

АУТИЗМ

жизнь продолжается



Ведите

[ГЛАВНАЯ](#) [НОВОСТИ](#) [КНИГИ](#) [САЙТЫ](#) [КОНТАКТЫ](#) [ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ ИНКЛЮЗИИ](#) [НАШИ ПОСОБИ](#)

ПОЛИТИКА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

[Ознакомиться](#)

РЕСУРСНЫЙ ЦЕНТР АДК



РАЗВИТИЕ И САМОРЕАЛИЗАЦИЯ

- Музыка
- Живопись
- Спорт
- Танец
- Природа

НАШИ ПОСОБИЯ

- Серия «Я сам»
- Серия КЛАД
- Серия «Собери»
- Серия ДОМик
- Серия «Диагностика»

ЛЕЧЕНИЕ

- Психиатрия
- Неврология
- Педиатрия
- Психотерапия

КОРРЕКЦИЯ И ОБУЧЕНИЕ

- Дефектология
- Психология
- Педагогика
- Логопедия
- Нетрадиционные методы

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ

- Детский сад
- Школа
- Дополнительное обучение
- Профессиональное

Нарушения речи при аутизме

Автор: Super User
Категория: Логопедия
Создано: 06 ноября 2014

Детский аутизм – общее расстройство психического развития, при котором, согласно М IV, отмечают качественные нарушения социального взаимодействия, ограниченные, поражающие поведение, интересы и формы активности, нарушения символической раннюю (как правило, до 3-х лет) манифестиацию. В последние годы часто говорят о аутистическом спектре (PAC), к которым помимо детского аутизма (F84.0) относят атн (F84.1) и синдром Аспергера (F84.5). Некоторые исследователи включают в PAC и психо с аутистическим поведением (цит. по S.Greenspan, S.Wieder, 2006) (1). Сочетание вы встречаемости с разнообразием клинической картины, значительным процентом осложненных форм, сложностью коррекционной работы делают PAC серьезной социальной проблемой. Самым частым поводом для первого обращения за помощью является нарушение речевой функции.

Начиная с работ L.Kanner (1946), во всех описаниях клинических особенностей детей других PAC обязательно отмечается особый характер нарушений речи, и в particular подчеркивается нарушение ее коммуникативной функции: имеющиеся речевые возможности направлены на социальное взаимодействие, а если речь отсутствует, то ни жест, ни использование в целях компенсации.

Проявления отклонений в речевом развитии при PAC чрезвычайно разнообразны, и до стыскать такой вариант речевой патологии, который бы не встречался при аутизме. Диагностические системы (МКБ-10, DSM-IV) выделяют и диагностируют детский аутизм на основе поведенческих характеристик и без учета этиологических и патогенетических факторов, что может не привести к большому разнообразию клинических проявлений. Более сходные, на первый взгляд, симптомы оказываются различными по генезу и механизму, что создает большие трудности при выборе как общей стратегии коррекционного вмешательства конкретных методик. Во многих случаях специфика аутизма накладывает серьезные ограничения на применение традиционных логопедических методов, заставляет модифицировать и адаптировать их. Чтобы сделать усилия по коррекции речевых нарушений при PAC более эффективными, естественным первым шагом представляется систематизировать их по генетическим и феноменологическим, но, по возможности, с учетом этиологических, патогенетических и динамических факторам в контексте общей клинической картины. Существующие работы по особенностям речи рассматривают ее как «сквозную» психическую функцию (Л.М.Веккер, 2000), что ограничивается описательной характеристикой. В немногих работах (W.H.Fay, A.L., H.Tager-Flusberg, 1989; 1993) вопрос о генезе речевых нарушений ставится, но лишь как проблема дифференциации PAC от других нарушений развития или для разделения различных форм аутизма. Наконец, в ряде работ рассматривают различные варианты речевых нарушений, не классифицируя их на основе других показателей, например, нарушения аффективной (О.С.Никольская, 1985; О.С.Никольская и др., 2005) или когнитивной сферы, оставляя без внимания то фундаментальное положение, что аутизм – общее, первично-развивающееся нарушение. Такой подход, безусловно, содержит немало положительных моментов, но говорить о речевых нарушениях при детском аутизме как таковых. Реально существующий в этом случае всегда искажается, особенно если говорить не только о детском аутизме, а о аутизме в целом, о его осложненных и тяжелых формах.

В настоящей работе предпринята попытка классификации нарушений речевого развития с учетом этиологических, патогенетических, феноменологических и динамических факторов.

Этиология PAC изучена недостаточно, но можно уверенно говорить о том, что в настоящее время принято выделять аутизм эндогенного генеза, формы, обусловленные поражением головного мозга и психогенные формы; во многих случаях можно говорить о генезе и неясной этиологии.

Из диногенетических механизмов ведущим при аутизме принято считать асинхронии к искажению развития, в том числе и речевого (К.С.Лебединская, 1992; В.В.Лебединский при F84.0 и F84.1 встречается и недоразвитие, что соответствует высокому проценту умственно отсталых среди детей с аутизмом. Реже отмечаются такие виды нарушения задержка и депривация. Все эти механизмы в большей или меньшей степени находятся в конкретных симптомах речевых нарушений при PAC.

обучение
• Работа

ФИНАНСОВАЯ ПОМОЩЬ



Проявления нарушений речевого развития при РАС очень многообразны: мутизм, эхштампы и слова-штампы, отсутствие обращения, неправильное употребление местоимен «Я» в речи, нарушения лексики, семантики, просодики, грамматического звукопроизношения, спонтанности высказывания и т.д., их описание приводится отечественных (К.С.Лебединская, О.С.Никольская, 1991; Т.И.Морозова, 2002; О.С.Ник 2005 и мн. др.) и зарубежных (W.H.Fay, A.W.Schuler, 1980; C.Lord, P.J.O'Neill, 1983, 11 1989; 1993) книгах и статьях, хотя работ, специально посвященных особенностям чрезвычайно мало. В настоящей работе феноменология речевых нарушений при аутизме рассматривается, однако, следует отметить, что все перечисленные симптомы не могут одного ребенка (как можно говорить, например, о нарушениях грамматического строя речи ребенка?). С другой стороны, у каждого из нарушений генез может быть различным. Эхолалии связывают с непониманием сказанного, с особенностями нейродинамики имитации в силу органического поражения ЦНС, с аффективными и дизонтогенетическими проблемами, и, наконец, с проявлениями кататонии (Т.И.Морозова, 2002; J.Roberts, 1991). Перечень потенциально возможных вариантов природы симптома ставит вопрос о квалификации, но и о дифференцированном подходе к коррекции.

Особенно значимыми представляются характеристики динамики речевого развития, изменения: а) возрастные, б) связанные с патологическим процессом (как регресс компенсаторного характера) и в) вызванные коррекционными воздействиями. Реальная возрастная динамика, отражающая реальную возрастную динамику, может оказаться различной, но все же возможным выделить несколько типичных вариантов:

1. Первичный мутизм (с самого начала развития речь отсутствует);
2. Формально «правильное» развитие речи до 2-2,5 лет с последующим глубоким распадом;
3. Формально «правильное» развитие речи до 2-2,5 лет с последующим регрессом (в регредиентно-искаженной динамикой после 5-7 лет);
4. Задержка (или недоразвитие) речи в сочетании с искажением ее развития;
5. Искаженное развитие речи.

Одним из наиболее часто встречающихся при детском аутизме нарушений является мутизм зарубежных авторов (L.Kanner, 1946; D.W.Churchill, 1978; B.Rimland, 1989 и др.), примерно у 50% детей с аутизмом (отечественные авторы чаще указывали частоту (К.С.Лебединская и др., 1989; Т.И.Морозова, 1990; К.С.Лебединская, О.С.Никольская, 1991). Последние годы появилось все больше оснований согласиться с западными коллегами).

Как показывает опыт отечественных и некоторых зарубежных исследователей, при дефиците речи, особенности развития мутизма неоднородны. Поскольку и работа должна строиться по-разному, представляется целесообразным выделить два варианта развития, в которых мутизм является ведущим признаком речевых нарушений.

I. При первичном мутизме (недоразвитие с искажением) у ребенка речи нет с рождения или задержаны (гуление), или отсутствуют совсем (дети слова не произносят, врачи диагностируют у таких детей атипичный аутизм (F84.1), связанный с поражением головного мозга. Кроме того, в генетическом анамнезе часто выявляются расстройствами шизоидного круга. Для клинической картины характерны глубокие степени умственной отсталости, стереотипии по своим проявлениям также напоминающие умственно отсталых (примитивны по структуре, мало зависят от окружающей обстановки, столь одержимо погружены в них, как при классических формах аутизма). Понимание нарушено, но, вместе с тем, общая речь (касающаяся еды, прогулок и т.п.) доступной, дети неплохо ориентируются в ситуации. При этом характерна пространственной ориентации (затрудняются при выкладывании простых пазлов, соотнесение по цвету или форме; большинство невербальных навыков мало доступно близко к полевому, целенаправленной деятельности практически нет, внимание грубое, окружающим относятся индифферентно, игровая деятельность лишена элементов Формальный глазной контакт есть (хотя и непродолжительный), страхи и тревога нехарактерны.

Выявляется и другой вид первичного мутизма с недоразвитием и искажением, когда у знаков органического поражения ЦНС нет, в анамнезе серьезных пре- и перинатальных отмечается, наследственность может быть отягощена расстройствами шизоидного круга, таких детей связан, как правило, с сенсомоторной алалией. Интеллектуальные нарушения столь грубо, хотя общая и тонкая моторика значительно недоразвиваются. Понимание нарушено, пассивный словарь минимальный или отсутствует. Произвольная деятельность невозможна. Поведенческие проблемы разнообразны и глубоки (негативизм, агрессия). Стереотипии выражены неярко, могут даже отсутствовать, но коммуникация нарушена. Таким образом, при этом варианте нарушения речевого развития при РАС мы имеем дело с основным выраженным степенями умственной отсталости или сенсомоторной алалией, имеем дело со сложной и неоднородной структурой дефекта.

В части случаев это действительно сочетание двух видов патологии (глубокая (тяжелая) отсталость плюс аутизм или сенсомоторная алалия плюс аутизм), причем составляющие нарушения усиливают проявления друг друга, что создает исключительные

коррекционной работе, и прогноз оказывается очень сложным (С.С.Морозова, 2002; 2004).

Возможна, однако, и другая структура нарушений, когда формирование аутистической симптоматики у ребенка с выраженными степенями умственной отсталости происходит вследствие интеллектуального дефекта, по типу «аутизма бедных» Э.Крепелина. В этих случаях при своевременной и достаточно интенсивной коррекционной работе адекватными методами ребенок не только становится доступным воздействию традиционных методов олигофренопедагогики, но и становится возможным интеллектуальный прогресс за счет снятия синдрома «олиго-плюс» (К.С.Лебединская, О.С.Никольская, 1991; К.С.Лебединская, 1992). Так же и при сенсомоторной алалии (особенно если есть наследственная отягощенность патологией шизоидного круга) аутистическая симптоматика может быть следствием раннего тяжелого недоразвития речи, то есть, по существу, вторичным по отношению к алалии дефектом, и раннее вмешательство во многих случаях может снять аутистическую симптоматику, а иногда и частично предотвратить ее развитие (С.С.Морозова, 2002). В дальнейшем перспективы развития ребенка будут определяться в основном успешностью коррекции сенсомоторной алалии. Нельзя не отметить, что дифференциация сочетанных и осложненных форм в пределах этого варианта нарушений речевого развития при РАС очень трудна и, как показывает практика, возможна только в условиях пробного обучения в течение не менее двух-трех месяцев.

П. В случае второго варианта (глубокий распад «нормально» развивающейся речи) раннее речевое развитие проходит в типичные сроки или даже несколько ускорено по сравнению с нормой. Первые слова не симптические, то есть не связаны с ближайшим окружением ребенка (не "мама", "папа", "баба" и т.п., а "листочек", "табуретка", "луна" и т.д.). Первые фразы появляются вскоре после произнесенных слов, они обычно довольно сложны по строению и, как правило, также не являются симптическими. Чаще всего они представляют собой цитаты из стихов, радио- и телепередач (особенно часто повторяющихся реклам), фраз, произнесенных другими людьми в аффекте (иногда это даже бранные фразы). Все это ребенок произносит, не понимая (или очень плохо понимая) смысл произносимого, даже если это весьма сложные слова или речевые конструкции: они прежде всего отражают его внутреннее состояние и не направлены на общение; подобная речь не является коммуникативной.

При переходе к речевому периоду развития (в 2-2,5 года) для детей с таким вариантом развития типичен распад экспрессивной речи, что сопровождается выраженными аффективными расстройствами, резким снижением психического тонуса, тяжелыми нарушениями произвольной деятельности, целенаправленности. Эти явления нередко совпадают по времени с тяжелыми соматическими заболеваниями или психотравмирующей ситуацией. Из речи ребенка исчезают фразы, слова, появляются бессвязные вокализации, крики. Выявляются значительные расстройства аффективной и моторной сфер: страхи, тревога, нарушаются формирование сложных двигательных операций с предметами, снижается мышечный тонус, обедняется мимика, ребенок становится безразличным к контакту, не проявляет в связи с этим явных эмоциональных реакций (не стремится к контакту, но и не отвергает его, идет на руки ко всем, не выражая при этом никаких эмоций, легко остается с кем угодно и т.п.).

Сенсорная сфера развивается искаженно: несмотря на сохранные слух и зрение, предпочтение отдается контактным сенсорным системам: дети склонны обнюхивать, облизывать, ощупывать окружающие предметы. Глазной контакт не устанавливается (смотрят мимо, насквозь, предпочитают периферическое зрение).

В моторном развитии таких детей можно отметить крайнюю неравномерность. В спонтанной деятельности в раннем возрасте (в доречевой период) эти дети ничем не выделяются, они пластичны, иногда грациозны, ловки, точны в движениях; несмотря на отсутствие чувства края, четко распределяют себя в пространстве. С возрастом появляются и усиливаются двигательные стереотипии, нарушается мышечный тонус, появляется все более заметная анимичность. В произвольной деятельности движения крайне нецеленаправлены, угловаты, неловки; дети не могут выполнить простейшей инструкции, даже понимая ее содержание. Игровая деятельность фактически не развита, действия с предметами носят характер стереотипных нецеленаправленных манипуляций, причем ребенок не сосредоточивается на каком-либо предмете или действии и переходит постоянно от одного к другому. Такие нарушения праксиса делают обучение бытовым и учебным навыкам крайне затруднительным.

Глубина аутистических расстройств не позволяет оценить уровень развития импресивной речи в дошкольном возрасте. Вместе с тем, по мнению О.С.Никольской с соавторами (2005), в дальнейшем при общении с ребенком и внимательном наблюдении за его поведением почти всегда удается установить, что импресивная речь все-таки развивается. На это указывают появляющиеся иногда на высоте аффекта «плавающие» слова и даже фразы (хотя они не закрепляются в речи), а также способность мутничного ребенка выполнять простые инструкции по просьбе взрослых (но это возможно не всегда, а чаще только в контексте ситуации и(или) после длительной коррекционной работы). Для многих детей с этим вариантом речевого развития характерны стереотипные вокализации (то есть ребенок может произносить какие-то лепетные звуки, свистеть, подражать неречевым звукам – скрипку дверей, писку животных и т.д.).

Ведущим этиологическим моментом в этом случае представляется манифестация тяжелого эндогенного процесса, течение которого (с учетом лечения) будет определять всю динамику развития ребенка, включая и речевое развитие. В патогенезе речевых нарушений на искажение речевого развития накладываются явления распада психики, что фактически приводит к мутизму.

III. Частичный регресс «нормально» развивающейся речи. Есть группа детей, у которых нарушения

речи возникают также в 2 – 2,5 года, но до этого возраста речевое развитие в значительной степени приближено к норме. После 2 – 2,5 лет в поведении таких детей начинают отчетливо проявляться аутистические черты. Судя по анамнестическим данным, это начало провоцируется различными внешними факторами (соматическое заболевание, психотравмирующая ситуация). Аутизм здесь прежде всего проявляется в избегании контакта с детьми, страхах и тревоге, усилении стереотипий, появлении ритуалов, самоагgressии, обострении феномена тождества, регрессе речи. В экспрессивной речи остаются немногочисленные слова (или фразы) - штампы, а иногда не остается и этого, но понимание речи при этом сохраняется. Позже, от 5 до 7 лет речь постепенно спонтанно восстанавливается, но представлена она в основном эхолалиями и фразами-штампами. Около 7 лет появляется (даже без коррекционной работы) спонтанная речь, но она аграмматична, чаще всего с многочисленными нарушениями звукопроизношения и просодики. Нарушения звукопроизношения встречаются очень часто (сигматизм, иногда ламбдацизм и другие нарушения), но они достаточно нестойки: когда ребенок говорит на эмоциональном подъеме, когда он уверен в себе ивлечен чем-то, а также по мере накопления речевой практики звукопроизношение улучшается, становится все более правильным грамматический строй. Это позволяет думать о значительном вкладе моментов депривации в генез нарушений звукопроизношения и грамматического строя речи, не спешить с постановкой звуков и работой над грамматическими нормами (Н.И.Григорьева, Т.И.Морозова, 2002).

Оценка интеллектуального развития детей с таким вариантом речевого развития сложна, что обусловлено несколькими причинами. Внешние проявления аутизма здесь не так грубы, как у детей с другими вариантами речевого развития, и это иногда приводит к неадекватному завышению требований к ребенку в процессе тестирования или в условиях работы ПМПК. Исполнительный и ответственный, ребенок не дает в такой ситуации выраженных негативистических реакций, но становится более замкнутым и заторможенным, не в полной мере справляется с предъявляемыми заданиями, вследствие чего оценка его интеллектуальных способностей может быть необоснованно занижена. Почти во всех случаях интеллект таких детей сохранен, хотя его развитие отличается некоторой неравномерностью. Это обусловленоическими причинами. Помимо аутизма как такового отмечаются повышенная утомляемость, астеничность детей, их гиперсензитивность, а иногда и парциальная одаренность в той или иной области знаний или искусства. Поглощенность сверхценными занятиями, углубленность в эту область затрудняют возможности охватить окружающий мир во всей его полноте, что способствует своего рода вторичной аутизации таких детей.

Моторное развитие таких детей в основном соответствует возрасту: все основные этапы они проходят своевременно; в движениях довольно осторожны, у них есть чувство края, они боятся высоты и медленно, с трудом осваивают подъем по лестнице или учатся лазать по шведской стенке. Характер моторики зависит от внешних условий: в незнакомой обстановке легко появляется двигательная заторможенность, движения становятся скованными, угловатыми, принужденными; в редких случаях (обычно после 5 лет) реакции на изменение окружающей обстановки могут проходить по типу психомоторной расторможенности.

Праксис нарушен негрубо, его главная черта - неравномерность: в одних видах деятельности ребенок может быть очень успешен, в других, нередко более простых, - нет.

Игровая деятельность до 4-5 лет - достаточно стереотипная, но довольно разнообразная и гибкая; нередко присутствуют элементы символической игры.

Не отрицая значительной роли эндогенных моментов в развитии этого варианта РАС (и соответствующих особенностей речевой патологии), нельзя не отметить очень большой ролью реактивных явлений. В патогенетическом плане это позволяет говорить о сочетании искажения и временного регресса, а также (в меньшей степени) и явлений депривации.

IV. Задержка (или недоразвитие) речи в сочетании с искажением ее развития. Для детей с этим вариантом речевого развития характерна специфическая задержка речевого развития в сочетании с его искажением. Этапы раннего речевого развития наступают позже обычных сроков и отличаются малой активностью: первые слова появляются с задержкой (в некоторых случаях с весьма значительной), обычно это типичные "мама", "баба", "папа" и т.п., но они не обращены к конкретным лицам и произносятся скорее "в пространство". К фразовой речи дети переходят с большой хронологической задержкой по сравнению со здоровыми сверстниками, при этом спонтанная фразовая речь практически не формируется.

Экспрессивная речь в основном представлена эхолалиями (в основном отставленными) и набором слов-фраз-штампов. Обычно в речи ребенка закрепляются те слова и фразы, которые он часто слышит; это могут быть обращенные к нему вопросы взрослых, касающиеся его витальных проблем ("хочешь пить", "пойдешь гулять", "кушать" и т.п.), цитаты из стихов и песен, которые ребенок стереотипно требует повторять вновь и вновь, музыкальные сказки, теле- и радиореклама. В одних случаях эхолалии и речевые штампы носят некоммуникативный, аутостимуляционный характер; иногда ребенок употребляет их как бы сознательно и к месту: это бывает в тех случаях, когда он услышал слово или фразу произнесенными в ситуации положительного или отрицательного эффекта и связал их в силу симультанности восприятия с ситуацией.

С возрастом импресивная речь развивается в основном за счет номинативного словаря, глаголы употребляются в основном в инфинитиве, мало употребляются предлоги, в незначительной степени используются категории числа, времени, рода; в спонтанной речи слова как правило не согласуются по падежам и лицам. Недоразвитие грамматического строя можно связать со стереотипностью деятельности ребенка, с неравномерным развитием праксиса.

Характерна значительная задержка и нарушение (инверсия) употребления личных местоимений. Это отклонение речевого развития требует комплексного психолого-педагогического воздействия, так как без коррекции эта особенность сохраняется долгие годы (Т.И.Морозова, 1990; 2002).

Нарушения звукопроизношения свойственны почти всем детям с этим вариантом речевого развития: это нечеткость произнесения многих звуков, замены одних звуков другими, пропуски звуков. Генез нарушений звукопроизношения может быть различным: следует учесть и чисто аутистические причины (малую речевую практику, несклонность к подражанию), возможность неврологических нарушений, в некоторых случаях нарушения фонематического слуха и очень редко отклонения в строении периферического речевого аппарата. Дети этой группы небезразличны к звуковой структуре слова, к ритмической организации звуковой информации, и, вследствие этого, они, играя со словами, переставляют звуки, слоги, сознательно коверкают слова, придумывая свои звукосочетания, что часто выглядит как патологическое нарушение звукопроизношения (Н.И.Григорьева, Т.И.Морозова, 2002).

Нарушения просодических компонентов речи отмечены во всех случаях. Наиболее характерна брадилалия, реже встречается тахилалия. Если у ребенка нет эмоционального контакта с собеседником, речь отличается монотонностью, нередко ринофоничностью, к концу фразы тон голоса или повышается, или, наоборот, затухает (в зависимости от тонаса ребенка). В условиях эмоционального контакта ребенок может адекватно (а иногда даже утрированно) перенимать интонации собеседника.

Дети малодоступны контакту, стремятся его избежать, не устанавливают прямого глазного контакта, а если попытки установить контакт с ними слишком настойчивы, то характерные для ребенка многообразные стереотипии усиливаются, провоцируются тревога, беспокойство, страх, возможными становятся агрессия и самоагressия.

Крайний консерватизм проявляется в так называемом «феномене тождества» - стремлении к сохранению постоянства в окружающем мире, противодействии (пассивном, в форме тревоги и страхов, или активном, в форме различных видов агрессии) любым изменениям в нем. В быту это может выразиться в стремлении сохранять обстановку в доме неизменной во всех ее деталях, в желании пользоваться одной и той же посудой, в трудностях перехода от одного вида сезонной одежды к другой, в избирательности в еде, в стереотипных играх, прослушивании одних и тех же книг, музыки, просмотре одних и тех же мультфильмов и диафильмов, в выборе одних и тех же маршрутов на прогулках, в педантичном следовании режиму дня и т.п.

В конце первого и на втором году жизни отмечается так называемый «симбиоз»: ребенок требует постоянного присутствия матери, но не проявляет по отношению к ней сколько-нибудь выраженных положительных эмоциональных реакций. В основном у детей с таким вариантом речевого развития обнаруживается умственная отсталость (в умеренной или легкой степени), и лишь у небольшой группы отмечается формально сохранный интеллект с выраженной неравномерностью развития отдельных интеллектуальных функций.

В моторном развитии такие дети представляются наиболее сложными. На ранних этапах онтогенеза отмечается задержка моторного развития, мышечная дистония, гипер- или гипотонус, нередко стертыые знаки ДЦП. Праксис грубо нарушен: навыки самообслуживания формируются долго, а иногда без специального обучения не формируются вообще. Игра обычно носит манипулятивный характер: ребенок может часами вертеть колеса игрушечной машины, выстраивать длинные ряды кубиков, трясти палочкой, ритмично стучать одним предметом по другому и т.п.

В этиологии рассмотренного варианта речевого развития при РАС сочетаются относительно легкие органические нарушения ЦНС с эндогенными факторами, а в патогенезе на искажение речевого развития налагаются явления задержки или негрубого недоразвития.

V. Нарушение коммуникативной функции при формально правильном речевом развитии. При этом варианте речевого развития дети в первые два-три года не вызывают у родителей беспокойства: первые слова и фразы появляются с опрежением нормальных сроков, эхолалии нехарактерны, отмечается бурное накопление активного словаря (преимущественно номинативного), освоение сложных, грамматически правильно оформленных фраз. Иногда родителей слегка беспокоит лишь то, что речь таких детей кажется не по возрасту взрослой.

Постепенно, обычно после 4-5 лет, становится понятным, что эта внешне развитая речь не выполняет в достаточной степени коммуникативной функции, ребенок не способен к длительному гибкому речевому взаимодействию с собеседником, несостоителен в диалоге, в спонтанном выражении своих мыслей, так как его речь состоит из набора заимствований и речевых штампов, содержание которых привязано к объекту сердеченного интереса или сверхпристрастия (а иногда и влечения). Несмотря на богатый набор стереотипных фраз, в речи встречается много неологизмов, возникающих по различным механизмам. Свои длинные монологи ребенок произносит чаще всего на аффективно значимые для него темы, ему в значительной мере безразлично, слушают его или нет, в большинстве ситуаций речь эгоцентрична. Попытки вмешаться в монологи вызывают тревогу, раздражение, даже агрессию или самоагressию.

Грамматический строй речи не вызывает каких-либо проблем, лишь когда ребенок переходит к спонтанной речи, могут быть незначительные ошибки в употреблении глаголов. Появление в речи личных местоимений несколько задержано по сравнению с нормой, нечасто встречается и реверсия местоимений. Нарушения звукопроизношения в этой группе встречаются реже, в основном они представлены ротацизмом, иногда сигматизмом, причем фонематический слух практически всегда сохранен. Для некоторых детей этой группы характерно заикание, выявляющееся при переходе к

спонтанной речи. Просодические нарушения отмечаются практически у всех детей с таким речевым развитием, что проявляется в скандированности речи, тахилалии, характерных модуляциях голоса (повышение тона к концу фразы), своеобразии интонаций и логических ударений. Здесь эта сторона речевой патологии отличается большой стойкостью и трудно поддается коррекции.

Контакты с окружающим формальны, парциальны, реализуются в основном в русле сверхценных интересов, сверхпристрастий аутичного ребенка. В контактах, особенно со взрослыми (с детьми этого практически не бывает), дети не чувствуют дистанции и недостаточно избирательны, вплоть до того, что способны вступать в контакт с незнакомыми людьми. Что касается эмоциональной связи с людьми, в том числе и с близкими, то она исходно практически отсутствует и формируется с трудом; то же можно сказать о способности к сопереживанию и сотрудничеству. Будучи достаточно безразличными и холодными по отношению к другим людям, такие дети чрезвычайно сензитивны по отношению к себе и своим переживаниям, но, несмотря на это, они почти лишены чувства края, плохо чувствуют опасность; об этом необходимо знать и постоянно помнить, поскольку двигательные стереотипии таких детей сопряжены с гиперактивностью и импульсивностью, а нередко и двигательной расторможенностью.

Содержание сверхценных интересов и сверхпристрастий чаще всего связано с пережитым страхом или аффективно насыщенной ситуацией, на которых ребенок фиксируется, стремится их многократно воспроизвести и пережить. Часто это со временем выливается в патологию влечений, принимает форму вербальной или физической агрессии и является содержанием стереотипных фантазий и игр ребенка. При этом игровая деятельность может быть достаточно сложной, сюжетной и, как правило, с агрессивной фабулой.

При этом варианте речевого развития интеллект практически во всех случаях сохранен, но и эта сторона психики развивается неравномерно. Отмечается повышенная склонность к символизации, легко усваиваются абстрактные понятия, дети хорошо оперируют ими, но в отрыве от реальной жизни: это может быть увлеченное изучение географических карт, энциклопедий, составление реальных и выдуманных схем, маршрутов транспорта и т.п. Дети проявляют большой интерес к знаку, рано выучивают буквы, цифры, овладевают чтением и счетом (в основном механическим).

Вначале все это происходит без побуждения со стороны взрослых, но в дальнейшем родители нередко сами поощряют такие занятия, принимая интерес к ним за проявление высокого интеллектуального потенциала. С возрастом становится очевидным, что эти увлечения носят механический характер, к ним присоединяются бесплодные фантазии, резонерство, утрачивается смысловая сторона (как эмоциональная, так и когнитивная).

Общая и тонкая моторика вначале развиваются соответственно возрасту, однако моторные навыки осваиваются ребенком очень неравномерно, так как он не готов к сотрудничеству со взрослыми и часто проявляет резкий негативизм к обучению. Праксис формируется фрагментарно: те его стороны, которые связаны с особыми интересами ребенка, могут быть развиты хорошо и даже с опережением возрастных норм, тогда как другие действия, нередко более простые (например, связанные с бытовыми навыками - одевание, завязывание шнурков, застегивание пуговиц и т.д.), осваиваются с трудом и с большим запаздыванием.

Динамика как общего, так и речевого развития в этом случае соответствует искаженному и дисгармоническому видам дизонтогенеза, и отмечается у детей с синдромом Аспергера (F84.5) и с детским аутизмом без снижения интеллекта (так называемый «высокофункциональный аутизм»). Учет не только уровней интеллектуального, аффективного и речевого уровня развития ребенка, но и этиопатогенетических особенностей речевых расстройств при определении стратегии и тактики коррекционных воздействий будет способствовать повышению их эффективности и качества.

(1)Психогенные формы называют по-разному: психогенный парааутизм, вторичная аутизация аутистические черты личности и др. Большинство западных авторов отрицают существование психогенного аутизма.

