

Алалия причины, симптомы, диагностика.



Алалия

Алалия – это грубое недоразвитие или полное отсутствие речи, вызванное органическими поражениями корковых речевых центров головного мозга, произошедшими внутриутробно или в первые 3 года жизни ребенка. При алалии отмечается позднее появление речевых реакций, бедность словарного запаса, аграмматизмы, нарушение слоговой структуры, звукопроизношения и фонематических процессов. Ребенок с алалией нуждается в неврологическом и логопедическом обследовании. Психолого-медико-педагогическое воздействие при алалии включает медикаментозную терапию, развитие психических функций, лексико-грамматических и фонетико-фонематических процессов, связной речи.

Общие сведения

Алалия – глубокая несформированность речевой функции, обусловленная органическим повреждением речевых зон коры головного мозга. При алалии недоразвитие речи носит системный характер, т. е. имеет место нарушение всех ее компонентов – фонетико-фонематического и лексико-грамматического. В отличие от афазии, при которой имеет место утрата ранее наличествовавшей речи, алалия характеризуется изначальным отсутствием или резким ограничением экспрессивной или импрессивной речи. Таким образом, об алалии говорят в том случае, если органическое повреждение речевых центров произошло во внутриутробном, интранатальном или раннем (до 3-х лет) периоде развития ребенка.

Алалия диагностируется примерно у 1% дошкольников и 0,6-0,2% детей школьного возраста; при этом в 2 раза чаще данное нарушение речи встречается у мальчиков. Алалия является клиническим диагнозом, которому в логопедии соответствует речевое заключение ОНР (общее недоразвитие речи).

Причины алалии

В основе алалии лежит органическое поражение речевых центров коры головного мозга, произошедшее во внутриутробном периоде или после рождения до формирования у ребенка связной речи. Приводящие к алалии факторы многообразны и могут воздействовать в различные периоды раннего онтогенеза:

1. **Аntenатальный период.** К повреждению речевых зон могут приводить гипоксия плода, внутриутробное инфицирование (TORCH-синдром), угроза самопроизвольного прерывания беременности, токсикозы, падения беременной с травматизацией плода, хронические соматические заболевания будущей мамы (артериальная гипотония или гипертензия, сердечная или легочная недостаточность).
2. **Интранатальный период.** Закономерным итогом отягощенного течения беременности служат осложнения родов и перинатальная патология. Алалия может являться следствием асфиксии новорожденных, недоношенности, внутричерепной родовой травмы при преждевременных, скоротечных или затяжных родах, применении инструментальных акушерских пособий.
3. **Постнатальный период.** Некоторые исследователи указывают на наследственную, семейную предрасположенность к алалии. Частые и продолжительные заболевания детей в первые годы жизни (ОРВИ, пневмонии, эндокринопатии, рахит и пр.), операции под общим наркозом, неблагоприятные социальные условия (педагогическая запущенность, дефицит речевых контактов, синдром госпитализма) усугубляют действие ведущих причин алалии.

Как правило, в анамнезе детей с алалией прослеживается участие не одного, а целого комплекса факторов, приводящих к минимальной мозговой дисфункции – ММД.

Патогенез

Органические повреждения головного мозга вызывают замедление созревания нервных клеток, которые остаются на стадии молодых незрелых нейробластов. Это сопровождается снижением возбудимости нейронов, инертностью основных нервных процессов, функциональной истощаемостью клеток мозга. Поражения коры головного мозга при алалии носят нерезко выраженный, но множественный и билатеральный характер, что ограничивает самостоятельные компенсаторные возможности речевого развития.

Классификация

За долгие годы изучения проблемы было предложено множество классификаций алалии в зависимости от механизмов, проявлений и степени

выраженности недоразвития речи. В настоящее время в логопедии пользуется классификация алалии по В.А. Ковшикову, согласно которой выделяют:

- **Экспрессивную (моторную) алалию.** В основе ее возникновения алалии лежит раннее органическое поражение коркового отдела речедвигательного анализатора. В этом случае у ребенка не развивается собственная речь, однако понимание чужой речи остается сохранным. В зависимости от поврежденной зоны различают афферентную моторную и эфферентную моторную алалию. При афферентной моторной алалии имеет место поражение постцентральной извилины (нижних теменных отделов левого полушария), что сопровождается кинестетической артикуляторной апраксией. Эфферентная моторная алалия возникает при поражении премоторной коры (центра Брока, задней трети нижней лобной извилины) и выражается в кинетической артикуляторной апраксии.
- **Импрессивную (сенсорную) алалию.** Сенсорная алалия возникает при поражении коркового отдела речеслухового анализатора (центра Вернике, задней трети верхней височной извилины). При этом нарушается высший корковый анализ и синтез звуков речи и, несмотря на сохранный физический слух, ребенок не понимает речь окружающих.
- **Смешанную алалию (сенсомоторную или мотосенсорную алалию с преобладанием нарушения развития импрессивной или экспрессивной речи)**
Симптомы моторной алалии

Неврологический статус

При моторной алалии имеют место характерные неречевые (неврологические, психологические) и речевые проявления. Неврологическая симптоматика при моторной алалии представлена, прежде всего, двигательными расстройствами: неловкостью, недостаточной координированностью движений, слабым развитием моторики пальцев рук. У детей имеются трудности с овладением навыками самообслуживания (застегиванием пуговиц, зашнуровыванием обуви и т. п.), выполнением мелкомоторных операций (складыванием мозаики, пазлов и пр.).

Психологический статус

Рассматривая психологическую характеристику детей с моторной алалией, нельзя не отметить нарушения памяти (особенно слухоречевой), внимания, восприятия, эмоционально-волевой сферы. По особенностям поведения дети с моторной алалией могут быть гиперактивными, расторможенными либо малоподвижными, заторможенными. Большинство детей с моторной алалией имеют сниженную работоспособность, высокую утомляемость, речевой негативизм. Интеллектуальное развитие у детей-алаликов страдает вторично, вследствие речевой недостаточности. По мере развития речи интеллектуальные нарушения постепенно компенсируются.

Речевой статус

При моторной алалии отмечается выраженная диссоциация между состоянием импрессивной и экспрессивной речи, т. е. понимание речи остается относительно сохранным, а собственная речь у ребенка развивается с грубыми отклонениями или не развивается совсем. Все этапы становления речевых

навыков (гуления, лепета, лепетного монолога, слов, фраз, контекстной речи) происходят с опозданием, а сами речевые реакции значительно редуцированы. Несмотря на то, что ребенку с афферентной моторной алалией потенциально доступно выполнение любых артикуляторных движений (в отличие от дизартрии), звукопроизношение оказывается грубо нарушенным. При этом возникают стойкие замены и смешения артикуляционно спорных фонем, что приводит к невозможности воспроизведения или повторения звукового образа слова.

При эфферентной моторной алалии ведущим речевым дефектом является невозможность выполнения серии последовательных артикуляционных движений, что сопровождается грубым искажением слоговой структуры слова. Несформированность динамического речевого стереотипа может привести к появлению заикания на фоне моторной алалии.

Словарный запас при моторной алалии значительно отстает от возрастной нормы. Новые слова усваиваются с трудом, в активном словаре имеются, главным образом, обиходные термины. Малый лексический запас обуславливает неточное понимание значений слов, их неуместное употребление в речи, замены по семантическому и звуковому сходству. Характерной чертой моторной алалии является абсолютное преобладание в словаре существительных в именительном падеже, резкое ограничение других частей речи, трудности в образовании и дифференциации грамматических форм.

Фразовая речь при моторной алалии представлена простыми короткими предложениями (одно- или двусоставными). Как следствие, при алалии имеется грубое нарушение формирования связной речи. Дети не могут последовательно изложить события, выделить главное и второстепенное, определить временные связи, причину и следствие, передать смысл явлений и событий.

При грубых формах моторной алалии у ребенка имеются только звукоподражания и отдельные лепетные слова, которые сопровождаются активной мимикой и жестикуляцией.

Симптомы сенсорной алалии

Речевой статус

При сенсорной алалии ведущим дефектом является нарушение восприятия и понимания смысла обращенной речи. При этом физический слух у сенсорных алаликов сохранен, и они нередко страдают гиперacusией – повышенной восприимчивостью к различным звукам.

На фоне слуховой агнозии собственная речевая активность у детей с сенсорной алалией повышена. Однако их речь представляет собой набор бессмысленных звукосочетаний и обрывков слов, эхолалий (неосознанного повторения чужих слов). В целом при сенсорной алалии речь бессвязна, лишена смысла и непонятна для окружающих (логорея – «словесный салат»). В речи детей с сенсорной алалией присутствуют многочисленные персеверации (навязчивые повторения звуков, слогов), элизии слогов (пропуски), парафазии (звуковые замены), контаминации (объединение

частей разных слов друг с другом). К собственной речи дети с сенсорной алалией не критичны; для общения широко используют мимику и жесты.

При грубых формах сенсорной алалии понимание речи отсутствует совсем; в других случаях носит ситуативный характер. Однако, даже если ребенку доступен смысл фразы в определенном контексте, при изменении словоформы, порядка слов в предложении, темпа речи понимание теряется. Часто в осмыслении речи детям с сенсорной алалией помогает «чтение с губ» говорящего.

Недостаточность фонематического слуха при сенсорной алалии приводит к неразличению слов-паронимов; несформированности соотнесенности слышимого и произносимого слова с тем или иным предметом или явлением.

Психологический статус

Грубое искажение развития речи при сенсорной алалии приводит к вторичным нарушениям личности, поведения, задержке интеллектуального развития. Психологические особенности детей с сенсорной алалией характеризуются трудностью включения и удержания внимания, повышенной отвлекаемостью и истощаемостью, неустойчивость слухового восприятия и памяти. У детей с сенсорной алалией может отмечаться импульсивность, хаотичность поведения или, напротив, инертность, замкнутость.

В чистом виде сенсорная алалия наблюдается нечасто; обычно встречается смешанная сенсомоторная алалия, что указывает на функциональную неразрывность речеслухового и речедвигательного анализаторов.

Диагностика

Дети с алалией нуждаются в консультации детского невролога, детского отоларинголога, логопеда, детского психолога.

1. **Неврологическое обследование.** Необходимо для выявления и оценки характера и степени повреждения головного мозга. С этой целью ребенку могут быть рекомендованы ЭЭГ, эхеоэнцефалография, рентгенография черепа, МРТ головного мозга. Для исключения тугоухости при сенсорной алалии необходимо проведение отоскопии, аудиометрии и др. исследований слуховой функции. Нейропсихологическое обследование включает диагностику слухоречевой памяти.

2. **Логопедическое обследование.** Начинается с выяснения перинатального анамнеза и особенностей раннего развития ребенка. Особое внимание обращается на сроки психомоторного и речевого развития. Диагностика устной речи (импрессивной речи, лексико-грамматического строя, фонетико-фонематических процессов, артикуляционной моторики и т. д.) проводится по схеме обследования при ОНР.

Дифференциальная диагностика алалии осуществляется с ЗРР, дизартрией, тугоухостью, аутизмом, олигофренией.

Коррекция алалии

Общее лечение

Методика коррекционного воздействия при любых формах алалии должна носить комплексный психолого-медико-педагогический характер. Дети с

алалией получают необходимую помощь в специализированных ДОУ, стационарах, коррекционных центрах, санаториях.

Работа над речью ведется на фоне медикаментозной терапии, направленной на стимуляцию созревания мозговых структур; физиотерапии (лазеротерапии, магнитотерапии, электрофореза, ДМВ, водолечения, ИРТ, электропунктуры; транскраниальной электростимуляции и др.). При алалии важно работать над развитием общей и ручной моторики, психических функций (памяти, внимания, представлений, мышления).

Коррекция моторной алалии

Учитывая системный характер нарушения, логопедические занятия по коррекции алалии предполагают работу над всеми сторонами речи. При моторной алалии у ребенка ведется работа над:

- стимуляцией речевой активности;
- формированием активного и пассивного словаря,
- фразовой речью,
- грамматическим оформлением высказывания;
- развитием связной речи,
- звукопроизношением.

В канву логопедических занятий включаются логоритмика и логопедический массаж.

Коррекция сенсорной алалии

При сенсорной алалии ставятся задачи овладеть:

- различением неречевых и речевых звуков,
- дифференциацией слов, соотнесением их с конкретными предметами и действиями,
- пониманием фраз и речевых инструкций,
- грамматическим строем речи.

По мере накопления словаря, формирования тонких акустических дифференцировок и фонематического восприятия становится возможным развитие собственной речи ребенка. При различных формах алалии рекомендуется сравнительно раннее обучение детей грамоте, поскольку письмо и чтение позволяет лучше закрепить усвоенный материал, а также контролировать устную речь.

Прогноз и профилактика

- Залогом успеха коррекционной работы при алалии служит ее раннее (с 3-4 лет) начало, комплексный характер, системное воздействие на все компоненты речи, формирование речевых процессов в единстве с развитием психических функций. При моторной алалии речевой прогноз более благоприятный; при сенсорной и сенсомоторной алалии – неопределенный. В значительной степени на прогноз влияет степень органического поражения головного мозга. В процессе школьного обучения у детей с алалией могут появиться нарушения письменной речи (дисграфия и дислексия).