

## МОТОРНА АЛАЛІЯ У КОНТЕКСТІ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

У статті проаналізовано сучасні наукові уявлення про моторну алалію, її симптоматику та патогенез. Розглянуто форми та психологічні механізми цієї мовленнєвої патології.

**Ключові слова:** порушення мовлення, моторна алалія, моторна аферентна алалія, моторна еферентна алалія, апраксія, особливості пізнавальної діяльності.

В статье проанализированы современные научные представления о моторной алалии ее симптоматике и патогенезе. Рассмотрены формы и психологические механизмы этой речевой патологии.

**Ключевые слова:** нарушения речи, моторная алалия, моторная афферентная алалия, моторная эферентная алалия, апраксия, особенности познавательной деятельности.

Моторною алалією в логопедії називають первинний недорозвиток експресивного мовлення центрального органічного генезу. Її спричиняє порушення одного з двох специфічних психологічних механізмів мовлення, що пов'язаний з діяльністю центральних кіркових відділів мовно-рухового аналізатора. Таке порушення виникає внаслідок ураження премоторних та постцентральных (кінестетичний) відділів кори головного мозку, що в нормі забезпечують правильні, точні, координовані та автоматизовані рухи органів артикуляційного апарату. Центральним симптомом порушення мовленнєвої (артикуляційної моторики) при алалії є апраксія (О.Р.Лурія, Н.Н.Трауготт, Є.Ф.Соботович та ін.) [2, 7, 8].

Проте моторна алалія не зводиться лише до порушення моторної сторони мовлення. Значно серйознішими є порушення діяльності засвоєння та використання мови, що трапляються при моторній алалії, через які, власне, її й 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 поверхневу, розумінням складних логіко-граматичних конструкцій тощо (Є. Ф. Соботович) [5].

Мовленнєва та немовленнєва симптоматика моторної алалії досить часто визначається третинними полями кори головного мозку, розташованими у складі зон органічного ураження чи безпосередньо поряд із ними.

Слід зазначити, що органічні ураження ЦНС, які спричиняють алалію, часто виникають у період внутрішньо утробного розвитку, коли нервова система дитини, зокрема і її центральні відділи перебувають у стадії формування (І.К.Самойлова, О.Л.Лінденбаум). Органічні порушення, що виникають у цей період, у міру збільшення обсягу головного мозку та площі його кори також збільшуються розміром. У результаті при алаліях досить часто відзначають значні зони ураження, де клітини кори головного мозку не досягають функціональної зрілості, залишаючись на стадії нейробластів. Саме значні обсяги зони ураження не дають можливості на практиці виділити більш диференційовані форми алалії (на відміну від афазії). Ось чому, окрім власне моторних центрів мовлення, при алалії до патологічного процесу долучаються й ділянки кори, розташовані поряд, у тому числі й третинні зони лобної та тім'яно-потилично-скроневої ділянок кори головного мозку.

Іншою особливістю алалії є певна специфічність локалізації порушення відносно домінантної півкулі головного мозку. Дослідники зазначають, що алалія виникає переважно при двосторонньому ураженні мовленнєвих зон кори головного мозку. В іншому разі, тобто коли ураження локалізується лише в одній (зазвичай генетично визначеній) домінантній півкулі, завжди залишається ймовірність міжпівкульної функціональної перебудови: мовленнєву функцію неспецифічно може взяти на себе здорова субдомінантна півкуля. Це є доволі складним і тривалим процесом. Уникаючи грубого порушення мовленнєвої функції, яке неминує виникати при ураженні мовленнєвих зон генетично визначеної домінантної півкулі, така перебудова може спричинити затримку мовленнєвого розвитку, заїкання тощо. Зміна домінантної півкулі й пов'язаний із цим процес визначення провідної руки може частково пояснити численні порушення мовлення, які спостерігають у ліворуких дітей, звичайно, якщо їхня ліворукість не є наслідком генетичного домінування правої півкулі, а виникає в результаті описаної вище функціональної перебудови міжпівкульної взаємодії великих півкуль головного мозку (О.М.Мастюкова, Л.О.Білогород).

**Моторна аферентна (кінестетична) алалія** виникає під час ураження постцентральної кори головного мозку: у нижній третині задньої центральної звивини та нижній частині тім'яної долі. Її центральним симптомоутворювальним механізмом є оральна (кінестетична) апраксія, що виникає в результаті порушення пропріоцептивної (кінестетичної чутливості). Її наслідком є втрата контролю за рухами органів артикуляційного апарату. Це значно ускладнює оволодіння дитиною правильними артикуляційними укладами та утруднює їх відтворення у процесі породження мовлення (Р.Коєн, Г.Гутцман, Р.О.Білова-Давид, Н.Н.Траутотт, В.К.Орфінська) [3, 8].

Саме це й визначає симптоматику моторної аферентної алалії, зокрема у фонетико-фонематичній ланці мовлення. Специфічні особливості починають виявлятися в дітей ще в домовленнєвий період. Через труднощі кінестетичної чутливості та кінестетичного контролю за рухами артикуляційних органів у дитини із запізненням (у багатьох випадках лише після року) формується лепет, психофізіологічною основою якого є формування вміння імітувати у власному мовленні звуки рідної мови, які дитина сприймає від дорослих. Далі формування звукової сторони мовлення відбувається зі значним відставанням та має низку специфічних особливостей:

– фонематичне розрізнення та розпізнавання фонем формується із запізненням, що спричинене порушенням властивого для нормального онтогенезу механізму взаємодії мовно-слухового та мовно-рухового аналізаторів. Як наслідок, окрім виражених фонетичних порушень, діти з алалією мають значні недоліки фонематичного сприймання, фонематичних уваги та пам'яті, фонематичних уявлень, а в старшому дошкільному та шкільному віці виникають труднощі оволодіння звуковим аналізом та синтезом;

– кінестетична апраксія спричиняє специфічні вади оволодіння звуковимовою, що проявляються в труднощах формування рухового образу звука. Дитина не може швидко, правильно, координовано задати положення органів артикуляції, часто помітні спроби пошуку правильної артикуляційної пози. Через труднощі кінестетичного контролю виникають численні заміни одних звуків на інші (літеральні парафазії), що на відміну від дислалії, ринолалії чи дизартрії мають нестійкий характер. Такі заміни називають нестабільними, варіативними. Можливі й парадоксальні заміни, коли артикуляторно простіший звук, замінюється на складніший.

Грубі порушення в оволодінні фонетико-фонематичною стороною мовлення спричиняють недорозвиток й інших сторін мовлення – лексичної та граматичної.

Так, у тяжких випадках перші слова в експресивному мовленні дитини з моторною аферентною алалією можуть з'явитися лише у старшому дошкільному віці. І якщо імпресивний словник дітей з моторною аферентною алалією в цілому сформований на рівні, достатньому для повноцінного розуміння мовлення оточуючих (за даними Р.Є. Левіної, не більше ніж 10% дітей мають значні труднощі розуміння), то в експресивному мовленні діти тривалий час використовують лише звуконаслідування, спотворені та спрощені слова, частини слів.

Загальною специфічною особливістю дітей з моторною алалією є вербальні парафазії – заміни одних слів на інші. Вербальні парафазії виникають тоді, коли дитина не володіє руховим образом слова або не може його актуалізувати. У результаті виникає заміна на слово, близьке за звучанням чи значенням, або ж заміна слова громіздкою описовою конструкцією. Специфічною формою парафазії є використання жестів замість слів (О.Р.Лурія, Є.Ф.Соботович) [2, 7].

У цілому словник дітей з моторною алалією є непропорційним щодо представленості слів різних частин мови. У ньому значно переважають іменники, які позначають конкретні предмети з найближчого побутового оточення дитини. Відчувається значний дефіцит слів, які мають збірні та абстрактні значення. Довгий час у мовленні дітей відсутні прикметники, значні труднощі спостерігаються у засвоєнні та використанні дієслів.

Дефіцит дієслів негативно впливає і на розвиток синтаксичної сторони мовлення, оскільки більшість речень вимагає позначення предиката саме дієсловом. Через це діти з аферентною моторною алалією або пропускають дієслова в реченнях, або використовують так звані універсальні дієслова-замінники – кілька дієслів, що надто широко використовуються дітьми з алалією (*робити* на позначення усіх вид дій, *іде* – на позначення усіх форм пересування у просторі тощо).

Поряд з розширенням сфери вживання одних слів у дітей з моторною алалією спостерігається не виправдане звуження значень інших слів, що пов'язано з труднощами оволодіння семантичною структурою слова. Ці труднощі проявляються не лише в експресивному, але й в імпресивному мовленні.

У дітей зі значним запізненням формується узагальнене лексичне значення слова, що є основою для оволодіння різними мовно-семантичними явищами: омонімією, синонімією, переносним значенням тощо.

У результаті слова вживаються дітьми з моторною алалією переважно у прямому значенні. Їхнє мовлення збіднене та невиразне, стилістично не забарвлене. Через дефіцит лексики дитина не може чітко і правильно сформулювати власну думку, дати чітку відповідь. Описуючи картинку дитина здебільшого воліє до незначних несуттєвих деталей, які вона, однак, може позначити вербально.

Особливості граматичної сторони мовлення дітей з аферентною моторною алалією пов'язані передусім з порушенням функцій третинного поля кори головного мозку у його тім'яно-потилично-скроневій зоні. Ця функція забезпечує оволодіння парадигматичною системою мови (О.Р.Лурія, Є.Ф.Соботович) [2, 4].

Означене порушення специфічно впливає переважно на засвоєння та використання морфологічної словозміни, що виражає систему парадигматично організованих граматичних значень числа, роду, відмінка іменників, прикметників, числівників, займенників; виду, часу особи дієслів тощо.

Чим складнішою є граматична парадигма, тим більше труднощів спричиняє в дитини її засвоєння та використання.

Найскладнішою для дітей з аферентною формою алалії є система відмінків іменника. Будуючи речення чи словосполучення, дитина припускається значної кількості помилок вживання відмінкових форм іменників, прикметників, числівників, займенників. Ці аграматизми мають імпресивний характер, що вказує на їхню причину – труднощі засвоєння парадигматично організованих морфологічних одиниць мови. Неправильно вживаючи граматичну форму слова, дитина може послідовно перебрати всі відомі їй форми (у тому числі й правильні), але не може обрати одну єдину, яка задовольняє всі граматичні зобов'язання, що виникають між словами у реченні (В.К.Орфінська, Є.Ф.Соботович) [3, 7].

Особливістю цієї форми алалії є відносно збережена синтаксична структура речення. Обсяг та складність синтаксичних конструкцій напряду визначається обсягом словника та ступенем близькості ситуації спілкування мовному досвіду дитини. Тому речення дітей з моторною аферентною алалією порівняно з мовленням ровесників без порушень розвитку є дещо фрагментарними, неповно розкривають задум, вони позбавлені засобів вираження тощо.

Певні труднощі побудови речень передусім пов'язані з бідністю дієслівної лексики та недоліками у визначенні психологічної структури вислову, зокрема предиката ситуації. Через це в реченнях трапляються пропуски присудків, заміна їх жєстами.

В імпресивному мовленні найбільші синтаксичні утруднення проявлятимуться під час сприймання складних логіко-граматичних конструкцій (потенційно обернених, порівняльних, інвертованих, дистантних), розуміння яких вимагає обов'язкового симультанного врахування всіх компонентів вислову: лексичних, синтаксичних, морфологічних. Розуміння таких конструкцій ускладнене використанням у них складних суб'єкт-суб'єктних, атрибутивних, часових, просторових відношень.

З розвитком синтаксичної сторони речення діти з моторною аферентною алалією починають користуватися зв'язним діалогічним мовленням. Хоч досить рідко такі діти є ініціаторами діалогу, проте вони можуть давати нескладні відповіді на запитання, будувати нескладні репліки-пояснення, уточнення, заперечення тощо. Значно складнішим для дітей з цією формою алалією є побудова реплік-запитань.

Монологічне мовлення таких дітей формується зі значним запізненням та труднощами. Основною проблемою є формування цілісного задуму вислову та реалізація його в мовній формі. Саме тому зв'язний вислів, побудований за попередньою бесідою, у формі переказу чи з використанням детального плану для дітей буде доступнішим, ніж творчі розповіді на задану тему (В.О.Ковшиков, Є.Ф.Соботович) [1, 6].

Загальною особливістю всіх дітей з моторною алалією є знижена мотивація до мовленнєвої комунікації. У новій, малознайомій ситуації дитина може взагалі відмовлятися від спілкування. Досить ускладненим для них є оперування контекстом, прихованим смислом, який містить текст. Під час шкільного навчання ці недоліки можуть спричинити труднощі оволодіння шкільною інформацією, що подається переважно у вербальній формі, та стати причиною стійкої шкільної неуспішності дитини з моторною алалією (І.Т.Власенко, В.В.Юртайкін, Є.Ф.Соботович) [6, 7].

**Моторна еферентна (кінетична) алалія** (що за статистикою виникає удесятеро частіше ніж аферентна) настає при ураженні прецентрального моторного поля кори головного мозку, розміщеного у нижніх задніх відділах лобної доли (центр Брока). Симптомоутворювальним механізмом цієї форми алалії є кінетична (динамічна) апраксія, що проявляється в порушенні відтворення серійно організованих артикуляційних рухів.

Оскільки артикуляційна програма вислову складається із серійно організованих рухів, кожен з яких відтворює окремих склад, то зрозуміло, що найбільші порушення в мовленні дітей з моторною еферентною алалією будуть проявлятися на рівні саме складової структури слова (Р.О.Білова-Давид, Н.Н.Трауготт) [8].

Порушення складової структури слова при цій формі алалії є доволі специфічними і позначаються відповідними термінами:

– елізії – цей термін у лінгвістиці позначає пропуск голосних звуків. Оскільки голосний є складотворчим звуком, то його втрата призводить до зменшення кількості складів у слові, саме тому

цей термін використовують також на позначення спрощення складової структури слова за рахунок пропусків окремих його складів (*вова - корова, моко - молоко*);

– персеверації – зациклювання, невиправдані повтори. На рівні складової структури слова персеверації проявляються у повторах попереднього складу, що спричинені труднощами переключення з одного артикуляційного руху на інший (*бабабан - барабан, момоток - молоток*).

– антиципації – спотворення складової структури слова, при якій акустично сильніший або легший в артикуляції склад може вимовлятися раніше, ніж він реально представлений у складовій структурі слова (*рарафан - сарафан, ліліціонер - міліціонер*).

– контамінації – злиття двох слів в одне. (*чакор - чай+цукор, мухарі - муха+комарі*). Це порушення пов'язане зі значним скороченням складової структури словосполучення, коли випадають останні склади першого слова та перші склади другого. Водночас контамінація може виникати як форма вербальної парафазії, замінюючи, наприклад, одне зі слів, з яких вона утворена.

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.

Ці труднощі обумовлюють і специфічні вербальні парафазії, які спостерігають у мовленні дітей з цією формою алалії. Через труднощі переключення з одного складу на інший дитина часто замість потрібного слова використовує слово з аналогічною початковою частиною: *море (морква), синок (силач)*

При вимові слів зі збігом приголосних чи слів, що закінчуються на приголосний і артикуляційна схема яких є досить складною для дітей з алалією, вони намагаються додати до слова зайвий голосний звук: *дорова (дрова), сира (сир)*.

Для словника дітей з моторною еферентною алалією властиві ті самі особливості, що й для дітей з моторною аферентною алалією, проте їхні причини виявляються дещо іншими.

Так, бідність словника цієї категорії дітей пов'язана не лише з порушеннями фонетико-фонематичної сторони мовлення. Значний дефіцит лексики визначається несформованістю в них системи морфологічного словотвору.

В українській мові більше ніж 70% слів є похідними, тобто утвореними від твірних основ за допомогою словотворчих морфем. А тому, не засвоївши значення словотворчих морфем та не оволодівши продуктивними способами словотворення, дитина не зможе оволодіти значним обсягом лексичного матеріалу рідної мови.

Вади словотвору при моторній еферентній алалії спричинені порушенням у засвоєнні синтагматично організованих систем мови, що пов'язані з функцією третинних полів лобної доли кори головного мозку, які розташовані безпосередньо біля центру Брока. Ці поля забезпечують функцію рядотворення, що є надзвичайно важливою як для засвоєння, так і для використання мовних одиниць (Є.Ф.Соботович) [7].

Одним з видів таких мовних рядів (синтагматично організованих мовних одиниць) є морфемні склади слова. Навіть оволодівши значенням морфем (а відомо, що імпресивне мовлення більшості дітей цієї категорії сформовано на достатньому рівні), дитина не може використати її для творення слів.

Унаслідок вад словотвору в словнику дітей спостерігають значний дефіцит похідних слів усіх частин мови: абстрактних віддієслівних іменників, іменників, що позначають професії, виконавців дій, містилице, дефіцит відносних та присвійних прикметників тощо.

Проте найбільше страждає словник дієслів, найефективнішим способом поповнення якого є префіксальний спосіб творення дієслів. Завдяки значному наборові дієслівних префіксів від одного дієслова можна утворити ціле гніздо споріднених дієслів, що виражають різноманітні відтінки просторових відношень (*заходить, виходить, підходить, переходить, обходить* та ін.), ступенів вираженості дії (*недоварив, переварив, зварив* та ін.) тощо (В.К.Воробйова).

Проте навіть маючи достатній обсяг словника, діти з еферентною формою моторної алалії мають значні труднощі оволодіння реченнями та словосполученнями, що пов'язано з порушенням у засвоєнні синтагматичних систем мови. Синтаксис теж належить до таких систем. Побудова словосполучення чи речення вимагає від дитини уміння поставити слова в певні відношення, виділити головне й залежні слова, визначити синтаксичну роль кожного слова в реченні. Для цього дитина, по-перше, повинна виділити в смисловій ситуації різні компоненти, а по-друге, – правильно вибудувати синтаксичну схему майбутнього вислову. У процесах породження мовлення синтаксична схема вислову вибудовується ще до його лексико-граматичного оформлення, а тому порушення означених процесів призводить до труднощів побудови речення, навіть за умови, що всі слова, які мають увійти до його складу, дитина вільно вживає у власному мовленні (С.М.Шаховська, Н.Н.Трауготт, Кайданова С.І., Є.Ф.Соботович) [5, 8].

Зв'язне мовлення дітей з еферентною моторною алалією також має специфічні особливості. Передусім вони пов'язані з порушеннями планування вислову. Навіть у діалогічному мовленні таким дітям складно витримувати лінію єдиного задуму. Вони постійно сходять на несуттєві, другорядні

елементи ситуації, відволікаються, відчуваючи утруднення в побудові вислову, припиняють спілкування.

Ще складнішим для них виявляється монологічне мовлення. Без наочності, без плану самостійний монологічний вислів у більшості таких дітей є надзвичайно ускладненим. Водночас, розкладаючи серію сюжетних картинок, діти також припускаються численних помилок, що свідчить про труднощі встановлення послідовності подій під час аналізу смислової ситуації.

Діти з моторною еферентною алалією зі значними труднощами оволодівають навичками читання та письма, які теж передбачають оперування синтагматично організованими мовними одиницями. Не маючи суттєвих труднощів виділення першого чи останнього звука у висловах чи складах, діти припускаються численних помилок, пов'язаних з пропусками, перестановками звуків та складів у словах. Певні утруднення у них викликають слухові диктанти, у яких непоодинокими є пропуски та перестановки слів, та творчі письмові роботи, у яких відтворюються помилки, характерні для усного мовлення дітей.

Окрім порушень діяльності засвоєння та використання мови, про які ми говорили вище, для правильної діагностики форм моторної алалії важливо враховувати й немовленнєву симптоматику, яка дає змогу точніше визначити структуру дефекту, локалізацію органічного ураження, специфічні особливості психічного розвитку дітей, які слід враховувати під час корекційної роботи, навчання та виховання. При моторній алалії можуть бути порушення загальної та дрібної моторики, сприймання, пізнавальної діяльності.

Порушення моторики в дітей з алалією не є однорідними. Так, внаслідок органічних уражень премоторних та постцентральных відділів кори головного мозку в дітей можуть виявлятися парези кінцівок на стороні, протилежній локалізації ураження, апраксії. Проте у більшості випадків спостерігають незначні відхилення, що, однак, виявляються під час обстеження. Це певна моторна незграбність, недостатня швидкість, координованість рухів: дитині буває важко поплигати на одній нозі, пройти без опори по вузькій дощечці. Особливо виражене порушення дрібної моторики, яке можна помітити, спостерігаючи за малюванням чи письмом дітей з алалією. Рухи кисті руки під час малювання та письма невпевнені, недостатньо координовані, неточні. Дитині важко дотримуватись ліній у зошиті, плавно поєднувати елементи букв, надзвичайно важким для дітей особливо у підготовчому та першому класах є письмо закруглених елементів букв. Компенсувати неточність рухів вони намагаються надмірним натисканням на ручку чи олівець.

Наявність диспраксії особливо помітна під час обстеження рухового контролю, коли дитину просять виконати знайомий рух чи графічну дію без опори на зоровий аналізатор (із зав'язаними хустинкою очима). У таких умовах діти з моторною алалією іноді можуть виявити цілковиту дискоординацію. У складних випадках вони не можуть впевнено сказати, сидять вони чи стоять. Виконання графічних дій без опори на зір у багатьох випадках є недоступним або ж значно ускладненим.

При деяких формах аферентної алалії, зокрема тоді, коли зони ураження локалізовані в нижніх та задніх відділах тім'яної зони, що прилягають до зорової кори (потиличні зони), у дітей можуть виявлятися зорові та зорово-просторові агнозії.

При зорових агнозіях можуть бути труднощі впізнавання предметів, зокрема зображених на малюнках. Найбільші складнощі викликають контурні зображення предметів, особливо коли контур задано пунктиром чи крапками. Можливе невпізнавання предметів, що зображені контурно на фоні зашумлення або накладання один на одного.

Невпізнавання контурних зображень предметів, виконаних пунктиром, можна спостерігати і при еферентній моторній алалії, при ураженні лобних ділянок кори, що відповідають за окуломоторні функції, зокрема співдружні рухи очей.

При аферентній моторній алалії нерідко спостерігається порушення тактильної чутливості та стереогнозу. Дітям важко без опори на зір визначити текстуру поверхні, впізнати за рельєфним зображенням предмет, об'ємну іграшку чи геометричну фігуру.

Специфічні порушення спостерігають і на рівні інших пізнавальних процесів.

Так, дітям з моторною алалією досить часто властива нестійкість уваги. У деяких випадках можливе патологічне підвищення мимовільної уваги при зниженні стійкості уваги довільної. Дитина може звернути увагу на дрібні малосуттєві деталі при повній відсутності концентрації уваги на об'єктах навчання (Є.Ф.Соботович) [7].

Дещо зниженими порівняно з нормою можуть бути показники пам'яті. Найбільше страждає пам'ять слухова. Її обсяг у деяких випадках у 2–3 рази менший за показники здорових однолітків. Порушення зорової та моторної пам'яті залежать від стану сенсорних та моторних функцій. При їхній відносній збереженості вони наближені до показників вікової норми.

Специфічні недоліки мислення притаманні більшості дітей із моторною алалією. Природу цих порушень пояснюють складною системною взаємодією мовлення та мислення в процесі онтогенезу. Якщо на ранніх етапах розвитку дитини стан її сенсо-моторного (невербального) інтелекту повністю визначає мовленнєвий розвиток дитини, то з появою фразового мовлення ситуація змінюється:

поступово мовлення починає набувати значення процесу, що визначає розвиток вищих психічних функцій у дитини, забезпечуючи формування вищих (а отже, словесно опосередкованих) форм пам'яті, мислення, уваги тощо. (С.С.Ляпідевський, Р.Є.Левіна, М.В.Богданов-Березовський, Р.О.Білова-Давид).

І хоч при неускладнених формах моторної алалії невербальний інтелект дітей у цілому відповідає показникам вікової норми, з часом у дітей, які не отримують відповідної корекційної допомоги, починають проявлятися недоліки вищих форм пізнавальної діяльності.

Є.Ф.Соботович [4] виділила такі диспропорції в розвитку мовленнєвої та пізнавальної діяльності цієї категорії дітей:

1. Диспропорція між рівнем розвитку імпресивного та експресивного мовлення. Якщо рівень розуміння мовлення у більшості дітей з моторною алалією перебуває на рівні вікової норми, то власне (експресивне) мовлення може бути відсутнім або ж виявляти ознаки грубого недорозвитку.

2. Диспропорція між невербальним та вербальним інтелектом. Якщо за більшістю показників невербальний інтелект у дітей з моторною алалією сформований на рівні вікової норми, то вербальний інтелект є недорозвиненим. Виконання завдань, що вимагають розгорнутої відповіді, або оперування мовними знаками можуть виявитися для дітей з алалією недоступними.

3. Диспропорція всередині невербального інтелекту. На фоні сформованості невербального інтелекту у дітей з моторною алалією за більшістю показників водночас можна спостерігати певні порушення окремих його складників, що визначається локалізацією органічного ураження кори головного мозку.

Так, ураження, локалізовані в лобній долі, здебільшого проявляються в порушеннях суцесивного аналізу та синтезу та в тих видах діяльності, що обслуговуються ними: лічба в прямому порядку, розв'язування арифметичних задач та прикладів на кілька дій, навички читання та письма, планування діяльності, та виконання дій за певним планом чи складною інструкцією.

При ураженнях, що локалізовані в нижніх тим'яних відділах кори головного мозку, часто порушені симультанний аналіз та синтез, що проявляється в порушеннях зворотної лічби, сприйнятті просторових відношень, право-лівого орієнтуванні, оперуванні числами з кількома розрядами, виконання арифметичних прикладів з непрямою послідовністю дій, створення просторових схем, планів, таблиць та операцій з ними (О.Р. Лурия, Є.Ф.Соботович) [2, 5].

Означені порушення впливають на стан різних видів діяльності дитини: ігрової, навчальної, трудової тощо і мають бути враховані під час навчання та виховання цієї категорії дітей.

#### Список використаних джерел

1. Ковшиков В. А. , Элькин Ю. А. К вопросу о мышлении детей с экспрессивной алалией / В.А.Ковшиков // Дефектология. – 1980. – №2. – С. 14-22.
2. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии / А.Р.Лурия. – М.: Изд-во Московского университета, 1973. – 374с.
3. Орфинская В. К. Сравнительный анализ нарушений речи при афазии и алалии / В. К. Орфинская / Дис. ... д-ра пед. наук. – Л., 1960. – 561 с.
4. Соботович Е. Ф. , Рождественская М. В. Особенности психического и речевого развития детей с моторной алалией / Е.Ф.Соботович // Питання дефектології. – К., 1975. – Вип 10. – С. 70-86.
5. Соботович Е.Ф. Нарушения речевого развития у детей и пути их коррекции / Е.Ф.Соботович. – К., 1995.
6. Соботович Е.Ф. Психолингвистическая структура речевой деятельности и механизмы ее формирования / Е.Ф.Соботович. – К., 1997.
7. Соботович Е.Ф. Формирование правильной речи у детей с моторной алалией / Е.Ф.Соботович. – К.: КГПИ, 1983.
8. Трауготт Н. Н., Кайданова С. И., Самойлова И. К. Результаты изучения различных форм патологии речи / Н.Н.Трауготт // Совещание по вопросам физиологии и патологии речевой деятельности. – Л., 1955. – С. 44-45.

The modern scientific notion about motor alalia, it's symptomatic and pathogenesis are represented in this article. The forms and psychological mechanisms are examined.

**Keywords:** motor alalia, motor afferent alalia, motor efferent alalia, apraxia, features of cognitive activity.

Отримано 18.09.2010 р.