

Раздел 2. Психология

Особенности грамматической структуры речи у детей с ранним детским аутизмом¹

Т.В. Ахутина, Н.Г. Манелис, Н.В. Меликян

Нарушение речи является одной из наиболее часто встречающихся проблем у детей. Речевые расстройства могут выступать как изолированные нарушения, либо входить в качестве составляющей в симптомокомплекс, характерный для той или иной формы дизонтогенеза. Одной из таких специфических форм нарушения развития является ранний детский аутизм. Нарушения речи при аутизме могут носить разнообразный характер. Часть детей являются мутными, для других типичны эхолалии, а для некоторых детей характерно раннее бурное речевое развитие. Независимо от степени сформированности речи у всех аутичных детей наблюдаются трудности ведения диалога. Считается, что специфическими для аутизма являются следующие речевые расстройства: эхолалии, неправильное использование личных местоимений, своеобразная интонация, отсутствие попыток компенсировать речевые проблемы с помощью невербальных средств коммуникации, таких как: мимика, жесты и т.д. (4, 8, 9, 10). Кроме того, достаточно часто у аутичных детей наблюдаются трудности построения высказываний, которые, в частности, могут проявляться в виде аграмматизма.

Аграмматизм – неправильность употребления склонений, спряжений, личных местоимений, согласования и управления. Он также проявляется в пропуске слов, в неумении конструировать и понимать сложные грамматически правильные предложения, в невозможности даже повторить фразу и т. п.

Подобные нарушения, хотя и не рассматриваются большинством исследователей в качестве специфических для аутизма, безусловно, представляют собой большую проблему, требующую решения, поскольку существенно снижают и без того ограниченные коммуникативные возможности аутичного ребенка.

В связи с этим, работа по преодолению аграмматизма в рамках коррекции у детей с аутизмом представляется очень важной. Методы коррекции подобных речевых расстройств детально разработаны в рамках нейропсихологии при работе с больными с афатическими расстройствами (18, 19, 20). Адаптация этих методов может быть полезна при работе с аутичными детьми. Однако первым шагом должно быть изучение особенностей нарушений построения высказываний у этих детей и проведение сравнительного анализа речевых расстройств с теми, которые описаны при различных формах афазий.

Овладение синтаксисом и морфологией в норме

Грамматические ошибки в виде неправильных родовых окончаний, ошибок, склонении, спряжении, употреблении единственного и множественного числа и т.п. часто встречаются у нормально развивающихся детей. Однако обычно подобный аграмматизм наблюдается на самых ранних ступенях развития речи, а затем, по мере увеличения словаря, ребенок быстро и незаметно овладевает правильным строением речи.

Первые детские слова одновременно являются и первыми высказываниями. Ребенок с помощью слов выражает определенные коммуникативные намерения. Эти детские однословные высказывания принято называть голофразами.

Первые двусловные предложения появляются у большинства детей к полутора годам. Это важнейший этап в развитии речевой деятельности, поскольку ребенок переходит к комбинации языковых единиц, возникает синтаксическая структура как таковая.

¹ Опубликовано в № 4, 2005 г., С. 1–12.

Период, когда ребенок может создать только двусловные предложения и не может продуцировать структуры большего объема, обычно длится не более двух месяцев.

Слова, входящие в состав начальных двусловных высказываний, еще не имеют нормативного морфологического оформления – существительные стоят в начальной форме, тождественной форме именительного падежа, из глаголов используется только «дай», никаких других глагольных форм еще нет. В качестве предикатов активно выступают звукоподражания и другие аморфные слова.

Для этого этапа характерен жесткий порядок слов. Субъект обычно предшествует предикату, прямой объект в большинстве случаев также предшествует предикату. В предложениях со значением принадлежности и отнесенности предмета к лицу компонент, обозначающий лицо, также всегда на первом месте (5, 21).

На этапе однословных и двусловных высказываний можно отметить первые проявления морфологии: обособление императивной формы глагола в функции побуждения; появление оппозиции «прямой падеж – косвенный падеж» существительного. К концу данного периода высказывания становятся все более разнообразными.

В период двусловных предложений распространены фразы, содержащие кроме субъекта и объект, чаще всего, так называемый, прямой, но затем и объект-инструмент, объект-адресат и т.п. Однако глагола, который должен был бы выступать в роли распределителя ролей, пока нет. С появлением глаголов подобные фразы из двухчленных превращаются в трехчленные, причем глагол ставится на последнее место.

К концу периода двусловных предложений в речи многих детей происходит так называемый лексический взрыв – быстрый рост активного словаря, который в значительной степени обуславливает возможность перехода к многословным высказываниям. Ближе к двум годам большинство детей уже в состоянии конструировать предложение из трех или четырех слов. Первоначально многословные предложения представляют собой нечто вроде комбинации двусловных. Для некоторых детей характерна ситуация глагольного дефицита, которая может длиться достаточно долго.

Есть, по крайней мере, две тактики речевого поведения детей в этот период. Одни смело разворачивают достаточно сложные синтаксические структуры, обозначая с помощью существительных участников ситуации. Другие не начинают предложения, пока не подберут подходящий глагол. Их фразы могут быть более короткими, но они оформлены грамматически верно.

В период освоения многословных предложений происходит бурное развитие морфологической системы – ребенок усваивает категорию падежа (число усвоено еще в двусловном периоде), овладевает склонением существительных, категориями вида, наклонения и времени глагола, а также способами глагольного словоизменения. Самыми первыми усваиваются категории существительного, такие как категории числа и падежа, самой последней – категория рода (приблизительно к двум с половиной – трем годам). Формы повелительно-го наклонения усваиваются очень рано, а формы сослагательного наклонения появляются около 3-х лет. Двухлетние дети, как правило, уже не ошибаются в выборе формы падежа существительного или формы глагольного времени. Категория времени обычно усваивается в 1 г. 10 мес. – 1 г. 11 мес. Категорию лица ребенок осваивает около 2-х лет.

Для начальных детских высказываний типичен особый порядок слов:

- прямой объект обычно предшествует предикату. Прилагательное-определение, как правило, следует за определяемым существительным.
- вспомогательные глаголы, входящие в состав предиката, а также связочный глагол «быть» почти всегда следуют за инфинитивом;
- что касается отрицания, то у детей наблюдается тенденция выносить отрицательную частицу за рамки предложения. Одни дети ставят отрицательную частицу на первое место в предложении, а другие предпочитают ею заканчивать предложение (5, 7, 21, 22).

Дальнейшее развитие синтаксического строя речи происходит обычно следующим образом:

1. Расширяется репертуар синтаксических компонентов предложения: появляются компоненты со значением причины, цели, совместного действия и т.п.
2. Усложняется иерархическая структура предложения: развиваются зависимости одних компонентов от других.
3. Появляются причастные, деепричастные обороты, ряды однородных членов предложения. Однородные члены предложения встречаются в речи уже двухлетних детей, а причастные и деепричастные обороты в 5–6 лет. Используются вводные слова, определяющие последовательность излагаемых мыслей.
4. Развивается структура сложного предложения. Сначала появляются сложные предложения, части которых соединены без союзов, с помощью одной лишь интонации. Дети овладевают союзными средствами в более позднем возрасте. То же относится и к сочинительным союзам. Если союз «и» в соединительной функции ребенок осваивает до двух лет, то союзы сопоставительно-противительные и разделительные – значительно позднее. К трем годам грамматический строй в основном является усвоенным (21).

Особенности нарушения речи при алалии

Нарушение усвоения грамматического строя речи наиболее типично для детей, страдающих алалией.

Алалия – отсутствие или недоразвитие речи у детей при нормальном слухе и первично сохранном интеллекте.

Причиной алалии чаще всего является повреждение при родах речевых областей больших полушарий головного мозга, а также мозговые заболевания или травмы, перенесенные ребенком в доречевой период жизни. Тяжелые степени алалии проявляются полным отсутствием речи или наличием лепетных отрывков слов. В более легких случаях наблюдаются начатки речи, характеризующиеся ограниченностью запаса слов, аграмматизмом, затруднениями в усвоении чтения и письма. Различают две основные формы алалии (17): моторную (недоразвитие активной речи) и сенсорную (недоразвитие понимания речи).

Н.Н. Трауготт останавливается главным образом на тех особенностях, которые общи и типичны для большинства алаликов (17).

Тяжесть алалии может быть различной. В одних случаях ребенок после 5–6-ти лет начинает говорить, т.е. можно говорить о сравнительно незначительной задержке развития речи, в других – он остается безречевым до 12–13-ти лет и позже овладевает только очень неполноценной и бедной речью.

Развитие речи при алалии обычно проходит три этапа.

На первом этапе ребенок владеет немногими словами, часть которых имеет характер детского лепета (тпру, ням-ням и т.д.). При этом ребенок активно пользуется мимикой и жестами.

На втором этапе словарный запас существенно увеличивается, но произнесение слов грубо нарушено. Искажение слов заключается или в пропуске ряда трудных для произношения звуков и частичной замене их другими (что имеет место у каждого косноязычного), или в перестановке слогов, что очень характерно именно для алаликов. В некоторых случаях ребенок называет только первый слог слова. Нередко на этом этапе появляется фраза из 2–3-х слов, но построение фразы своеобразно: часть слов заменяется мимикой, падежные окончания отсутствуют, имеет место аграмматизм. Типичными фразами на этом этапе являются; «Коля пить молоко», «Мальчик Миша паф я»: мальчик хочет Мишку убить и взять себе.

Как отмечалось выше, в речи почти каждого ребенка, обучающегося говорить, могут встретиться грамматические ошибки в виде неправильных родовых окончаний, ошибок в склонении, спряжении, употреблении единственного и множественного чис-

ла. Однако обычно аграмматизм наблюдается на самых ранних ступенях развития речи, а затем, по мере увеличения словаря, ребенок быстро и незаметно овладевает правильным грамматическим строением речи. Обиходная речь 3–4-летнего нормально развивающегося ребенка мало отличается в грамматическом отношении от речи окружающих. Речь алалика, даже владеющего богатым запасом слов, зачастую характеризуется не наличием отдельных грамматических ошибок, а выраженным аграмматизмом: он употребляет все существительные в именительном падеже, глаголы в неопределенном наклонении. Предлоги и союзы чаще всего совсем отсутствуют.

Распределение слов в предложении также своеобразно. (Подобные состояния наблюдаются и в клинике афазии у взрослых и носят название телеграфного стиля). На этом этапе часто сохраняются слова, характерные для первого детского лепета. Обладая небольшим словарем, ребенок с алалией часто расширяет значение слов.

На третьем этапе развития речи алалик обладает уже довольно богатым запасом слов, значение которых уточнилось и специализировалось: лепетные слова исчезают, искажений становится меньше. Аграмматизм несколько сглаживается, в речи появляются предлоги, приставки, союзы. Часто на этом этапе алалик правильно формулирует короткие фразы бытового значения. Однако полного овладения речью еще нет. Стоит предложить ребенку рассказать о прочитанном, виденном в кино или пережитом, как вновь обнаруживается поразительная речевая беспомощность, почти полная невозможность формулировать мысли в связной форме. В этих трудных условиях вновь оживает мимика и появляется аграмматизм.

Таким образом, развитие речи при алалии по некоторым параметрам является сходным с особенностями речи детей-аутистов. В то же время имеют место принципиальные отличия между двумя этими группами.

Некоторые исследователи полагают, что речевые расстройства при аутизме свидетельствуют о недостаточности левого полушария. Кроме того, наиболее отчетливо аутистические проявления манифестируют именно в тот период времени, когда в левом полушарии наблюдается интенсивная дифференциация коры. Ряд авторов указывают на то, что некоторые черты аутистического поведения схожи с теми, которые наблюдаются у больных с поражением лобных отделов мозга. Как известно, для этих больных типичными являются те формы афазий, в структуру которых входит и нарушение построения высказывания, которое проявляется, в частности, в наличии специфического аграмматизма (9, 15).

Аграмматизм при различных формах афазии

А.Р. Лурия разработал классификацию афазии, в основу которой был положен принцип анализа топически ограниченных поражений мозга и выделение факторов, лежащих в основе всего комплекса нарушений, возникающих при локальных поражениях мозга (11, 12, 13, 14). Им было изучено и описано семь форм афазий. Наиболее грубое нарушение грамматического структурирования наблюдается при двух формах афатических расстройств, а именно, при эфферентной моторной и динамической афазиях.

Эфферентная моторная афазия

Эта форма афазии возникает при поражении 44-го поля (зона Брока), которое располагается в задней части третьей лобной извилины, и проявляется в грубом нарушении устной экспрессивной речи.

Центральным механизмом данной формы афазии является патологическая инертность раз возникших стереотипов, появляющихся из-за нарушений смены иннервации, что ведет к нарушению своевременного переключения с одной серии артикуляторных движений на другую.

Этот дефект проявляется в персеверациях, которые затрудняют устную речь. Произнесение звуков остается сохранным, устная речь нарушается при серийном произнесении звуков, слов. Из-за персевераций становится невозможным конструирование и произнесение предложений.

Дефекты переключения, персеверации идут на фоне нарушения просодики речи: нарушения ударения, ритмико-мелодической структуры, интонации, модуляции голоса: слоги становятся равноударными: речь скандированной, бедно интонированной. Спонтанная речь изобилует штампами, стереотипами, несентенциональными выражениями, продуктивность ее снижена.

При этой форме афазии имеет место симптом трудности включения в активную речь. Нарушение кинетического звена ведет к нарушению реализации моторной программы высказывания, вследствие чего нарушаются все виды устной экспрессивной речи: монологическая, диалогическая и т.д. Непроизвольная автоматизированная речь остается более сохранной.

При эфферентной моторной афазии резко выявляется аграмматизм. Нарушается контекстное использование слов, конструкции фраз. В большей степени нарушается актуализация таких слов, которые несут грамматические функции (частицы, местоимения), а также зависимых слов (глаголы, прилагательные). Независимые слова – существительные – остаются более сохранными. Крайним нарушением структуры фразы является «телеграфный стиль». Владение вещественными существительными, и в частности, конкретными существительными, остается сохранным. Наблюдается утрата чисто грамматических слов, а именно слов-соединителей (союзов, предлогов), а также утрата строго грамматических слов, таких как местоимения. Из всех падежей сохраняются именительный падеж, а из глагольных форм – инфинитив (12, 13).

Динамическая афазия

Эта афазия представляет собой нарушение речи на уровне предложений, а чаще успешивного высказывания. Возникает при поражении передних отделов речевой зоны в области спереди от зоны Брока и в задних отделах первой лобной извилины, соответствующих дополнительному моторному полю.

Формирование успешивного высказывания совершается в основном на уровне внутренней речи, где сначала создается семантическая, синтаксическая и грамматическая схема высказывания, затем динамическая схема предложения, выбор нужных значений. На уровне внутренней речи происходит психологическое программирование речи, а затем – переструктурирование психологической программы в структурные формы внешней речи. Именно активное психологическое программирование, прежде всего, активное создание динамических схем предложения, и нарушается при динамической афазии. Таким образом, при этой форме афазии нарушается процесс порождения высказывания.

При динамической афазии речь становится стереотипной, шаблонной, предложения чаще всего имеют незаконченную структуру, глагол нередко стоит в конце предложения, актуализируется после длительного поиска или вообще отсутствует. В основе лежит нарушение синтаксической схемы фразы. Наиболее отчетливо выступает дефект монологической речи и разрывного диалога. В речи больных обнаруживаются следующие лексические нарушения:

1) трудности актуализации слов и, прежде всего, глаголов; 2) сужение общего словарного запаса; 3) нарушение динамики ассоциаций в сторону замедленности; 4) сложности актуализации и употребления предикатов; 5) на уровне предложений и высказываний обнаруживается специфический аграмматизм, который проявляется в следующем:

1. Пропуск предиката,
2. Пропуск предлогов,
3. Пропуск субъекта,
4. Пропуск местоимений,
5. Избыточность субъекта,
6. Избыточность употребления вводных слов и союзов,
7. Употребление фраз-шаблонов,

8. Употребление неразвернутых коротких и простых предложений,
9. Фразы носят «рубленный» характер и являются грамматически невязанными. Каждое новое предложение начинается с субъекта, хотя этот субъект нужно было бы заменить местоимением,
10. Употребление неразвернутых фразеологических оборотов,
11. Наиболее частотным падежом является именительный.

В своих работах Т.В. Ахутина выделяет два вида динамической афазии (1, 2, 3, 16):

1. Динамическая афазия 1 с нарушением программирования высказывания (нарушение создания глубинной схемы высказывания);
2. Динамическая афазия 2 с нарушениями грамматического структурирования (нарушается оформление высказывания по правилам поверхностного синтаксиса), с явлениями аграмматизма.

Динамическая афазия 1. Таким больным доступна диалогическая речь и рассказы по серии картинок. В рассказах же по сюжетной картинке наблюдается тенденция к замене самостоятельного развертывания сюжета перечисляющим описанием деталей картины. Затруднения вызывают пересказы текстов со сложной сюжетной линией.

В рассказах таких больных нарушена смысловая сторона содержания: описываются отдельные детали, не вскрываются их внутренние связи, не передается общий эмоциональный настрой; больной не выходит за временные рамки момента, изображенного на картине, не развертывает события во времени и не определяет причинно-следственные связи событий.

Лексико-грамматическое построение предложений находится в пределах нормы, а построение текста как единого целого нарушено. Связь между предложениями либо отсутствует, либо очень слабая – присоединительная. Один денотат описывается в одном, максимум в двух предложениях. При упоминании одного и того же объекта он называется одним и тем же именем или местоимением. Очень редко используются смысловые элементы, такие как: отсюда следует, однажды и т.д.

Динамическая афазия 2. У больных этой группы ярко выражен аграмматизм, который проявляется следующим образом:

1. Структурная неоформленность предложений;
2. Пропуск необходимых членов предложения;
3. Пропуск служебных слов;
4. Ошибки в глагольном и именном согласовании;
5. Ошибки в управлении;
6. Ошибки в употреблении и образовании глагольных форм;
7. Трудности слово- и формообразования.

Анализируя связь между динамической афазией 2 и эфферентно-моторной афазией, можно сделать следующие выводы. Их принципиально различает наличие моторных трудностей и связанных с ними нарушений актуализации слов при моторной афазии. Анализ ошибок таких больных показал, что они однотипны с ошибками больных, страдающих динамической афазией 2, однако при эфферентно-моторной афазии чаще встречаются более выраженные формы грамматических расстройств (1, 2, 3, 16).

Т.В. Ахутиной был проведен лингво-статистический анализ речи больных с различными видами афазий (1). Этот анализ показывает следующее:

I. Для каждой из исследованных форм афазии характерно особое распределение слов по частям речи:

- 1) у больных, страдающих *эфферентной моторной афазией*, наблюдается: гиперупотребление имен существительных и снижение доли наречий, местоимений и предлогов. С ослаблением тяжести нарушения появляется тенденция к повышению доли глаголов и частиц. Доля вводных слов не увеличена, это отличает эфферентную моторную афазию от других исследованных форм.
- 2) для больных с *динамической афазией* характерно повышение доли вводных слов (и нередко частиц), а также доли глаголов (повышение доли глаголов несущественно только у больных со значительной компенсацией). Доля наречий у больных этой группы не увеличена или даже снижена.

II. Выделенные при нейропсихологическом исследовании *варианты динамической афазии* обнаруживают разные типы распределения слов по частям речи.

- 1) У больных с динамической афазией 2 имеется существенное уменьшение доли предлогов и местоимений, которое отсутствует при динамической афазии 1.
- 2) У больных с нарушением внутреннего программирования высказывания встречаемость частей речи резко меняется в зависимости от степени нарушения программирования:
 - а) при нарушении программирования как развернутых целых, так и отдельных высказываний у больных наблюдается повышение доли существительных и уменьшение доли наречий, что вызывается трудностями развертывания фразы у данных больных;
 - б) у больных с нарушением программирования только развернутых сообщений отмечается уменьшение доли существительных и увеличение доли местоимений.
- 3) У больных с нарушениями как внутреннего программирования, так и грамматического структурирования можно обнаружить смещение перечисленных выше признаков, характерных для различных вариантов динамической афазии.

Для подтверждения и уточнения полученных данных о различии лингво-статистических характеристик речи больных с I и II вариантами динамической афазии и с эфферентной моторной афазией было проведено дополнительное исследование. Был сделан анализ распределения имен существительных (нарицательных и собственных) по падежам. Анализ данных показывает, что исследованные больные могут быть разделены на 3 группы по наличию отклонений в распределении падежей и по наличию замен падежей:

- 1) больные без существенных отклонений в распределении падежей и без замен падежей – больные с нарушением программирования только развернутых высказываний;
- 2) больные, имеющие отклонения в распределении падежей и не имеющие замен падежей, – больные с нарушением программирования как отдельных предложений, так и целых развернутых высказываний;
- 3) больные, показывающие существенные отклонения в распределении падежей и неправильно употребляющие падежи, – больные с нарушением грамматического структурирования, больные смешанной группы и больные с эфферентной моторной афазией.

Таким образом, в нейропсихологических исследованиях был проведен детальный анализ нарушений грамматического структурирования при разных формах афазий, который показал, что при различных видах афатических расстройств наблюдаются разные типы распада грамматического строя. Разработанные в нейропсихологии методы исследования нарушений грамматического структурирования позволяют выявить специфику расстройства и связать ее с определенным видом афазии. Эти методы могут быть использованы и при изучении речевых расстройств у детей, страдающих аутизмом.

Целью настоящей работы является исследование грамматической структуры высказываний у детей с расстройствами аутистического спектра.

Задачи исследования:

- проанализировать особенности грамматической структуры высказываний у детей, страдающих аутизмом с речевыми расстройствами разной степени выраженности,
- провести сравнительный анализ речи здоровых детей и детей с аутизмом,
- провести сравнительный анализ этих нарушений с данными, накопленными в нейропсихологии афазий.

В исследовании принимали участие дети в возрасте от 3,5 до 10 лет. Были обследованы девять здоровых детей. Также были обследованы девять аутичных детей в возрасте от 4 до 10 лет.

Детям предлагалось прослушать рассказ экспериментатора, который одновременно показывал иллюстрации. Затем детей просили самостоятельно воспроизвести текст также с опорой на картинки. Пересказы записывались на магнитофон, а затем обрабатывались.

Обработка результатов проводилась следующим образом:

- 1) проводился анализ грамматической структуры и выявлялись ошибки.
- 2) подсчитывалось общее количество слов. Затем слова распределялись по частям речи, и подсчитывалось количество каждой части речи: 1. Существительное, 2. Глагол, 3. Прилагательные, 4. Наречие, 5. Числительное, 6. Местоимение, 7. Предлог, 8. Союз, 9. Частица, 10. Междометие, 11. Вводное слово.
- 3) подсчитывалось количество предложений, затем определялось количество предложений каждого вида. Виды предложений: 1. N – существительное, 2. NN – существительное + существительное, 3. NV – существительное + глагол, 4. УМ – глагол + существительное, 5. Ma1 – существительное + прилагательное, 6. 5OУ – субъект + объект + глагол, 7. 5\O – субъект + глагол + объект.

Полученные результаты

Здоровые дети

Анализ грамматической структуры

Речевой процесс у детей течет плавно, нет долгих пауз. Не возникает трудностей в создании развернутого рассказа. Текст построен как единое целое, соблюдается логическая последовательность событий, переходы от изложения одних событий к другим даются через смыкающие элементы. Присутствует связь между предложениями. Дети в основном правильно строят фразы, нет пропусков необходимых членов предложений, нет пропусков служебных слов, нет ошибок в управлении и согласовании, а также в употреблении видо-временных форм глагола. Правильно употребляются категории существительных, такие как число, падеж и род.

Аутичные дети

На основании результатов анализа грамматической структуры и имеющихся ошибок аутичные дети были разделены на три группы.

1 группа (2 ребенка)

Анализ грамматической структуры показал: речь у детей прерывистая и неразвернутая, характерны долгие паузы. Предложения очень короткие, в основном состоящие из одного слова. Между собой предложения практически не связаны. Явно выражены трудности произнесения слов, что вызвано несформированностью кинетической организации моторной стороны речи. Также наблюдается грубое нарушение грамматического структурирования. Речь бедная, грамматически неоформленная.

Можно выявить следующие ошибки.

- Часто используются однословные предложения.
- Наблюдается асинтаксическое расположение слов в высказываниях.
- Пропускаются необходимые члены предложения.
- Пропускаются служебные слова.
- Категории числа у существительных неправильно оформлены.
- Ошибки в согласовании.
- Ошибки в управлении.
- Ошибки в употреблении личных форм глагола.
- Замена личных форм глагола инфинитивом или повелительным наклонением.
- Отсутствуют местоимения.

Таким образом, наличие грубого аграмматизма, специфических ошибок и нарушений моторной стороны речи являются сходными с нарушениями речи при эфферентно-моторной афазии.

2 группа (3 ребенка)

Речь детей замедлена, прерывиста, с длинными паузами. Изложение развертывается достаточно последовательно. Предложения в рассказах детей очень короткие. Часто наблюдается бессоюзная связь.

Встречаются следующие грамматические ошибки.

- Пропускаются необходимые члены предложения.
- Пропускаются служебные слова и местоимения.
- Часто глагол относится на конец предложения.
- Ошибки в употреблении и образовании глагольных форм.

Таким образом, можно сделать вывод, что по характеру ошибок речь этих детей напоминает динамическую афазии II варианта.

3 группа (4 ребенка). При построении высказывания дети нуждаются в стимулирующей помощи со стороны экспериментатора, без которой они затрудняются разворачивать повествование. Наблюдаются трудности внутреннего программирования как целого текста, так и отдельных высказываний:

- невозможность самостоятельно развернуть рассказ,
- неверное членение на предложения,
- наблюдается слипание разных смысловых кусков в одном гиперпредложении,
- имеет место постпозиция определения.

Ошибки проявляются в незаконченности предложений, а иногда и в неформальности высказывания как целостной единицы. Грамматические операции у этих детей относительно сохранены. Им доступно формо- и словообразование, вставка слов в нужной форме, использование предлогов и т. д. У детей этой группы нет ошибок в согласовании и управлении.

Таким образом, выявленные специфические ошибки, характерные для этой группы, напоминают ошибки, типичные для динамической афазии I варианта (по Ахутиной Т.В.).

Проведенный *лингво-статистический анализ* позволил выявить следующие результаты.

Здоровые дети

Анализ употребления частей речи. Среднее количество слов, использованных здоровыми детьми, равняется 126-ти, предложений – 18-ти. Таким образом, для этих детей типично построение достаточно длинных фраз (в среднем количество слов в предложении равняется 7). При построении высказываний дети этой группы используют практически все части речи: существительные, глаголы, прилагательные, наречия, местоимения, предлоги, союзы и частицы. Как правило, половину слов в рассказе составляют существительные и глаголы (50–60 %), причем количество существительных в подавляющем большинстве соответствует количеству глаголов (см. рис. 1).

Анализ видов предложений показывает, что чаще всего здоровые дети употребляют предложения с последовательностью слов – субъект, глагол, объект (SVO). Такие предложения составляют основную часть рассказа (66–89 %). Крайне редко (5–16 %) встречаются предложения, состоящие из субъекта и глагола, причем глагол, как правило, стоит после существительного (NV). Только в единичных случаях наблюдается постпозиция существительного (VN). В текстах здоровых детей отсутствуют такие предложения как N, NN, Nat и SOV (см. рис. 2).

Аутичные дети

1 группа

Анализ употребления частей речи показал, что среднее количество слов, использованных детьми этой группы, равняется 83, предложений – 38. Для этих детей типичной является короткая фраза, средняя длина которой составляет 2,2 слова. Характерно также отсутствие в предложениях местоимений и прилагательных. Пред-

логи используются только в единичных случаях. Отмечается крайне высокая частота употребления существительных (67 %). Количество глаголов в три раза меньше по сравнению с существительными (см. рис. 1).

Анализ видов предложений показывает, что чаще всего (38 %) дети этой группы используют фразы, состоящие из цепочки существительных (NN). В два раза реже и приблизительно равновероятно встречаются предложения, состоящие из одного существительного (N) или существительного и глагола (NV). 10 % всех фраз составляют предложения типа глагол – существительное (VN). Крайне редко (2–3 %) у этих детей встречаются фразы (см. рис. 2) с последовательностью слов – субъект, глагол, объект (SVO).

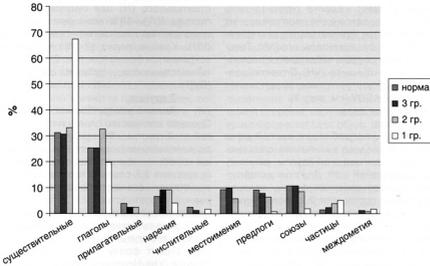


Рис. 1. Распределение слов по частям речи

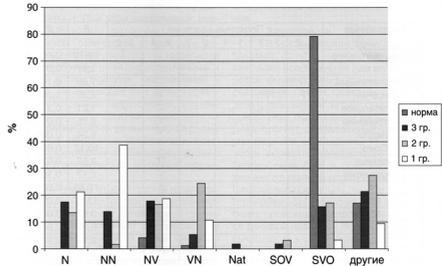


Рис. 2. Распределение предложений по видам

2 группа

Анализ употребления частей речи. Среднее количество слов в рассказах у детей этой группы – 90, предложений – 26, что свидетельствует о том, что для них характерны короткие, немногословные предложения (в среднем 3,5 слов). В текстах встречаются практически все части речи. Чаще всего и с равной вероятностью эти дети используют существительные и глаголы (см. рис. 1). **Анализируя виды предложений,** следует отметить, что чаще всего (25 %) эти дети строят фразу типа глагол-существительное (VN). Несколько реже и с одинаковой частотой встречаются предложения типа NV, N или SVO. В единичных случаях дети используют фразы (см. рис. 2), состоящие из цепочки существительных или SOV (субъект + объект + глагол).

Таблица

Переменные	Попарные различия						F	P
	1–2	1–3	1–4	2–3	2–4	3–4		
Существительное	*	*	*	–	–	–	29,19	0,000
Глагол	*	–	–	*	*	–	3,87	0,015
Прилагательное	–	–	–	–	–	–	1,89	0,145
Наречие	*Т	*Т	–Т	–	–	–	2,36	0,084
Числительное	–	–	–	–	–	–	1,21	0,315
Местоимение	*	*	*	–	–	–	5,75	0,002
Предлог	*	*	*	–	*	–	8,24	0,000
Союз	*	*	*	–	–	–	10,12	0,000
Частица	–	–	–	–	*Т	–	2,52	0,070
Междометие	–	–	–	–	–	–	2,17	0,104

Переменные	Попарные различия						F	P
	1–2	1–3	1–4	2–3	2–4	3–4		
N	–	–	*	–	*	*	12,48	0,000
NN	*	*	*	–	–	*	32,27	0,000
NV	–	–	*	–	*	*	3,87	0,015
VN	–	–	–	–	*	–	6,37	0,010
Nat	–	–	–	–	–	–	2,14	0,108
SOV	–	–	–	–	*Т	–	2,35	0,085
SVO	–	*	*	–	*	*	54,44	0,000
Другие	*	*	–	–	*	*	4,23	0,010

Примечание: * – достоверные различия; Т – тенденция.

3 группа

Среднее количество слов в рассказах – 74, предложений – 20 (в среднем 3,7 слова в предложении).

Анализируя части речи, следует отметить, что эти дети используют все части речи, чаще всего существительные и глаголы (см. рис. 1).

Анализ видов предложений. Наиболее типичными способами построения фраз для этой группы являются предложения, состоящие из одного существительного (N), или из существительного и глагола. Несколько реже используются фразы, состоящие из цепочки существительных или построенные по схеме субъект, глагол, объект (SVO). Изредка встречаются фразы типа Nat (существительное + прилагательное) или SOV (см. рис. 2).

Для статистической обработки использовался однофакторный дисперсионный анализ; критерий Фишера (стат. пакет SPSS Ver 10).

Анализ данных подтвердил, что все переменные распределены по нормальному закону. Результаты представлены в таблице.

Таким образом, полученные результаты указывают на отличия в грамматической структуре высказывания у детей с аутистическими расстройствами по сравнению со здоровыми детьми. При этом выделенные среди больных аутизмом три группы специфическим образом отличаются от здоровых детей. Так для детей первой группы характерно гиперупотребление имен существительных и снижение доли глаголов, местоимений и предлогов. Типичным для этих детей является и использование предложений, состоящих из одного или цепочки существительных, что приближает их речь к «телеграфному стилю». Все описанные особенности построения высказывания сближают эту группу с большими с эфферентной моторной афазией.

Испытуемые второй группы отличаются как от здоровых детей, так и от детей первой группы. При этом от детей первой группы их прежде всего отличает распределение слов по частям речи, в то время как виды предложений остаются почти аналогичными тем, которые используют испытуемые первой группы (за исключением фраз типа NN). Таким образом, у этих детей, с одной стороны, расширяется лексикон, а с другой – сохраняются выраженные трудности построения фразы. Именно последнее прежде всего отличает их от здоровых детей. Все эти особенности, а также уменьшение доли предлогов и некоторое повышение доли глаголов и частиц позволяет рассматривать нарушения речи этих больных как близкие к динамической афазии с нарушением грамматического структурирования.

Несмотря на то, что критерием для выделения второй и третьей групп было, с одной стороны, нарушение внутреннего программирования (для обеих групп) и наличие аграм-

матизма (для второй группы), достоверных различий ни в распределении частей речи, ни в особенностях построения фраз выявлено не было. Тем не менее, попарное сравнение каждой группы с результатами, полученными при исследовании первой группы, и здоровых детей указывает на то, что испытуемые третьей группы в меньшей степени отличаются от здоровых детей, чем дети, отнесенные ко второй группе. Это, прежде всего, касается особенностей распределения слов по частям речи и в меньшей степени – специфики построения фраз. Все это дает основания выделить эту группу как самостоятельную, а речь этих детей рассматривать как близкую к той, которая характерна для больных с динамической афазией с нарушением внутреннего программирования.

Заключение

В исследованиях речи особое место занимает понятие «чувство языка». Это понятие часто используется для понимания процесса формирования грамматического высказывания у детей. Основная проблема связана с овладением детьми грамматическими средствами оформления высказывания. Это предполагает определенный уровень грамматического обобщения, то есть способность выразить посредством изменения и соотношения слов в предложении определенные отношения между предметами. Возникновение правильно грамматически сконструированных предложений у здорового ребенка происходит произвольно, в процессе речевой практики. Использование языковых средств в соответствии с речевой ситуацией и вербальным контекстом является показателем сформированности чувства языка (6).

Чувство языка может изменяться или нарушаться при локальных поражениях мозга, в частности, при афазиях. Нарушается типичная для нормального психологического развития зависимость между практическими и теоретическими знаниями грамматики речи. Одним из таких нарушений является аграмматизм. Для детей с аутизмом характерны различные речевые расстройства, в том числе нарушения грамматического оформления высказывания. Таким образом, чувство языка у этих детей оказывается нарушенным.

В данной работе были обследованы выборка детей с ранним детским аутизмом и выборка здоровых детей. Был проведен анализ грамматической структуры высказывания, употребление частей речи и построение фраз. По характеру ошибок аутичные дети были разделены на три группы. Был проведен сравнительный анализ высказываний здоровых и аутичных детей. Полученные данные позволяют сделать предположение, что по характеру ошибок, употреблению частей речи и построению фраз аграмматизм при аутизме напоминает аграмматизм при некоторых формах афазии. Для восстановления речи при афазии в нейропсихологии было разработано и применяется на практике большое количество методов. Использование этих методов при коррекции речи у аутичных детей позволит сделать работу с ними более эффективной.