

НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«АССОЦИАЦИЯ МОСКОВСКИХ ВУЗОВ»

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

НАУЧНО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ

**ВОЗРАСТНАЯ ПСИХОЛОГИЯ – НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ И
РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Москва 2011 г.

I. Классификация и диагностика нарушений поведения и развития в детском и подростковом возрасте.	3
1. Классификация нарушения поведения и развития в детском и подростковом возрасте.	5
2. Классификация нарушения развития в детском и подростковом возрасте.	8
3. Диагностика нарушения поведения и развития в детском и подростковом возрасте.	8
II. Интервенция нарушений поведения и развития в детском и подростковом возрасте.	11
1. Некоторые факторы возникновения нарушений развития и поведения в детском и подростковом возрасте.	11
2. Основы, цели и подходы коррекции нарушений развития и поведения.	13
III. Профилактика и медиаторный подход.	19
1. Основные принципы профилактики.	19
2. Медиаторный подход.	19
Список использованной литературы	21

Возрастная психология – нарушения поведения и развития в детском и подростковом возрасте

Введение.

Исследования наглядно показывают, что существует довольно большая группа детей, нуждающаяся в особом внимании со стороны психологов и психотерапевтов. Различные нарушения в поведении, которые можно охарактеризовать непослушанием, плохим характером и др. на самом деле являются внешним выражением нервно-психических заболеваний. Скажем, неврозы часто выражаются беспокойством, страхами, неуверенностью в действиях и непоследовательностью в поступках, раздражительностью и обидчивостью, неустойчивым, легко меняющимся настроением (А.И. Захаров, 2000). В Европе и США лечение нарушений поведения и нарушений развития стоит в одном ряду с лечением других заболеваний. Выявление риска появления нарушения поведения и развития позволит организовать грамотную профилактическую работу с детьми и подростками, и обратить внимание на их самочувствие, психологическое состояние. Это в свою очередь предупредит появление неврозов и психосоматических заболеваний. Среди детей и подростков распространенность заболеваний со сложными взаимосвязанными психическими и соматическими проявлениями значительна и имеет устойчивую тенденцию к росту. До 40 % детей, наблюдаемых педиатрами, не имеют диагностически верифицированных заболеваний, хотя и предъявляют множество соматических жалоб.

Актуальность проблемы нарушения поведения и развития определяется ее масштабами и социально-экономическими потерями. Социальные последствия нарушения поведения и развития у детей и подростков проявляются в девиантных формах поведения: алкоголизме, наркомании, суицидальных явлениях. Примерно у 26% ранее гиперактивных детей в подростковом возрасте развивается антисоциальное и агрессивное поведение.

Классификация и диагностика нарушений поведения и развития в детском и подростковом возрасте.

Согласно современным исследованиям, проведенным в США и немецкоязычных странах сегодня от 12 до 17% детей и подростков страдают эмоциональными расстройствами или нарушениями поведения.

Согласно современным представлениям, дети с нарушениями развития (с проблемами в развитии, с отклонениями в развитии, с недостатками психофизического развития) — это дети, у которых вследствие врожденной недостаточности или приобретенного органического поражения сенсорных органов, опорно-двигательного аппарата или центральной нервной системы имеются отклонения от нормативного развития психических функций. В некоторых случаях нарушения развития могут быть вызваны и микросоциальными, средовыми причинами, не связанными с патологией анализаторов или центральной нервной системы. К таким факторам можно отнести неблагоприятные формы семейного воспитания, социальную и эмоциональную депривацию и т.д. Особенно тяжелые последствия имеет действие негативных микросоциальных факторов в период возрастных кризисов, когда отмечаются существенные качественные и количественные изменения в психическом развитии ребенка и подростка.

В работах ведущих отечественных специалистов показано, что при нарушенном развитии у детей наблюдаются нарушения умственной работоспособности, недостатки общей мелкой моторики, трудности во взаимодействии с окружающим миром, изменения способов коммуникации и нарушение средств общения, недостаточность словесного опосредствования, в частности нарушение вербализации, нарушение познания окружающего мира, бедность социального опыта.

Гармоничное развитие личности ребенка возможно при наличии здоровья, определяемого Всемирной организацией здравоохранения как состояние физического, психического и социального благополучия человека.

Нарушения в детском и подростковом возрасте подразделяются на «нарушения поведения» и «нарушения развития». На практике бывает не просто провести разделение, так как эти нарушения часто пересекаются и

находятся в отношениях взаимообусловленности. Часто отклонения в поведении сопровождают нервно-психические заболевания. За беспокойством, страхами, неуверенностью в действиях, непоследовательностью в поступках, раздражительностью и обидчивостью, неустойчивым, легко меняющимся настроением стоит невроз. Безусловно, постановка диагноза – прерогатива врача. Между тем каждый ребенок посещает дошкольное образовательное учреждение и школу. Поэтому важно рассматривать проблему нарушения поведения и развития у детей и подростков комплексно. Какие «нарушения развития» в смысле отставания в развитии или изменения развития ведут к определенным нарушениям поведения, специфичным для развития; классификация нарушения поведения и нарушения развития; диагностические методики; виды нарушений поведения и развития в детском и подростковом возрасте. Только с учетом полученных знаний можно рассматривать проблему с позиции профилактики. Л.С. Выготский указывал на первостепенную роль профилактических мер, направленных на предупреждение развития вторичных дефектов.

Классификация нарушения поведения в детском и подростковом возрасте.

Детей и подростков с нарушениями поведения можно узнать, прежде всего по их повторяющимся, стабильным паттернам поведения, которые ущемляют права других или ограничивают развитие самого индивида. В отличие от лиц с нарушениями развития, у которых еще только нужно сформировать навыки и умения действовать, и в отличие от лиц с социальной компетентностью, которые располагают многими альтернативами действия, лица с нарушениями поведения характеризуются либо отсутствием альтернатив действия, либо слишком развитыми, но неадекватными действиями.

Рассмотрим некоторые нарушения поведения в детском и подростковом возрасте.

Нарушения внимания. Нарушение внимания, проявляющееся в моторике, расстройствах научения и нейропсихологических функциональных расстройствах характеризуется нарушением внимания, неадекватному уровню развития, импульсивностью и повышенной возбудимостью. У большинства детей с дефицитом внимания обнаруживаются расстройства научения и соответствующая задержка в развитии.

Агрессивность – одно из нарушений социального поведения, от последствий которого в наибольшей степени страдает окружающий мир и которое из всех нарушений распознается проще всего. Согласно диагностическим критериям, агрессивность диагностируется в том случае, если проблемное поведение стабильно возникает, по крайней мере, в течение шести месяцев. Агрессия проявляется как в вербальной, так и невербальной форме и может быть направлена против людей или животных, а также на разрушение материальных объектов; может выражаться в воровстве, обмане или грубых правонарушениях. Различают нарушения социального поведения в зависимости от того, в каком возрасте впервые было замечено нарушение – в детстве (до 10 лет) или в подростковом возрасте (после 10 лет). В современных исследованиях дети с высокой агрессивностью описываются по следующим признакам:

- нет стабильных дружеских отношений со сверстниками;
- доминируют эгоистически мотивированные действия;
- нет чувства вины или раскаяния;
- для них не характерно позитивное социальное поведение (адекватное самоутверждение);
- искаженное восприятие социального взаимодействия;
- недостаточный самоконтроль в смысле способности задерживать свои агрессивные импульсы и обдумывать их;
- неумение думать о других людях и недостаточная способность к эмпатии.

Здесь существуют определенные пересечения с нарушениями внимания. С точки зрения дифференциальной диагностики агрессивность и нарушения

внимания различаются, прежде всего, интенциями, лежащими в основе поведения. Так под «агрессивностью» понимается целенаправленно причиняющий вред способ поведения, преследующий в качестве цели исполнение своих собственных эгоистических интересов. Дети же с нарушениями внимания часто сами страдают от неспособности целенаправленно управлять своим поведением. От агрессивных детей необходимо отличать и случаи упрямства (особенно в раннем детстве), которые характеризуются оппозиционным поведением по отношению к родителям или другим значимым лицам, однако без намерения причинить им вред.

Тревожные расстройства. Тревожные расстройства являются преимущественно «домашними» отклонениями от нормы, от которых страдает сам ребенок и его семья, чем дальше окружение. Тревожные расстройства, вызванные страхом перед разлукой, диагностируются в том случае, если ребенок в течение 4 недель страдает от следующих симптомов: чрезмерное горе из-за возможной или фактической разлуки со значимым лицом; отказ от посещения школы, а также жалобы на физические нарушения при предстоящей разлуке. При *расстройствах с чрезмерной тревожностью* дети озабочены из-за каких-либо будущих событий, при таких страхах невозможно обнаружить событие, вызвавшее тревогу. В качестве дополнительных психосоматических нарушений могут возникнуть удушье, тошнота или нарушения засыпания.

Расстройство избегания контактов (социофобия) также может быть описано, как социальная неуверенность. Социально неуверенные дети и подростки становятся в присутствии плохо знакомых им людей робкими, застенчивыми и уклоняются в этом случае от социального взаимодействия даже с друзьями. Кроме того, при сильной социальной тревоге у них появляется избирательный мутизм, или они начинают заикаться, теряют уверенность в себе и становятся пассивными.

Избирательный мутизм. Это расстройство характеризуется большим количеством легко различимых симптомов: на первый план выходят нарушения речи, которые приводят при общении детей с некоторыми партнерами к полной

«немоте». С другими (как правило, с членами семьи) происходит адекватное возрасту общение.

Классификация нарушений развития в детском и подростковом возрасте.

Различают умственную отсталость как нарушение общего развития и специфические нарушения развития, например расстройства научения, нарушения моторных навыков и нарушения коммуникации. Особенно хорошо известно аутистическое расстройство в раннем детском возрасте.

Аутистическое расстройство характеризуется следующими нарушениями: 1) социального взаимодействия, 2) использование вербального и невербального поведения и 3) использование игрового поведения. Для его диагностики необходимо, чтобы, по крайней мере, в одной из перечисленных областей до конца третьего года жизни наблюдались отклонения от нормы.

Намного чаще аутистического расстройства встречаются специфические нарушения развития, такие как речевые нарушения, нарушения школьных и моторных навыков.

Во многих случаях специфическое нарушение развития оказывается связанным с нарушением поведения. Здесь необходимо проверить, в какой мере из имеющихся нарушений развития вытекают нарушения поведения (например, может ли нарушение внимания быть следствием недостаточного когнитивного развития и наблюдаться в ситуациях, в которых ребенку предъявляются специфические требования).

Диагностика нарушения поведения и развития в детском и подростковом возрасте.

Наличие нарушений поведения может быть констатировано на многих уровнях. Информация собирается из оценок, которые дают ребенку родители, воспитатель, учителя и другие значимые люди. Поскольку нарушения поведения не распространяются на все области жизни, т.е. не бывает просто агрессивных детей, то диагностическая информация должна собираться применительно к определенным ситуациям.

Для получения необходимой информации проводится: собеседование с родителями, тестирование и опрос детей, наблюдение и др.

Агрессивность. Прежде всего, необходимо провести подробный опрос родителей по ряду вопросов: физическое развитие ребенка, развитие социальных отношений, поведенческий анализ семейных событий, оценка взаимоотношений с сиблингами и со сверстниками, информация о видах деятельности в семье, данные об отношениях между родителями и ребенком, социальная выносливость ребенка. Следующим шагом должно стать наблюдение в течение достаточно продолжительного времени (скажем, ежедневно в течение недели). При этом особое внимание необходимо уделять поведению ребенка в ситуациях, в которых ему предъявляются различные требования. На следующем этапе необходимо определить с помощью ситуативных тестов те условия (родительский дом, дошкольное учреждение или школа и т.п), при которых возникает та или иная агрессия. Для диагностики агрессивности используются методики: тест определения особенностей межличностных отношений Рене Жиля; тест Розенцвега для изучения особенностей поведения ребенка в конфликтных ситуациях; тест «Сказка» Л.Дюсс; опросник Басса – Дарки; методика диагностики агрессивности АюАссингера; Фрейнбургская анкета агрессивности и др.

Тревожные расстройства. Для диагностики тревожных расстройств был разработан «Лист наблюдений за социально неуверенным поведением», позволяющий проводить систематический анализ поведения по 12 параметрам. Как для индивидуальных, так и групповых исследований используется «Опросник тревоги у школьников». Этот опросник является многофакторным и выявляет степень страха перед экзаменом, степень манифестируемой тревоги и нежелания ходить в школу. Тест детской тревожности Темпл-Дорки-Алин; оценка эмоциональных проявлений Г.Степановой.

Нарушение внимания. Эти нарушения можно надежно выявить с помощью «Тест внимания при визуальном восприятии»; методики «Красно-

черная таблица»; «Найди и вычеркни»; «запомни и расставь точки»; «Поставь значки».

Аналогичные тенденции характерны и для диагностики развития.

Аутизм. Результаты исследований показывают, что различные нарушения детей с аутизмом должны исследоваться вместе. При этом преследуется цель установить профиль коммуникативных и когнитивно-социальных способностей. Так как дети с аутизмом значительно отличаются от очень маленьких нормальных или умственно отсталых детей, прежде всего качеством своего социального поведения, инициированием коммуникации и своей реакцией на попытки привлечь их внимание, для диагностики взаимодействия используется видеоанализ. Новые исследования подтвердили, что тщательный видеоанализ естественного взаимодействия матери и ребенка способен выявить типичные социально-коммуникативные отклонения от нормы детей еще до 4-летнего возраста. Для проведения диагностики взаимодействия в детском и подростковом возрасте можно привлечь специфические поведенческие аспекты «Шкалы детского аутизма». Этот метод использует данные структурированного наблюдения за поведением и позволяет с помощью 15 рейтинговых шкал дифференцировать аутичных детей и детей с умственной недостаточностью, а также отличать аутизм средней степени тяжести от нарушений коммуникации у детей без аутизма. Для дифференциальной оценки аутизма центральное значение имеет профиль развития и интеллекта. «Профиль развития и поведения» является специально разработанной методикой для диагностики аутичных детей с тестом, который выявляет различные способности и психопатологические отклонения от нормы. «Руководство по диагностике аутизма» является дифференцированной системой наблюдения, содержащей модули для детей неговорящих, малоговорящих и с соответствующей возрасту речевой способностью и применимо для диагностики различных возрастных периодов.

Нарушение чтения и письма. «Диагностический тест правописания для 1,2,3,4 и 5 классов» - это дифференцированная система, которую можно

использовать как для ранней диагностики проблем правописания, так и для выявления школьной успеваемости.

Интервенция нарушений поведения и развития в детском и подростковом возрасте.

Большая проблема по устранению и коррекции нарушений поведения и развития в детском и подростковом возрасте заключается в том, что между возникновением расстройства и началом его лечения обычно проходит слишком много времени. Большинство аутических расстройств начинается, например, в первый год жизни ребенка, однако впервые оно идентифицируется между четвертым и пятым годами. Ранняя коррекция антисоциального поведения у младших школьников могла бы предотвратить его хронизацию и тяжелых агрессивных расстройств в подростковом возрасте. Психологические меры, ориентированные на содействие развитию, все чаще направлены не только на самого отклоняющегося от нормы ребенка, но и на его семью и дальнейшее социальное окружение (детский сад, школа).

Если целью является проведение широкомасштабных мероприятий и целенаправленный прогноз эффективности, то необходимы терапевтические тренинговые комплексы, которые позволили бы ребенку или его семье сформировать новое поведение в различных сферах жизни. Психопатология развития занимается, например, такими аспектами, как обусловленная развитием трансформация гиперактивности в агрессивность и позднее в делинквентность. Данные исследований показывают, например, что при аутистических расстройствах 70% детей обнаруживают умственную недостаточность, а в подростковом возрасте у трети возникает эпилепсия. Примерно у 36% тревожных детей выявляются, по крайней мере, два тревожных расстройства, около 15% страдают еще и депрессией. В таких случаях вышеупомянутые терапевтические комплексы являются необходимыми.

Некоторые факторы возникновения нарушений развития и поведения в детском и подростковом возрасте.

Результаты клинических и психолого-педагогических исследований показали, что характерологические аномалии у детей происходят уже на ранних этапах социализации под влиянием следующих патогенных факторов:

- наличие признаков резидуально-органического поражения ЦНС анте-, пери- и постнатального генеза;
- микросоциальная и педагогическая запущенность;
- неправильный тип воспитания в семье.

Специфические детские психологические нарушения возникают в кругу семьи в результате разнообразных и оказывающих взаимное влияние факторов и процессов, приводящих к патологическим результатам в случае каждого ребенка. Эти факторы разнятся у детей, страдающих одним и тем же расстройством. Даже с одним и тем же специфическим расстройством демонстрируются особенности этого расстройства по-разному. Например, агрессия может проявляться как воровство, обман и др. Пути, ведущие к любому конкретному расстройству, многообразны и взаимосвязаны, а не одномерны и статичны. Большинство форм детской психопатологии не может быть сведено к единственной причине. Существенным фактором риска возникновения нарушений является позиция родителей «Ребенок – кумир семьи», когда удовлетворение потребностей ребенка превалирует над потребностями других членов семьи, что приводит к снижению эмоциональной децентрации – способности ребенка воспринимать и учитывать в своем поведении состояния, желания и интересы других людей. Фактором риска является отсутствие одного из родителей и конфликтные отношения в семье, которые часто приводят к развитию невротических симптомов: энуреза, истерических приступов страха, фобий, изменению в поведении (сильно выраженной общей готовности к реагированию, боязливости, робости, склонности к депрессивным состояниям, недостаточной способности к фантазированию), возможно нарушение половой идентификации. Нормальное развитие детей может оказаться в опасности ввиду факторов риска,

включающих в себя критические, стрессовые ситуации и бедственные социальные условия. Фактором возникновения нарушений развития и поведения в детском и подростковом возрасте является депривация. Депривация материнская (эмоциональная), возникающая в раннем детстве в связи с недостаточностью контакта с матерью), приводит к развитию аффективной возбудимости. С одной стороны эти дети требуют внимания и ласки со стороны взрослых, с другой – отличаются крайней обидчивостью, конфликтностью, легким возникновением дисфорических расстройств, сопровождающихся злобностью, агрессивностью и негативными реакциями.

Депривация сенсорная (лишение необходимой для жизнедеятельности информации); неудовлетворенность потребности в накоплении знаний может стать фактором депривации и сопровождаться появлением внутренних невротических конфликтов.

- депривация социальная – недостаточность контактов с окружающей средой, влияющих на психическое развитие ребенка, или нарушение уже сложившихся механизмов социальной адаптации; она может привести к возникновению депрессий, тяжелых неврозов, психогенных психозов. Депривация тем более патогенна, чем младше ребенок и чем больше потребностей она охватывает. К настоящему времени систематизированы случаи тотальной многоплановой депривации в раннем детском возрасте, когда речь идет не просто о психогенных расстройствах, а о тяжелых и необратимых нарушениях познавательной деятельности и психического развития ребенка в целом.

Основы, цели и подходы коррекции нарушений развития и поведения.

Мы рассмотрим три нарушения поведения (агрессивность, гиперактивность/невнимание, социальная неуверенность) и одно нарушение развития (аутизм).

У агрессивных детей, как правило, наблюдается искаженная и неадекватная переработка информации, что приводит к неправильной интерпретации социальных ситуаций. Для социального восприятия таких детей типично то, что они располагают небольшим количеством альтернативных решений межличностных проблем, сильнее концентрируются на целях, чем на средствах и путях достижения и нечувствительны к конфликтным ситуациям. Основная задача при «лечении» агрессивности – привить детям новые социальные навыки. Существуют различные подходы изменения поведения. Причем чем раньше начинается комплексная поведенческая терапевтическая программа, тем лучший результат достигается. Для этого проводится тренинг контроля над гневом. Цель которого научить агрессивных детей обращаться с негативными эмоциями. Согласно этому подходу, «автоматизм» гнев/ярость – агрессия» можно прервать в три этапа: во-первых, когда агрессивные дети ищут и воспринимают альтернативное поведение, во-вторых, когда они его тренируют и со временем закрепляют, и, в-третьих, когда они реализуют его и в усложненных условиях (ярость/гнев). Эти этапы осуществляются с помощью ролевых игр, в ходе которых агрессивные дети учатся по-новому оценивать ситуацию, которая до сих пор была связана с агрессией. Петерманн объединил отдельные эффективные тренинговые стратегии и различные тренинги в единый комплекс. Этот комплекс несколько шире обычных стратегий для детей и комбинирует индивидуальный и групповой тренинг для агрессивных детей с систематической работой с родителями. С помощью тренинга достигаются следующие цели:

- привычное восприятие изменяется за счет дифференцированного самонаблюдения и наблюдения другими;
- тренируется адекватное самоутверждение как альтернатива агрессивности, а также кооперация и оказание помощи как альтернативное поведение;
- уменьшается привычка к агрессивному поведению на основе новых решений проблем, которые ребенок усваивает в ролевой игре;

- подкрепляется потенциал торможения за счет эмпатии, поскольку демонстрируется, каково бывает жертвам агрессивных действий;
- формируется самоконтроль;
- по-новому оцениваются возможные последствия за счет рефлексии в ходе ролевой игры и реализации приобретенного поведения в повседневной жизни.

Нарушения внимания и гиперактивность, согласно новым результатам психопатологического исследования, ориентированного на развитие, представляют собой не столько преходящие нарушения, сколько долговременные проблемы, продолжающиеся в течение всей жизни. Примерно у 26% ранее гиперактивных детей в подростковом возрасте развивается антисоциальное и агрессивное поведение. Для детей дошкольного возраста, т. е. возраста, в котором чаще всего начинаются нарушения, была разработана специфическая терапевтическая концепция. Эта концепция повышения интенсивности игр и занятий, а также выносливости делится на пять фаз: основу образует формирование позитивных и прочных отношений с ребенком. Вторая фаза представляет собой наблюдение за ребенком в по-разному структурированных игровых ситуациях, что позволяет определить необходимые интервенционные подходы. Затем на основе этих наблюдений посредством поведенческих техник и элементов тренинга самоинструктирования целенаправленно формируется поведение, связанное с интенсивными занятиями, которое стабилизируется в четвертой фазе и переносится в пятой фазе на все более сложные повседневные ситуации. Проведенный анализ единичных случаев подтвердил эффективность отдельных компонентов терапии.

Чтобы достичь стабильного, генерализованного на различные ситуации эффекта, тренинг с гиперактивными детьми необходимо проводить в течение долгого времени, дополнять его тренингом родителей и исходить из различных, значимых для ребенка ситуаций. При этом речь должна идти о естественных требованиях к ребенку.

Тренинг самоинструктирования — это когнитивно-поведенческая интервенция, разработанная в 70-е годы. Целью этих форм интервенции является улучшение способностей к самоконтролю и рефлексивных стратегий решения проблем ребенка, чтобы тем самым повысить регуляцию поведения. Ребенок должен научиться концентрировать внимание, контролировать импульсы и планировать действия при решении задач. На модели «думающего вслух» психотерапевта ребенок учится тому, как можно постепенно решить эти проблемы. Психотерапевт, являющийся моделью, особенно выделяет следующие этапы решения проблемы, чтобы ребенок перенял их как внутренние вербализации:

- значение определения проблемы (*Что здесь происходит?*);
- направление внимания на аспекты проблемы (*С чем у меня проблемы?*);
- обдумывание и взвешивание различных возможностей решения (*Что я могу сделать?*);
- оценка правильности решения и коррекция ошибок (*Что мне удалось, а что нет? Что я должен еще сделать?*);
- подтверждение собственного успеха (*Это у меня здорово получилось!*).

Под тревожными расстройствами в детском и подростковом возрасте понимаются такие расстройства, при которых возникает страх перед специфическими ситуациями (тревожное расстройство, вызванное разлукой, избегание контактов), а также такие, при которых страх касается самых разнообразных ситуаций (например, сверхтревожность). Мы ограничимся в основном рассмотрением сверхтревожности, так как она, во-первых, включает в себя и остальные специфические формы тревоги, а во-вторых, предъявляет более серьезные требования к терапевтической интервенции. Дети с этим расстройством характеризуются еще и как социально неуверенные, поскольку они часто становятся чрезмерно тревожными в социальных ситуациях и ситуациях, в которых оценивается их успешность. С диагностической и терапевтической точек зрения очень важно различать детей с социальной тревогой, возникающей из-за недостатка социальных навыков, и тревожных

детей с хорошими социальными навыками, но у которых есть проблемы с учебой. В первом случае речь идет о нарушении развития, а во втором — о нарушении поведения.

Стабильных изменений при этих расстройствах также можно достичь только благодаря комплексным тренингам. Такой подход изменяет процесс взаимодействия, поскольку в ролевых играх тренируются новые способы поведения, закрепляющиеся затем при их реализации в повседневной жизни. Комплексные тренинги включают в себя работу в группе сверстников и в родительском доме. За счет своей широты эти тренинги необычайно гибкие и могут ориентироваться не только на симптомы, но и «подстраиваться» под конкретные проблемы ребенка.

Аутизм

Лечение аутизма представляет собой сложный процесс, что не в последнюю очередь определяется тем, что 70-80% всех аутичных детей дополнительно страдают умственной отсталостью, т. е. наряду со специфически аутистическими изменениями у них нарушено общее развитие. Неврологическое нарушение ЦНС с большой вероятностью обнаруживается почти у всех аутичных детей и проявляется почти сразу после начала расстройства, чаще всего еще до двухлетнего возраста. Для лечения аутизма это означает, что:

- должны быть концепции обращения с аутичными детьми, учитывающие типичные качественные изменения психологического развития;
- терапия должна начинаться как можно раньше и быть как можно интенсивнее, чтобы компенсировать нарушения.

Для терапевтической работы с аутичными детьми отсюда можно вывести три следствия:

- 1) Так как аутичные дети не способны к генерализации различных раздражителей, то терапевтическая ситуация должна быть спланирована таким образом, чтобы ребенок учился применять новое поведение независимо от контекста. В число раздражителей, от которых часто зависит усвоение чего-то

нового, входят психотерапевт, его стиль взаимодействия, а также само подкрепление и терапевтическая ситуация. Так, некоторые аутичные дети демонстрируют приобретенное поведение лишь тогда, когда присутствует психотерапевт; другие лишь только в определенном помещении или при специальном действии.

2) Аутичные дети не переносят свои приобретенные реакции на другие способы поведения (генерализация реакций). Поэтому каждое поведение необходимо тренировать отдельно. Если аутичный ребенок учится, например, смотреть на человека, то это еще не означает, что он одновременно учится и поворачивать в его сторону голову. Но если ребенок учится способам поведения в имеющем для него смысл контексте, если эти способы поведения ему понятны и реакции происходят спонтанно, то тогда ему удаются разнообразные реакции и становится возможным перенесение приобретенных навыков на другие поведенческие сферы.

3) Чтобы достичь долговременного терапевтического эффекта, необходимо постепенно включать в терапевтический процесс социальное окружение ребенка. Родителей, учителей, сиблингов нужно целенаправленно инструктировать на предмет того, как нужно обращаться с ребенком, и всячески поддерживать их в этом. Работа в естественном окружении ребенка призвана вызвать у него правильные реакции. Благодаря этому повышается вероятность спонтанной генерализации на похожие отношения. Ослабление жесткой связанности стимула с определенной ситуацией происходит за счет того, что используются натуральные материалы и подкрепление со стороны лиц, окружающих ребенка в повседневной жизни .

Самая известная программа поведенческой терапии аутичных детей *«Лечение и обучение аутичных и некоммуникабельных детей»*. Существенным в этой терапевтической программе, продолжающей постоянно совершенствоваться, является нацеленное на ребенка планирование терапии, которое опирается на широкую диагностику и ориентацию на цели развития

ребенка, а также на осуществляемое специалистами и родителями содействие развитию ребенка.

Профилактика и медиаторный подход.

Основные принципы профилактики. Принципами профилактики нарушений развития и поведения является:

1. Предупреждение возникновения поведенческих аномалий; раннее выявление аномалий поведения и предупреждение их дальнейшего развития; комплексность лечебно-профилактических и коррекционных мероприятий.
2. Дифференцированный подход к процессу лечения и занятий с учетом возрастных и индивидуальных особенностей ребенка, а также типологии поведенческих нарушений.
3. Взаимопроникновение коррекционных и общепедагогических целей.
4. Опора на сохраненные и компенсаторные механизмы с целью повышения результативности проводимой системы мер.

Медиаторный подход.

Медиаторный подход охватывает формы психологической интервенции, которые направлены не прямо на нуждающегося в поддержке ребенка, а на его социальное окружение. В рамках медиаторного подхода родители приобретают основополагающие навыки и умения воспитания ребенка, которые позволяют им впоследствии самостоятельно преодолевать проблемные ситуации. Таким образом, возникновение нарушений может быть предупреждено. Значимые для ребенка лица осваивают с помощью тренинга медиаторов следующие навыки:

- без предрассудков воспринимать поведение ребенка;
- с помощью целенаправленного подкрепления поддерживать поведение ребенка;
- устранять недостатки поведения ребенка, оказывая ему целенаправленную помощь;
- оценивать проблемное поведение как вполне преодолимое.

Наряду с повышением чувствительности к детскому поведению новые стратегии дополняются поведенческим тренингом, например в форме ролевых игр.

Родители используются также в качестве медиаторов для того, чтобы мотивировать к совместной работе детей, полностью отказывающихся от таковой. Ввиду того что такой отказ от сотрудничества часто является предвестником будущего агрессивного, этот подход носит профилактический характер. Сначала вместе с родителями определяются проблемные ситуации; затем один из родителей тренирует новое поведение, которое он мог бы применить в выбранных ситуациях. В ходе учебной ситуации мать или отец получают информацию о том, как они должны себя вести, незаметно, через наушники. Тренинг состоит из двух фаз: сначала осваивается эффективная стратегия подкрепления, а затем и техники (например, метод исключения позитивного подкрепления), с помощью которых можно редуцировать поведение отказа.

Центральной частью такой комплексной программы обязательно является семейная интервенция. Многие приверженцы семейной терапии даже рассматривают мероприятия, направленные на семью, как вполне достаточные, мероприятия же, направленные на ребенка, как излишние, если даже не как вредные.

Целью этих семейных интервенционных подходов является главным образом такое изменение условий семейного окружения, чтобы кратковременный эффект, достигнутый при терапии или тренинге ребенка, стал долговременным. Семейная интервенция как вспомогательный или основной подход в рамках терапии ребенка показана уже только потому, что большую часть причин детских нарушений поведения и развития можно объяснить, только исходя из семейного контекста, который может также и поддерживать нарушение.

В заключение можно сказать, что организация психолого-педагогической работы по профилактике нарушений поведения и развития детей и подростков

ставит перед педагогами задачи, требующие междисциплинарного подхода. Учитывая социальное окружение, условия жизни, состояние физического здоровья, педагог может прогнозировать возникновение нарушений поведения и развития у детей и подростков.

Список литературы.

1. Анцыферова Л.И. Эпигенетическая концепция развития личности Эрика Г. Эриксона. // Принцип развития в психологии. – М., 1978.
2. Анн Л.Ф. Психологический тренинг с подростками. – СПб., 2007.
3. Андреева А.Д., Вохмянина Т.В., Данилова Е.Е., Дубровина И.В. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми: Учебное пособие для студентов средних педагогических учебных заведений. – М., 1998.
4. Александрова В.А., Братова Е.А. Перинатальные поражения центральной нервной системы и их последствия у детей в практике педиатра. – СПб., 2010.
5. Алямовская В.Г., Петрова С.Н. Предупреждение психоэмоционального напряжения у детей дошкольного возраста. – М., 2000.
6. Баенская Е. помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст). – М., 2009.
7. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. – М., 1988.
8. Бондаренко А.Ф. Психологическая помощь: теория и практика. – М., 2000.
9. Борякова Н.Ю., Касицина М.А. Коррекционно-педагогическая работа в детском саду для детей с ЗПР. – М., 2007.
10. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М., 1988.
11. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. – М., 1989.
12. Бурменская Г.В., Карабанова О.А., Лидерс А.Г. Возрастно-психологическое консультирование. Проблемы психического развития детей. – М., 1990.

13. Буянов М.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. – М., 1976.
14. Валлон А. Психическое развитие ребенка. – М., 1967.
15. Возрастная и педагогическая психология. – М., 1979.
16. Волков Б.С., Волкова Н.В. Задачи и упражнения по детской психологии. – М., 1991.
17. Винникотт Д.В. Разговор с родителями. – М., 1995.
18. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6 т. Т. 4 – М., 1984.
19. Годфруа Ж. Что такое психология.: В 2-х т.: Пер. с франц. – М.: Мир, 1992.
20. Долгова А.Г. Агрессия в младшем школьном возрасте. – М., 2009.
21. Добрович А.Б. Воспитателю о психологии и психогигиене общения. – М., 1987.
22. Екжанова Е.А., Стреблева Е.А. Коррекционно-педагогическая помощь детям. – С.Пб., 2008.
23. Забромная С.Д. От диагностики к развитию. – М., 1998.
24. Заика Е.В. Комплекс интеллектуальных игр для развития мышления учащихся. // Вопросы психологии, 1990, №6.
25. Захаров А.И. Неврозы у детей. – П., 2000.
26. Захаров А.И. Предупреждение отклонений в поведении ребенка. – П., 2000.
27. Зейгарник Б.В. Теории личности в зарубежной психологии. – М., 1982.
28. Зяблицева М.А. Развитие памяти и воображения у детей. Игры и упражнения. – Ростов н/Д., 2005.
29. Изард К.Е. Психология эмоций. – СПб., 1999.
30. Иванов Н.Я., Личко А.Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. – СПб., 1994.
31. Истратова О.Н. Практикум по детской психокоррекции: игры, упражнения, техники. – Ростов н/Д., 2007.

32. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. – СПб., 2001.
33. Карманчиков А.И. одаренность: диагностика и технологии развития мышления у учащихся. – М., 2008.
34. Карабанова О.А. Игра в коррекции психического развития ребенка. – М., 1997.
35. Кан-Калик В.А. Учителю – о педагогическом общении. М., 1987.
36. Киселева М.В. Арт-терапия в практической психологии и социальной работе. – СПб., 2007.
37. Клиническая психология / Под ред. М. Перре и У. Баумана. *Текст* с.158, 161-165. – СПб., 2002.
38. Ковалева Н.В. Профилактика агрессивного поведения у детей разного возраста. – М., 2008.
39. Кон И.С. Психология ранней юности. – М., 1989.
40. Кон И.С. Психология юношеского возраста: (Проблемы формирования личности.) Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов. – М., 1979.
41. Коношенко О. Домашний психолог. Сказкотерапия. – М., 2003.
42. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия: Рук. для врачей. – М., 1999 г.
43. Левченко И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: Учеб. пособие. – М., 2000.
44. Лютова Е.К. Шпаргалка для взрослых: психопрофилактиционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. – СПб., 2002.
45. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. – СПб., 2001.
46. Марцинковская Т.Д. Детская практическая психология. – М., 2001.
47. Минаева В.М. Развитие эмоций дошкольников. Занятия, игры. – М., 1999.
48. Муссен П. и др. Развитие личности ребенка. Пер. с англ. – М., 1987.

49. Нариевская И.Н., Сабирова Н.Г. Профилактика нарушений в поведении дошкольников. – М., 2009.
50. Непомнящая Н.И. Психодиагностика личности. – М., 2001.
51. Никольская А.А. Возрастная и педагогическая психология в дореволюционной России. – Дубна, 1995.
52. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб, 2000г.
53. Обухова Л.Ф. Детская психология: теории, факты, проблемы. – М., 1995.
54. Обухова Л.Ф. Концепция Жана Пиаже: за и против. – М., 1981.
55. Осипова А.А. Общая психокоррекция: Учебное пособие для студентов вузов. – М., 2002.
56. Панфилова М.А. Игротерапия общения. – М., 2008.
57. Пиаже Ж. Избранные психологические произведения. – М., 1986.
58. Пиаже Ж. Теория Пиаже. //История зарубежной психологии (30 – 60 гг XX в.). Тексты. – М., 1986.
59. Поливанова К.Н. Психологический анализ кризисов возрастного развития. / Вопр. психол. – 1994 – №1.
60. Пожиненко Е.А. Энциклопедия развития ребенка. – С.Пб., 2008.
61. Пчелинцева Е.В. Коррекционно – профилактическая работа с дошкольниками пережившими насилие. – М., 2000.
62. Практическая психология образования / под ред. И.В. Дубровиной. – М., 1997.
63. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми: Учеб. пособие для студентов сред. пед. учеб. заведений / Под ред. И.В. Дубровиной. – М., 1998.
64. Рычкова Н.А. Поведенческие расстройства у детей: диагностика, психопрофилактика и коррекция. – М., 1998.
65. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании: учебное пособие. – М., 1995.

66. Самоуткина Н.В. Игровые методы в обучении и воспитании (психотехнические упражнения и коррекционные программы). – 1992.
67. Сапогова Е.Е. психология развития человека: Учебное пособие. – М., 2001.
68. Смирнова Т.П. Психологическая коррекция агрессивного поведения детей. – Ростов н/Д., 2003.
69. Серебрякова Н.В. Коррекционно-развивающая работа с детьми. – С.П., 2008.
70. Томас Й. Вейс. Как помочь ребенку? – М., 1992.
71. Фейдимен Д., Фрейгер Р. Личность и личностный рост. – Нью-Йорк, служебный перевод.
72. Флэйк-Хобсон К., Робинсон Б.Е., Скин П. Мир входящему: Развитие ребенка и его отношений с окружающими. – М., 1992.
73. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. – М., 1989.
74. Цукерман Г.А. Психология саморазвития: задачи для подростков и их педагогов. – М., 1994.
75. Чистякова М.И. Психогимнастика / Под ред. М.И. Буянова. – М., 1995.
76. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. – М., 1989.
77. Эриксон Э. Жизненный цикл: эпигенез идентичности. /Архетип – 1995 – №1.
78. Ярошевский М.Г. История психологии.– М., 1985.