдельные слова или их обрывки, междоме­тия, которые продуцируются вне связи с ситуацией. Значение слов, проговариваемых ребенком, неустойчиво. Наличие слов в активном словаре превышает пассивный словарь.

**Заключение**

Алалия — одно из наиболее сложных речевых нарушений. Несмотря на многочисленные исследования, оно не является доста­точно изученным. Достоверных статистических сведений о распрост­раненности алалии нет. Успехи в изучении алалии в последние годы достигнуты благодаря использованию исследователями ме­тодологии комплексного синдромального подхода к анализу дефек­а. Наиболее сложным и дискуссионным является вопрос о меха­низмах алалии; сенсомоторные, психологические и языковые кон­цепции по-разному его интерпретируют. Недоразвитие речи при алалии носит системный характер, отмечается несовершенство всех операций в процессе порождения речевого высказывания, хотя наблюдается многообразие вариантов проявления речевых и нере­чевых симптомов в структуре нарушения.

Комплексная системная работа при алалии направлена на соз­дание механизмов речевой деятельности, формирование речи как средства коммуникации и развития психической деятельности в целом. Дальнейшее углубленное изучение алалии на основе кли­нических, психолингвистических, психолого-педагогических и других критериев позволит уточнить вопросы этиопатогенеза, дифферен­циальной диагностики, структуры дефекта при алалии и, как следст­вие этого, обеспечит оптимизацию коррекционно-логопедического воздействия [1] .

**Список используемой литературы**

1. Волкова, Л.С. Логопедия: Учебник для студентов дефектологических факультетов педагогических ВУЗов. 5-е издание, переработанное и дополненное. [Текст] / Л.С. Волкова. – Издательство «ВЛАДОС», 2009.- 703с.
2. Волкова, Л.С., Селиверстова, В.И. Хрестоматия по логопедии. Уч. Пособие для студентов педагогических учебных заведений: В 2 тт.Т 2. [Текст] / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова.- М.: Гуманит.изд.центр ВЛАДОС, 1997. – 560.
3. Выготский, Л. С. Мышление и речь. / Л.С. Выготский - М.: «Лабиринт», 1999.-352 с.
4. Калягин, В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. [Текст] / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. — М.: Академия, 2006. — 320 с.