**Алалия**

**Определение**

Алалия - отсутствие или грубое недоразвитие речи при нормальном слухе и относительно сохранном интеллекте, наступившее вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка (т.е. до начала сформирования речи – до 3 лет).

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

Алалия — не просто временная функциональная задержка речевого развития.

Весь процесс становления речи при этом нарушении проходит в условиях патологического состояния ЦНС.

**Терминология**

Кроме термина «алалия», для обозначения этого нарушения в литературе используются и многие другие термины: «врожденная афазия», «онтогенетическая афазия», «афазия развития», «дисфазия», «задержка речевого развития», «конституциональная задержка речи», «нарушенное усвоение языка», «слухонемота».

**Распространенность**

Научно обоснованных статистических сведений о **распространенности** алалии нет.

Имеются данные, что среди дошкольников алалия встречается примерно 1%, среди школьников 0,6 – 0,2 %.

По отношению ко всем формам речевой патологии алалия составляет от 4 %. до 15-20% (среди детей с речевой патологией)

Алалия чаще встречается у лиц мужского пола; соотношение частоты распространения алалии у полов равно 2:1 (встречается в 2 раза чаще, чем у девочек).

## Структура дефекта при алалии

## При моторной и сенсорной формах первично отсутствие или недоразвитие речи, вторично – нарушение высших психических функций.

 **Этиология алалии**

Алалию вызывает комплекс причин эндо- и экзогенного характера

Основное место принадлежит вредностям, которые действовали в пренатальный и натальный периоды развития ребенка и вызвали органические поражения ЦНС.

У большинства детей наиболее значимым фактором (по Ковшикову) является асфиксия, при которой поражаются многие отделы мозга, что затрудняет образование в нем межсистемных связей, необходимых для формирования речи.

Наблюдающиеся у многих детей с алалией в ранний период их жизни частые соматические заболевания и отрицательные социально-психологические влияния усугубляют действие предыдущих факторов биологического характера.

Причины возникновения синдрома алалии многообразны. Этиопатогенетические факторы могут действовать в разные периоды развития ребенка.

 В пренатальном периоде причинами возникновения алалии могут выступать

* интоксикации,
* инфекции (грипп, краснуха);
* хронические, соматические заболевания матери (н-р почечная недостаточность),
* нарушения кровообращения плода, ушибы и падения матери с последующей травматизацией плода,
* неблагоприятное течение беременности с угрозой выкидыша,
* радиация, влияние хим. веществ,
* резус-конфликт;
* врожденная отягощенность (болезни родителей, такие как туберкулез, сифилис и т. п.).

Действия неблагоприятных факторов в пренатальный период не только обуславливает органическое поражение мозга и неблагоприятно влияет на развитие плода, но и отрицательно влияет на течение родов.

В натальном периоде причинами могут стать:

* асфиксия (85%)
* патология родов (неудачное применение средств родовспоможения,
* затяжные или стремительные роды,
* рождение ребенка с родовой опухолью, гематомой, в асфиксии и др.).

Действие таких факторов может обуславливать нарушения формирования межсистемных мозговых связей, необходимых для своевременного и полноценного развития речи.

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.

В постнатальном периоде развития отрицательно могут сказаться

* ранние травмы головы,
* инфекционный гепатит,
* менингит, менингоэнцефалит,
* длительно текущие соматические заболевания,
* цепочка детских инфекций, вызывающих истощение центральной нервной системы и отрицательно влияющих на ее развитие.

Кроме действия биологических факторов, в постнатальном периоде развития возможно также действие *социально-психологических* факторов, таких как:

* недостаточность речевых и интеллектуальных контактов,
* конфликтные отношения в семье, неправильные методы воспитания,
* госпитализм, среда, состоящая из лиц с речевой патологией,
* многоязычие в семье и др.

Тем не менее, ведущими причинами возникновения алалии следует считать биологические, социально-психологические лишь усугубляют речевую недостаточность.

В большинстве случаев в анамнезе ребенка с алалией выделяется, как правило, не один, а целый комплекс патологических факторов

 **Анатомо-физиологический аспект изучения алалии**

Алалия – органическое нарушение (недоразвитие) речи центрального характера.

При алалии происходит запаздывание созревания нервных клеток в определенных областях коры головного мозга. Нервные клетки прекращают свое развитие, оставаясь на молодой незрелой стадии – нейробластов. Это недоразвитие мозга может быть врожденным или рано приобретенным в доречевом периоде – органические повреждения мозга при алалии имели место в пренатальном или раннем постнатальном периоде.

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

Изучение патофизиологических механизмов, лежащих в основе алалии, обнаруживает широкую иррадиацию процессов возбуждения и торможения, инертности основных нервных процессов, повышенную функциональную истощаемость клеток коры головного мозга.

Не у всех детей с моторной алалией выявляются повреждения нервной системы. Возможно, они были на более ранних этапах развития, а затем скомпенсировались

У детей с моторной алалией возможен локальный и диффузный характер повреждения мозга.

Локализация поражения при моторной алалии вариативна, при этом наблюдается "заинтересованность" височной доли доминантного полушария

Поражение мозга в большинстве случаев билатерально

Органические повреждения не имеют тяжелого характера, они минимальны .

**.Механизмы**

 Вопрос о механизмах алалии является в настоящее время дискуссионным.

Вопрос о механизмах алалии в настоящее время является наиболее сложным и дискуссионным.

 В. А.Ковшиков подразделил концепции объяснения механизма алалии на:

1. Сенсомоторные: речевое недоразвитие при алалии связано с патологией сенсомоторных функций (слуховой агнозией, апраксией).
2. Психологические: при алалии отмечается патология некоторых сторон психической деятельности.
3. Языковые: недоразвитие речи связано с несформированностью языковых операций процесса восприятия и порождения речевых высказываний. Эти концепция соответствует современным научным представлениям о речи как о многоуровневой деятельности, которая имеет сложную структуру и не может быть сведена только лишь к сенсомоторному уровню.

**Классификация алалии**

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

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

1. Психологическая - учитывает нарушения псих. процессов
2. Топологическая (топическая) Основана на локализации поражения г.м.
3. Лингвистическая учитывает нарушения языковых систем
4. Психолингвистическая. Основана на учете расстройства языковых операций в процессе порождения или восприятия речевого высказывания. Она является наиболее приемлемой, т.к. рассматривает речевую функциональную систему как многоуровневое, иерархичное образование, включающее большое кол-во операций.

  **Левина Р.Е.** (1951) предложила **психологическую классификацию**:

* Дети с неполноценным слуховым (фонематическим) восприятием;
* Дети с нарушением зрительного (предметного) восприятия;
* Дети с нарушением психической активности.

**Белова-Давид Р. А.** в зависимости от патогенеза выделяет следующие формы алалии:

 ***1. Сенсорная алалия***. Возникает как следствие поражения коркового отдела речеслухового анализатора (зона Вернике, 22-ое поле по Бродману). Отличительными особенностями данной формы алалии являются:

* Первичное недоразвитие импрессивной речи при отсутствии тугоухости и выраженного дефекта познавательной деятельности.
* Отсутствие большого разрыва при формировании импрессивной и экспрессивной речи.
* Сохранность в большинстве случаев интонационно-ритмической стороны речи.
* Наличие эхолалического воспроизведения речи окружающих.
* Формирование словаря и фразы через стадию “контуров” слов, т. е. наличие интонационно-ритмической канвы с упрощенным звуковым составом (выпадение согласных, т. е. упрощение в пределах коротких слоговых цепочек; длинные слоговые цепочки сокращаются до двух-трех слогов).
* Возможность заучивания стихотворных текстов.
* Быстрая истощаемость организма при восприятии речи, с “отчуждением” смысла знакомых слов.

***2. Моторная алалия***. Возникает как следствие поражения корковых двигательных зон.

 *2.1. Афферентная моторная алалия*. Связана с поражением постцентральных отделов коры головного мозга (1,2,3,5, частично 7 поля), отвечающих за глубинную чувствительность, нарушение которых приводит к дефектам артикуляторного праксиса – не образуются четкие кинестетические программы слов и фраз.

 Отличительными особенностями данной формы алалии являются:

* Первичное недоразвитие экспрессивной речи.
* Удовлетворительная возрастная сформированность импрессивной речи.
* Сохранность интонационно-ритмической стороны речи.
* Недоразвитие артикуляционного праксиса, в силу чего дефектно формируется фонетическое наполнение интонационно-ритмических программ.
* Большое непостоянство звукового состава слов, взаимозаменяемость звуков в самостоятельной речи, особенно на первых этапах речевого развития. Последующая фиксация неправильного звукопроизношения.
* Отсутствие грубых симптомов недоразвития словаря и грамматического строя речи. Структура слова и фразы чаще упрощена, а не искажена.
* Потребность в речевом общении с окружающими. Дети этой группы, как правило, охотно контактируют со сверстниками, любыми средствами добиваясь взаимопонимания.

 *2.2. Эфферентная моторная алалия.* Связана с поражением премоторных отделов коры головного мозга (44 поле, зона Брока), отвечающих за включение в движение и за переключение с одного движения на другое.

 Отличительными особенностями данной формы алалии являются:

* Первичное недоразвитие экспрессивной речи.
* Значительный разрыв между сформированностью импрессивной речи и состоянием экспрессивной речи.
* Нарушение интонационно-ритмической стороны речи.
* Бедность словаря, особенно предикативного.
* Грубые структурные изменения в словах и фразах (искажение структуры, перестановки, итерации слогов, перестановки слов во фразе).
* Стойкие, трудно поддающиеся исправлению аграмматизмы по всем категориям.
* Скандированность, напряженность, малая модулированность речи, так называемый телеграфный стиль.
* Трудность при заучивании стихотворных текстов. Стихотворение чаще дается как пересказ.

 ***3. Сенсомоторная алалия.*** Связана с избирательным недоразвитием клеток в зонах Вернике и Брока, нарушением межсистемных связей между этими зонами. В результате ребенок не понимает и не использует речь.

 **Орфинская В.К.** (1963) разработала **лингвистическую классификацию** алалии. Классификация основывается на выделении ведущего нарушения, при этом при одних формах языковая система нарушается первично, при других — вторично.

 В.К. Орфинской в 1960 г. выделена и описана **оптическая алалия**, связанная с избирательной неполноценностью зрительного анализатора (затылочные отделы). Ведущее агностико-апрактическое расстройство проявляется в затруднениях при дифференциации и обобщении по форме, величине и количеству. Отмечается тяжелое нарушение словесных и относительно легкое недоразвитие грамматических понятий. Формирование суффиксального словообразования затруднено больше, чем префиксального. Именное словообразование нарушается больше, чем глагольное.

При патологии центрального конца оптико-пространственной системы нарушается анализ и синтез по оптико-пространственным признакам, т. е. не формируется зрительно-пространственный гнозис. Ребенок плохо узнает предметы окружающего мира, не может соотнести эти предметы с их изображением (игрушка и ее рисунок). Рисунки предметов, отличающиеся небольшим количеством признаков, не поддаются дифференцировке (кошка, собака, волк, лиса – все обозначается каким-то одним словом), отсюда бедность номинативного словаря. Формирование предикативного словаря нередко опережает образование номинативных форм. Признаки предметов (цвет, форма, величина) также недостаточно четко дифференцируются, поэтому в речи детей либо нет слов, обозначающих эти признаки, либо слова не имеют предметной отнесенности. Ребенок говорит красный, но относит это определение к любому предъявленному цвету. В речи таких детей слабо формируются пространственные представления (вперед, назад, правая, левая, вверх, вниз и т.д.).

 Так называемые оптические алалии в чистом виде встречаются редко. В.К.Орфинская, выделившая оптические алалии кaк вторичное недоразвитие речи, настойчиво рекомендует подразделять педагогическую работу на два этапа: доречевой, заключающийся в соотнесении предметов по определенному признаку (первосигнальная деятельность), и речевой –опосредование признака словом. Она подчеркивает, что несоблюдение этого условия приводит к путанице: ребенок произносит случайные названия (на большой предмет говорит маленький, а через секунду может назвать его большим, зеленый предмет может назвать синим или желтым и т.д.).

 При формировании предложных конструкций В.К.Орфинская рекомендует длительную предварительную отработку расположения предметов в отношении друг друга и только после этого осторожно вводить речевые обозначения (книга на столе, книга в столе, книга под столом). При составлении нового речевого шаблона можно заменять только одну какую-либо часть фразы, например вместо: книга на столе, карандаш на столе и т.д. Как правило, дети с патологией оптико-пространственных систем очень беспомощны в графической деятельности: их рисунок представляет собой хаотическое расположение черточек. При попытках обучения грамоте они длительное время не узнают буквы, переворачивают их при складывании слогов, пишут, располагая неправильно элементы букв (зеркальность, перемещение верхних элементов вниз и т.д.). Педагогам в работе приходится прибегать к различным вспомогательным приемам (письмо по трафаретам и т.д.).

 **Соботович Е.Ф.** (1985) рассматривает алалию как нарушение овладением знаковой формой языка: 1) нарушение усвоение языкового кода, т.е. нарушение усвоения правил о том, с помощью каких языковых знаков, какой их комбинацией и последовательностью выражается то или иное содержание; 2) нарушение усвоения кода реализации языковых систем, т.е. нарушение отбора необходимых движений и их линейной организации для передачи оформленного с помощью языковых средств содержания в звучащую речь. В соответствии с таким пониманием алалии Е.Ф. Соботович выделяет:

* Алалию с преимущественным нарушением усвоения парадигматической системы языка
* Алалию с преимущественным нарушением синтагматической системы

**Психолингвистическая классификация В. А. Ковшикова.**

Основана на учете расстройства языковых операций в процессе порождения или восприятия речевого высказывания. Она является наиболее приемлемой, т.к. рассматривает речевую систему как многоуровневое, иерархичное образование, включающее большое кол-во операций.

 Импрессивная связана с нарушением процесса восприятия речевого высказывания

Экспрессивная - с нарушением процесса порождения речевого высказывания