



Нарушения эмоционально-личностной сферы и поведения у детей

Психология детей с нарушениями эмоциональной-волевой сферы и поведения

изучает закономерности и особенности развития детей с **искаженным (расстройства аутистического спектра) и дисгармоничным развитием (дети с психопатиями и психопатоподобными формами поведения).**

Задачи психологии детей с нарушениями ЭВС и поведения:

- 1) разработка принципов и методов раннего выявления расстройств аутистического спектра (РАС);
- 2) вопросы дифференциальной диагностики, различение от сходных состояний, разработка принципов и методов психологической коррекции;
- 3) разработка психологических основ устранения дисбаланса между процессами обучения и развития детей с РАС;
- 4) разработка методов, направленных на раннее выявление признаков патохарактерологического развития ребенка;
- 5) описание «слабых» и «сильных» сторон психосоциального развития детей и подростков при различных вариантах патохарактерологического развития;
- 6) разработка системы психолого-педагогических методов коррекции и профилактики патохарактерологического развития в детском возрасте.



Дети с аутизмом

Дети с расстройствами аутистического спектра.

История взглядов на проблему РАС

Автор	Вклад
1. Е. Блейер	Ввел термин «аутизм» (от греч. autos — сам), которым обозначил особый вид мышления, характеризующегося «оторванностью ассоциаций от данного опыта, игнорированием действительных отношений», мышление независимо от реальной действительности, свободно от логических законов, захваченно собственными переживаниями.
2. Л. Каннер (американский клиницист)	Впервые описал синдром раннего детского аутизм (РДА) 1943 г. в работе «Аутистические нарушения аффективного контакта», сделал вывод о существовании особого клинического синдрома «экстремального одиночества» (синдромом Каннера).

Автор	Вклад
3. Г. Аспергер	В 1944 г. описал детей несколько иной категории, он назвал ее «аутистическая психопатия». Первое отличие от синдрома Каннера заключается в том, что признаки проявляются у детей после трехлетнего возраста, ярко проявляются нарушения поведения, лишены детскости, во всем их облике есть нечто старческое, они оригинальны в своих мнениях и самобытны в поведении. Игры со сверстниками их не привлекают, их игра производит впечатление механической. Отмечается недостаток интуиции, недостаточная способность к сопереживанию. С другой стороны, отчаянная приверженность к домашнему очагу, любовь к животным.
4. С.С.Мнухин	В 1947 г. Описал сходные с РДА состояния.
5. К.С.Лебединская, В.В.Лебединский, О.С.Никольская, Баенская, Либлинг	Выделили основные расстройства при РДА, разрабатывали вопросы психолого-педагогической помощи детям с РДА, сформулировали психологическую классификацию форм РДА по уровню эмоциональной регуляции.

- Само понятие «ранний детский аутизм» можно рассматривать как «неравномерное развитие психики с нарушением преимущественно социального межличностного восприятия и функции общения».
- **Аутизм** — расстройство, возникающее вследствие нарушения развития головного мозга и характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями.
- Установлено, что этот синдром встречается примерно в 2-6 случаях на 10 000 детей.
- У мальчиков в 3-4 раза чаще, чем у девочек, но более тяжело протекает у девочек.

Основные причины детского аутизма:

- Генетическая предрасположенность;
- Хромосомные аномалии и нарушения обмена
- Влияние резидуально-органического фактора (последствия патологии первой половины беременности, родов, черепно-мозговых травм и инфекций);
- Постнатальные нейроинфекции и др.
- Врожденная дисфункция мозга;
- Недоразвитие нейронных структур, необходимых для переработки информации;
- Недоразвитие определенных долей мозга в сочетании с гиперразвитием других его областей;

- F84.0 Детский аутизм
- F84.01 Детский аутизм, обусловленный органическим заболеванием головного мозга
- F84.02 Детский аутизм вследствие других причин
- F84.1 Атипичный аутизм
- F84.11 Атипичный аутизм с умственной отсталостью
- F84.12 Атипичный аутизм без умственной отсталости
- F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста
- F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями
- F84.5 Синдром Аспергера
- F84.8 Другие общие расстройства развития
- F84.9 Общее расстройство развития, неуточненное

Виды аутизма

- аутизм при различных заболеваниях ЦНС;
- психогенный аутизм;
- аутизм шизофренической этиологии;
- аутизм при обменных заболеваниях
- аутизм при хромосомной патологии.

(по К.С.Лебединской)

Группы детей с РДА в зависимости от уровня эмоциональной регуляции и степени взаимодействия с окружающей средой и людьми

(Классификация по Никольской О.С., Баенской Е.Р., Либлинг М.М.)

- 1) полная отрешенность от происходящего;
- 2) активное отвержение;
- 3) захваченность аутистическими интересами;
- 4) чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия с другими людьми.

Первая группа: это самые тяжелые случаи дезадаптации, аутизм предстает как **полная отрешенность от окружающего**. Для этих детей недоступны активные формы контакта со средой, они практически не имеют точек целенаправленного взаимодействия с окружающим.

Такие дети:

- Не видят и не слышат, часто не реагируют на боль, холод и голод;
- Не защищаются от воздействия среды, а ускользают, уходят от них;
- При попытке их удержать стараются вырваться, кричат, но, как только их оставляют в покое, снова становятся отрешенными;
- Не вступают в активное взаимодействие с миром;
- Не проявляют ни к чему избирательного внимания, больше пользуются рассеянным периферическим, а не центральным зрением;
- Не имеют указательного жеста;
- Они ничего не боятся и ничего не любят;
- Даже близким невозможно добиться от ребенка ответной улыбки, поймать его взгляд, получить ответную реакцию на зов. Если у них возникает мимолетный интерес к предмету, то пресыщение наступает очень быстро;
- Не в состоянии сосредоточиться на чем-то не только произвольно, но даже спонтанно, для собственного удовольствия;

- Они замечательно вписывают себя в пространство, никогда не потеряют равновесия, не ушибутся, не сделают неточного движения;
- Не овладевают направленными полезными навыками самообслуживания;
- Мутичны, хотя известно, что каждый из них может неожиданно, ни к кому не обращаясь, повторить сложное слово или даже самостоятельно прокомментировать происходящее;
- Не имея точек активного соприкосновения с миром, они не развивают и активных форм аутостимуляции, защиты от среды;
- Бесцельно перемещаются в пространстве – лазая, кружась, перепрыгивая, карабкаясь;
- Могут неподвижно сидеть на подоконнике, бесцельно созерцая мелькание огней, движение ветвей, облаков, потока машин;
- Они испытывают особенное удовлетворение, глядя в окно движущего транспорта.

Установление и развитие эмоциональных связей с таким ребенком помогает поднять его избирательную активность, выработать определенные устойчивые формы поведения и деятельности, т.е. осуществить переход на более высокую ступень отношений с миром.

- **Дети с РДА 2-й группы** – исходно более активны и чуть менее ранимы в контактах со средой.

Аутизм проявляется не как повышенная избирательность в отношениях с миром, имеется задержка психического развития, прежде всего речи, повышенная избирательность в еде, одежде, фиксированные маршруты прогулок, особые ритуалы в различных аспектах жизнедеятельности, невыполнение которых влечет бурные аффективные реакции.

- По сравнению с детьми других групп они в наибольшей степени отягощены страхами, имеют множество речевых и двигательных стереотипий, характерно неожиданное бурное проявление агрессии и самоагрессии.
- Ведущим патопсихологическим синдромом в данной группе детей с РДА является **отвержение окружающей реальности.**

Такие дети:

- Делают первый шаг в развитии активных взаимоотношений со средой;
- Для них характерна речь штампами, использование цитат из книг, отставленной эхολалии;
- Они используют глаголы в инфинитиве, о себе говорят во втором или третьем лице;
- Они кажутся наиболее страдающими, часто испытывают физический дискомфорт;
- Могут быть избирательны в еде;
- Более других отягощены страхами;
- Вступают в избирательные отношения со средой;
- Выделяют для себя приятные и неприятные контакты;
- Фиксируют свои пристрастия и антипатии, конкретные способы достижения удовольствия и избавления от опасности;
- Изобретают активные изоощренные способы аутостимуляции, заглушающие неприятные воздействия внешнего мира;
- Для них наиболее характерны моторные и речевые стереотипы, вызывающие одно и то же искомое ощущение;

- Они избирательно относятся к среде, усваивают небольшое число навыков, связанных с определенными жизненными ситуациями;
- Усваивают навыки самообслуживания, пользуются стереотипными речевыми штампами;
- Дети именно этой группы в наибольшей степени требуют сохранения постоянства в окружающем;
- Это самые страдающие дети, их лица чаще всего напряжены, искажены страхом, они скованы в движениях;
- Новые навыки усваиваются с огромным трудом и не переносятся в другую ситуацию;

Ребенок этой группы, как правило, устанавливает примитивную аффективную связь с близким, лишенную эмоциональной взаимозависимости. Обычно такой ребенок выделяет мать как основное условие своего физического существования и начинает жестко контролировать ее поведение, требует постоянного присутствия, протестует при попытке изменить стереотип контакта. Контакт с чужим человеком однозначно вызывает у ребенка ужас.

- **Дети с РДА 3-й группы** – отличает несколько другой способ аутистической защиты от мира:
сверхзахваченность своими собственными стойкими интересами, проявляющимися в стереотипной форме, не отстают в развитии, но проявляют повышенную конфликтность, отсутствие учета интересов другого. Годами ребенок может говорить на одну и ту же тему, рисовать или разыгрывать один и тот же сюжет. Часто тематика его интересов и фантазий имеет устрашающий, мистический, агрессивный характер. Основная проблема такого ребенка в том, что созданная им программа поведения не может быть приспособлена им к гибко меняющимся обстоятельствам. У детей этой группы более высокий уровень развития речи.

Такие дети:

- Характерной формой аутостимуляции становится стереотипное воспроизведение ситуации пережитого и отчасти десенсибилизированного страха или дискомфорта;
- Пытаются вступить в более активные отношения со средой, допустить в свою жизнь неопределенность, сбой в привычном порядке;
- Им важен не процесс, а прежде всего результат, подтверждение своей доминирующей позиции над обстоятельствами;
- Однообразно возвращается к одним и тем же ситуациям, связанным с прошлым испугом;
- Характерны стереотипные фантазии на темы страшного;
- Адаптация таких детей к реальной жизни значительно более успешна, чем в случаях двух предыдущих групп;
- Они испытывают огромные трудности в диалоге с обстоятельствами, но способны к монологу;
- Более нормальны в своих привычках, менее избирательны в еде;

- Для них непереносимо нарушение собственной логики поведения, здесь он неспособны на компромиссы;
- Осваивают большой набор житейских ситуаций, более успешны в усвоении бытовых навыков;
- Интеллектуальное развитие таких детей часто производит блестящее впечатление;
- Главную проблему для них представляют гибкое взаимодействие со средой, диалог с людьми;
- Они несколько спокойнее и менее напряжены, их движения не так судорожны, а мимика отражает уже не отрешенность или страх, а какой – то особый энтузиазм;
- Они часто начинают дразнить родителей (специально совершают неправильные поступки, ругаются) и получают удовольствие от их аффективного взрыва;
- Становятся искусными провокаторами;
- Отрицательные переживания близкого становятся для них постоянным средством аутостимуляции, что часто вызывает большие проблемы в семье.

- **Дети с РДА 4-й группы** – аутизм проявляется в наиболее легком варианте.
- Он выступает уже не как защитная установка, а как **трудности организации общения.**
- **повышенная ранимость при взаимодействии с окружающими**, тормозимость в контактах (взаимодействие прекращается при ощущении ребенком малейшего препятствия или противодействия).
- **неврозоподобные расстройства**, что проявляется в тормозимости, робости, пугливости, особенно при контактах.
- развернутая, менее штампованная речь,
- сформированы навыки самообслуживания.

Такие дети:

- Не развивают и активных изоощренных средства аутостимуляции, им доступны нормальные способы поддержания активности, они нуждаются в постоянной поддержке, одобрении и ободрении близких;
- Основной адаптационной задачей этих аутичных детей является именно поддержание взаимосвязи с близкими;
- Особенно чувствительны к нарушению контакта, отрицательной оценке взрослого;
- Психическое развитие таких детей идет с более равномерным отставанием;
- Они производят неблагоприятное впечатление: кажутся глуповатыми, рассеянными, растерянными;
- Контакты ребенка со средой строятся уже с помощью не индивидуальных аффективных стереотипов, а эмоциональных правил – ритуалов контактов с миром, усвоенных в готовом виде от близких людей;
- Внешне это несколько заторможенные, патологически застенчивые дети;
- Движения их скованы и неровны, моторные стереотипии минимальны, появляются только в особенно напряженных ситуациях и исчезают в комфортно;

Ранний детский аутизм характеризуется характерными симптомами (триада)

- Недостаток социального взаимодействия;
- Недостаток личностной коммуникации (вербальной и невербальной);
- Ограниченность интересов и повторяющийся репертуар поведения (стереотипии).

Основные расстройства при РДА

1. Синдром предельного одиночества ребенка, т.е.

неспособность вступить в контакт с другими людьми, нарушения зрительного контакта, комплекса оживления, особенности отношения к физическому контакту, словесному обращению, особенности поведения в одиночества (стремление к уединению при одновременной непереносимости одиночества).

2. Страхи, среди которых выделяются:

а) **сверхценные** – страхи типичные и для нормы, но большей интенсивности (страхи одиночества, высоты, лестницы; чужих, животных; страх темноты нередко отсутствовал);

б) **страхи гиперсенсорной чувствительности** – страхи бытовых шумов (пылесоса, электробритвы, фена, звука лифта, шума воды в туалете, трубах), яркого (света, блестящих предметов, резких тонов одежды окружающих), мокрого (воды, капель дождя, снежинок); мельканий света и др.;

в) **неадекватные, бредоподобные страхи** – страхи предметов неопределенного цвета, формы («всего круглого» - фруктов, шланга, зонта и др.), необъяснимая боязнь матери, определенных лиц, стойкое ощущение чьего-то присутствия; страх своей тени, отверстий вентиляционных решеток, определенной одежды (например, брюк).

3.

«Феномен тождества» - приверженность к сохранению неизменности окружающего - трудности питания ребенка (сложность введения прикорма, отвержение новых видов еды, ритуальность в ее режиме и атрибутике; приверженность к привычным деталям окружающего: расположению мебели, игрушек, других предметов, **неофобии** (боязнь всего нового); негативизм к новой одежде; патологические реакции на перемену обстановки (помещение в ясли, больницу, переезд - в виде нарушения вегетативных функций, невротических расстройств, негативизма, регресса навыков, психотических явлений).

4.

Нарушения чувства самосохранения – «отсутствие чувства края»: опасное свешивание за борт коляски, упорное стремление перелезть за стенку манежа, убежать в чащу леса, выскочить на проезжую часть улицы, спрыгнуть с высоты, войти в глубину воды, отсутствует закрепление отрицательного опыта ожогов, порезов, ушибов, неумение постоять за себя, отсутствует защитная агрессия.

5. **Стереотипии** - бесцельные движения (взмахи руками, вращение головы, раскачивание туловища).
- а) **двигательные**: раскачивания в коляске, манеже, однообразные повороты головы, ритмические сгибания пальцев, упорное, с характером одержимости раскачивание на игрушечной лошадке, качалке; манежные движения; машущие движения кистью, предплечьем; прыжки;
- б) **сенсорные**: стереотипные зрительные ощущения (верчение перед глазами пальцев, колес игрушки, включение и выключение света, пересыпание мозаики), стереотипные звуковые ощущения (сминание и разрывание бумаги, шуршание целлофановыми пакетами, раскачивание скрипящих створок двери), стереотипные обонятельные ощущения (обнюхивание одних и тех же предметов), тактильные (расслоение тканей, пересыпание круп, манипуляции с водой); вкусовые (упорное сосание тканей, облизывание предметов); проприоцептивные (произвольное напряжение конечностей, тела, зажимание ушей, удары головой о бортик коляски, спинку кровати);
- в) **речевые**: эхолалии; склонность к словам и фразам-цитатам; стереотипным манипуляциям со звуками, словами, фразами, стереотипному счету;
- г) **поведенческие**: ритуальность в соблюдении режима, выборе еды, одежды, маршрута прогулок, сюжета игры;
- д) **влечение к ритму**: скандирование стихотворений, выкладывание орнаментов из разнообразных рядов игрушек, мелких предметов, одержимость в листании страниц книги; безудержное стремлению к

6. Особенности речи:

- а) **нарушения импрессивной речи:** слабость или отсутствие реакции на речь, предпочтение тихой, шепотной речи, «непонимание» (отсутствиереакции) словесных инструкций.
- б) **нарушения экспрессивной речи:** отсутствие или запаздывание фаз гуления, лепета, их неинтонированность; запаздывание или опережение появления первых слов, их эхोलалический характер, необращенность к человеку, необычность, малоупотребительность.

Наблюдались запаздывание или опережение появления фраз; их необращенность к человеку; преобладание фраз эхोलалических, комментирующих, аутокоманд, эхोलалий-цитат, эхोलалий-обращений, эхोलалий-формул, отставленных эхोलалии. Склонность к **вербализации:** игра фонетически сложной, аффективно насыщенной речью; неологизмы, монологи и аутодиалоги; слова-отрицания. Склонность к декламации, рифмованию, интонационной акцентуации ритма. Наличие хорошей фразовой речи диссоциирует с отсутствием местоимения «Я».

7. Особенности познавательной деятельности и интеллекта:

- а) **отставание:** интеллектуальная пассивность, отсутствие или значительное отставание в формировании речи, трудности сосредоточения и резкой пресыщаемости внимания, нарушения целенаправленности и произвольной деятельности;
- б) **парциальное ускорение:** раннее развитие речи, фантазии и сверхценные интересы с накоплением знаний в отдельных, достаточно отвлеченных областях, любовь к слушанию чтения; сложность сюжета игры. Интерес к знаку (букве, цифре, географической карте), форме, цвету при игнорировании функциональных свойств предмета. Большой интерес к изображаемому предмету над реальным. Необычная пространственная (запоминание маршрутов, расположение знаков на листе, географической карте, грампластинке) и слуховая память.
- в) **распад:** ему обычно предшествует период ускоренного интеллектуального и речевого развития с необычной выразительностью лица, «осмысленным» взглядом. Распад речи, познавательной деятельности, навыков поведения чаще возникает на втором году жизни.

7. Особенности игры:

нередко отсутствие игры вообще (игнорирование игрушки, ее рассматривание без стремления к манипуляции), задержка на стадии элементарных манипуляций, часто лишь с одной игрушкой, манипулирование с неигровыми предметами, их одушевление, соединение игрушек и неигровых предметов по признаку цвета, формы, размера, а не функциональным свойствам. В игре с неигровыми предметами также не используются их функциональные свойства. Преобладает игра в одиночку, часто в обособленном месте. Наблюдаются игровые аутодиалоги, игры-фантазии со стойким перевоплощением в животных, в неодушевленные предметы.

Внимание

- **низкий уровень активного внимания** (негативная реакция или вообще отсутствие какой-либо реакции при попытках привлечения внимания ребенка к предметам окружающей действительности);
- **грубые нарушения целенаправленности и произвольности внимания**, что препятствует нормальному формированию высших психических функций.
- **сильнейшая психическая пресыщаемость**. Внимание ребенка с РДА устойчиво в течение буквально нескольких минут, а иногда и секунд.

Ощущения и восприятие

- **повышенная сенсорная ранимость;**
- **игнорирование воздействий;**
- **значительное расхождение в характере реакций, вызываемых социальными и физическими стимулами;**
- **парадоксальные реакции на сенсорные стимулы,**
- **у части детей необычайно сильная реакция на «новизну», например изменение освещения.**
- **повышенная чувствительность к слабым раздражителям:** дети просыпались от едва слышного шуршания, легко возникали реакции испуга, страха на индифферентные и привычные раздражители, например работающие в доме бытовые приборы.

- **нарушение ориентировки в пространстве,**
- **искажение целостной картины реального предметного мира.** Для них важен не предмет в целом, а отдельные его: звуки, форма, фактура, цвет.
- **повышенная любовь к музыке.**
- **чувствительны к запахам, окружающие предметы обследуют с помощью обнюхивания и облизывания.**
- **Большое значение имеют тактильные и мышечные** ощущения от собственного тела (раскачиваются всем телом, совершают однообразные прыжки или кружатся, получают удовольствие разрывания бумаги или ткани, переливают воду или пересыпают песок, наблюдают за огнем).
- При часто сниженной болевой чувствительности у них наблюдается **склонность к нанесению себе различных повреждений.**

Память

- хорошая механическая память,
- **эмоциональная память стереотипизирует восприятие окружающего:** информация входит в сознание целыми блоками, хранится, не перерабатываясь, и применяется шаблонно, в том контексте, в котором была воспринята. Дети могут повторять одни и те же звуки, слова, задавать один и тот же вопрос. Легко запоминают стихи, при этом строго следят за тем, чтобы читающий стихотворение не пропустил ни одного слова или строчки. В ритм стиха дети могут раскачиваться или сочинять собственный текст.
- **хорошо запоминают, а затем однообразно повторяют** различные движения, игровые действия, звуки, целые рассказы, стремятся к получению привычных ощущений, поступающих через все сенсорные каналы: зрение, слух, вкус, обоняние, кожу.

Воображение

- две противоположные точки зрения: согласно одной из них, дети с РДА имеют **богатое воображение**, согласно другой — воображение этих детей если и не снижено, то причудливо, имеет характер **патологического фантазирования**.
- В содержании аутистических фантазий переплетаются случайно услышанные ребенком сказки, истории, кинофильмы и радиопередачи, вымышленные и реальные события. **Патологические фантазии** детей отличаются повышенной яркостью и образностью.
- Патологическое фантазирование служит хорошей основой для появления и закрепления различных **неадекватных страхов**.

Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы

- Нарушение эмоционально-волевой сферы является ведущим признаком при синдроме РДА и может проявиться в скором времени после рождения.
- резко отстает в своем **комплекс оживления (отсутствие фиксации взгляда** на лице человека, улыбки и ответных эмоциональных реакций в виде смеха, речевой и двигательной активности на проявления внимания со стороны взрослого).
- По мере роста ребенка слабость эмоциональных контактов с близкими взрослыми продолжает нарастать. Дети не просятся на руки, находясь на руках у матери, не принимают соответствующей позы, не прижимаются, остаются вялыми и пассивными.

- Обычно ребенок отличает родителей от других взрослых, но большой привязанности не выражает.
- Отсутствует характерное для детей желание понравиться взрослым, заслужить похвалу и одобрение.
- Слова «мама» и «папа» появляются позже других и могут не соотноситься с родителями.
- **низкая выносливость в общении с миром.**
- Чувство страха, сохраняющееся иногда годами, определяет стремление детей к сохранению привычной окружающей обстановки, продуцированию ими различных **защитных движений** и действий, носящих характер **ритуалов**.
- Малейшие перемены в виде перестановки мебели, режима дня вызывают бурные эмоциональные реакции. Это явление получило название **«феномен тождества»**.

- 
- нарушение чувства самосохранения с элементами самоагрессии
 - отсутствует тяга к сверстникам и детскому коллективу.
 - В своих социальных взаимодействиях ребенок крайне избирателен.
 - Постоянная погруженность во внутренние переживания, отгороженность аутичного ребенка от внешнего мира затрудняют развитие его личности.
 - ограничен опыт эмоционального взаимодействия с другими людьми, дети не умеют сопереживать, заражаться настроением окружающих его людей.

Изобразительная деятельность

- Рисунки часто примитивные. Уровень отстает от N на 2-4 года.
- Незавершенность.
- Отсутствие основных частей предметов.
- Деформация.
- Диспропорция.
- Геометризация.
- Смешанная проекция.
- Вычурность.
- Распад рисунка.
- Разорванность в изображении.
- Нагромождение, наложение.
- Стереотипия и отражение в рисунке специфических интересов ребенка.
- Символизм.
- Необычная тематика.
- Односторонняя направленность.
- Уплотнение рисунка (боязнь «пустого пространства»).

Учебная деятельность

- Любая произвольная деятельность в соответствии с поставленной целью плохо регулирует поведение детей. Им трудно отвлечься от непосредственных впечатлений, от положительной и отрицательной «валентности» предметов, т.е. от того, что составляет для ребенка их привлекательность или делает их неприятными.
- Кроме того, аутистические установки и страхи ребенка с РДА — вторая причина, препятствующая формированию учебной деятельности во всех ее неотъемлемых компонентах.
- Учеба в школе не складывается в ведущую учебную деятельность.

Моторика

- вычурность мимики, всех движений, позы.
- Очень часто дети ходят на цыпочках.
- Движения часто лишены пластичности, они неуклюжи и угловаты, плохо координированы.
- Может наблюдаться гипертонус или гипотонус мышц.
- Обычно задерживается формирование элементарных навыков самообслуживания(еда, одевание, раздевание, умывание).
- Мимика детей бледная, маловыразительная.

Дифференциальная диагностика детского аутизма

Аутизм нужно отличать от других расстройств:

1. Умственная отсталость.

Снижение интеллекта у умственно отсталых детей носит равномерный, тотальный и качественно иной характер. Они дети в большей степени используют значения слов, они, особенно при синдроме Дауна, способны и стремятся к установлению эмоциональных отношений с окружающими.

2. Шизофрения.

Дети с аутизмом, как правило, не проявляют расстройств мышления с бредом и галлюцинациями. Детская шизофрения обычно начинается после периода относительно нормального развития. Также имеется наследственная отягощенность шизофренией.

3. Дезинтегративные расстройства.

Синдром Ретта. В этом случае имеется период кажущегося нормального развития до 6-20 месяцев, за чем следует потеря целенаправленных движений руками, быстро нарастает интеллектуальный дефект, появляются неврологические симптомы.

Синдром Геллера. Начало этого расстройства относится к 3-4 годам, когда у ребенка, до этого нормально развивавшегося, появляются отчетливые поведенческие нарушения в виде непослушания, раздражительности, быстро теряется речь, двигательные навыки, нарастает интеллектуальное снижение.

4. Депривационные расстройства.

В данном случае аутистических проявления возникают в результате психосоциальной депривации, например, при помещении ребенка в Дом ребенка. Изменение ситуации, обеспечение соответствующей стимуляции (до определенного возраста) приводит к улучшению коммуникативного поведения.

Перспективы людей, имеющих ранний детский аутизм

- Постепенно ребенок может развить, иногда достаточно глубокие и прочные связи с родителями, братьями и сестрами.
- Многие дети в дошкольный период заметно меняются, улучшается их социальная адаптация, они могут не выглядеть детьми, имеющими тяжелые нарушения. Ребенок может лучше воспринимать обращенную речь и устанавливать контакты, но отсутствие взаимности в отношениях сохраняется.
- У некоторых детей социальное развитие улучшается в течение подросткового и взрослого периодов жизни. Небольшое количество детей делают значительный шаг вперед в течение подросткового периода и функционируют значительно лучше по сравнению с ранними годами жизни.
- Но у 40% людей именно в подростковом возрасте наблюдается ухудшение состояния, нарастание симптоматики, иногда отмечается регресс до уровня социального развития дошкольного возраста с замкнутостью, отвержением других людей. Возможно небольшое усиление гиперактивности, самоагрессии, стереотипности движений.
- Ко взрослому возрасту формируются своеобразные модели поведения и взаимодействия. У одних возможно преобладание замкнутости, избегания контактов с другими людьми. Другие, напротив, стремятся к контакту, но делают это особым образом, например, стараются привлечь к себе внимание совершенно неприемлемыми способами, их активное обращение часто не понимается. Третьи пассивно принимают общество других людей, однако в случае перемены распорядка их жизни, необходимости увеличения социальной активности возможен возврат к симптомам аутизма.
- Прогноз зависит от тяжести собственно аутистических проявлений, наличия или отсутствия выраженных органических поражений, темпа развития интеллекта и речи и времени начала лечения.
- Известно, что при отсутствии лечебно-коррекционной помощи до 70% детей с аутизмом становятся глубокими инвалидами и нуждаются в постоянной помощи посторонних лиц.



Дети с психопатиями.

Психопатии – патологические склады характера.

П.Б. Ганнушкин выделил три основных критерия, позволяющие отличать расстройство личности от других видов расстройств:

- 1) тотальность;
- 2) относительная стабильность патологических черт характера;
- 3) социальная дезадаптация.

Подобные нарушения поведения являются очень стойкими и могут приводить со временем к антисоциальным действиям, нарушению закона и несению уголовной ответственности по достижении возраста 14-18 лет.

В МКБ-10 психопатии представлены в рубрике «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском возрасте» (F90—F9S).

Виды психопатий (классификация Г.Е.Сухаревой)

- 1. Ядерные (или конституциональные)** – обладают конституциональной (наследственной) предрасположенностью в виде неблагоприятного сочетания отдельных свойств нервной системы. Такие психопатии, называемые истинными, проявляются уже в раннем детстве в виде «трудного» темперамента и других эмоционально волевых нарушений. Уровень умственного развития при этом первично не страдает. В зависимости от формирующейся доминирующей диспозиции личности соответственно формируются разные формы психопатий.
- 2. Краевые (или приобретенные)** – возникают под влиянием неблагоприятных факторов психологического и социального характера, таких, как неправильное воспитание, жестокость родителей, сильные эмоциональные потрясения.
- 3. Органические** – развиваются как следствие воздействия на организм ребенка в возрасте до трех лет различных вредностей (тяжелые токсикозы беременности, родовые травмы, мозговые инфекции, длительные истощающие соматические заболевания и т.п.). Имеют благоприятную почву для возникновения при других дизонтогениях, связанных с поражениями головного мозга (при умственной отсталости, задержке психического развития церебрально-органического генеза, детском церебральном параличе).

По ведущим проявлениям, основанным на типах нервной системы, различают следующие **типы психопатий** (по О.В. Кербикову):

- 1. Возбудимые** — для них характерна высокая возбудимость, сочетающаяся с выраженной экстравертированностью, подозрительностью, гневливостью, упрямством и педантичностью. В поведении склонны к жестокости, мстительности, крайне требовательны к окружающим. Поведенческий ролевой репертуар достаточно скуден.
- 2. Неустойчивые** — им свойственна повышенная эмоциональная неустойчивость, нестойкие интересы и привязанности. Чувства, достигая большой интенсивности, склонны к быстрому угасанию. Обладают повышенной внушаемостью, склонны к фантазированию и нереалистической, основанной на эмоциях, оценке событий.
- 3. Тормозимые (астенические)** — характеризуются повышенной утомляемостью и истощаемостью, общей вялостью. Впечатлительны, ранимы, нерешительны, мнительны, обидчивы. В общении уступчивы, не стремятся к отстаиванию своей позиции. Особенно большой дискомфорт испытывают при общении с малознакомыми людьми, плохо привыкают к новому коллективу.

4. **Психастенические** — для них характерно сочетание черт астенической личности с повышенной склонностью к самоанализу и самобичеванию. Постоянно испытывают разнообразные страхи, сомнения относительно принятия решения, в связи с возложенной на них ответственностью. Склонны к созданию различных ритуалов в поведении, боятся любых изменений.
5. **Шизоидные** — им свойственны патологическая замкнутость, слабость эмоциональных привязанностей вплоть до черствости, выраженные трудности в налаживании неформального общения. В формальном общении более продуктивны, следуя предписанной роли.
6. **Мозаичные** — представляют собой сочетание нескольких.

На основании этой классификации психопатий и типологий применительно к детскому и подростковому возрасту, а также на основании классификации типов акцентуаций личности, разработанной К.Леонгардом, отечественным клиницистом А.Е. Личко была предложена **классификация типов психопатий и акцентуаций характера подросткового возраста.**

ПРОЯВЛЕНИЕ ПСИХОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Первые признаки детской психопатии могут проявиться ещё в 2-3 года, но чаще это происходит у подростков. Психотическое расстройство у маленького ребёнка может выражаться в его неспособности сочувствовать и сострадать, в отсутствии раскаяния за неприемлемое поведение, но особенно явным признаком является жестокость к другим детям, а также животным.



Основные признаки

ребёнка с чертами психопатии:

- регулярные драки, кража или порча чужих вещей;
- нарушение запретов родителей, например, побеги из дома;
- отсутствие чувства вины за негативные поступки;
- безразличие к чувствам окружающих;
- равнодушие по поводу школьной успеваемости;
- показывает яркие эмоции, когда хочет сильно напугать либо подчинить воле;
- отказывается брать на себя ответственность;
- отсутствие страха, осознанное стремление к риску;
- отсутствие реакции на угрозу наказания; больше всего ценит личные удовольствия.

1. Гипертимный



Гипертимный

Активные, общительные и
высокие люди, которые
обладают самостоятельностью. Обычно
находятся в позитивно-приподнятом настроении,
но может смениться
на грусть или гневом в
неблагоприятных ситуациях
или в общении с другими людьми. На
эмоциональность также по причине недовольства
самим собой. В стрессовых ситуациях демонстрируют большой запас
жизненной

энергии и оптимизма. Высокий жизненный тонус
может приводить к переоценке своих возможностей. Они часто
неразборчивы в знакомствах, что может привести к негативным
последствиям: асоциальному поведению, к формированию вредных
привычек.

2. Циклоидный



Циклоидный

ситуации проявляется
мая фаза сменяется
проявлениями. В каждой фазе
бые места». Во время
е неразборчивые связи,
симось однообразия и
о сменяется крушением жизненных

стереотипов в депрессивной фазе, когда обычный образ жизни перестает устраивать, появляется апатия к жизни, раздражительность. Обостряется чувствительность в замечаниям и упрекам, которые воспринимаются как подтверждение своей несостоятельности и слабости. Если эти чувства обостряются, может появиться угроза суицидального поведения. Личко указывает, что эти фазы могут сменяться как каждые три-четыре дня, так и затягиваться на более продолжительные периоды.

3. Лабильный

Главная черта этого типа – крайняя

щего

эмоционального

других неустойчивых типов

ь проявляется в

ипа

меняется именно

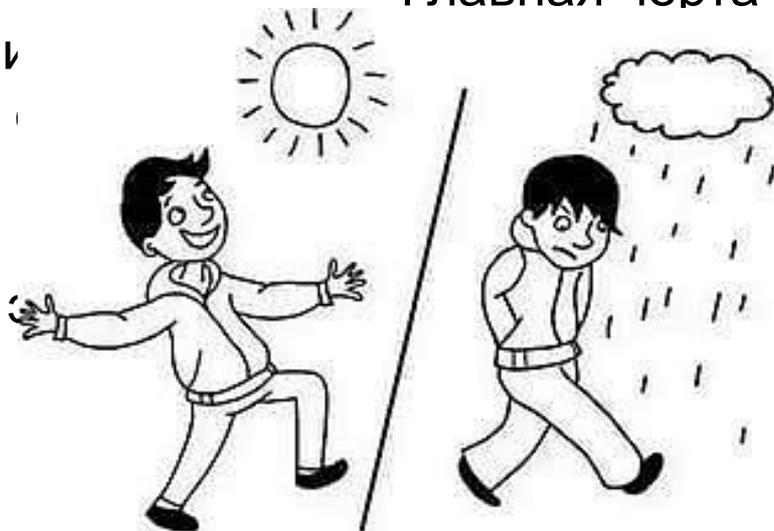
состояние. Эту особенность можно

ь на простом примере: при отсутствии

троение такого человека может резко

до мрачного и депрессивного, потому

что случайный прохожий «бросил» неприветливый взгляд, или не вовремя начался дождь. Обычно эти переживания очень глубоки и проявляются как в отсутствии аппетита, утрате трудоспособности, стремлению к одиночеству.



4. Астено-невротический



Астено-невротический

энтации отличается преувеличенным по поводу возможных болезней. склонны к повышенной ительности. Особенно чрезмерных умственных раздражение бывает очень сильным, юпасть «под горячую руку». Но это скаянием и даже слезами. Самооценка

у этих людей связана с проявлениями ипохондрии: если самочувствие и настроение хорошее, то проявляют себя довольно уверенно и оптимистично.

5. Сенситивный



Сенситивный

которые с раннего возраста
о, пугливостью, а в
возрасте в связи с этим
утость и закрытость.
расслабиться в шумной компании
ций язык с
днако, в близком окружении это открытые
тая во взрослую жизнь, они испытывают
оценности, которое порождает реакции
гиперкомпенсации. Это значит, что человек не избегает своих «слабых
зон», а наоборот, стремиться в них самоутвердиться. Например,
стеснительный парень ведет себя развязно и заносчиво. Но в тот
момент, когда обстоятельства требуют от него решительных действий,
проявляются его слабые стороны.

6. Психастенический



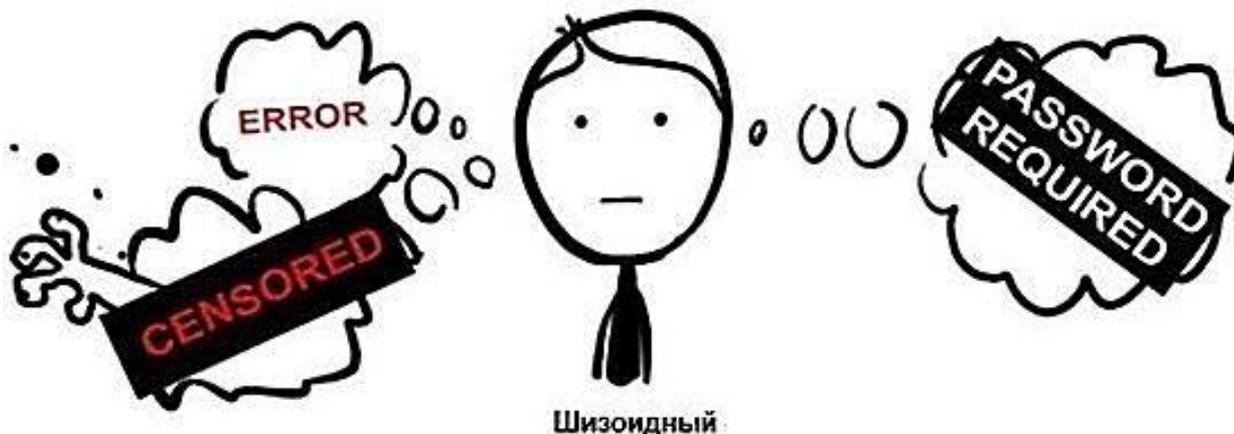
Психастенический

Этот из наиболее важных
типов акцентуации является
навязчивым состоянием, которое
с детства в виде различных

Склонны к самоанализу,
мнительности, которая возникает на
рефлексивности в своем
переживании по поводу возможных, часто
угроз будущего. Чтобы гасить действие этой

проявляются различные помогающие ритуалы.
Например, чтобы не заболеть, нельзя касаться дверных ручек.
Также проявляется формализм и педантичность. Это поведение
приносит уверенность в том, что если все планировать заранее, то
ничего плохого не произойдет.

7. Шизоидный



Этот тип характеризуется отсутствием «внутреннего единства». Об этом говорит сочетание следующих особенностей: холодность и чувствительность, замкнутость и болтливость, бездеятельность и целеустремленность, привязанность и антипатия, глубина внутреннего мира и поверхностность его проявления. Наиболее яркими чертами типа считаются низкая потребность в общении и отгороженность от окружающих. В подростковом возрасте эти черты сильно заостряются и становятся заметными. Низкая способность к интуиции и эмпатии ощущаются как холодность. Противоречивость этих людей проявляется к тому, что они скорее откроются незнакомцу, чем будут откровенны с близкими людьми.

8. Эпилептоидный

Яркой особенностью этого типа



Эпилептоидный

«пустых мечтаний», стараются жить в реальности и не строить иллюзий. Эпилептоидная акцентуация – одна из самых сложных в плане социальной адаптации.

гневливое состояние, при котором агрессия накапливается, и через некоторое время выбрасывается в виде вспышек гнева.

проявляется во всех аспектах: жизненных сферах, в движениях.

проявляются в сильной ревности, часто

10. Неустойчивый

Собственно, неустойчивость этих людей проявляется в невозможности следовать социально-приемлемым формам поведения. С ранних лет наблюдается нежелание обучаться, слушаться старших, в более старшем возрасте испытывают трудности в романтических отношениях от сложностей в установлении глубоких эмоциональных связей. Эти люди стараются жить настоящим днем, не строят планы на будущее и не стремятся к достижениям.



11. Конформный

Это люди, главной чертой которых является стремление «слиться» с другими. Это проявляется в принятии чужих точек зрения, руководстве чужими желаниями и общими целями. Они стараются не отличаться от других, очень привязаны к близкому окружению. В профессиональной сфере ярко выражена безынициативность. Им подходит любая работа, только бы она не была связана с необходимостью проявлять инициативу.





**Нарушения поведения и
эмоциональной сферы условно
нормативных детей**

А. Нарушения личной сферы (поведения)

1. Гиперактивность - это повышенная двигательная активности, которая может проявляться в лазании и беготне, излишней разговорчивости или постоянном неадекватном оставлении своего места во время занятий. Гиперактивные дети постоянно находятся «в движении».

2. Импульсивность – это совершение необдуманных действий. Дети могут быстро отвечать на вопрос, вместо того, чтобы, не торопясь обдумать проблему, они могут навязываться или прерывать других, вмешиваться в разговоры и игры, или могут испытывать трудности в ожидании своей очереди. Все поведенческие критерии не соответствуют возрастному уровню, так как многие из этих форм (моделей) поведения наблюдаются у нормально развивающихся детей младшего возраста. Самые ранние проявления гиперактивности и импульсивности наблюдаются в возрасте 3-4 лет. До этого возраста данные формы поведения сложно выделить из недифференцированного набора моделей поведения, которые проявляется у ребёнка до 3 лет. Гиперактивность и импульсивность часто сочетаются с нарушением внимания. Проблема нарушения внимания проявляется у ребенка в возрасте 5-7 лет.

3. Невнимательность приводит к трудностям с завершением работы, к забывчивости, слабой организации и отвлекаемости, которые могут негативно влиять на функционирование детей дома и в школе.

4. В сочетании гиперактивность, импульсивность и невнимательность представляют собой три основных симптома **синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)**. Диагностируется в старшем дошкольном возрасте. В 10-12 лет гиперактивность и импульсивность становятся менее выраженными и замещаются внутренним ощущением беспокойства, невнимательность наблюдается и в подростковом возрасте, компенсируется не всегда или очень медленно по мере взросления личности. При наличии подобных отклонений у личности возникает ряд трудностей, таких как трудности в обучении, дефицит социальных навыков. Трудности в обучении обусловлены не снижением интеллектуальных способностей ученика, а сложностями при сосредоточении, повышенной отвлекаемостью на внешние стимулы, трудностью длительное время находиться на одном месте. В результате неудач при обучении у личности формируется неуверенность, чувство неполноценности, вызванные негативным представлением о себе и отсутствием самоуважения. Поэтому происходит снижение социальной адаптации личности, которое проявляется в отсутствии мотивации, направленной на преодоление трудностей в обучении, в дефиците навыков решения проблем связанных с общением.

5. Оппозиционно – вызывающее поведение может варьироваться от единичных реакций оппозиции и протеста, до выраженного оппозиционного характерологического расстройства. Оно также охватывает периоды развития с раннего детского до подросткового возраста. Оппозиционное поведение в сочетании с упрямством, с тенденциями к неповиновению приказам взрослого рассматривается, как вариант нормы во время возрастного криза 3-4 лет и может также распространяться на весь дошкольный период. Если данное поведение сохраняется на более поздних этапах развития в возрасте 8-10 лет и наблюдается увеличение частоты и интенсивности его проявлений, то в таком случае возможно формирование оппозиционно-вызывающего расстройства. Оппозиционно – вызывающее поведение часто может сочетаться с симптомами СДВГ и плохой школьной успеваемостью. Дети с подобными проблемами могут забывать приносить домашние задания, иметь низкий интерес к познавательной деятельности, обвинять в своих ошибках других. В предподростковом и подростковом возрасте данное расстройство может перейти в более глубокие формы проблемного поведения: расстройства поведения.

Б. Нарушения эмоциональной сферы

Эмоциональные проблемы у детей и подростков проявляются в форме реакций агрессии, тревоги, страха, депрессии.

- 1. Агрессия** – это сложная по своей структуре реакция, включающая эмоциональный компонент: гнев, раздражение; агрессивное поведение: нападение, удары, укусы; вербально-когнитивный компонент: высмеивание, обзывание и т.д., которые проявляются и меняются по мере взросления личности. Агрессия может проявляться у личности в различные возрастные периоды и может считаться нормой, если интенсивность ее проявления не слишком высока и агрессивные реакции исчезают с возрастом или снижается их проявление.
- 2. Страх** - это переживание конкретной психотравмирующей ситуации, часто происходящей неожиданно для личности. **Тревога**- это переживание, ожидаемой психотравмирующей ситуации, которая может произойти в будущем, содержащее в себе мобилизующий компонент. Страх и тревога рассматриваются в основном, как нормальная реакция на угрозу (или ожидание угрозы), исходящую из среды. Существуют проявления страха и тревоги, которые более выражены и длительны по времени, не поддаются произвольному контролю и не могут быть объяснены или логически опровергнуты. В таких случаях речь идёт о тревожных расстройствах, которые отличаются от нормальной тревожности и боязливости выраженной интенсивностью, которая непропорциональна ситуации, устойчивостью, сопутствующими соматическими реакциями, снижением уровня социальной адаптации.

3. Депрессивная реакция, которая включает чувство печали, одиночества, волнения может проявляться при психотравмирующей ситуации и рассматриваться как отклонение в пределах нормы.

Признаки депрессии у маленьких детей **от года до 3-4 лет** могут включать задержку или утрату возрастных достижений, таких как приучение к опрятности, правильный режим сна, интеллектуальный рост. У них появляется печальное выражение лица, они отводят глаза при близком контакте. Отмечается самоповреждающее поведение, например, они могут ударяться обо что-то головой, кусать, бить себя, а также самоуспокаивающее поведение, например раскачивание или сосание пальца. Требующее поведение может чередоваться с апатией и безразличием.

Депрессия в возрасте **6-8 лет** проявляется в форме раздражения, вялости, печального вида у ребёнка. Дети теряют интерес к доставляющим удовольствие занятиям или достижениям. Может отмечаться регресс в развитии, например утрата когнитивных навыков, социальная замкнутость, чрезмерная тревога при разлуке с близкими. Также отмечают неопределённые соматические жалобы, проблемы со сном, ночные кошмары и намерения причинить себе вред.

В **10-12 лет** проявляется снижение настроения, чувство вины, стремление к самопорицанию. Дети могут проявлять оппозиционно-вызывающее и агрессивное поведение, которое негативно отражается на взаимоотношениях со сверстниками, на успеваемости. Могут наблюдаться нарушения питания и сна, наряду с задержками развития. По мере взросления детей проявления депрессии могут становиться более тяжелыми, повышается вероятность суицида и утраты интереса или удовольствия (ангедония).

4. Дистимическое расстройство - характеризуется наличием пониженного настроения, которое наблюдается у подростков в течение года. У подростков негативное настроение может принимать форму скорее раздражительности, чем депрессии. Периоды депрессии могут сопровождаться потерей удовольствия от деятельности, чувством собственной бесполезности и усталости.

5. Тяжелая депрессия - состояние, отличающееся выраженностью симптомов и относительно внезапным началом, формирующимся под воздействием стрессовой ситуации. При выраженных и длительных проявлениях депрессии у ребёнка, подростка необходима консультация психиатра. При кратковременных депрессивных реакциях в ответ на психотравмирующее событие актуальна помощь психотерапевта или психолога. Психологическая коррекция в основном направлена на индивидуальную работу с ребёнком, на формирование позитивных установок, обучение уверенности и самоконтролю и т.д.



**Нарушения эмоционально-личностной
сферы при нервно-психических
заболеваниях и психических
состояниях**

Заболевания и состояния психики	Проявления нарушений эмоционально-личностной сферы
1. Невроз	<p>Болезненные эмоционально-аффективные реакции раздражения, негативизма, страха и др., эмоциональные состояния (страх, астения, пониженное настроение и т.д.), низкая фрустрационная толерантность.</p> <p>а) невроз навязчивых состояний - высокая сензитивность, тревожность</p> <p>б) больные истерией – лабильность эмоций, импульсивность;</p> <p>в) больные неврастенией – раздражительность, чувство усталости, утомляемость, слабость.</p>

Заболевания и состояния психики	Проявления нарушений эмоционально-личностной сферы
2. Психоз	<p>Склонность к эмоционально-аффективным реакциям патологического характера.</p> <p>а) эпилептоидная, гипертимная, истероидная психопатии - эмоционально-агрессивные вспышки;</p> <p>б) астеническая, психастеническая, сензитивная психопатии - тенденция к пониженному настроению, тоске, отчаянию, вялости;</p> <p>в) шизоидная психопатия – диссоциация эмоциональных проявлений («хрупкие, как стекло, по отношению к себе и тупые, как дерево, по отношению к другим»).</p>

Заболевания и состояния психики	Проявления нарушений эмоционально-личностной сферы
3. Эпилепсия	Склонность к дисфориям. При височной эпилепсии – страх, тревога, снижение настроения, злобность; реже – приятные ощущения в различных органах, чувство «озарения».
4. Шизофрения	Эмоциональная тупость, утрата дифференцированности эмоциональных реакций, их неадекватность. Из трех видов эмоций в большей степени страдают эмоциональные отношения, которые становятся патологически искаженными.
5. Маниакально-депрессивный психоз (биполярное аффективное расстройство)	Значительные перепады направленности эмоций (от эйфории до глубокой депрессии).
6. Депрессия	Склонность к дисфориям – пониженный фон настроения.