



Статья: Что такое алалия?»

Алалия - отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

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 среднем можно считать, что алалия встречается у 0,1% населения. Авторы подчеркивают, что у мальчиков это нарушение встречается в 2 раза чаще, чем у девочек.

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

Причины возникновения синдрома алалии многообразны. Этиопатогенетические факторы могут действовать в разные периоды развития ребенка. В пренатальном периоде причинами возникновения алалии могут выступать интоксикации, хронические заболевания матери, нарушения кровообращения плода, ушибы и падения матери с последующей травматизацией плода, неблагоприятное течение беременности с угрозой выкидыша, 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: 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. 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.

Вопрос о механизмах алалии во многом не раскрыт. Сторонники сенсомоторного подхода связывают механизм алалии с несовершенством моторной или сенсорной сторон речи.

Несовершенство моторной стороны речи: у детей с алалией поражение центрального (коркового) отдела речедвигательного анализатора ведет к несовершенству его работы. Это и лежит в основе нарушения экспрессивной речи. В частности, большая роль отводится артикуляторной апраксии, из-за которой ребенок затрудняется в



производстве артикуляционных движений. Несовершенство сенсорной стороны речи связано с неполноценностью работы центрального отдела речеслухового анализатора, результатом чего является недостаточность фонематического восприятия, следовательно, плохое понимание речи.

Сторонники психологического подхода связывают механизм алалии с недостаточной сформированностью психических функций ребенка: памяти, внимания, мыслительных процессов. Недостаточность высших психических функций и снижение психической активности может вести к грубым нарушениям формирования речи.

Сторонники языкового подхода говорят о том, что алалия прежде всего языковое расстройство и ее механизм в расстройстве производства языковых операций в процессе порождения или восприятия речевого высказывания. Нарушение затрагивает именно языковой этап порождения или восприятия речи.

Симптоматика алалии:

В результате органического поражения головного мозга у детей с алалией могут наблюдаться недостатки со стороны некоторых мозговых структур. Вследствие этого, симптоматика алалии достаточно многообразна и не ограничивается нарушением только речевой функции. Характер алалического синдрома в каждом конкретном случае будет иметь индивидуальные особенности, будет зависеть от локализации и тяжести органического поражения, от общего соматического состояния ребенка, его возраста, интеллектуальных возможностей, окружающей его среды. Синдром алалии составляют неврологические, психопатологические и речевые симптомы.

Неврологическая симптоматика: может иметь выраженный, а чаще стертый характер. У детей с алалией может наблюдаться неврологическая микросимптоматика, свидетельствующая о неблагополучии со стороны центральной нервной системы (нарушения тонуса некоторых групп мышц, спастичность, паретичность, односторонний птоз, горизонтальный нистагм и др.). Иногда у таких детей выявляется синдром ММД.

Одними из наиболее часто встречающихся при алалии неврологическими симптомами являются апраксия и агнозия.

Апраксия - расстройство произвольных движений (чаще всего выражены со стороны тонкой и артикуляционной моторики). Ребенок затрудняется в выполнении какого-либо действия, требующего дифференцированных движений пальцев, по подражанию не может выполнить каких-либо артикуляционных движений (характерно для моторной алалии).

Агнозия - расстройство узнавания (могут быть как зрительные, так и слуховые). Имеют место при сохранности у ребенка элементарной чувствительности (слух, зрение). При слуховой агнозии ребенок в тяжелых случаях не различает, не соотносит с предметом никакие звуки. В более легких случаях слуховая агнозия проявляется в нарушении дифференциации акустически сходных звуков речи.





Зрительная агнозия в случае грубого поражения выражается в невозможности зрительного узнавания предметов, в более легких случаях проявляется избирательно (нарушение дифференциации предметов по цвету, форме, величине, нарушение дифференциации геометрических фигур, не узнавание цифр и букв, различные комбинации вышеперечисленных нарушений). В ряде случаев у детей с алалией наблюдается астериогноз (нарушение узнавания на ощупь).

Психопатологическая симптоматика: проявляется в отклонениях от нормы в развитии сенсорных функций (зрительного восприятия, слухового восприятия, тактильно-двигательных ощущений). Также наблюдаются отклонения в формировании, развитии и протекании психических процессов (памяти (особенно страдает слухоречевая память), внимания (слуховое внимание), мышления (интеллектуальное развитие детей-алаликов в известной мере лимитировано состоянием речи)).

При алалии дети не получают достаточного запаса сведений из процесса общения с окружающими. Много исследователей уделяли большое внимание интеллектуальному развитию детей с алалией и отмечали, что у этих детей есть некоторые интеллектуальные особенности: примитивизм, конкретность мышления, пробелы в знаниях, трудности в овладении понятиями. Все эти проблемы усугубляются общим снижением работоспособности детей-алаликов, высокой утомляемостью, слабостью произвольного внимания.

Некоторое интеллектуальное отставание детей с алалией резко отличается от отставания детей с олигофренией:

у детей с алалией не страдает познавательный интерес, у них живой взгляд, поведение, заинтересованное в окружающем. Такие дети пытаются играть, восполняя речевой недостаток жестами, выразительной мимикой

у детей с алалией некоторая интеллектуальная задержка носит парциальный характер, в то время как у детей с олигофренией - диффузный

у детей с алалией по мере развития речи вторичная интеллектуальная отсталость постепенно сглаживается.

Особенности эмоционально-волевой сферы: у детей с алалией часто наблюдается психический инфантилизм, одной из характерных черт которого являются особенности эмоционально-волевой сферы. Эти особенности проявляются в лабильности настроения (причем смена настроения часто неадекватна), характерна некоторая дурашливость, отсутствие самокритики, излишняя доверчивость. Игровая деятельность также отличается своеобразием: интерес к игре как правило летучий, чаще у детей с алалией в игре роль ведомых. Наблюдение за игровой сферой может быть крайне информативным в плане характеристики эмоционально-волевой сферы. У детей с более выраженной органической недостаточностью могут наблюдаться проявления немотивированной агрессии, раздражительности, характерно нежелание вступать в контакт, замкнутость, волевые качества не развиты, при затруднениях следует отказ от начатой деятельности.

Речевая симптоматика: выражена обширно, разнообразно, что обусловлено системностью нарушения речи при алалии. Страдают все стороны речи. При любой





форме алалии нарушается как импрессивная, так и экспрессивная речь. У детей с алалией своеобразно протекает развитие речи, даже если речь начинает развиваться самостоятельно, она не складывается в систему, ребенок усваивает лишь отдельные фрагменты этой системы, не постигая в своем практическом опыте всех языковых закономерностей. Выраженное недоразвитие речи ребенка проявляется во всех ее компонентах.

Фонетическая сторона: не формируется звуковой состав речи, характерно грубое искажение звукослоговой структуры слов, не развиты фонематические функции (ребенок длительное время затрудняется с дифференциацией звуков).

Лексика очень бедная, пополняется медленно, характерны замены слов по различным признакам, трудности актуализации словаря.

Грамматический строй речи: дети медленно, дефектно овладевают словоизменением и словообразованием, используют простую фразу, в речи выраженные стойкие аграмматизмы. Сложными синтаксическими конструкциями дети самостоятельно не овладевают.

Классификация алалии:

Топологическая (клиническая) классификация:




В основе этой классификации - критерий учета локализации поражения головного мозга при алалии.

Моторная алалия (обусловлена нарушениями центрального (коркового) отдела речедвигательного анализатора). Ребенок своевременно начинает понимать чужую речь, но собственная речь не развивается. Р. А. Белова-Давид, исследуя детей с моторной алалией, в зависимости от того, какой отдел речедвигательного анализатора пострадал, выделила моторную афферентную и моторную эфферентную алалию.



Афферентная моторная алалия обусловлена патологией постцентральной зоны коры головного мозга (нижний теменной отдел левого полушария), который в норме отвечает за кинестетический анализ и синтез раздражителей, ощущений, поступающих в мозг во время речи, за кинестетические речевые программы. При нарушении этих зон может отмечаться кинестетическая артикуляторная апраксия (или ее элементы). При этом ребенок затрудняется в нахождении отдельных артикуляций, для его речи характерны замены артикуляционно спорных звуков. Ребенок также не может воспроизвести, повторить слово, фразу. Правильная артикуляция в речи закрепляется с трудом.

Эфферентная моторная алалия обусловлена патологией премоторной зоны коры головного мозга (задняя треть нижней лобной извилины - центр Брока), который в норме отвечает за последовательность и организацию сложных комплексов двигательных программ. При эфферентной моторной алалии может наблюдаться кинестетическая артикуляторная апраксия (или ее элементы). В этом случае у ребенка страдает переключение от одной коартикуляции к другой, ребенку трудно включиться в движение, выполнить серию движений. В речи детей грубо искажена слоговая структура слов (при этом нарушения звукопроизношения отходят на







второй план), могут наблюдаться персеверации (патологическое произвольное повторение одних и тех же элементов речи).





Сенсорная алалия (обусловлена поражением центрального отдела речеслухового анализатора). Характеризуется тем, что при сохранном элементарном слухе ребенок не овладевает пониманием речи. При этом страдает задняя треть верхней височной извилины - центр Вернике. Эта форма алалии выделяется не всеми авторами. Сенсомоторная алалия (сочетает в себе признаки моторной и сенсорной алалии)





Оптическая алалия. Эта форма также выделяется не всеми авторами. Обуславливается неполноценностью деятельности речезрительного анализатора (затылочная область левого полушария). При этом нарушено понимание и использование в речи логико-грамматических конструкций, в основе которых лежат пространственные и временные представления. Также нарушается понимание и усвоение предложноподлежащих конструкций, сравнительных конструкций, наречий.



Моторная (экспрессивная) алалия:





Моторная алалия - системное недоразвитие экспрессивной речи центрального органического характера, обусловленное несформированностью языковых операций процесса порождения речевого высказывания при относительной сохранности смысловых и сенсомоторных операций.



Локализация поражения головного мозга при моторной алалии изучена недостаточно. Длительное время локализацию поражения в этом случае отождествляли с локализацией поражения при моторной афазии. В соответствии с этим, были выделены афферентная и эфферентная формы моторной алалии. Эта точка зрения недостаточно подтверждена, но и небезосновательна, так как у многих детей с моторной алалией ЭЭГ и клинические исследования выявляют неврологические симптомы двигательных и речедвигательных нарушений. В современной клинической литературе доминируют две точки зрения на локализацию поражения при моторной алалии:





для моторной алалии характерно не локальное, а диффузное поражение головного мозга стертого характера. Эти минимальные поражения носят билатеральный характер (затрагивают оба полушария)





























допускается локальный характер поражения головного мозга. ЭЭГ детей с моторной алалией выявили особенности биопотенциалов мозга, свидетельствующие о снижении активности центральной нервной системы и патологический характер волн в некоторых областях мозга. При этом разные авторы указывают на различную локализацию патологических проявлений. Так, например, Р. А. Белова-Давид указывает на поражение височных и затылочно-теменных областей разных полушарий. У некоторых детей с моторной алалией сочетается поражение височной и лобной областей мозга. Е. М. Мастюкова выявила у некоторых детей недостаток функционирования теменно-затылочной области доминантного полушария и поражение подкорковых областей.



По результатам исследований можно сделать следующие выводы:



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 (например, точечное кровоизлияние)



Симптоматика моторной алалии:

Симптоматика разнообразна, складывается из речевых и неречевых симптомов.



Неврологические симптомы: возможны общие симптомы алалии. Очень часто у детей с моторной алалией отмечаются неврологические симптомы двигательных расстройств. У детей может наблюдаться нерезко выраженная спастичность, паретичность мышц и мышечных групп, возможны синкинезии, гиперкинезы. Часто наблюдается ручная, оральная, артикуляторная апраксия. Со стороны моторной сферы таких детей могут отмечаться нарушения осанки и походки, нарушения объема, переключаемости и координации движений. В зависимости от моторных особенностей можно выделить две группы детей с моторной алалией:



расторможенные, гиперактивные
заторможенные, малоподвижные



У детей с моторной алалией чаще встречается леворукость. Левшество может иметь наследственный характер, но может быть и вынужденным, вследствие ослабленности левого полушария.



Психологическая симптоматика: общие симптомы алалии.



Речевая симптоматика:

При моторной алалии нарушено формирование экспрессивной речи при относительной сохранности импрессивной. При этом наблюдается большая диссоциация между состоянием импрессивной и экспрессивной речи.



Особенности лексики: дети с трудом усваивают слова, недостаточно пользуются словом даже в возможных пределах, выражено нарушена актуализация слов в речи. Значения слов нечеткие, аморфные, характерны замены слов по звуковому и семантическому сходству, замены целого на части и т. п. У детей с моторной алалией выражено страдает использование в речи глаголов, прилагательных, наречий, числительных, служебных слов, предлогов и союзов. В процессе употребления слов отмечается сужение и расширение их значений.



Особенности грамматического строя речи: нарушения выражены резко, сохраняются в речи детей длительное время и характерны не только для экспрессивной, но и для импрессивной речи детей (затрудняются в дифференциации грамматических форм).



Существительное: характерны застревания на исходной форме (именительный падеж), вслед за именительным падежом, как правило, усваивают творительный. При усвоении дательного и родительного падежей особую трудность вызывают





предложные конструкции (опускают предлоги, искажают окончания). Дети с моторной алалией с трудом усваивают склонение существительных.



Глаголы: характерны замены глагольных форм инфинитивом, которым дети пользуются достаточно долго. Очень сложно усваивают возвратные глаголы. С трудом овладевают изменением глаголов по лицам, числам и родам в прошедшем времени.



Прилагательные: появляются очень поздно. Часто вместо прилагательного употребляется неопределенная форма глагола. Отмечаются искажения родовых окончаний прилагательных, ошибки изменения по числам и падежам.



Особенности построения фразы: если у ребенка с моторной алалией самостоятельно формируется фраза - это короткое простое предложение, в котором могут быть нарушения порядка слов, могут отмечаться пропуски слов. Дети с моторной алалией преимущественно используют односоставные предложения, двусоставные, состоящие из указательного местоимения и существительного в именительном падеже (Это кот), предложения, состоящие из двух существительных (субъект - объект) или предложения в виде слова с жестом.



Особенности связной речи: формирование связной речи грубо нарушено. Ребенок не может передать последовательность явлений и событий, выделить временные, причинно-следственные и другие связи и отношения. У ребенка может преобладать:



нарушение последовательности изложения (страдает смысловое программирование) последовательность может быть правильной, но ребенок не в состоянии выделить главное (страдает переход от мысли к речи)



Если ребенку уже удается передать последовательность и выделить существенное, его речь все равно остается неполноценной, нераспространенной, конкретной.



Развитие фонетической стороны речи в значительной степени зависит от словаря. Звуки появляются в ряде случаев спонтанно, однако их использование в составе слов сопряжено со значительными затруднениями. Отмечаются трудности возможного комбинирования отдельных элементов речи в единое целое. При алалии с трудом формируется динамический артикуляционный стереотип - затруднено слияния звуков при их правильном или неправильном проговаривании, что приводит к перестановкам звуков и слогов, к упрощению и искажению структуры слов. У ребенка с алалией не формируются тонкие двигательные координации речевого аппарата. Нарушение аналитико-синтетической деятельности речедвигательного анализатора носит различный характер: оральная апраксия, нарушения последовательности, переключаемости и т. п. Наблюдаются поиски артикуляции, неумение выполнить определенное артикуляционное движение или комплекс последовательных движений, трудности усвоения последовательности. 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.



При алалии нарушена фонематическая реализация слов и высказываний, не формируются языковые оформления речи - звукослоговой и морфемный строй. Нарушение ритмической организации слов проявляется в замедленности речевого





потока, в послоговом произнесении слов с паузированием между словами и слогами, с равно- и разноударностью. Речь носит скандированный или фрагментарный характер. Несформированность ритмической структуры слова и фразы сопровождаются нарушениями мелодики, темпа и ритма речи.

Таким образом, у детей с алалией недоразвитие речи сочетается с нарушениями активности разных компонентов деятельности. Наблюдается многообразие вариантов недоразвития речи: от полного до частичного ее отсутствия. На этапах более высокого развития затруднения выявляются в развернутой речи, при усложнении ситуации общения, при выполнении специально подобранных заданий. Недостаточная прочность навыка связной речи маскируется у ребенка предельным лаконизмом, скудностью речевых проявлений или наоборот многоречием, тавтологией.

Моторная алалия неоднородна по своим проявлениям: иногда отмечается преимущественная несформированность операций отбора языковых средств, т. е. фонематических, лексических и грамматических элементов, в других случаях преобладающее нарушение - несформированность операций комбинирования. Выявляется неравномерность нарушений языковой системы: алалии с преимущественной несформированностью фонематического или грамматического уровня языковой системы и алалии с относительно равномерной несформированностью всех языковых систем. Наблюдаются и различия в возможностях речевой реализации тех языковых средств, которыми владеют дети.

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.

При сенсорной алалии имеется тяжелое нарушение аналитико-синтетической деятельности коркового конца речеслухового анализатора (в клетках верхневисочной извилины - петля Гешля), в которой 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. В некоторой степени это связано с тем, что количество детей с таким нарушением относительно невелико, а его распознавание и дифференциальная диагностика с другими нарушениями затруднены.

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 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, способов подачи сигналов и ряда других факторов. Увеличение громкости обращенной речи улучшает понимание слабослышащих детей и приводит к обратному эффекту у детей с сенсорной алалией. Сверхсильные раздражители вызывают запредельное охранительное торможение в коре головного мозга и недоразвитые клетки впадают в состояние функциональной блокады, выключаются из деятельности. Более тихую, спокойную речь ребенок с сенсорной недостаточностью обычно воспринимает лучше.

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.

В отличие от слабослышащих детей, дети с сенсорной алалией часто имеют гиперакузию - повышенную чувствительность к звукам, безразличным для окружающих: шум, шуршание, скрип и т. д. Дети воспринимают такие звуки болезненно и дают на них своеобразную реакцию.

Дети с сенсорной алалией спонтанно могут повторить отдельные слоги, звукосочетания, слова и короткие фразы, воспринимаемые ими из окружающего, но повторения являются нестойкими. Подражание звукам при сенсорной алалии непостоянно и во многом зависит от ситуации. Пассивный словарь ребенка часто неустойчив и заметно отстает от активного. Часто ребенок называет предмет в любой ситуации, а узнает его название только избирательно в определенных условиях. Дети с сенсорной алалией продуцируют звуки с нормальной модуляцией и интонациями.

Степени недоразвития речеслухового анализатора, как и речедвигательного, бывают различными, отсюда и многообразие проявлений недостатков понимания. В более грубых случаях ребенок совсем не понимает речь окружающих, безразличен к любым речевым и неречевым звуковым раздражителям. В других случаях ребенок понимает отдельные обиходные слова, но теряет их понимание на фоне развернутого высказывания. Иногда понимание изолированных слов затрудняет ребенка больше, чем понимание смысла фразы. 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. При изменении формы слов, их порядка, изменения темпа высказывания понимание исчезает.

Отмечаются трудности включения, переключения и распределения внимания, замедленность слухового восприятия.

Встречаются дети, которые понимают только то, то 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 (зрительное подкрепление - чтение с лица).



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



У детей с сенсорной алалией при отсутствии понимания становится невозможной или грубо искажается собственная речь. В тяжелых случаях у безречевого ребенка, не понимающего речь, могут отмечаться двигательное беспокойство, выраженные трудности поведения. Дети пользуются для общения жестами, мимикой, правильно реагируют на изменение интонации, не понимая слов-обращений. Игру сопровождают модулированным лепетом. Постепенно ребенок начинает прислушиваться к окружающим звукам, осмыслять некоторые из них, соотносить с определенными явлениями. Как реакция на речевое окружение у ребенка с сенсорной недостаточностью появляются обрывки слов, эмоциональные восклицания, прямо не связанные с ситуацией, но свидетельствующие о речевой активности. Затем в ходе развития постепенно появляется ситуационное, более устойчивое понимание и употребление отдельных слов и простых словосочетаний. Значение слов, проговариваемых ребенком неустойчиво.



При искажениях звуковой и слоговой структуры слов отмечаются многочисленные поиски, ребенок не уверен в своей речевой продукции и ищет адекватные кинестезии. Диффузное недифференцирование восприятия звуков приводит к недифференцированному проговариванию. Постепенно у ребенка вырабатывается осознание ошибок. Иногда наблюдается бессвязное воспроизведение всех известных ребенку слов, отмечаются персеверации услышанного или произнесенного слова или словосочетания, эхолалии. Эхолалически произнесенное не осмысляется и не закрепляется. В словах отмечаются многочисленные ошибки ударения, соскальзывания со звуков, многообразные звуковые замены, искажения структуры слов. В большинстве случаев искажения и замены не носят фиксированный характер.



При наличии собственной речи дети с сенсорной алалией говорят легко, плавно, без напряжения, не задумываясь о подборе слов, точном выражении мысли, построении предложений, не замечают допущенных ошибок. Речевая продукция детей остается вне их контроля, встречается неадекватность высказываемого. Отмечается фрагментарность речи, но это связано с малым объемом восприятия, с трудностями поиска правильного варианта высказывания.



Высказывания ребенка не точны по содержанию и ошибочны по форме, проговаривание характеризуется как бы приблизительностью, выявляется обилие парафазий (замен), пропусков звуков, частей слов, персевераций, контаминаций (часть одного слова соединяется с частью другого слова). В целом речь ребенка с сенсорной алалией может быть охарактеризована как повышенная речевая активность на фоне пониженного внимания к речи окружающих и отсутствие контроля за своей речью. Грубо искаженная речь не может использоваться ребенком как средство общения.





Вне зависимости от степени нарушения понимания и собственной речи у ребенка с сенсорной алалией отмечаются нарушения личности: разнообразные трудности в поведении, особенности эмоционально-волевой сферы, вторичная задержка умственного развития. Речь не является регулятором и саморегулятором поведения и деятельности такого ребенка.



Сенсорная алалия в чистом виде встречается сравнительно редко.



Недостаточность речи при моторной алалии приводит к некоторому снижению понимания вторичного характера, и поэтому в большинстве случаев встречается не чистая форма алалии, а смешанная - моторная алалия с сенсорным компонентом или сенсомоторная алалия. Снижение понимания может быть вторичным проявлением в структуре различных речевых нарушений, общим для которых является неполноценность экспрессивной речи. Первичная же сенсорная недостаточность отмечается при сенсорной алалии и сенсорной афазии, хотя практически разграничивать деятельность речедвигательного и речеслухового анализаторов нельзя, поэтому и отмечаются случаи комбинированных, а не чистых форм нарушений.

