

ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЛОКАЛІЗАЦІЇ УРАЖЕНЬ МОВЛЕННЄВОЇ СИСТЕМИ ПРИ МОТОРНІЙ АЛАЛІЇ

У статті розглядається історичний аспект вивчення проблеми локалізації уражень мовленнєвої системи при моторній алалії. Наголошується, що не у всіх дітей виявляються видимі пошкодження нервової системи, що може свідчити або про наявність у них якихось своєрідних порушень, які виявляються сучасними методами дослідження, або про зникнення, компенсації певних порушень, що існували в ранні періоди життя дитини. У більшості дітей є різноманітна патологія в функції або структурі мозку. У одних вона носить дифузний характер; у інших, на тлі дифузних уражень, відзначаються і локальні, які, як правило, охоплюють кілька зон. У статті висвітлено підсумки низки досліджень про характерні ураження лівої і правої півкулі головного мозку, що обґрунтовано неможливістю компенсаторної перебудови за такого характеру ураження та розладу оволодіння мовленням на його фоні. Зазначено, що відмінності в кількісних і якісних показниках ураження мозку у дітей із алалією і неоднозначність результатів, які отримують різні автори навіть в односпрямованих дослідженнях, говорять про необхідність подальших наукових пошуків.

Ключові слова: моторна алалія, мовленнєворуховий аналізатор, локалізація, ураження, мовленнєві зони, мовленнєві порушення.

На сучасному етапі розвитку корекційної педагогіки одним із пріоритетних напрямів роботи залишається корекція моторної алалії. Моторною алалією в логопедії називають первинне недорозвинення експресивного мовлення центрального органічного генезу, спричинене порушенням одного з двох специфічних психологічних механізмів мовлення, пов'язаного з діяльністю центральних кіркових відділів мовленнєворухового аналізатора [4 с. 181].

Не можна розцінювати алалію як тимчасову функціональну затримку мовленнєвого розвитку. Алалія є системним недорозвиненням мовлення, при якому порушуються всі компоненти мовлення: фонетико-фонематична сторона, лексико-граматична будова.

Весь процес становлення мовлення при цьому мовленнєвому порушенні проходить в умовах патологічного стану центральної нервової системи.

Значний внесок у вивчення алалії внесли М. Богданов-Березовський, Р. Белова-Давид, Г. Гуцман, Р. Коен, А. Кусмауль, А. Лібман, Н. Трауготт, Е. Фретельс, М. Хватцев, а в більш пізній час Л. Волкова, В. Воробйова, М. Єрмакова, О. Захарова, П. Гуровець, В. Ковшиков, А. Колеснікова, Ю. Коломієць, С. Кондукова, Р. Левіна, В. Левченкова, О. Мастюкова, Є. Мустаєва, В. Орфінська, Г. Парфьонова, Н. Січкарчук, Є. Собонович, Ю. Сорочан, М. Шеремет та інші.

Проблемою алалії як особливого типу недорозвинення мовлення присвячено низку досліджень. Але й на сьогодні не можна сказати, що ця патологія повністю вивчена, що розкриті й описані етіологія, патогенез, симптоматика та корекція цього порушення. Більш того, навіть саме поняття «алалія» неодноразово піддавалося трансформації та переосмисленню. Учені продовжують вести суперечку з питань термінології, класифікації та методики корекційного впливу при алалії.

Мета статті – на основі аналізу медико-педагогічних наукових літературних джерел висвітлити історичний аспект вивчення проблеми локалізації уражень мовленнєвого апарату при моторній алалії.

Локалізація ураження головного мозку при моторній алалії вивчена недостатньо. У багатьох дітей із моторною алалією ЕЕГ і клінічні дослідження виявляють неврологічні симптоми рухових і мовленнєворухових порушень.

У початковий період вивчення експресивної алалії більшість дослідників будували свої судження про ураження мовленнєвого апарату, спираючись на анамнестичні відомості та спостереження за проявами психомоторики дітей, в тому числі й мовленнєвої. В результаті у них визначали загальномоторну недостатність органічного або функціонального характеру. Це було приводом для твердження, що ураження захоплює області мозку, відповідальні за здійснення рухових актів [3, с. 54].

Наприклад, Р. Коен (1888) писав, що центр пам'яті образів мовленнєвих рухів у слухонімого (тобто у дитини з алалією) знаходиться в недорозвиненому стані, внаслідок чого зруйновано координацію рухів для утворення звуків. Тому не розвивається ні спонтанне мовлення, ні повторення. Правда, деякі автори висловлювали подібні судження із застереженнями. Так, Г. Гутцманн (1894)

висловлював припущення про порушення розвитку або самої зони Брока, або пов'язаних із нею асоціативних і проєкційних шляхів.

Деякі дослідники ототожнювали локалізацію ураження при алалії з локалізацією при моторній афазії у дорослих. Підставою такого судження була лише зовнішня схожість цих форм патології мовлення, спеціальними дослідженнями така думка не підкріплювалася. У зв'язку з цим цікаво порівняти наведені дані про локалізацію ураження у дітей із алалією з деякими даними локалізації ураження у хворих із афазією. Так, В. Пенфільд і Л. Робертс (1964) на підставі численних експериментів встановили, що найбільш часті, важкі та стійкі випадки афазії спостерігалися при видаленні у хворих задньоскроневої зони і прикордонних із нею зон головного мозку. Є. Вінарська (1971) зазначає, що у хворих із аферентною моторною афазією, у яких мовленнєві фонологічні розлади різко переважали над порушеннями артикуляторного праксису, осередкові порушення мозку виявилися переважно скроневиими, лобно-скроневиими або скронево-тім'яними [5, с. 44].

Багато авторів, не звертаючись до важливих доказів, а часом і зовсім без будь-яких доказів, стверджували, що експресивна (за їхньою термінологією, «моторна») алалія обумовлена ураженнями моторних областей мозку. Наприклад, Д. Даскалов й А. Атанасов (1963) не призводять конкретних фактів, але стверджують, що хворобливі процеси прямо або побічно зачіпають мовленнєві мозкові структури – центр Брока.

Створюється враження, що така традиційна точка зору для значної частини дослідників є аксіомою, яка не потребує доказів. Але дослідження говорять про протилежне: вивчення характеру ураження мовленнєвого апарату у дітей із моторною алалією, на жаль, знаходиться етапі дослідження та має певне коло невирішених та дискусійних питань.

Думку про ураження мовленнєворухових зон головного мозку низка авторів намагається підтвердити результатами неврологічних досліджень. Ці автори знаходять у більшості або у всіх дітей ознаки порушення рухової системи (паралічі, парези, апраксія й інші порушення мовленнєворухового та загально-рухового апаратів) і тільки на цій підставі вважають, що ураження захоплюють мовленнєворухові області мозку [2; 3; 5].

Здається, що такі кореляції недостатньо доказові, щоб на їх підставі робити відповідні висновки. По-перше, кореляція далеко не завжди свідчить про причинно-наслідкові зв'язки між явищами. По-друге, часто ознаки порушення рухової системи, що виявляються у дітей із алалією, не обов'язково вказують на їх провідну роль у патогенезі алалії. Рухові порушення, які є результатом загальномозкового ураження, можуть бути кваліфіковані й як співіснуючі з мовленнєвими порушеннями. Мовленнєві ж порушення можуть бути обумовлені не руховою патологією, а зовсім іншими патогенетичними факторами. Крім того типові для алалії й основні в її синдромі граматичні, лексичні та фонематичні порушення, тобто групу мовленнєвих порушень не пояснити порушеннями рухової сфери. По-третє, прихильники таких кореляцій не враховують того факту, що мовлення не зводиться до моторного її компоненту, воно є полімодальною системою, яка включає складні об'єднання різних апаратів мозку, а мовленнєвий процес не вичерпується моторними операціями, до його складу поряд із моторними входять також взаємодіючі семантичні, синтаксичні, морфологічні та фонематичні операції. По-четверте, не у всіх дітей із моторною алалією виявляється патологія моторики (наприклад, В. Ландау зі співавторами (1960), Р. Ебтінгер і А. Болзінгер (1969), К. Лоне і С. Борель-Мезонні (1972), П. Вейнер (1974) у багатьох із обстежених ними дітей не знайшли цієї патології) [4, с. 182].

Не видаються переконливими і твердження про «локальні», «вогнищеві» ураження мовленнєворухових областей мозку, оскільки будь-яких вагомих доказів такого роду уражень крім логічних побудов і названих кореляцій в клінічних дослідженнях зазвичай не наводиться.

У той же час низка дослідників вважає, що для алалії характерні не локальні, а навпаки, дифузні ураження (В. Ландау зі співавторами, 1960; Р. Голдштейн, 1965; І. Корольова та Л. Шолпо, 1965; К. Лоне і С. Борель-Мезонні, 1972), які частіше мають мінімальний характер. Причому ці ураження, на думку низки авторів, захоплюють ліву та праву гемісфери; і тільки за умови ураження двох півкуль може виникнути алалія, тому що в такому випадку ускладнена або неможлива компенсація.

На пошук характеру ураження спрямовані й електроенцефалографічні дослідження (ЕЕГ). У них у більшості випробовуваних виявлено ненормальна ЕЕГ: дизритмічний тип, погана вираженість альфа-

ритму і навіть його відсутність, гіперсинхронні коливання біопотенціалів, зниження реактивності центральної нервової системи тощо. (Е. Басьо та Р. Кларк, 1957; А. Бентоп, 1964; І. Корольова та І. Шолпо, 1965; Р. Ейзенберг, 1966; А. Лінденбаум, 1969, 1971, 1974; Є. Мастюкова, 1977).

При цьому у дітей не завжди виявляються фокальні (часткові) ушкодження мозку. Наприклад, В. Ландау зі співавторами (1960) не знайшли фокальних ушкоджень у обстежених ними дітей, однак у них була відзначена загальна параксизмальна активність, подібна до епілептикоподібної поведінки, але без класичних епілептичних малюнків. І. Корольова та Л. Шолпо (1965) також не виявили чіткої локалізації. Але в невеликому числі випадків вони виявили різноманітні патологічні відхилення: у одних дітей – гіршу, порівняно з їх здоровими однолітками, вираженість і організацію альфа-ритму; у інших – «незрілі» криві, що відображають низьку фізіологічну лабільність клітин мозкової кори, пов'язану із затримкою розвитку мозку; в низці випадків – криві з патологічними формами активності, які свідчили про органічні зміни мозку. Разом із тим автори вважають, що дані ЕЕГ відображають не стільки характер мовленнєвої патології, скільки ступінь перинатального пошкодження мозку дитини. Відсутність чітких фокальних ушкоджень у деяких з обстежених дітей відзначають й інші автори [3, с. 64–68].

У той же час низка дослідників при електроенцефалографічному вивченні знаходить у багатьох дітей із алалією локальні ураження певних областей мозку. Так, Р. Бєлова-Давид (1972) у групі дітей із моторною алалією, що поєднується з розумовою відсталістю, виявила осередкові порушення майже у половині випробовуваних цієї групи (у інших відзначені загально мозкові порушення) переважно в потилично-тім'яній області з акцентом в одній, або іншій півкулі. У групі дітей із моторною алалією поєднаною із затримкою психічного розвитку, локалізація вогнищевих проявів була більш різноманітною, хоча найчастіше зустрічалось порушення потенціалів головного мозку також в потилично-тім'яній області. Автор виявила, що вогнищеві зміни моторно-тім'яної зони нерідко комбінували з порушеннями лобних і скроневих [2, с. 98].

Є. Мастюкова (1972) на підставі клінічних та електроенцефалографічних даних висловлює припущення про те, що у частини дітей є недостатнє функціонування скронево-тім'яно-потиличних відділів домінантної півкулі. Крім того, Є. Мастюковою зі співавторами (1972) при аналізі електроенцефалограм було виявлено, що у багатьох дітей із алалією, що поєднується з вираженими інтелектуальними порушеннями, спостерігаються патологічні впливи з боку стовбурово-диенцефальних мозкових структур.

А. Лінденбаум (1971) вивчав біопотенціали мозку в дітей, які відповідно до тяжкості мовленнєвого розладу були розділені ним на три групи. За даними автора, на тлі дифузних порушень визначалися чіткі локальні зміни потенціалів, переважно в лобово-скроневих і скроневих зонах домінантної півкулі. В іншому дослідженні того ж автора (1974) була виявлена міжпівкульна асиметрія з локальними змінами активності не тільки в лобно-скроневих, але і в скронево-тім'яних зонах. Разом з тим автор зазначає, що вираженість зміни електричної активності не відповідала тяжкості розладів мовлення, однакові порушення відзначалися в кожній із трьох груп дітей із алалією [1].

Ознаки асиметрії в лівій скронево-тім'яній області у багатьох дітей із алалією виявлені Л. Білогород зі співавторами (1971).

Як можна помітити, у багатьох дослідженнях було визначено «зацікавленість» у мозковій патології скроневої області домінантної півкулі. Можливо, що ця область відіграє особливу роль в інтеграції інших областей мозку в мовленнєвому процесі, а її порушення призводять до розладу мовленнєвого процесу. Наведені дані про переважне ураження скроневої області у частини дітей із експресивною алалією суперечать традиційним уявленням про локалізацію, згідно з якими уражаються так звані «мовленнєворухові» області.

У сучасній клінічній літературі домінують дві точки зору на локалізацію ураження при моторній алалії:

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. 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 скроневиx і потилично-тім'яних областей різних півкуль. У деяких дітей із моторною алалією поєднується ураження скроневої та лобної областей мозку. Є. Мاستюкова 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 (Р. Коен, Г. Гуцман, Р. Белова-Давид, Н. Трауготт, Ф. Орфінська та ін.). Більшість авторів пов'язують алалію з кінетичною або кінестетичною апраксією. Р. Белова-Давид, досліджуючи дітей із моторною алалією, в залежності від того, який відділ мовленнєворухового аналізатора постраждав, виділила моторну аферентну та моторну еферентну алалію [2; 3; 5].

При аферентній моторній алалії може відзначатися 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 в 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).

Як показують дослідження О. Лурії, локальні ураження при моторній алалії, не порушуючи в цілому аналітико-синтетичну діяльність, можуть викликати виборчу недостатність деяких психічних (кіркових) функцій або сторін поведінки. Так ураження лобних відділів мозку, що дозволяють формулювати та зберігати програми дій людини і пластично змінювати їх у міру зміни ситуації, призводить до порушення утримання дії в межах заданої схеми, ускладнень при одночасному виконанні нескладних рухів [5, с. 45].

О. Лурія і Л. Цветкова вказують, що при ураженні передніх базальних відділів лобних частин спостерігається зміна поведінки – загальна розгальмованість, імпульсивність, афективні спалахи.

При ураженні задньолобних відділів відзначається аспонтанність – повільне включення у виконання завдання та перемикання з одного виду діяльності на інший, потрібна додаткова стимуляція дитини.

Ураження кінестетичних областей кори головного мозку призводить до кінестетичної апраксії (порушення пропріоцептивного аналізу), тобто, при повному збереженні рухів артикуляційного апарату дитині важко знайти задане положення губ, язика, у неї не формується зв'язок між фонемою та артикулемою.

Ураження первинних і вторинних полів тім'яно-потиличної області кори веде до порушення просторового гнозису (труднощі диференціації предметів й їх деталей за формою, величиною, розташуванням у просторі). У разі порушення теоретичних полів тім'яно-потиличної кори, що забезпечують синтез інформації, яка надходить із центральних відділів зорового, кінестетичного та вестибулярного аналізаторів, втрачається здатність одночасно і в цілому сприймати низку предметів, фігур, картинок, орієнтуватися в лексико-граматичному оформленні висловлювання [1, с. 67].

Отже, мовлення являє собою складну функціональну систему. Ця система має динамічну локалізацію, та залучені до мовленнєвого процесу різні структури мозку в залежності від різноманітних факторів мовленнєвої діяльності вступають один із одним в постійні мінливі зв'язки. Звідси виникає надзвичайно складне завдання виявлення у дітей із алалією порушень цих зв'язків. Вона ускладнюється й тією обставиною, що при алалії (як про те свідчать представлені вище результати деяких досліджень) частіше спостерігаються не локальні, а дифузні ураження, а нерідко будь-які видимі ураження відсутні. Звідси ж випливає висновок, що складноорганізований і полімодальний за своєю будовою мовленнєвий процес не можна цілком зводити до моторного компоненту і зосереджувати пошук локалізації ураження мовленнєвої системи тільки в так званих «мовленнєворухових» областях мозку. Слід також враховувати, що наявність у дітей будь-яких дифузних або локальних уражень не обов'язково свідчить саме про їх вплив на розлад мовленнєвого механізму. Ці ураження можуть бути самостійними і лише співіснувати з ураженнями, які обумовлюють розлад мовлення.

Використана література

1. Башинская Т. В. Как превратить неговорящего ребёнка в Болтуна. (Из опыта преодоления моторной алалии) / Т. В. Башинская, Т. В. Пятница – М. : Белый ветер, 2008. – 122 с.
2. Белова-Давид Р. А. Ст. «К вопросу систематизации речевых расстройств у детей» в книге «Нарушение речи у дошкольников» изд-во «Просвещение» / Р. А. Белова-Давид – М., 1969 г. – 213 с.
3. Ковшиков В. А. О дифференциальной диагностики экспрессивной алалии / В. А. Ковшиков // Сенсорные и интеллектуальные аномалии и пути их преодоления. – Л., 1984 – С. 96 – 104.
4. Тищенко В. В. Моторна алалія у контексті психолого-педагогічних досліджень / В. В. Тищенко // зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / за редакцією О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – вип. XV. Серія: соціально-педагогічна. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2009. – С. 181–186.
5. Трауготт Н. Н. Результаты изучения различных форм патологии речи / Н. Н. Трауготт, С. И. Кайданова, И. К. Самойлова // Совещание по вопросам физиологии и патологии речевой деятельности. – Л., 1955. – С. 44–45.

References

1. Bashinskaya T. V. Kak prevratit negovoryaschego rebYonka v Boltuna. (Iz opyita preodoleniya motornoy alalii) / T. V. Bashinskaya, T. V. Pyatnitsa – M. : Belyiy veter, 2008. – 122 s.
2. Belova-David R. A. St. «K voprosu sistematzatsii rechevyih rasstroystv u detey» v knige «Narushenie rechi u doshkolnikov» izd-vo «Prosveschenie» / R. A. Belova-David – M., 1969 g. – 213 s.
3. Kovshikov V. A. O differentsialnoy diagnostiki ekspressivnoy alalii / V. A. Kovshikov // Sensornyye i intellektualnyie anomalii i puti ih preodoleniya. – L., 1984 – S. 96 – 104.
4. Tischenko V. V. Motorna alallya u kontekstl psihologo-pedagogichnih doslldzhen / V. V. Tischenko // zb. nauk. prats Kam'yanets-Podl'skogo natsionalnogo unlversitetu Imenl Ivana OglEnka / za redaktslEyu O. V. Gavrilova, V. I. Splvaka. – vip. XV. Serlya: sotsialno-pedagogichna. – Kam'yanets-Podl'skiy: Aksloma, 2009. – S. 181–186.
5. Traugott N. N. Rezultatyi izucheniya razlichnyih form patologii rechi / N. N. Traugot, S. I. Kaydanova, I. K. Samoylova // Soveschanie po voprosam fiziologii i patologii rechevoy deyatelnosti. – L., 1955. – S. 44–45.

Зелинская-Любченко Е. А. Исторический аспект изучения проблемы локализации поражений речевого аппарата при моторной алалии

В статье рассматривается исторический аспект изучения проблемы локализации поражений речевого аппарата при моторной алалии. Отмечается, что не у всех детей проявляются видимые повреждения нервной системы, свидетельствующие либо о наличии у них каких-то своеобразных нарушений, обнаруженных современными методами исследования, либо об исчезновении, компенсации определенных нарушений, которые существовали в ранние периоды жизни ребенка. У большинства детей есть разнообразная патология в функции или структуре мозга. У одних она носит диффузный характер; у других, на фоне диффузных поражений, отмечаются и локальные, которые, как правило, охватывают несколько зон. В статье освещены выводы ряда исследований о характерных поражениях левого и правого полушарий головного мозга, которые обоснованы невозможностью компенсаторной перестройки при таком характере поражения и приводит к расстройству овладения речью. Отмечено, что различия в количественных и качественных показателях поражения мозга у детей с алалией и неоднозначность результатов, которые получают различные авторы даже в однонаправленных исследованиях, говорят о необходимости дальнейших научных поисков.

Ключевые слова: моторная алалия, речедвигательный анализатор, локализация, поражение, речевые зоны, речевые нарушения.

Zelinskaya-Lubchenko K. A. The historical aspect of the study of problem of localization of speech system lesions with motor alalia

The problem of localization of the lesion moving system of children with motor alalia is under review in the article. It is noted that the visible damage of the nervous system is not identified in all children, which may indicate either the presence of any kind of violations that can be detected by modern methods of research, or about the loss, compensation of certain violations that existed in the child's early periods of life. Most of the children have a variety of pathology in the function or structure of the brain. In some it is diffuse. In other on the background of diffuse lesions the local are observed, which usually cover several areas. The article substantiates the opinion of some researchers that children with alalia lesions on the left and right hemispheres of the brain are characterized; such nature of the lesion prevents compensatory rearrangements and leads to disorder of language acquisition. It was noticed that differences in the quantitative and qualitative indicators of brain damage of children with alalia and the ambiguity of the results that different authors receive even in the unidirectional studies, talking about the need for the further scientific researches.

Keywords: motor alalia, speech moving analyzer, localization, lesion, speech area, speech disorders.

Стаття надійшла до редакції 12.05.2016 р.

Статтю прийнято до друку 22.05.2016 р.

Рецензент: д.п.н., д.пед.н., проф. Г. Ю. Ніколаї