

Державний заклад
«ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені К. Д. УШІНСЬКОГО»

ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

збірник наукових праць

Одеса
2021

УДК:376
П781

ДРУКУЄТЬСЯ ЗА РІШЕННЯМ
Вченої Ради
ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний
університет імені К. Д. Ушинського
(протокол № 7 від 25.03.2021 р.)

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Ганчар І.Л. – професор, доктор педагогічних наук, професор кафедри фізичного виховання і спорту Національного університету «Одеська морська академія».

Кисличенко В.А. – доцент, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри спеціальної освіти Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Головний редактор – професор **Форостян О. І.**
Відповідальний редактор – доцент **Соколова Г. Б.**
Технічний редактор – викладач **Маматова З. Р.**

Члени редколегії:

Соколова Г.Б. – доктор психологічних наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д. Ушинського»

Лещій Н.П. – доктор педагогічних наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д. Ушинського»

Арнаутова Л.В. – доцент, кандидат медичних наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д. Ушинського»

Начинова О.В. – доцент, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д. Ушинського»

Притиковська С.Д. – кандидат педагогічних наук, завідувача СНДЗ №193 компенсуючого типу м. Одеси

Григор'єва Л.В. – директор, вчитель-методист, спеціаліст вищої категорії Одеської спеціальної школи №75 I-II ступенів Одеської міської ради Одеської області.

Проблеми реабілітації: Збірник наукових праць, Одеса, / редкол. О.І. Форостя та ін. - Одеса: видавець Букаєв Вадим Вікторович, 2021. - 114 с.

УДК:376
ББК:74.00

© ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний
університет імені К. Д. Ушинського», 2021

цього потрібно краще орієнтуватися в багатьох аспектах методів діагностики та нейровізуалізації. Ці знання також стануть в нагоді для досягнення консенсусу між педагогічними та медичними працівниками для визначення єдиного вірного вектору реабілітації та абілітації.

Список використаних джерел:

1. Аністратенко А. Катамнестичне спостереження та реабілітація дітей з перинатальною патологією, уродженими вадами розвитку та спадковими захворюваннями. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина* Т.VI, No 4(22), 2016. С. 55-59.
2. Гриб В.А. Діагностичні алгоритми в неврології / В.А. Гриб, Н.П. Яворська, В.В.Смілевська, С.І.Геник; за ред. проф. В.А.Гриб та доц. Н.П.Яворської. - 3-є видання, виправлене й доповнене. Київ: Видав-й дім Медкнига, 2017. 48 с.
3. Кропотков Ю.Д. Количественная ЭЭГ, когнитивные вызванные потенциалы мозга человека и нейротерапия / Перевод с английского под ред. В.А. Пономарева. Донецк: Издатель Заславский А.Ю., 2010. 512 с.
4. Неврологія: підручник / І.А. Григорова, Л.І. Соколова, Р.Д. Герасимчук та ін.; за ред. І.А. Григорової, Л.І. Соколової. – 3-є вид., переробл. та допов. Київ: ВСВ «Медицина», 2020. 640 с., 32 с. кольор. вкл.
5. Рібцун Ю. В. Професійний довідник учителя-логопеда дошкільного навчального закладу. Харків: Вид. група «Основа», 2012. 239 [1] с. (Серія «Професійний довідник»).

УДК 376.37+159.95

Притиковська С. Д., Тіхонова О. М.

МОТОРНА АЛАЛІЯ: ІСТОРІЯ ВИВЧЕННЯ, СУТНІСТЬ, ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ

У статті зроблено огляд історичних аспектів вивчення моторної алалії, визначено етіопатогенез складних мовленнєвих порушень при моторній алалії.

The article reviews the historical aspects of the research of motor alleles, determines the etiopathogenesis of complex speech disorders in motor alleles.

Ключові слова: моторна алалія, комплексне обстеження, порушення психо-мовленнєвого розвитку.

Keywords: motor alleles, comprehensive examination, violation of psycho-speech development.

Одним з найбільш складних мовленнєвих порушень є алалія. У літературі, присвяченій порушенням мовлення, цей термін зустрічається ще з давніх пір. Більшість лікарів з'єднувала в поняття «алалія» всі форми втрати мовлення. В різні часи для позначення цього порушення мовлення, особливо в зарубіжній літературі, крім терміна «алалія» використовувалось і багато інших термінів, наприклад:

вроджена афазія або онтогенетична афазія – на противагу поняттю афазія, що позначає втрату чи розпад мовлення унаслідок ураження мовленнєвих зон кори головного мозку у дітей після 3 років та в дорослих;

дисфазія – що вказує на схожість та одночасно й відмінність названої мовленнєвої патології та афазії;

слухонімота – термін, який використовували для позначення відсутності мовлення в дітей з нормальним слухом на протигагу терміну глухонімота, що позначав відсутність мовлення в глухих.

Поступово ці терміни стали розмежовувати. Остаточо термін «алалія» виокремлюється лише у 30-ті роки ХХ ст. та остаточно закріплюється у середині ХХ ст.

У вивченні алалії значний вклад внесли І. Франк, Р. Шультесс (1830), А. Кусмауль (1877), Р. Коен (1888), Г. Гуцман (1894), А. Лібман (1900), М. Богданов-Березовський (1909), Е. Фретельс (1931), а в більш пізній час Л. Волкова, М. Хватцев, Н. Трауготт, В. Орфінська, Б. Гриншпун, Р. Левіна, Л. Мелехова, Г. Мацієвська, Є. Соботович, О. Мастюкова, В. Ковшиков, С. Шаховська, В. Воробйова, М. Шеремет та інші дослідники.

Отже, алалія (від грец. *a* - частка, що означає заперечення, і лат. *Lalia* - мовлення) - відсутність або системне недорозвинення мовлення внаслідок органічного ураження мовних зон кори головного мозку у внутрішньоутробному або ранньому періоді розвитку дитини [3].

В залежності від того, які мовленнєві центри були уражені, розрізняють сенсорну (імпресивну) і моторну (експресивну) алалії.

Якщо був уражений центральний відділ мовнослухового аналізатору, то це сенсорна алалія. Цей патологічний стан дитини характеризується важким недорозвиненням сприйняття мовлення, і як наслідок недорозвиненням власного мовлення. Слух у дитини збережений, але вона погано розуміє, або зовсім не розуміє звернене мовлення.

При моторній алалії уражений центральний відділ мовнорухового аналізатора. Дитина розуміє звернене мовлення, але її власне мовлення не розвивається, тому що дитина з вищевказаним порушенням просто не може знайти та відтворити правильну послідовність звуків у слові та слів у реченні.

Відповідно до клінічних спостережень, в порівнянні з імпресивною (сенсорною) експресивна (моторна) алалія зустрічається значно частіше (точні статистичні дані відсутні) [1].

Проаналізуємо сучасні наукові уявлення про моторну алалію як однієї із тяжких, стійких та поширеніших форм патології мовленнєвої діяльності.

В логопедичній літературі моторною алалією називають системне недорозвинення експресивного мовлення центрального органічного характеру, обумовлене несформованістю мовних операцій процесу породження мовленнєвих висловлювань при відносному збереженні смислових і сенсомоторних операцій [3].

Згідно з визначення Є. Соботович, моторна алалія – це важке недорозвинення експресивного мовлення, викликане органічним ураженням вищих рівнів (мовного і гностико-праксичного) мовної функціональної системи [4].

В. Ковшиков вважав, що з двох термінів, що застосовуються для позначення форми алалії, при якій збережені слухове сприйняття, розуміння мови, але порушено вираз, говоріння, а саме, з термінів «моторна» і «експресивна», останній видається більш вдалим, так як в ньому зафіксовано типове для даної форми патології мовної діяльності розлад мовного (мовленнєвого) вираження і одночасно знята жорстка прихильність цього розладу до його механізму, про який поки що ще дуже мало відомо [1].

Особливість і складність моторної алалії полягає в системному недорозвиненні мовлення, тобто в порушенні усіх її сторін: синтаксичної, морфологічної, лексичної і фонематичної. Мовлення у дітей розвивається з грубими відхиленнями або зовсім не формується самостійно і без логопедичної допомоги.

Моторна алалія представляє собою складний розлад і характеризується не тільки відсутністю або дефіцитарністю усного висловлювання, а і цілим комплексом взаємопов'язаних між собою дефектів. У структуру цього розладу входять: специфічне важке недорозвинення мовлення; своєрідні особливості формування у дітей складних рухових дій; загальні для всіх видів аномального розвитку і специфічні закономірності формування психічної діяльності.

Маючи на увазі складну структуру цього розладу, деякі автори називають його симптомокомплексом моторної алалії або ідентифікують з первинним важким недорозвиненням мовлення, яке спостерігається у дітей з первинно збереженим інтелектом, нормальним слухом і достатніми мовно-руховими функціями [5].

Етіологія моторної алалії пов'язана з осередковими екзогенно-органічними ушкодженнями головного мозку, а саме - моторних центрів мовлення, розташованих в задній третині нижньої лобової звивини і постцентральної відділах кори домінантної півкулі. На ранніх етапах онтогенезу формуються мозкові структури вкрай вразливі до різних впливів, тому їх пошкодження супроводжується порушенням як мовленнєвих, так і немовленнєвих процесів. Можна виділити наступні шкідливі чинники:

Пренатальні причини - це група фізичних, біологічних, хімічних, метаболічних факторів, що впливають на центральну нервову систему плода, а саме: вірусні інфекції вагітної, що викликають церебральні порушення у дитини (краснуха, токсоплазмоз, цитомегалія та ін.); ендокринні хвороби матері (діабет), важкі токсикози вагітності, гіпоксія плода, імунологічний конфлікт по Rh-фактору; фізичні і психічні травми вагітної, безконтрольний прийом жінкою лікарських препаратів; куріння і вживання алкоголю; вплив радіації та ін.

Інтранатальні причини: внутрішньочерепні родові травми і асфіксія новонародженого, що призводять до пошкодження центрів моторної реалізації мовлення і загибелі нейронів; стрімкі пологи, медикаментозна стимуляція, розродження за допомогою акушерських щипців; гіпоксія плода..

Ранні постнатальні патології: перенесені у віці до одного року ЧМТ, менінгіти і енцефаліти, пухлини з локалізацією в зоні Брока, соматичні захворювання (рахіт, гіпотрофія), часті інфекційні захворювання, що викликають виснаження ЦНС; соціально-психологічні умови, в яких знаходиться дитина (недолік вербального спілкування, емоційна депривація).

Переконливих наукових даних в літературі про роль сімейного анамнезу в етіології алалії не наводиться, але такі автори, як Р. Коен (1888 р.), М. Земан (1961 р.), Р. Лухзінгер, А. Салей (1977) все ж таки підкреслювали роль спадковості та сімейної схильності.

Треба зауважити, що при детальному вивченні анамнезу дитини з моторною алалією в більшості випадків можна виділити вплив не одного, а цілий комплекс патологічних факторів.

На тяжкість моторної алалії безпосередньо впливає локалізація ураження та час пошкодження головного мозку. Тобто найбільш грубі мовні порушення виникають при впливі шкідливих факторів в I триместрі гестації, менш виражені і виборчі - після народження.

Щодо локалізації ураження при моторній алалії, то у сучасній клінічній літературі домінують дві точки зору:

1. Для моторної алалії характерне дифузне ураження головного мозку стертого характеру. Ці мінімальні ураження зачіпають обидві півкулі та носять білатеральний характер; можливий локальний характер ураження головного мозку. Електроенцефалографія (ЕЕГ) дітей із моторною алалією виявили особливості біопотенціалів мозку, що свідчать про зниження активності центральної нервової системи та патологічний характер хвиль в деяких областях мозку. При цьому різні автори вказують на різну локалізацію патологічних проявів. Так, наприклад, Р. Белова-Давид вказує на ураження скроневих і потилично-тім'яних областей різних півкуль. У деяких дітей із моторною алалією поєднується ураження скроневої та лобної областей мозку. Є. Мастюкова виявила у деяких дітей недолік функціонування тім'яно-потиличної області домінантної півкулі та ураження підкіркових областей.

2. Прихильники другої концепції пояснюють мовленнєву несформованість моторною недостатністю.

Більшість авторів пов'язують алалію з кінетичною або кінестетичною апраксією. Так, на думку Р. Белової-Давід, Г. Гуцмана, Р. Коена, В.Орфінської, Н. Трауготт та інших дослідників можна виділити дві форми апраксічних розладів: кінетичну (сферентну) та кінестетичну (аферентну).

Механізмом порушення мовлення при сферентній моторній алалії є кінетична (недостатня плавність автоматизованих рухових навичок), при аферентній – кінестетична апраксія (недостатня точність окремих довільних рухів).

При аферентній моторній алалії може відзначитися кінестетична артикуляторна апраксія (або її елементи). Дитина не може знайти окремі артикуляції, мовлення характеризується замінами артикуляційно схожих

звуків. Дитина також не може відтворити, повторити слово, словосполучення. Правильна артикуляція в мовленні закріплюється насилу.

При еферентній моторній алалії може спостерігатися кінетична артикуляторна апраксія (або її елементи). У цьому випадку у дитини страждає перемикання від однієї артикуляції до іншої, дитині важко включитися в рух, виконувати серію рухів. У мовленні дітей спотворена складова структура слів (при цьому порушення звуковимови відходять на другий план), можуть спостерігатися персеверації (патологічне мимовільне повторення одних і тих же елементів мовлення).

Проте моторна алалія не зводиться лише до порушення моторної сторони мовлення, тому виникла потреба у більш детальному дослідженні психічних процесів та функцій даної категорії дітей.

Значно серйознішими є порушення діяльності засвоєння та використання мови, що трапляються при моторній алалії, через які, власне, її й відносять до групи мовних порушень. Виходячи з цього, Є. Соботович розглядала алалію з урахуванням психолінгвістичної структури та механізмів мовленнєвої діяльності, а тому розмежувала моторну алалію на дві форми: з переважанням порушення парадигматичної (цілісність) чи синтагматичної (послідовність мовних одиниць) систем мови. Означені мовні порушення проявляються в труднощах оволодіння та використання дитиною синтагматично та парадигматично організованих мовних одиниць, пов'язаних зі звуко-складовою структурою слова, синтаксисом, словотвором, морфологічною словозміною, процесами трансформації внутрішньої структури вислову у поверхнєву, розумінням складних логіко-граматичних конструкцій тощо [5].

З розвитком нейрофізіологічного та нейропсихологічного підходів до дослідження механізмів порушення при моторній алалії та залученні методів нейровізуалізації мозкової діяльності з'явилися нові погляди на етіологію алалії. В. Кудрявцева, В. Трошихін, І. Деміна та ін. пов'язують механізм алалії зі слабкістю процесів збудження та гальмування, їх інертністю, слабкістю замикаючої функції кори головного мозку та порушенням взаємодії сигнальних систем із переважаючою слабкістю другої сигнальної системи [2].

Розглядаючи алалію з позицій нейроонтогенезу О. Мастюкова визначає ураження дифузного характеру (мінімальна мозкова дисфункція), що призводить до порушення механізмів внутрішнього мовлення. Автор стверджує, що у дітей є специфічні розлади другої сигнальної системи, страждає формування лабільних, пластичних систем тимчасових зв'язків, або динамічних часових зв'язків та порушується система випередження і зворотнього зв'язку, тобто порушується процес внутрішнього програмування майбутньої фрази.

У контексті логопедії нейропсихологічний підхід є продуктивним і перспективним, завдяки можливості інтеграції педагогічної діяльності та нейропсихологічних компетенцій, що використовуються у логопедичній

роботі. Така інтеграція є значущою, оскільки дозволяє при аналізі особливостей дитини та кваліфікації її мовленнєвого статусу виявити механізми і внутрішній зміст тих процесів, які традиційними логопедичними підходами визначаються за їх зовнішніми, симптоматичними проявами. Т. Візель у дослідженні «безмовленнєвих» дітей визначає причину цього у незначній ролі співпраці логопедів, психологів із лікарями та нейрофізіологами. Спеціальні диференційно-діагностичні дослідження в рамках нейропсихології та нейролінгвістики в галузі мовленнєвих порушень на сьогодні є досить фрагментарними, проте вони мають пряме відношення до проблеми моторної алалії зокрема [2].

Можна зробити висновок, що в розкритті сутності моторної (експресивної) алалії важливе місце займає вивчення етіології та механізмів порушення. Проаналізувавши наявну літературу, можемо узагальнити, що етіологія моторної алалії частіше носить комплексний характер. Як правило, поєднуються два ряди причин: генетичні детермінанти та екзогенно-органічні ушкодження головного мозку.

Що стосується механізмів порушення, то у більшості випадків їх знання дозволять визначити методи і засоби корекційної роботи. Однак, і на сьогодні проблема механізмів порушення при моторній алалії залишається суперечливою та невирішеною.

Список використаних джерел:

1. Ковшиков В.А. Экспрессивная алалия. – М.: «Институт общегуманитарных исследований», В. Секачев, 2001. – 96 с.
2. Коломієць, Ю. В. До проблеми механізмів алалії / Ю. В. Коломієць, В. В. Апухтіна // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. - Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2013. - Вип. 23. - С. 120-123.
3. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 680 с.
4. Логопедия. Підручник. За ред. М. К. Шеремет. – К. : Видавничий Дім "Слово", 2010. – 376 с: іл.
5. Соботович Е. Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции : (дети с нарушением интеллекта и мотор. алалией) / Е. Ф. Соботович. – М.: Классикс стиль, 2003. – 160 с.

Соколова Г. Б., Костенко Д. А.

ПРОБЛЕМА ЗАЙКАННЯ У НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

Реформування спеціальної освіти передбачає значну перебудову змісту корекційних технологій, що використовуються в роботі з дітьми з особливими потребами. Значна увага в цьому напрямку приділяється мовленнєвій підготовці дітей.