

## **Лекция по теме: «Особенности интеллектуального и речевого развития детей с аутизмом дошкольного возраста»**

По данным отечественных и зарубежных психологов, у подавляющего большинства детей, страдающих аутизмом, наблюдаются различные по степени тяжести интеллектуальные нарушения.

Некоторые авторы считают, что именно нарушения когнитивных процессов являются центральным звеном в патогенезе аутизма. Высказываются мнения, что аутизм в детском возрасте следует рассматривать как своеобразный вариант интеллектуальной недостаточности [Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985], Нельзя согласиться с подобными высказываниями: имеют место случаи, когда дети с ранним детским аутизмом успешно заканчивают школу, обучаются в вузе.

Большинство исследователей сходится на том, что многим аутичным детям в целом доступны такие мыслительные операции, как классификация, обобщение, понимание причинно-следственных связей и пр. Основная трудность состоит в активном использовании имеющихся знаний и навыков в обыденной жизни, ситуациях непосредственного общения с другими людьми, то есть в переносе и адаптации к любой новой ситуации. Существенное влияние на формирование мыслительных операций у детей с аутизмом оказывают особенности их восприятия и внимания, проявляющиеся в чрезмерной концентрации отдельных аффективно значимых признаков, не имеющих социального значения. Немаловажное значение имеет и недоразвитие регулирующей функции речи.

В многочисленных клинических исследованиях отечественных и зарубежных психиатров отмечается, что развитие интеллекта при раннем детском аутизме зависит от характера и динамики заболевания, в рамках которого он проявляется. Наихудший прогноз в дальнейшем психическом развитии наблюдается у детей с синдромом аутизма вследствие раннего шизофренического процесса. Лучший прогноз — у детей с синдромом аутизма в рамках формирующихся шизоидных психопатий с удовлетворительной социальной адаптацией

[Asperger, 1944; Башина, 1980] и аутистических органических психопатий [Krevelen, 1963; Wing, 1985; Мнухин, Зеленецкая, Исаев, 1967; Каган, 1981; и др.].

Исследований, посвященных анализу интеллектуального развития у детей с аутизмом, явно недостаточно. В. Е. Каган исследовал уровень интеллектуального развития у школьников с аутизмом по методике Векслера. Психометрическое исследование детей с синдромом раннего аутизма выявило у 15—20% испытуемых легкую интеллектуальную недостаточность. Автором было установлено, что в среднем общий интеллектуальный показатель у детей с данной патологией ниже, чем у здоровых, но выше, чем у умственно отсталых. Средний уровень невербальных показателей у них заметно ниже, чем у здоровых, а у более чем 30% детей величина этих показателей такая же, как у умственно отсталых детей. Особенно низкие показатели наблюдаются при выполнении тестовых заданий на установление последовательности событий, пространственных отношений, переключение и распределение внимания. Показатели вербальных функций также отличаются неравномерностью. При выполнении теста Векслера дети с аутизмом обычно показывают большой разрыв между показателями невербального и вербального интеллекта. Было замечено, что даже дети с сохранным интеллектом, которые учатся в массовых школах на «хорошо» и «отлично», при выполнении тестов Векслера получают итоговые оценки, соответствующие уровню задержки психического развития или умственной отсталости [Каган, 1981].

В настоящее время существует множество различных точек зрения на особенности развития мышления у аутичных детей, но наиболее интересной и обоснованной, на наш взгляд, является концепция наших отечественных авторов К.С. Лебединской, В.В. Лебединского и О. С. Никольской. Авторы справедливо подчеркивают, что нарушение

взаимодействия психических функций наиболее специфично проявляется в особенностях формирования мышления и речи аутичного ребенка. В исследованиях этих и других авторов выявлен диффузный характер связи между словом и предметом, что не наблюдается у здоровых детей [Спиваковская, 1980; Лебединский, 1985; Никольская, Баенская, Либлинг, 1997]. Аффективно насыщенная акустическая сторона слова приобретает у детей с аутизмом самостоятельное значение и проявляется в таком явлении, как автономная речь. То есть ребенок может произносить отдельные слова, звуки и звукосочетания, не связывая их с конкретными предметами, ситуацией и смыслом.

В специальных исследованиях особенностей мышления у младших школьников с аутизмом, проведенных под руководством В. В. Лебединского, выявлено недоразвитие у них обобщений, несмотря на достаточно высокий уровень развития понятийного мышления. Это явление авторы объясняют задержкой развития социального опыта ребенка с аутизмом. «Можно предположить, — пишет В. В. Лебединский, — что в результате аутистических установок в поле сознания больного ребенка поступает лишь часть необходимой с точки зрения социальной практики информации о предметах, их свойствах и функциях. В то же время приобретают самостоятельное значение не координированные с функциональными (социально более значимыми) такие перцептивные свойства предметов, как цвет, форма, размер. В этих условиях при решении задач, где имеется конфликт между зрительно воспринимаемой ситуацией и смыслом поставленной задачи, больной ребенок ориентируется не на существенные признаки, а на глобальные перцептивные впечатления» [Лебединский, 1985, с. 132-133].

Опыт нашей работы показал, что на эффективность выполнения тестовых заданий у детей с аутизмом негативное влияние оказывают следующие факторы:

- общий дефицит психической активности, что проявляется в нарушении динамики мыслительных процессов;
- трудности использования ребенком с аутизмом собственного прошлого опыта при решении проблемной ситуации (например, на вопрос второго субтеста методики Векслера: «Что нужно сделать, если порежешь себе палец?» — тринадцатилетний мальчик с аутизмом ответил: «Это больно, я резал палец, врач зашивал...» На повторный вопрос: «Так что нужно сделать?» — мальчик ответил: «Зашивать»);
- нарушение мотивации при выполнении интеллектуальных задач, которое находит отражение в недостаточной целенаправленности и в отсутствии ориентации на конечный результат.

Интеллектуальное развитие у детей с аутизмом отличается существенной вариабельностью и специфичностью и в значительной степени определяется степенью тяжести аффективной патологии. В таблице 12 представлены особенности интеллектуального развития детей с аутизмом в зависимости от степени тяжести аффективной патологии.

**Таблица 12 Особенности интеллектуального развития детей с аутизмом в зависимости от степени тяжести аффективной патологии**

<b>Степень тяжести дезадаптации</b>	<b>Особенности интеллектуального развития</b>
Группа 1	Резкое снижение интеллекта. Возможны перцептивные обобщения, освоение глобального чтения в более старшем, по сравнению со здоровыми детьми, возрасте
Группа 2	Возможны обобщения предметов, но преимущественно по аффективным признакам. Более успешное выполнение невербальных заданий
Группа 3	Неравномерный темп интеллектуальной деятельности. Доступны обобщения, суждения по существенным признакам, но мотивировка ответов затруднена. Ограниченность

	(заикленность) интеллектуальных интересов (например, однообразные увлечения, стереотипные воспроизведения отдельных впечатлений)
Группа 4	Проявление отдельных способностей, обычно связанных с невербальной сферой (музыкой, конструированием, рисованием и пр.). Нормальный уровень развития обобщений, суждений, умозаключений. В <b>экстремальных</b> ситуациях возможны стереотипии мыслительных операций, аффективная ригидность (застывание на аффективно значимом стимуле)

Особую трудность представляет **психологическая диагностика** особенностей развития интеллекта у детей с аутизмом. Психологическая диагностика искаженного интеллектуального развития при раннем детском аутизме является чрезвычайно сложным процессом, требующим не только анализа структуры дефекта, но и учета клинической картины, особенностей деятельности, поведения ребенка, особенностей речевого развития. Комплексный подход позволяет правильно оценить потенциальные возможности ребенка.

Психометрические исследования можно проводить с детьми, у которых не наблюдается тяжелых форм аффективной патологии. В этом случае с ними возможен непродолжительный контакт. В отдельных случаях, особенно с детьми с аутизмом на фоне органического поражения ЦНС, целесообразно проводить нейропсихологическое обследование. Между тем использование отдельных функциональных проб доступно и для оценки уровня обобщений, суждений, умозаключений детей первой и второй групп. При этом психолог должен обязательно учитывать эмоциональный тонус ребенка на момент обследования, особенности его реагирования на новизну.

Опыт нашей работы показал, что перед тем, как обследовать ребенка, необходимо предложить ему поиграть со стимульным материалом (например, с карточками), пролистать страницы альбома тестов, познакомиться с досками Сегена, вкладками Монтессори и др. Вначале нужно обязательно отойти от ребенка, не смотреть на него пристально, не предлагать никаких инструкций.

#### *Пример*

*Нами проводилось тщательное психологическое обследование Андрея, 7 лет 8 месяцев, с диагнозом «ранний детский аутизм». Мальчик от первой, нормально протекавшей беременности, роды в 7 месяцев, быстрые, двойное обвитие пуповиной, крик не сразу. К груди приложили на третьи сутки, сосал вяло, искусственное вскармливание с 4 месяцев. Психомоторное развитие протекало с задержкой. Голову начал держать в 2,5 месяца, сидеть — в 8 месяцев, ходить — с 1 года 3 месяцев. Родители жаловались на задержку речевого развития, отказ от общения со сверстниками, неустойчивый сон, странное поведение, которое проявлялось в трудностях приспособления к новой обстановке, избирательности к пище и выборе одежды, требованиях соблюдать строгий маршрут во время прогулок, многочисленных протестах, упрямстве и пр. Мальчик детские учреждения не посещал, наблюдался у психиатра, эпизодически занимался с логопедом. Был направлен на медико-педагогическую комиссию для формирования программы дальнейшего обучения. По заключению психолога из комиссии: «уровень интеллектуального развития ребенка в диапазоне глубокой умственной отсталости», «неспособность к обобщению», «недоразвитие праксиса, гно-зиса, речи», «примитивные суждения», «неадекватное поведение». Мальчику было отказано в обучении в школе, рекомендовано повторное обследование через год.*

*При первой нашей встрече с ним в контакт вступил не сразу. Наблюдалась напряженность, скованность в движениях, на вопросы психолога не реагировал, держал мать за руку. Перед ребенком были разложены игрушки и пособия для обследования. Психолог покинул кабинет, оставив ребенка с матерью, и за специальным стеклом*

наблюдал за поведением мальчика и матери. Через некоторое время мальчик стал трогать предметы на столе, переставлял их, некоторые рассматривал. Наблюдалась эхоталичная

речь. Особый интерес у мальчика вызвали вкладыши Монтеessori, он с удовольствием открывал и закрывал крышки. Один из наборов Монтеessori был в разобранном виде, и мальчик самостоятельно собрал его, улыбнулся, сказал: «Аня делал». Мать, согласно инструкции психолога, молчала и улыбалась. С появлением психолога мальчик заметно напрягся, приблизился к матери. Психолог, не обращая внимания на мальчика, стал «играть» с кукольным котом Мурзиком, предлагая коту собрать и разобрать фигурки. Мальчик немного понаблюдал за психологом, после чего потянул мать за руку и они ушли из кабинета.

При втором посещении мальчик достаточно охотно и уверенно вошел в кабинет. Психолог, сидя за столом, играла с другой куклой — Тигренком, переставляя вкладыши Монтеessori. Мальчик произнес: «Кот», и психолог вытащила спрятанного кота и начала играть с ним. Затем предложила мальчику собрать рассыпанные Мурзиком фигурки на доске Сегена. Мальчик успешно выполнил задания, получил похвалу и поощрение (бумажную звездочку). Звездочку мальчик смял в кулак и отошел в сторону матери, затем снова подошел к столу. Психолог попросила поздороваться с Мурзиком, пожать ему лапу. Андрей слегка дотронулся до игрушки и шепотом назвал свое имя. Психолог шепотом повторила имя мальчика и похвалила его. Мальчику были предложены карточки методики на обобщение «Четвертый лишний». Андрей быстро и продуктивно выполнил задания, показав лишние предметы. Например, из четырех картинок, на которых были изображены яблоко, огурец, морковь и колбаса, он исключил колбасу. На вопрос, почему он так сделал, мальчик сразу не ответил, затем стал повторять слово «мясо». После небольшого перерыва мальчик успешно выполнил почти все задания теста Равена (детский вариант).

Во время третьего посещения мальчику было предложено задание классифицировать предметные картинки с предварительной инструкцией: «Положи вместе картинки, которые подходят друг к другу». Мальчик стал отбирать животных, но затем отвлекся, отошел в сторону к окну. Затем снова подошел и продолжал целенаправленно работать. Отобрал животных, мебель и транспорт, но вскоре переключил внимание на машинки, которые находились в игровом уголке.

Анализ выполнения заданий показал, что у него сформированы родовые и видовые понятия, мальчику доступны обобщения по существенным признакам и на перцептивном уровне с учетом формы, метрики и пространственного расположения фигур.

Следует подчеркнуть, что у детей с аутизмом, даже с выраженной аффективной дезадаптацией, наблюдается неравномерность в развитии отдельных интеллектуальных функций. Это отчетливо проявляется в процессе школьного обучения. Так, многие дети еще в дошкольном возрасте успешно овладевают вычислительными действиями (ребенок легко выполняет арифметические операции сложения, вычитания, даже умножения и деления). Однако, несмотря на достаточно высокий уровень развития вычислительных способностей, большинство из них впоследствии испытывает затруднения при решении простых арифметических задач, не понимает их смысл.

В более старшем возрасте у детей с аутизмом отмечается высокий уровень развития обобщения по формальным признакам, склонность к схематизму.

*Пример*

Игорю К., 10 лет 6 месяцев, страдающему ранним детским аутизмом (четвертая группа), было предложено исключить лишнюю картинку из четырех (ботинок, сапог, туфель, нога). Мальчик исключил ботинок и свой ответ объяснил тем, что «ботинок левый, а остальные правые». Эти особенности обусловлены недостаточным социальным опытом ребенка, в то время как усвоение и обобщение опыта зависит от уровня и особенностей общения ребенка.

Таким образом, нарушения мышления у детей с аутизмом носят вторичный характер и обусловлены следующими факторами:

- недостаточная потребность в контакте с окружающими;
- слабость побуждений;
- эмоциональные нарушения;
- недоразвитие коммуникативной речи;
- недостаточность активного внимания;
- особенности восприятия.

Важное значение для диагностики интеллектуальных возможностей детей с аутизмом имеет *анализ особенностей их речевого развития*.

Генезис формирования детского мышления и речи представлен в многочисленных работах Жана Пиаже. Описывая этапы развития мышления в онтогенезе, автор отмечал, что у здорового ребенка сначала формируется аутистическое мышление, затем он переходит к эгоцентрическому мышлению и, наконец, к разумному, логическому. Аутистическая мысль отличается нецелесообразностью, направлена на удовлетворение органических потребностей, не приспособляется к внешней действительности, она не социальна, а чисто индивидуальна, не отражается речью. Разумная мысль, наоборот, сознательно направлена на определенную цель, приспособлена к действительности, заключает истину или заблуждение; она отражается социализированной речью. Эгоцентрическое мышление, по Пиаже, занимает промежуточное место: оно направлено не столько на приспособление к действительности, сколько на удовлетворение желаний, но все же служит не только органическим потребностям и игре. В данном случае речь идет об эгоцентрической речи.

До семилетнего возраста, согласно Ж. Пиаже, у ребенка преобладает эгоцентрическая речь, которая свидетельствует об эгоцентризме мысли. Она не соответствует точке зрения собеседника и потому не служит цели социального общения [Пиаже, 1969].

В экспериментальных исследованиях Л. С. Выготского было показано, что уже первоначальная речь ребенка многофункциональна и содержит в себе социальную функцию. С возрастом речь ребенка дифференцируется на эгоцентрическую и коммуникативную, причем эгоцентрическая речь возникает у ребенка в процессе социального взаимодействия, то есть «на основе социальной путем перенесения ребенком социальных форм поведения, форм коллективного сотрудничества в сферу личных психических функций» [Выготский, 1983]. Эгоцентрическая речь дает начало развитию речи внутренней, которая служит основой мышления, в одних случаях логического, в других — аутистического. Аутистическое мышление Выготский рассматривал как более позднее явление, возникающее на основе реалистического мышления, действительно удовлетворяющего потребности. Теоретические взгляды Л. С. Выготского, на наш взгляд, подтверждаются исследованиями особенностей речевого развития у детей с аутизмом.

Нарушения речи занимают большое место среди характерных признаков раннего детского аутизма и отражают основную специфику аутизма, а именно несформированность коммуникативного поведения. Подавляющее большинство исследователей отмечает нарушение коммуникативной функции речи у детей с аутизмом [Kanner, 1943; Каган, 1981; Лебединская с соавт., 1991; Лебединский, 1985; Мастюкова, Ульянова, 1990; Морозова, 1990, и др.]. Кроме того, исследователи подчеркивают связь речевых нарушений с дефицитом психической активности и диссоциацией между акустической и смысловой сторонами речи [Hermelin, O'Connor, 1970; Rutter, 1972; Wing, 1976; Lancioni, 1983; Лебединский, 1985; Никольская, Баенская, Либлинг, 1997; и др.]. Независимо от срока появления речи и уровня ее развития, ребенок с аутизмом не использует речь как средство общения. Он редко обращается с вопросами, обычно не отвечает на вопросы окружающих, в том числе близких для него людей. В то же время у него может достаточно интенсивно развиваться «автономная речь», «речь для себя».

Авторы выделяют следующие характерные для детей с аутизмом радикалы речевых нарушений:

- эхолалии, то есть произвольное повторение звуков, слогов, слов чужой речи, слов и мелодий песен;
- вычурное, часто скандированное произношение слогов, слов;
- своеобразная интонация;
- характерные фонетические расстройства;
- нарушения голоса с преобладанием особой высокой тональности в конце фразы или слова;
- длительное называние себя во втором или в третьем лице;
- отсутствие в активном словаре слов, обозначающих близких для ребенка людей, например «мама», «папа» и пр.

В отличие от других психических функций, речь при аутизме на самых ранних этапах может развиваться нормально или даже ускоренно. По темпу ее развития ребенок иногда обгоняет здоровых сверстников. Между тем вскоре начинается обратный процесс: приблизительно к трехлетнему возрасту речь постепенно утрачивается. Нередко ребенок перестает говорить с окружающими, хотя иногда продолжает разговаривать сам с собой или во сне. Таким образом, коммуникативная функция речи не развивается. Утрата речи всегда сопровождается нарушением невербальных коммуникаций, уменьшением количества жестов и имитаций. Дети с аутизмом редко используют полноценную речь в общении. В старшем дошкольном возрасте они обычно плохо говорят за пределами привычной для них обстановки. Нередко у них наблюдаются стойкие аграмматизмы, они почти никогда не используют личное местоимение «я» и утвердительное слово «да».

Проявления речевых расстройств у детей с аутизмом чрезвычайно многообразны и отличаются различной степенью выраженности. Исследования нарушений речи у детей с аутизмом проводились отечественными психологами и психиатрами в трех направлениях: клиническом [Мастюкова, Ульянова, 1990]; клинко-психологическом [Никольская и др., 1997] и педагогическом [Морозова, 1990].

Е. М. Мастюкова и Р. К. Ульянова изучали особенности речевого развития у детей с ранним детским аутизмом, проявляющимся на фоне резидуально-органической недостаточности ЦНС. Авторы выявили у них наличие диссоциированного речевого развития, которое качественно отличается от системного общего недоразвития речи церебрально-органического генеза, наблюдаемого у детей с алалией. В основе речевых расстройств у изучаемой авторами группы детей с аутизмом лежали психопатологические особенности и «прежде всего недостаточность мотивации к общению с окружающими, слабость побуждений, особенности познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы» [Мастюкова, Ульянова, 1990, с. 70].

Т. И. Морозова и О. С. Никольская с соавторами проанализировали особенности речевого развития детей, сопоставив их со степенью тяжести аффективной патологии.

Дети *первой* группы, для которых характерны наиболее глубокие аффективные расстройства, резкое снижение психического тонуса, выраженное недоразвитие произвольной деятельности, как бы отрешены от окружающего мира, соответственно, общение с ними осуществляется на элементарном уровне. У них отсутствует потребность в контактах, навыки социального поведения не сформированы, затруднено самообслуживание. Довольно часто раннее речевое развитие у детей этой группы в сравнении со здоровыми детьми несколько ускоренно. Первые слова появляются достаточно рано, но они оторваны от потребности ребенка. Обычно они произносятся четко, хотя сложны по слоговой и фонетической структуре. Произносимые фразы нередко отличаются сложностью лексической конструкции и часто представляют собой цитаты из радио-, телепередач, фрагменты песен и речи взрослых. Эти фразы не несут никакой коммуникативной нагрузки и, как справедливо подчеркивает Т. И. Морозова, являются отсроченной эхолалией. Распад экспрессивной речи у этих детей начинается

приблизительно в 2—2,5 года на фоне значительных расстройств в аффективной сфере. У подавляющего большинства детей этой группы, по наблюдениям Т. И. Морозовой, потеря речи достигает уровня мутизма. На фоне высокого аффективного напряжения у детей могут появиться бессвязные слова, крики, а в острых аффективно насыщенных ситуациях могут наблюдаться слова и даже простые фразы.

#### *Пример*

*Дима, 5 лет 6 месяцев. Диагноз: ранний детский аутизм, мутизм, выраженная задержка психического развития. Мальчик от первой нормально протекавшей беременности, имеет молодых здоровых родителей. Психомоторное развитие протекало без выраженных нарушений, речевое развитие было ускоренным. Первые слова с 1 года 2 месяцев, а фразы — с 1 года 6 месяцев. Родители обращали внимание на то, что сын говорит много, но никогда не обращается к ним. В 2 года мальчик считал ступеньки, повторял страницы любимых книг. В 2 года 4 месяца родители обратили внимание на неустойчивый сон, с частым просыпанием, капризность, «неуправляемость», немотивированные крики, которые могли длиться часами, пристрастие к определенным предметам, особенно бытовым, психомоторную расторможенность. Мальчик был проконсультирован детским психиатром. По рекомендации специалиста родители увезли ребенка на природу в деревню. Через некоторое время мать заметила, что ребенок перестал произносить слова, фразы, играл с одним и тем же переметом (палочка от флажка), стал неопрятен, перестал кушать ложкой. Со слов родителей, с трех лет он перестал разговаривать, и, кроме отдельных звуков, они ничего не слышали. Мальчик посещал коррекционную группу. После очередных занятий с родителями была проведена индивидуальная консультация. Психолог показывала приемы холдинг-терапии. Мальчик был возбужден, негативен, и психолог положила ребенка на специальные маты, легла на него, пытаясь поймать его взгляд. Ребенок активно сопротивлялся, а затем произнес фразу: «Отойди, ты надоела мне...» Удивленные родители спросили психолога: «Это он сказал или вы?» Психологу пришлось повторить упражнение, и ребенок сказал ту же фразу, но с добавлением неприличного слова.*

Дети второй группы также малодоступны контакту, у них наблюдается значительное число стереотипных действий, речевых штампов. Как отмечает Т. И. Морозова, для них также характерна специфическая задержка речевого развития. Она проявляется в более позднем развитии гуления, произнесении первых слов. Так же как у детей первой группы, у них наблюдаются отсроченные эхолалии. Seriously страдает фонематическая сторона речи, прослеживается взаимосвязь речевого и общего моторного недоразвития, признаками которого являются гипотония, неловкость движений. Имеет место глубокое нарушение грамматического строя речи: отсутствие предлогов, согласований, употребление глаголов в неопределенной форме.

У детей третьей группы, аффективная патология которых менее выражена, чем у детей первых двух групп, раннее речевое развитие происходит несколько быстрее, чем у здоровых детей. У них отмечается бурное развитие словарного запаса, раннее освоение сложной фразовой речи. Нередко наблюдается склонность к рифмотворчеству и словотворчеству. Однако коммуникативная функция речи у них нарушена. Дети этой группы часто произносят длинные монологи на аффективно значимые темы, но испытывают существенные затруднения в процессе речевого взаимодействия с собеседником. В аффективно значимых ситуациях ребенок способен к диалогу, может использовать в речи правильные грамматические конструкции, представляющие собой заимствованные штампы. Наблюдается задержка в использовании личных местоимений. По данным Т. И. Морозовой, в этой группе детей часто наблюдаются нарушения звукопроизношения, темпа речи, имеет место специфическая модуляция голоса с повышением тона к концу фразы.

Дети четвертой группы характеризуются повышенной аффективной и сенсорной ранимостью, тормозимостью, робостью, особенно в процессе общения. Первые слова и

фразы появляются у них своевременно, но наблюдается оторванность новых слов от потребностей ребенка. По данным Т. И. Морозовой, для них, так же как для детей первой группы, часто характерен регресс в речевом развитии в возрасте 2—2,5 лет, однако он не достигает полного мутизма. Между тем автор отмечает высокое развитие импрессивной (внутренней) речи, а также нарушения звукопроизношения, замедленный темп речи.

В целом у детей всех клинических групп наблюдаются недоразвитие коммуникативной стороны речи, эхολалии, неологизмы, склонность к автономной речи, отсутствие или позднее появление в речи личных местоимений.

По мнению В. В. Лебединского, в случае детей, страдающих аутизмом, целесообразнее говорить не о недоразвитии, а об искажении речевого развития. В то время как большинство предпосылок речи сохранено, она формируется в условиях аффективной дезадаптации ребенка и неполноценной коммуникации. Это изменяет содержательные и структурные характеристики речи и способствует формированию описанных выше ее особенностей [Лебединский, 1985].

**Таблица 13 Особенности речевого развития детей с аутизмом в зависимости от степени тяжести аффективной патологии**

<b>Степень тяжести дезадаптации</b>	<b>Особенности речевого развития</b>
Группа 1	Речевой мутизм. Понимание обращенной к ребенку речи наступает не сразу, однако при изменении интонации или громкости ее произнесения (например, шепотом) простая инструкция может быть выполнена. В старшем возрасте наблюдаются эхολалии
Группа 2	Использование речи возможно в аффективно значимых ситуациях. Набор речевых штампов жестко связан с ситуацией. Имеют место эхολалии, телеграфный стиль речи. Обращение к другим людям почти не встречается. Повышенное внимание к аффективной стороне речи, к стихосложению. Склонность к словотворчеству
Группа 3	Высокое развитие словарного запаса одновременно со слабым развитием коммуникативной стороны речи. В экстремальной ситуации возможны речевые штампы
Группа 4	В целом уровень речевого развития в диапазоне возрастной нормы. В ходе речевого общения возможны аграмматизмы

Таким образом, необходим дифференцированный подход к анализу интеллектуальных и речевых нарушений у детей с аутизмом. Только на его основе может быть осуществлена разработка адекватных методов психологической коррекции.

#### **Список литературы:**

1. Башина В. М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999. 236 с.
2. Беттельхейм Б. Пустая крепость: Детский аутизм и рождение Я. М.: Академический Проект: Традиция, 2004. 783 с.
3. Веденина М. Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации // Дефектология. 1997. № 2. С. 31-40.
4. Веденина М. Ю., Окунева О. Н. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации // Дефектология. 1997. № 3. С. 15-20.
5. Каган В. Е. Аутизм у детей. Л., 1981.

6. Карвасарская И. Б. В стороне: Из опыта работы с аутичными детьми. М.: Теревинф, 2003. 68 с.
7. Лебединская К. С, Никольская О. С. Дефектологические проблемы раннего детского аутизма // Дефектология. 1988. № 2. С. 10-15.
8. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. 2-е изд. СПб.: Речь, 2006. 404 с.
9. Мартшес П. П. Психологическая коррекция агрессивных проявлений у детей и подростков с ранним детским аутизмом: Дипломная работа. СПб., 1996.
10. Мнухин С. С, Зеленецкая А. Е., Исаев Д. И. О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей // Журнал невропатологии и психиатрии. 1967. № 10. С. 1501-1506.
11. Никольская О. С. Проблемы обучения аутичных детей // Дефектология. 1995. № 2. С. 8-17.
12. Никольская О. С. Психологическая коррекция раннего детского аутизма // Журнал невропатологии и психиатрии. 1980. № 10. С. 1542-1544.
13. Никольская О. С, Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок: Пути помощи. М.: Теревинф, 1997. 342 с.
14. Организация специализированной помощи при раннем детском аутизме: Методические рекомендации / Сост. В. М. Башина, И. А. Козлова, В. С. Ястребов, Н. В. Симашкова и др. М.: Медицина, 1989.
15. Питере Т. Аутизм: От теоретического понимания к педагогическому воздействию. М.: Гуманитарный изд. центр «ВЛАДОС», 2003. 238 с.