

**Fundacja Central European Academy Studies and Certification (CEASC),
Polska
Wyższa Szkoła Informatyki i Umiejętności (WSIU),
Łódź, Polska**

**NOWOCZESNA EDUKACJA:
FILOZOFIA, INNOWACJA, DOŚWIADCZENIE**

Nr2(6) - 2016

**Łódź
Wyższa Szkoła Informatyki i Umiejętności
2016
ISSN 978-83-60282-31-1**

Кандидат педагогічних наук,
старший викладач кафедри логопедії
Зелінська-Любченко Катерина Олександрівна,
Сумський державний педагогічний університет
імені А. С. Макаренка
+38(097)9959034
kartinka-muza@ukr.net

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF MOTOR ALALIA

Zelinskaya-Lubchenco K. A.
Differential diagnosis of motor alalia

The special interest to the diagnosis and correction of speech disorders, namely, to the motor alalia, at the present stage of development of correctional pedagogy is highlighted in the article. The issues of alalia diagnosis at an early age are pretty difficult. The alalia is often confused with similar conditions in other forms of speech disorders: gluconat, a severe degree of hearing loss with the delay on this background, speech development, speech and language disorders with mental retardation, deaf syndrome, with aphasia and etc. While examining children with alalia speech therapy should be guided by all the principles that allow to identify possible causes and mechanisms of the disorder, its dynamics, symptoms, and eventually the correct diagnosis and determine the prognosis. Diagnostics of child with alalia consist of the child examination by the psychological-medical-pedagogical commission specialists and a survey of teacher-pathologist. It can be divided five stages of examination of child with alalia in a special group: an evaluation, diagnostic, analytical, and forecasting information. The final diagnosis is made only after a careful study and comparison of the totality of the results of the survey. In diagnosis it is necessary to fix the shape of the disorder, it's possible causes, characteristic manifestations and degrees of severity.

Keywords: motor alalia, differential diagnosis, examination speech, diagnosis.

На сучасному етапі розвитку корекційної педагогіки особливий інтерес для діагностики та корекції представляє моторна алалія. Вивчення моторної алалії має не тільки практичне, а й теоретичне

значення, так як сприяє виявленню кортикальних механізмів, що лежать в основі даної мовленнєвої патології.

Терміном «моторна алалія» визначається відсутність або обмеження мовлення, обумовлене ураженням певних кортикальних відділів головного мозку, що забезпечують мовленнєву функцію за достатнього для розвитку мовлення слуху та інтелекту [2, с. 16].

Ураження центральної нервової системи при алалії відбувається в домовленнєвому періоді. Окремі симптоми, які увійшли в клініку моторної алалії, вперше описали Р. Коен (1888) і А. Гутцман (1924). Вони відзначили відсутність гуління, бідності белькотіння та пізній розвиток мовлення.

А. Лібман (1909) спостерігав аграматизми у дітей, які страждають недорікуватістю. Н. Трауготт (1940) систематизувала симптоматику моторної алалії, для якої характерна затримка розвитку звуковимови, обмеження словника, виражені аграматизми.

Для моторної алалії типово повільне оволодіння граматичною будовою мовлення. Необхідність тривалих логопедичних занять із алаліками відзначають Н. Трауготт (1940) і Р. Левина (1951).

І. Самойлова (1952) вивчала патофізіологічні механізми, що лежать в основі моторної алалії. Нею було встановлено, що при моторній алалії страждають руховий і мовленнєворуховий аналізатори; при цьому автор вказує на широку іррадіацію збуджуючого та гальмівного процесів, їх інертність, підвищену виснаженість клітин кори.

На подальшому етапі розвитку корекційної педагогіки питаннями алалії займалися Л. Волкова, В. Воробйова, М. Єрмакова, О. Захарова, П. Гуровець, В. Ковшиков, А. Колеснікова, Ю. Коломієць, С. Кондукова, Р. Левіна, В. Левченкова, О. Мاستюкова, Є. Мустаєва, В. Орфінська, Г. Парфьонова, Н. Січкачук, Є. Соботович, Ю. Сорочан, М. Шермет та інші.

Описані дослідниками дані висвітлюють основні клінічні симптоми моторної алалії та механізм її виникнення. Проте питання диференційної діагностики цього мовленнєвого порушення й на сьогодні залишається не до кінця вирішеним.

Мета статті – на основі аналізу корекційно-педагогічних наукових літературних джерел висвітлити питання диференційної діагностики моторної алалії.

Питання діагностики алалії в ранньому віці є досить гострим. Алалію часто змішують із подібними станами, іншими формами мовленнєвих порушень: глухонімотою, важким ступенем туговухості та затримкою на цьому фоні мовленнєвого розвитку, недорозвиненням мовлення при олігофренії, псевдоалалічним синдромом, афазією тощо.

Спільне в перерахованих категорій дітей те, що всі вони або не говорять, або говорять дуже погано.

Дитина-алалік і глухоніма дитина відрізняються головним чином розвитком слуху: у дитини-алаліка елементарний слух нормальний, у глухонімої – слуху немає, якщо не брати до уваги наявних іноді незначних залишків слуху; у алаліків є модульований голос, що свідчить про наявність слуху, у глухонімої голос немодульований. Алаліки супроводжують міміку звуковими поєднаннями, що нагадують слова, для вираження думок дитина залучає мімічні засоби; у глухонімої дитини зовнішні ознаки алалії відсутні внаслідок ураження органу рівноваги, яке супроводжує ураження внутрішнього вуха, порушується координація рухів, хода [3, с. 25].

Алалія та туговухість відрізняється рівнем елементарного слуху. У алаліків елементарний слух нормальний, у туговухих слух знижений. У алаліків голос дзвінкий та чистий, у туговухих голос глухий і тихий. У алаліків часто спостерігається повна відсутність мовлення у туговухих мовлення є, хоча

воно дуже недосконале та характеризується великими лексичними, граматичними і фонетичними вадами. Алалік не в змозі повторити за дорослим слово, туговуха дитина зможе повторити слово, якщо сприймає його і якщо це слово нескладне за своїм звуковим складом [3, с. 25].

Алалія і розумова відсталість також мають свої відмінності. Відсутність мовлення різко обмежує повноцінний розвиток і спілкування дитини з оточуючими, а це в свою чергу призводить до поступового відставання в розумовому розвитку, яке носить вторинний характер. Іншими словами, відсутність мовлення може спричинити затримку розумового розвитку дитини, внаслідок чого алалік може дещо відрізнитися за розвитком від своїх однолітків, не будучи олігофреном. Діти-алаліки також істотно відрізняються від олігофренів (розумово відсталих): у міру становлення мовлення та під впливом спеціального навчання інтелектуальне відставання поступово зникає.

На відміну від дітей із глибоким ступенем розумової відсталості (імбецилів), алаліки демонструють розумну поведінку: адекватно орієнтуються в навколишньому середовищі, в побуті; розуміють повсякденне мовлення, жести і тому правильно виконують посильні та доступні для них доручення, прості завдання.

Між алалією та розумовою відсталістю в ступені дебільності є наступні відмінності. Діти-алаліки раніше починають розуміти мовлення оточуючих; розуміння граматичних змін слів поліпшується у міру розвитку їх мовлення і в якійсь мірі наближається до норми. Діти із легкою розумовою відсталістю, незважаючи на розширення лексики й оволодіння словосполученням, ніколи не досягають норми розуміння мовлення. Діти-алаліки активно використовують наявні словесні засоби спілкування, наприклад, лепетні слова, звуконаслідування, окремі загальновживані слова, обривки лепетних

речень тощо, а також паралінгвістичні засоби: жести, міміку, пантоміміку, інтонацію. Розумово відсталі використовують примітивні жести, які не можуть замінювати мовленнєве спілкування. Пасивний словник дитини-алаліка поповнюється дуже швидко і є значно більшим за активний. В дітей із легкою розумовою відсталістю немає різкого розбіжності між активним і пасивним словником [3, с. 25–27].

Алалія та затримка мовленнєвого розвитку мають наступні відмінності. Алалія пов'язана з органічним ураженням центральної нервової системи, затримка розвитку мовлення може бути пов'язана із соматичною ослабленістю, педагогічною занедбаністю; у алаліків порушена програма мовленнєвої діяльності, не сформована мотивація мовленнєвої діяльності, вони не можуть розповідати зв'язно; у них порушена складова структура слів; у дітей із затримкою мовленнєвого розвитку присутня структура фразових висловлювань, програма висловлювання, у них сформований мотив діяльності, немає мовленнєвого негативізму [3, с. 28].

Серед дітей із дитячим церебральним паралічем можуть бути діти з алалією та діти з псевдоалалічним (хибним алалічним) синдромом. Мовлення дітей із псевдоалалічним синдромом розвивається із затримкою. У віці від одного року до трьох років ці діти за картою розвитку мовлення нагадують алаліків. У чотири роки у них відзначається виражене відхилення від нормального мовленнєвого розвитку. До семи років мовлення таких дітей наближається до норми. При псевдоалалічному синдромі мають місце такі симптоми: мовленнєвий негативізм; підвищена загальмованість мовленнєвої функції: полохливі, не можуть висловитися за необхідності; зазнають труднощів під час заучування на пам'ять; їх пасивний словник значно ширший за активний [3, с. 28].

І алалія, і афазія характеризуються повним або частковим порушенням всієї мовленнєвої системи, всіх її компонентів і сторін, що робить в тій чи іншій мірі неможливим здійснення основної функції мовлення – спілкування з оточуючими. Як вторинні явища в обох випадках мають місце порушення процесів мислення та зміни всієї особистості.

Терміном «алалія» прийнято називати випадки глибокого системного недорозвинення мовлення терміном «афазія» називають системний розпад вже сформованого мовлення. Роботу з алаліками характеризують як виховання мовлення, роботу з хворими на афазію характеризують як відновлення мовлення [2, с. 34].

Діагностика алалії також ускладнюється через її подібність із деякими мовленнєвими та немовленнєвими розладами. При обстеженні дітей із алалією, а також осіб із іншими формами патології мовленнєвої діяльності, логопеду необхідно керуватися всіма принципами, що дозволяють виявити можливі причини і механізми розладу, його динаміку, симптоматику, а в підсумку поставити правильний діагноз і визначити прогноз.

Обстеження повинно проводитися в тісному контакті з іншими фахівцями (з невропатологом, психопатологом та ін.) та батьками.

Одна з важливих умов обстеження – встановлення контакту з дитиною, враховуючи негативізм й інші психопатологічні особливості, властиві багатьом дітям із алалією. Обстеження не повинно вичерпуватися однією або декількома зустрічами з дитиною [4, с. 71].

Результати обстеження обов'язково повинні інтерпретуватися у світлі певної наукової концепції (уявлень про алалію). Остаточний діагноз ставиться тільки після ретельного вивчення та зіставлення всієї сукупності результатів обстеження. У діагнозі потрібно зафіксувати форму розладу, його можливі причини та найбільш характерні прояви [1; 4].

Прогноз повинен визначатися після оцінки комплексу чинників:

7. негрубо виражені немовленнєві розлади;
8. сприятливе мікросоціальне середовище;
9. потреба у мовленні;
10. хоча б елементарно розвинені синтагматичні відношення в синтаксисі;
11. предикативні слова;
12. на ранніх етапах життя здійснюється медико-педагогічний вплив на дитину [5, с. 70].

Ефективність логопедичної роботи багато в чому залежить від того, наскільки правильно та грамотно була проведена діагностика алалії, наскільки були продумані та реалізовані педагогом тактика, стратегія обстеження мовлення та немовленнєвих психічних функцій дитини.

Завдання проведення ретельної всебічної діагностики – виявити характер патології, її структуру, індивідуальні особливості прояву в конкретній дитини з алалією, оскільки планування індивідуальних та групових занять із дітьми безпосередньо визначається тими показниками мовленнєвого та психічного розвитку, які були виявлені в процесі обстеження [6, с. 44].

Для направлення дитини з моторною алалією до групи дітей із важкими порушеннями мовлення, необхідно провести діагностику, що складається з двох послідовних процедур:

1) обстеження дитини фахівцями психолого-медико-педагогічної комісії (ПМПК);

2) обстеження вчителем-логопедом, який безпосередньо буде займатися корекцією мовлення цієї дитини.

Можна умовно виділити п'ять етапів обстеження дитини з алалією в спеціальній групі: ознайомлювальний; діагностичний; аналітичний; прогностичний; інформаційний.

Завдання першого етапу – ознайомлення вчителя-логопеда з анамнестичними даними. В рамках етапу вивчається педагогічна та медична

документація, що супроводжує дитину (характеристики, медична карта, виписки з висновками педіатра, окуліста, невропатолога, довідки про результати проведення аудіографії, енцефалографії тощо).

У процесі знайомства з документацією визначаються ті питання, які слід уточнити в особистій бесіді з батьками дитини, на основі непрямих даних, що містяться в медичних і педагогічних документах, вибудовується тактика бесіди. Співбесіда з батьками направлена на отримання інформації про особистість і характер дитини, про стилі спілкування в сім'ї, уточнення анамнестичних даних про дитину [6, с. 45].

Діагностичний етап являє собою процедуру обстеження мовленнєвих та психічних функцій дитини. Вчителя-логопеда будуть цікавити зорове і слухове сприймання; просторовий, конструктивний і динамічний праксис; стан загальної та дрібної моторики; особливості уваги, пам'яті дитини; сформованість мисленнєвих процесів; будова та функціонування апарату артикуляції; стан орального праксису, дихальної та голосової функцій; розвиток імпресивного та експресивного мовлення дитини [4; 6].

На підставі отриманих даних заповнюється протокол обстеження. Зафіксовані результати підлягають аналізу для визначення основних напрямків корекційної роботи.

Завданням аналітичного етапу є інтерпретація отриманих даних і заповнення мовленнєвої картки – обов'язкового звітного документу вчителя-логопеда.

У ході прогностичного етапу на основі отриманих та проаналізованих результатів визначається прогноз подальшого розвитку дитини, з'ясовуються основні напрями корекційної роботи, вирішується питання про оптимальну реалізацію індивідуального освітнього маршруту для дитини з моторною алалією [6, с. 45].

Інформаційний етап передбачає ознайомлення батьків дитини з укладеннями, передбаченими напрямками корекційної роботи та її організаційними формами. У процесі інформування батьків їм повідомляється вся інформація, отримана під час обстеження дитини, обмовляється і прогнозується батьківська участь у корекційних заходах.

Надалі обстеження переходить в процес щоденного спостереження та вивчення дитини в ході логопедичної корекції, відстеження динаміки виходу з моторної алалії.

Вищевикладене свідчить про те, що, незважаючи на низку досліджень проблеми моторної алалії, питання діагностики цього мовленнєвого порушення й на сьогодні залишається досить актуальним. Правильність постановки діагнозу сприятиме правильному плануванню та проведенню адекватної мовленнєвому порушенню корекційно-логопедичної роботи, допоможе дитині у подальшому повноцінно інтегруватися в соціальне життя суспільства.

Важливість проблеми диференційної діагностики моторної алалії підтверджує необхідність подальшої науково-дослідної роботи у цьому напрямі.

Рецензент:
д.пед.н., професор Г.Ю.Ніколаї

Список використаних джерел

1. Ковшиков В. А. Экспрессивная алалия. / В. А. Ковшиков – М. : «Институт общегуманитарных исследований», 2001. – 96 с.
2. Орфинская В. К. Сравнительный анализ нарушений речи при афазии и алалии / В. К. Орфинская / Дис. ... д-ра пед. наук. – Л., 1960. – 561 с.
3. Мациевская Г. В. Дифференциальная диагностика моторной алалии / Г. В. Мациевская // Очерки по патологии речи и голоса. Под. ред. С. С. Ляпидевского – Вып. 3. – М. : Просвещение, 1967 – С. 24–47.
4. Соботович Е. Ф. Особенности психического и речевого развития детей с моторной алалией / Е. Ф. Соботович, М. В. Рождественская // Питання дефектології. – К., 1975. – Вип 10. – С. 70–86.
5. Трауготт Н. Н. К вопросу об организации работы с моторными алаликами / Н. Н. Трауготт // Труды Ленинградского научно-практического института

слуха и речи РСФСР. – Т. 4. – Л., 1940, – С. 70. 6. Трауготт Н. Н. Результаты изучения различных форм патологии речи / Н. Н. Трауготт, С. И. Кайданова, И. К. Самойлова // Совещание по вопросам физиологии и патологии речевой деятельности. – Л., 1955. – С. 44–45.

References

- Kovshikov V. A. Ekspressivnaya alaliya. / V. A. Kovshikov – M. : «Institut obshchegumanitarnykh issledovaniy», 2001. – 96 s. 2. Orfinskaya V. K. Sravnitelnyy analiz narushenij rechi pri afazii i alalii / V. K. Orfinskaya / Dis. ... d-ra ped. nauk. – L., 1960. – 561 s. 3. Matsyevskaia H. V. Dyfferentsyalnaia dyagnostyka motornoj alalyy / H. V. Matsyevskaia // Ocherky po patologii rechy y holosa. Pod. red. S. S. Liapydevskoho – Vip. 3. – M. : Prosveshchenye, 1967 – S. 24–47. 4. Sobotovitch E. F. Osobennosti psicheskogo i rechevogo razvitiya detej s motornoj alaliej / E. F. Sobotovitch, M. V. Rozhdestvenskaya // Pitannya defektologii. – K., 1975. – vip 10. – S. 70–86. 5. Traugott N. N. K voprosu ob organizacii raboty s motornymi alalikami / N. N. Traugott // Trudy leningradskogo nauchno-prakticheskogo instituta sluxa i rechi RSFSR. – t. 4. – L., 1940, – s. 70. 6. Traugott N. N. Rezultaty izucheniya razlichnyx form patologii rechi / N. N. Traugot, S. I. Kajdanova, I. K. Samojlova // Soveshhanie po voprosam fiziologii i patologii rechevoj deyatelnosti. – L., 1955. – S. 44–45.

Ljudmila Lukash
Kryvyi Rih State Pedagogical University
+38(564) 71 68 66
kdpu@kdpu.edu.ua

THE DIDACTIC MODEL OF EDUCATION OF THE FUTURE ELEMENTARY SCHOOL TEACHERS TO ACTIVITIES FOR THE PREVENTION OF VIOLATIONS OF CHILDREN'S POSTURE

Lukash L.V. The didactic model of education of the future elementary school teachers to activities for the prevention of violations of children's posture

The state of musculoskeletal system incidence of pupils of secondary schools remains a pressing problem in all regions of Ukraine, in spite of significant achievements in this direction. The determination of the readiness of teachers and