

Трофименко Л. І.,

канд. пед. наук., ст. наук. сп. відділу логопедії

Інституту спеціальної педагогіки і психології ім. М. Ярмаченка НАПН України,

м. Київ, Україна

СПЕЦИФІКА НАДАННЯ ОСВІТНІХ ПОСЛУГ ДІТЯМ З АЛАЛІЄЮ

Алалія – одне із тяжких мовленнєвих порушень, що проявляється у відсутності мовлення або у його системному недорозвитку внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку у внутрішньоутробному чи ранньому періоді розвитку дитини [2].

Алалія належить до найскладніших мовленнєвих порушень: *по-перше*, вона виникає внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку, що призводить до порушення специфічних механізмів мовлення у його мовно-слуховій чи мовно-руховій ланках, що значно ускладнює та спотворює діяльність засвоєння та використання мови дитиною; *по-друге*, алалія – це системне порушення мовлення, що виявляється в недорозвитку усіх його сторін (фонетико-фонематичної, лексичної та граматичної), усіх його видів (експресивного та імпресивного) та форм (усного та писемного); *по-третє*, глибина порушення мовлення при алалії є досить суттєвою, що проявляється у відсутності або значному недорозвитку мовлення. Так, у найскладніших випадках, перший рівень загального недорозвитку мовлення може спостерігатися у дітей навіть у старшому дошкільному віці, а деякі недоліки писемного мовлення, спричинені алалією, залишаються навіть після закінчення школи; *по-четверте*, досить складною є диференційна діагностика алалії від інших порушень психофізичного розвитку, а також тривалою є корекційна робота з подолання первинних та вторинних відхилень розвитку зазначеної категорії дітей [4].

При алалії мають місце мовні, мовленнєві та немовленнєві симптоми, між якими існують складні опосередковані співвідношення. Однак, у симптоматиці розладів при алалії переважають мовленнєві порушення, які мають різні ступені

тяжкості: від простої словесної незграбності до повної нездатності користуватися розмовним мовленням.

Первинне порушення мовлення при алалії являє собою набір певних ознак (пізній початок мовлення, невідповідність лексичного запасу віку дитини, імпресивний та експресивний аграматизми, порушення формування звукових та складових образів слів тощо), які мають на різних етапах розвитку дитини неоднорідну структуру, природу та різну динаміку подолання.

При алалії у дітей спостерігаються специфічні недоліки пізнавальної діяльності: мислення, пам'яті, уваги, сприймання, мотивації до мовленнєвої комунікації, грубі порушення операційного складу діяльності засвоєння і використання мови в процесі сприймання та породження мовленнєвих висловів.

Велике значення має також рівень розвитку слухо-мовленнєвої пам'яті, наочно-образного мислення, зорово-просторових та вербально-перцептивних функцій, кінестетичної організації пальців рук а також особливості перебігу психічної діяльності.

Найчастіше у навчальних закладах трапляються діти з моторною алалією. Моторна алалія – це системний недорозвиток експресивного мовлення центрального органічного генезу, зумовлений несформованістю мовних операцій процесу породження мовленнєвих висловлювань з відносно збереженими змістовими і сенсо-моторними операціями.

Центральним симптомом порушення мовленнєвої (артикуляційної моторики) при моторній алалії є апраксія (О. Лурія, Н. Трауготт, Є. Соботович та ін.). При *аферентній формі* моторної алалії механізм порушення мовлення пов'язаний із кінестетичною апраксією (труднощі оволодіння окремими артикуляціями, звуковим складом слова). Грубі порушення в оволодінні фонетико-фонематичною стороною мовлення спричиняють недорозвиток лексичної та граматичної мовленнєвої компетенції. Так, у тяжких випадках перші слова в експресивному мовленні дитини з моторною аферентною алалією можуть з'явитися лише у старшому дошкільному віці. При *еферентній формі*

моторної алалії механізм порушення мовлення пов'язаний із кінетичною апраксією (за аналогією з афазією) (труднощі формування уявлень про фонетичну структуру слова, про артикуляційні ряди, переключення з одного руху на інший, складової структури слова, фонетико-фонематичні порушення). Оскільки артикуляційна програма вислову складається із серійно організованих рухів, кожен із яких відтворює окремий рух, то зрозуміло, що найбільші порушення в мовленні дітей із моторною еферентною алалією будуть проявлятися на рівні саме складової структури слова (Р. Белова-Давид, Н. Трауготт та ін.). Через труднощі оволодіння складовою структурою діти тривалий час не вводять до слів ті звуки, вимовою яких вони оволоділи. Лепетні слова, звуконаслідування, спотворені слова ще довго залишаються основою їхньої експресивної лексики.

За даними деяких авторів, первинним порушенням є фонетичний та морфологічний (мовний) аналіз та синтез, які не пов'язані з порушеннями артикуляції (лексико-граматичні та лексико-семантичні порушення, труднощі зв'язного мовлення) (В. Ковшиков, Є. Соботович та ін.). Існують відомості, що еферентна форма моторної алалії зустрічається частіше у 9-10 разів.

Моторна алалія не зводиться лише до порушення моторної сторони мовлення. Значно серйознішими є порушення діяльності засвоєння та використання мови, через які моторну алалію відносять до групи мовних порушень. 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 зовнішню, розумінням складних логіко-граматичних конструкцій тощо (Є. Соботович, В. Тищенко та ін.).

У спеціальній літературі є дані стосовно інтелектуальних можливостей та особливостей перебігу психічних функцій дітей з тяжкими порушеннями мовлення. Так, у працях Є. Соботович розкрито особливості психічного

розвитку дітей з алалією, у котрих інтелектуальні можливості маскуються тяжким мовленнєвим порушенням. Необхідність у розробленні спеціальних методик навчання продиктовано поліморфністю та неоднозначністю проявів патологічного стану, оскільки при алалії у дітей порушення системи вербального інтелекту переважно має вторинний характер [1].

Вирішуючи проблеми вивчення особливостей мовленнєвого розвитку, визначення освітніх труднощів у дітей з алалією та створення на цій основі стратегії надання освітніх послуг, дослідження багатьох вчених ґрунтуються на різних підходах, що мають вагоме значення і займають певне місце у корекційно-розвитковому процесі.

З точки зору нейропсихології, специфіка роботи має враховувати двосторонню взаємодію між морфологічним дозріванням головного мозку і формуванням психіки. З одного боку, для появи і розвитку певної функції, наприклад ВПФ, потрібен певний ступінь зрілості нервової системи, з іншого – функціонування корекційно-розвивального середовища має вплив на дозрівання відповідних структур (Л. Білогруд, О. Мастюкова та ін.).

Особливістю психолінгвістичного підходу є те, що він дозволяє виявити патогенез мовленнєвих порушень, уможлиблює інтерпретацію та аналіз отриманих даних для корекції стійких патологічних механізмів мовленнєвої діяльності і створення умов для її подальшого розвитку. У дитини з алалією помітно обмежені можливості оволодіння системою мовних знаків і самим інструментом мовних засобів різних рівнів. Несформованими є операції породження, оформлення висловлювань (поряд з відбором фонем порушується внутрішньоскладове і міжскладове програмування (артикуляторна програма), і операції, які регулюють глибинно-синтаксичний і глибинно-семантичний рівень, а саме рівень внутрішнього мовлення (В. Воробйова, Б. Гриншпун, В. Ковшиков, Є. Соботович та ін.). З точки зору психолінгвістичного підходу корекційна робота має носити комплексний системний характер. У роботі слід використовувати спеціальні методи формування мовлення: залучення різних аналізаторів (слухового, тактильного, зорового), використання символіки,

моделювання з опорою на збережені механізми, формування мовленнєвої та немовленнєвої діяльності, розвиток сенсорних та рухових можливостей, актуалізація та розвиток семантичної структури слова, граматичної форми слова, речення, зв'язного мовлення, розвиток ручної моторики, розвиток комунікативної діяльності з опорою на предметно-практичну діяльність.

Отже, алалія належить до числа тяжких форм мовленнєвих порушень, що викликані ураженням мозкових механізмів мовленнєвої діяльності, має специфічну симптоматику та вимагає тривалої систематичної та комплексної корекції із залученням фахівців з педагогіки, психології та медицини. З огляду на зазначене, до загальної схеми корекційної роботи необхідно ввести низку специфічних напрямів, які визначаються відповідно до: форми алалії; психологічних механізмів, що її зумовлюють; стану та особливостей сформованості різних сторін мовлення; індивідуальних особливостей дитини тощо.

Список літературних джерел:

1. Соботович Є.Ф. Порушення мовленнєвого розвитку та шляхи їх корекції: Навчально-методичний посібник. Київ, ІСДО, 1995. 204 с. Рос. мовою.
2. Спеціальна педагогіка: Понятійно-термінологічний словник / В.І. Бондар та ін. За ред. В.І. Бондаря. Луганськ, Альма-матер, 2003. 436 с.
3. Тищенко В.В. Моторна алалія у контексті психолого-педагогічних досліджень // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету ім. І. Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна, 2010. Вип. 15. С. 181-186. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpkr_sp_2010_15_44
4. Тищенко В.В. Алалія // Логопедія. Підручник / За ред. проф. М.К. Шеремет. Київ, Слово. 2014. С. 349-389.