

(О.Н.Вінарська, М.М.Кольцова, Л.В.Лопатіна, Л.А.Данілова).

5. Психофізіологічні механізми оволодіння звуковимовою в нормі.

Процес оволодіння правильною звуковимовою здійснюється на основі взаємодії моторних і сенсорних функцій. Для того, щоб оволодіти правильною вимовою дитина перш за все повинна правильно сприймати звуки мовлення на слух, мати достатньо підготовлений для їх вимови артикуляційний апарат, в результаті роботи якого

утворюються одиниці даної мовної системи (В.І.Бельтюков, М.Ю.Хватцев, Р.Є.Левіна, Н.І.Жінкін).

6. Специфічні співвідношення артикуляторних і акустичних характеристик звуків мовлення у дітей з нормою і патологією. Навіть незначне відхилення положення артикуляторних органів призводить до зміни акустичного образу звука (В.І.Бельтюков, Н.І.Жінкін, М.Ю.Хватцев). [1.с.83.]

### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей // О.Ф. Архипова. – М.: АСТ: Астрель, 2008. - 254 с.
2. Архипова Е.Ф. Стертая форма у детей: учеб. Пособие для студентов вузов // Е.Ф. Архипова. – М.: АСТ: Астрель: ХРАНИТЕЛЬ, 2007. – 319, [1] с.: ил. – (Высшая школа).
3. Лопатина Л.В. Проявления и диагностика фонетических нарушений при стертой дизартрии. / Л.В. Лопатина // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена. – 2006. - № 14 – С. 219-230.
4. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников. (Коррекция стертой дизартрии). – СПб., 2001.
5. Мелехова Л.В. Дифференциация дислалий .Очерки по патологии речи и голоса. // Мелехова Л.В. – М., 1987. – С. 87.
6. Соботович Е.Ф., Чернопольская А.Ф. Проявления стертых дизартрий и методы их диагностики // Дефектология. - № 4.

**36**

УДК: 376. 36

### ДОСЛІДЖЕННЯ МОВЛЕННЕВОЇ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ЕФЕРЕНТНІЙ МОТОРНІЙ АФАЗІЇ

**Зарицька А.В.**

Інститут корекційної педагогіки та психології  
НПУ імені М.П.Драгоманова.

*У статті описано методику логопедичного обстеження мовленнєвої функції та зроблено аналіз мовленнєвої симптоматики при еферентній моторній афазії.*

*В статті описана методика логопедичного обстеження речової функції і зроблено аналіз речової симптоматики при еферентній моторній афазії.*

*In the article the method of speech therapy inspection of vocal function is described and the analysis of vocal symptoms is done at an eferent aphasia of Broka.*

*Ключові слова:* інсульт, афазія, логопедичне обстеження, мовленнєвий статус.

*Ключевые слова:* инсульт, афазия, логопедическое обследование, речової статус.

*Key words:* stroke, aphasia, speech therapy inspection, vocal status.

Сучасні вітчизняні лікарі-неврологи констатують, що одним із самих важких наслідків інсульту є моторна форма афазії (Здесенко І.В., Кадиків А.С., Калашнікова Л.А., Коленко О.І., Міщенко Т.С., Чернікова Л.А., Шахпаронова Н.В. та інші).

Моторна афазія – це збірний термін, який використовується в медичній термінології для визначення ряду хворобливих станів з різною картиною проявів і з різною локалізацією мозкового ураження, загальним симптомом для яких є повна або часткова втрата активного мовлення, а також

специфічні порушення звуковимови при порівняно збереженому розумінні зверненого мовлення.

Проблема порушень мовленнєвої функції при моторній афазії завжди залишається актуальною темою, інтерес до якої обумовлений її теоретичною, практичною та соціальною значущістю для розв'язання таких питань, як: з'ясування взаємозв'язку та взаємодії порушень мовленнєвої функції при моторній афазії з іншими психічними процесами;

подальше вивчення нейропсихологічних та нейролінгвістичних аспектів відновлення мовленнєвої функції при моторній афазії; соціально-психологічна адаптація хворих з моторною афазією та їх соціально-побутова реабілітація.

Метою нашого дослідження було логопедичне обстеження та аналіз порушень мовленнєвої функції при еферентній моторній афазії, для чого визначені наступні завдання: вивчення сучасного стану наукових досліджень еферентної моторної афазії; логопедичне обстеження хворих з моторною афазією для виявлення порушень мовленнєвої функції премоторного типу; аналіз та систематизація отриманих даних.

Дослідженням мовленнєвої симптоматики при моторній афазії протягом різних періодів розвитку афазіології займалися такі вчені як Т.В.Ахутіна, М.К.Бурлакова, Є.С.Бейн, П.Брока, Т.Г.Візель, Є.Н.Вінарська, М.Крітчлі, О.Р.Лурія, В.Оппель, О.М.Савицький, Ю.О.Флоренська, Л.С.Цветкова, В.М.Шкловський та інші.

Французький вчений-анатом П.Брока вперше розпочав дослідження моторної форми афазії, коли в 1861 році описав синдром порушення моторної організації мовлення та локалізував ураження, що лежали в його основі, в зоні нижніх відділів третьої лобної звивини лівої півкулі. В подальшому ця зона отримала назву «центру Брока». Вчений відокремлював моторну афазію від інших станів, що мали подібні прояви: від інтелектуального порушення, «алогії» – з одного боку, та від «механічної алалії» (так Брока називав порушення рухової функції мовленнєвих органів) – з іншого. Також він розрізняв дві форми порушення активного мовлення: «вербальну амнезію», яка проявлялась у порушенні знаходження потрібних слів внаслідок «втрати пам'яті на слова», та «афемію» або «власне моторну афазію», при якій в основі дефекту лежало порушення «вміння артикулювати» («savoir articuler») або уміння виробляти координовані рухові акти, одночасно і інтелектуальні, і м'язові, які складають артикульоване мовлення.

Як зазначав П.Брока, хворий з афемією прекрасно зберігає відношення між думками та

словами, але втрачає здатність виражати ці відношення тими координованими рухами, які були сформовані і закріплені в тривалій практиці. Він втрачає спеціальний вид пам'яті — не пам'ять на слова, але пам'ять на ті рухи, які потрібні для артикуляції слів, тобто «пам'ять на моторні образи слів», яку П.Брока локалізував в нижніх відділах третьої лобної звивини. Визначальним для подальшого дослідження афазії є відкриття П.Брока того факту, що при ураженні зазначеної зони мозку грубо порушується експресивне усне мовлення хворого [1].

Французький вчений описав клінічні прояви моторної афазії, але його концепція мала обмежений характер. Вона потребувала різкого відмежування «порушень моторних образів слів» від усіх інших сенсорних та моторних розладів та мала уявлення локалізації цього психофізіологічного явища у вузькій ділянці мозку.

Недостатність цієї концепції з точки зору практики, виявлялася в тому, що, фіксуючи увагу на підоснові третьої лобної звивини як на «центрі моторних образів слова», вона звужувала багатство клінічних факторів, ігнорувала цілий ряд даних, що виходили за її межі, і тим самим виявлялася фактично не в змозі забезпечити аналіз складових компонентів моторної афазії [3].

Вирішальним для розуміння симптоматики порушень при моторній афазії мала розробка радянськими фізіологами принципу динамічної системної локалізації мозкових функцій, який відносно до мовленнєвої діяльності вперше детально описав Л.С.Виготський. Продовжив дослідження О.Р.Лурія. Він зазначав, що кожна вища психічна функція включає в свій склад багато ланок і спирається на спільну роботу багатьох ділянок кори головного мозку, кожен з яких грає свою, особливу роль в здійсненні цілої функціональної системи. Складна функціональна система може порушуватися при різноманітних за своїм розташуванням кіркових ураженнях, але кожного разу її порушення носять специфічний характер. Первинним в кожному випадку виступає порушення «власної функції» ураженої ділянки, яка забезпечує нормальне протікання певної ланки функціональної системи. Вторинним (або системним) наслідком даного порушення є розлад всієї функціональної системи в цілому. Ці дослідження дали можливість виділити ті функціональні перебудови, які відбуваються в патологічно зміненій системі і які призводять до компенсації виниклого дефекту завдяки залученню збережених ланок кіркового апарату.

Таким чином, при ураженні будь-якої з ділянок головного мозку, які беруть участь у реалізації мовленнєвої функції, страждає усе

мовлення в цілому, але кожного разу цей розлад буде специфічним в залежності від того, яку «власну функцію» виконувала постраждала ділянка, які вторинні системні порушення вона викликала і які системні перебудови виникли в результаті цього [3].

О.Р.Лурія вперше описав дві форми моторної афазії в результаті виявлення двох різних факторів: порушення кінестетичної основи мовленнєвого процесу та його кінетичної організації. Вчений довів, що локалізація ураження мозку при цих формах афазії розташована в різних зонах: в задній третині нижньої лобної звивини лівої півкулі - при еферентній моторній афазії і в нижніх потиличних відділах - при аферентній моторній афазії.

Для розуміння нейропсихологічної передумови до виникнення еферентної моторної афазії стали дослідження ролі лобних долей мозку у регуляції психічних процесів. Початок цим дослідженням покладено Л.Біанкі (1895), який стверджував, що лобні долі сприяють використанню слухових, зорових та інших сенсорних даних при синтезі активних процесів, і саме порушення цих долей призводить до розладу складних форм психічної діяльності. Як свідчать подальші дослідження І.М.Сеченова (1891), М.А.Бернштейна (1947), П.А.Анохіна (1958), О.Р.Лурії (1975), лобні долі беруть участь у регуляції стану активності простих рухів та дій, а також у забезпеченні складних програм діяльності. При порушенні різних відділів лобних долей виникають інактивність, персеверації, довгі паузи в діяльності; мисленнєві та рухові процеси втрачають плавність, динамічну зміну одного руху іншим.

Досліджуючи наслідки ураження задньої частини третьої лобної звивини (зони Брока) О.Р.Лурія відзначав порушення кінетичної основи артикуляційного акту, що є центральним механізмом дефекту при еферентній моторній афазії. Воно проявляється у патологічній інертності стереотипів, які з'являються через порушення зміни іннервацій, що призводить до порушення своєчасного переключення з однієї серії артикуляторних (мовленнєвих) рухів на іншу.

В клінічній картині центральний дефект проявляється в персевераціях, які утруднюють або роблять взагалі неможливим усне мовлення хворого. Ці хворі можуть вимовляти окремі звуки (іноді слова або цілі короткі речення, в залежності від ступеню складності афазії), але перехід до вимови серії звуків (слів, речень), де необхідне своєчасне і точне переключення з одного елемента на інший, що базується на чіткій роботі денерваційних механізмів, призводить до розпаду «кінетичної мелодії». Персеверації збільшуються

при збільшенні наполегливих спроб хворого вимовити склад (слово, речення і т.д.). Однак те ж саме слово (речення) хворий нерідко може вимовити в ситуації довільного, поміркованого мовлення за допомогою збільшення пауз при вимові слова [4].

У зв'язку з цим усне мовлення у зазначеній групі хворих насичене штампами, стереотипними виразами, а при грубих порушеннях заміщується декількома мовленнєвими емболами, ехолоаліями або відсутнє взагалі. Порушується також і просодика мовлення, тобто наголос, інтонації, ритміко-мелодійна структура. Голос у хворих погано модульований, склади рівно наголошені, мовлення скандоване, неінтоноване. Продуктивність мовлення різко знижена. Мають місце труднощі включення в активне мовлення: при спробі спонтанного висловлювання або при відповіді на питання хворі не можуть почати фразу. Однак, якщо вдається вимовити перше слово, то нерідко вдається вимовити і всю фразу. Всі ці явища О.Р.Лурія пов'язує з порушенням «відчуття мови», що призводить до розладу внутрішньої схеми висловлювання та порушення реалізації його моторної програми [5].

Логопедичне обстеження хворих з афазією є частиною нейропсихологічного обстеження, яке має на меті визначення стану вищих психічних функцій.

Нами було проведено обстеження стану мовленнєвої функції у групи хворих (18 чол.) з моторною афазією з метою виявлення мовленнєвої симптоматики премоторного типу. В ході дослідження було з'ясувано стан артикуляційного праксису, стан імпресивного та експресивного мовлення, стан функцій читання та письма.

Обстеження мовлення проводилось за наступною схемою:

### Імпресивне мовлення

#### 1. Розуміння ситуативного мовлення.

Виконання простих словесних інструкцій, сприйнятих на слух:

*Підніміть руку. Закрийте очі. Візьміть чашку. Дайте олівець. Покажіть вухо. Покажіть вікно.*

#### 2. Розуміння складних логіко-граматичних конструкцій.

Виконання складних словесних інструкцій, сприйнятих на слух:

*Накрийте серветкою чашку. Покладіть олівець у книжку.*

*Торкніться правою рукою лівого вуха. Покажіть олівцем на вікно.*

**Експресивне мовлення.****1. Наявність мовленнєвого емболу.**

Виявляється при первинному знайомстві з хворим.

**2. Автоматизоване порядкове мовлення.**

Пропонуються для виконання наступні завдання:

- *порядковий рахунок до 10;*
- *перерахунок днів тижня, місяців року;*
- *закінчення фраз зі стійким контекстом (прислів'я, приказки, вірші);*
- *спів добре відомих пісень зі словами.*

**3. Афективно забарвлені автоматизми.**

Висновок про наявність або відсутність автоматизмів типу «ах ти!», «не знаю!», «як же так?!» і ін. робиться впродовж всього обстеження.

**4. Співвідношення об'ємів довільного і мимовільного мовлення.**

Висновок про наявність або відсутність дисоціації між об'ємом довільного та мимовільного мовлення робиться на підставі результатів всього обстеження.

**5. Повторення.**Повторення звуків та складів.

Пред'являються звуки та склади, з різних за місцем та способом утворення груп: *губні (п, б, м), передньоязичні (т, д, н), задньоязичні (г, к, х), середньоязичні (й), свистячі (с, з, ц) шиплячі (ш, ж, ч), дифтонги з й (я, є, ї, ю).*

Повторення слів та фраз.

Пред'являються слова та фрази різної лінгвістичної складності:

*Дім, ніж, ліс; мама, каша; кішка, ложка; молоко, магазин; велосипед. Собака гавкає. Дитина спить. Кінь біжить.*

*Кішка ловить мишку. Корова їсть сіно. Хлопчик п'є молоко.*

*Дитя біжить до мами. Продавець стоїть за прилавком.*

**6. Називання.**Називання предметів.

Пропонується назвати предмети, зображені на предметних малюнках або ті, що знаходяться в оточуючому середовищі.

Називання дій.

Пропонується назвати дії за сюжетними малюнками.

**7. Спонтанне мовлення.**Спонтанне мовлення в діалозі.

Обстежується за допомогою спонукання хворого до запитань:

*Запитаєте, як мене звать? Запитаєте мене, як я себе почуваю?*

*Запитаєте мене, в якому місті я живу? Запитаєте мене, хто я за фахом?*

*Запитаєте мене, що я більше люблю: молоко чи чай?*

Спонтанне мовлення в монологі.

Пропонується невеликий текст для переказу.

Пропонується скласти розповідь за сюжетним малюнком, за серією сюжетних малюнків.

Пропонується розказати на задану тему.

**Писемне мовлення.****1. Читання.**Глобальне читання.

Пропонується впізнати і показати задані слова (добре знайомі), розкласти підписи до малюнків.

Аналітичне читання.

Пропонуються букви, слова, фрази, невеликий текст для читання.

**2. Письмо.**Списування.

Пропонується списування букв, складів, слів, речень.

Диктант.

Пропонується написання під диктовку букв, складів, слів, речень [2].

Дослідження порушень мовленнєвої функції у зазначеного контингенту хворих дало можливість зробити висновок, що мовленнєвий дефект може бути легкого, середнього та важкого ступеню прояву.

Слід зазначити, що серед 18 досліджуваних хворих з моторною афазією 12 осіб мали мовленнєві порушення премоторного типу, тобто більше 60%.

За результатами обстеження ми визначили форму моторної афазії та ступінь прояву мовленнєвого дефекту, описали мовленнєвий статус хворих з еферентною моторною афазією та склали діагностичну таблицю:

|   | <i><b>Важкий ступінь</b></i>   | <i><b>Середній ступінь</b></i>   | <i><b>Легкий ступінь</b></i>   |
|---|--|--|--|
| <i><b>Артикуляційний<br/>практис</b></i>  | Ізольовані звуки повторюють з опорою на артикуляцію, проте завдання відтворити серію звуків викликає істотний збій артикуляції.                              | При перемиканні з артикулеми на артикулеми відмічаються персеверації.  | Артикуляційна апраксія премоторного типу.  |
| <i><b>Імпресивне<br/>мовлення</b></i>     | Мають місце труднощі сприйняття мовлення через відсутність повноцінних артикуляційних опор та інертність в області перемикання слухової уваги.               | Відмічається неповне розуміння мовних конструкцій, в яких граматичні елементи несуть істотне змістовне навантаження.                               | Не порушене.   |
| <i><b>Автоматизоване<br/>мовлення</b></i> | Майже не доступне через артикуляційні труднощі.  | Здебільшого доступне відтворення мовних автоматизмів   | Не порушене.   |
| <i><b>Самостійне<br/>мовлення</b></i>     | Здебільшого взагалі відсутнє, або складається з мовленнєвих емболів, штампів, стереотипних виразів, інтонаційно оздоблених. Мовна активність значно знижена. | Бідне, складається в основному з добре відомих слів, переважно номінацій. Інтонація одноманітна. Велика кількість персеверацій у словах та фразах. | Досить розгорнуте, словниковий склад різноманітний, проте відмічається велика кількість мовних штампів, виявляються аграматизми типу «телеграфного стилю». |
| <i><b>Повторення</b></i>                  | Можуть повторити окремі звуки, однак повторення складів та слів не вдається через труднощі артикуляційних перемикань.  | Повторюють окремі звуки, слова, фрази, але з великою кількістю аграматизмів, парафазій та порушенням просодичного компоненту.                      | Повторення з незначними вимовними труднощами, що виявляються у відсутності плавних артикуляційних переходів.   |
| <i><b>Називання</b></i>                   | Неможливе через персеверації, що виявляються в труднощах артикуляційних перемикань у середині слова.   | Можуть вимовити окремі слова, артикуляційне вираження яких є добре зміцненим преморбідно.  | Загалом збережене, проте є певний словниковий дефіцит: переважають малочастотні назви, уникають слів із складною звуковою структурою.                      |

|                            |   |  |  |
|----------------------------|---|--|--|
| <b>Діалогічне мовлення</b> | Підтримка діалогу недоступна через вимовні труднощі.            | Доступний ситуативний діалог з прямим використанням тексту питання для відповіді. Спостерігаються часті ехолалії, стереотипні відповіді, персеверації. | Загалом збережене, але нерідко залишається деяка стереотипність формулювань, недостатність питально-відповідальних видів мовлення. |
| <b>Фразове мовлення</b>    | Відсутнє через вимовні труднощі.                                | Доступна проста фраза зі значною кількістю літеральних парафазій.  | Фраза одноманітна за синтаксичною структурою.  |
| <b>Читання</b>             | Практично відсутнє через труднощі артикуляційної діяльності.    | Доступне читання окремих складів та глобальне читання добре знайомих слів.   | Читання поскладове, монотонне, зі значною кількістю персеверацій.  |
| <b>Письмо</b>              | Недоступне через розлад асоціативного зв'язку «фонема-графема». | Майже не доступне через порушення звуко-буквеного аналізу слів.  | Велика кількість літеральних парафазій у вигляді персеверацій, пропусків приголосних і голосних звуків.                            |

Отже, підсумовуючи аналіз мовленнєвої симптоматики при еферентній кінетичній моторній афазії можемо зазначити, що в різній мірі порушуються всі сторони мовленнєвої діяльності: розуміння мовлення, усне та писемне мовлення в усіх ланках, тобто на рівні звуку, складу, слова та фрази, читання та письмо. Первинно порушується моторно-кінетичний рівень в структурі мовлення, що призводить до розладу всіх видів усного експресивного мовлення: повторення, називання та самостійного висловлювання. В імпресивному мовленні спостерігається імпресивний аграматизм,

пов'язаний з первинно-порушеною часовою, суцесивною, синтагматичною організацією мовленнєвого процесу та порушенням слухомовленнєвої пам'яті. Також зазнає порушень граматичне оформлення мовлення та виникає специфічний аграматизм типу «телеграфного стилю».

З огляду на те, що еферентна моторна афазія зустрічається при локальних ураженнях мозку найбільш часто, її інваріанти потребують подальшого вивчення та дослідження.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Брока П. Утрата речи, хроническое размягчение и частичная деструкция левой передней доли мозга // Афазия и восстановительное обучение. Тексты. / Под ред. Л.С. Цветковой, Ж.М. Глозман. М.: МГУ, 1983. - С. 6-8.
2. Визель Т.Г. Нейропсихологическое блиц-обследование. - М.: В. Секачев, 2005. - 24 с.
3. Лурия А. Р. Высшие корковые функции и их нарушение при локальных поражениях мозга. - М., 1969.
4. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. - М.: «Просвещение», 1988. - 207 с.
5. Шохор-Троцкая М.К. (Бурлакова) Речь и афазия. М.: Издательство ЭКСМО-Пресс, В. Секачев, 2001. - 220 с.