

Поведенческие расстройства у детей - Медико-педагогические исследования

По многообразию вариантов формирования личностных и поведенческих расстройств выделены так называемые «группы высокого риска».

Выделение и изучение групп риска в психиатрии сопровождается с определенными трудностями, связанными с необходимостью междисциплинарного подхода. Поэтому важно исследование не только клинических, но и психологических и социальных факторов, а также рассмотрение ряда юридических вопросов.

С целью дифференциации лечебной и коррекционной работы проводится комплексное медико-педагогическое обследование, которое осуществляется психоневрологом, дефектологом, педиатром, психологом, физиологом совместно.

Клиническое обследование включает тщательный сбор анамнестических сведений; выявляются имеющиеся отклонения в психоневрологическом статусе, данные соматического здоровья, а также особенности психомоторного развития, объективные показатели инструментальных исследований.

Психолого-педагогические исследования охватывают познавательную сферу, деятельность (целенаправленность, способ, установка на результат, продуктивность), состояние произвольных движений (общих и тонких), экспрессивную и импрессивную речь, характер и уровень ведущего вида деятельности, поведение в разных ситуациях, эмоционально-волевую сферу, внимание, особенности мышления, обучаемость и упражняемость, чтение и письмо (для младших школьников), личностные особенности (интересы, привязанности, самооценка, тип реагирования на внешние воздействия).

С родителями детей проводятся клинические и педагогические беседы, обследование с помощью психологических методик (тесты ММРІ, Люшера, незаконченных предложений, а также исключение понятий, классификация, ответные ассоциации) с целью составления личностных характеристик, выявления уровня и механизмов социальной и трудовой дезадаптации.

В большинстве случаев среди обследованных больных групп высокого риска отмечается ранняя церебрально-органическая недостаточность анте-, пери- и постнатального генеза. Признаки ее обнаруживаются рано и проявляются в виде рассеянной неврологической симптоматики и в различной степени выраженности церебрастенического синдрома. Последний проявляется в виде утомляемости, истощенности, повышенной раздражительности и двигательной расторможенности.

Прицельные лечебно-коррекционные воздействия требуются при синдроме раннего детского аутизма у детей дошкольного и младшего школьного возраста.

К группе высокого риска относятся также дети с высокой наследственной отягощенностью нервно-психической патологией, в частности шизофренией.

Как правило, имеют место неблагоприятные беременность и роды, асфиксия плода, тяжело протекающие в ранние годы инфекционные и простудные заболевания.

Микросоциальные условия и характер воспитания

Многие из обследованных родительских семей являются социально деградированными, ведут откровенно аморальный образ жизни. Внутрисемейный микроклимат в нравственно и социально дезорганизованных семьях отличается высокой конфликтностью в быту и на работе, враждебностью, агрессивностью во взаимоотношениях между членами семьи. Низкий уровень культуры и знаний, социально трудовой адаптации, быта частая алкоголизация кого-либо из родителей в сочетании с нарушениями взаимоотношений между ними оказывают отрицательное влияние на характер и специфику приемов воспитания ребенка и ухода за ним.

В большинстве случаев это неполные и распадающиеся семьи, характеризующиеся социальной дезадаптацией и деформацией психологической атмосферы, вследствие чего в них не только в значительной степени снижена полноценность осуществления воспитательной функции, но и имеет место искажение формирования эмоциональных реакций ребенка.

Типологические особенности нарушений

В настоящее время изучены индивидуально-типологические особенности поведенческих нарушений у детей в связи с психологическим механизмом влияния отношений в семейном воспитании.

Так, в случае, когда родители проявляют безразличие, невнимание, когда отсутствуют эмоциональная привязанность матери к ребенку, т.е. при эмоционально отвергающем поведении матери, дети не только испытывают эмоциональную и сенсорную депривацию, заброшенность, но и подвергаются постоянному психическому травмированию, что приводит, в силу незащитности ребенка, к развитию аффективной возбудимости. С одной стороны, эти дети назойливо требуют внимания и ласки к себе со

сторона взрослых, с другой – отличаются крайней обидчивостью, конфликтностью, легким возникновением дисфорических расстройств, сопровождающихся злобностью, агрессивностью и негативными реакциями.

В семьях, характеризующихся обострившимися внутрисемейными отношениями, поведение родителей определяется, как правило, различными несогласиями, противоречиями, частыми ссорами и аффективными способами их разрешения. Тип воспитания отличается несдержанностью и грубостью родителей в обращении с ребенком, несогласованностью воспитательных приемов в сочетании с периодами временной «заброшенности». Детей из таких семей наряду с педагогической запущенностью обычно отличает плохое адаптирование, неуверенность в себе, трудности при вступлении в контакт со сверстниками и взрослыми. В отдельных случаях дети проявляют элементы деспотических требований при стремлении достичь своих целей. Под влиянием незначительных отрицательных воздействий многие из них склонны проявлять черты сензитивности и тормозимости. Самозащита выражается как в виде пассивно-оборонительных действий, так и в виде аффективных вспышек.

Как бы «эмоционально заряжаясь», дети легко перенимают, копируют способы выражения чувств, что проявляется в ходе игровых ситуаций, а также в процессе контактов со сверстниками и взрослыми (сквернословие, особенности эмоциональных реакций и их двигательных компонентов, характер конфликта и т.д.).

Уровень психического развития и дефекты поведения

Исследование уровня психического развития проводится по специально разработанной схеме с учетом имеющихся методических разработок в этой области. Используются также общепринятые в детской патопсихологии экспериментальные тесты.

Полученные результаты свидетельствуют, что все обследованные больные обнаруживают задержку психомоторного и речевого развития, выраженную в разной степени (легкая, средней тяжести и тяжелая), отклонения в состоянии эмоционально-волевой сферы и поведения.

Так, дети испытывают значительные трудности в выполнении проб на статическую, динамическую координацию и одновременность движений, тонкие и мимические движения у них недифференцированные, не удаются действия с мелкими предметами, отмечаются патологические движения (тики, гиперкинезы), синкинезии. Задержка речи имеет место в 95 % случаев, на ее фоне обнаруживаются явления стертой дизартрии (25 % случаев) и сложной дислалии (70 % случаев), синдром общего недоразвития речи. Уровень познавательной деятельности и способы выполнения действий у

всех детей ниже возрастной нормы, некоторые из них не сличают цвета и форму, не осуществляют переноса. Игра в преобладающем большинстве случаев не носит процессуального характера и неспецифическое манипулирование предметами. Запас знаний и сведений об окружающем мире ограничен, соответственно словарный запас беден. 80 % детей не владеют навыками самообслуживания. Дети обнаруживают обозначенные выше отклонения в поведении. При обследовании функции внимания у детей выявляются такие особенности, как медленная переключаемость, недостаточная его концентрация, объем и распределение.

Следует особо выделить детей с наследственной отягощенностью шизофренией. У таких детей существует высокая врожденная предрасположенность к возникновению эндогенного заболевания, или опосредованно, через неадекватные условия социализации, к формированию личностных и характерологических аномалий. При обследовании нередко выявляются дефекты поведения и задержка в развитии, диссоциация отдельных сторон деятельности и черты аутизации.

В дошкольном возрасте наряду с задержками психомоторного и речевого развития, малым запасом знаний и сведений об окружающем мире, низким уровнем умений и навыков действия детей зачастую коррелируют с поступками родителей. Общеизвестно, что дошкольный возраст характеризует высокая подражательность по сохранившемуся впечатлению (в отличие от непроизвольного копирования в более ранние этапы жизни) предметным действиям, отношениям и неосознаваемым достаточно манерам поведения. В процессе игры находят отражение сначала отдельные действия взрослых лиц, а затем целые ситуации. Поэтому семейное воспитание, микросоциальные условия становятся решающими факторами развития и формирования личностных свойств. В младшем школьном возрасте подражание, еще сохраняясь, становится более избирательным и мотивированным, образуются привычки поведения, внутренняя личностная позиция.

Патологические факторы аномалий

Результаты клинических и психолого-педагогических исследований выборочных групп детей младшего школьного возраста показали, что формирование характерологических аномалий у них происходит 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.

Экспериментальное исследование показало нарушение устойчивости внимания, быструю утомляемость, отвлекаемость, некоторую слабость процессов памяти, снижение уровня выполнения мыслительных операций. Запас знаний и сведений об окружающем мире у этого контингента детей, как правило, несколько ниже возрастной нормы, речь с элементами недоразвития (III уровня), обнаруживаются отклонения в состоянии двигательных функций, дисграфические и дислексические ошибки. Низкие показатели успеваемости усугубляют уже проявившиеся в раннем и дошкольном возрасте эмоциональные нарушения, невротическую и невротоподобную симптоматику, психоподобные расстройства, при этом формируется негативное отношение к процессу обучения, которое в одних случаях сочетается с протестными реакциями, импульсивностью поступков, аффективными вспышками, «уходом с себя», прогулами, трудностями взаимоотношений со сверстниками, а в других – с реакциями компенсации в виде агрессивности, драчливости, срывов занятий, немотивированного упрямства. Все это, наряду с «отвержением» таких детей сверстниками и имеющимися в большинстве случаев отрицательным влиянием родителей, затрудняет адекватную школьную адаптацию.

При *синдроме раннего детского аутизма* у детей дошкольного и младшего школьного возраста заметны клинические проявления в эмоциональных реакциях, асинхронии формирования отдельных сторон интеллектуального, моторного и речевого развития.

Характерны для них стереотипность игр, нарушения эмоциональных контактов, неадекватность поступков, связанных патологическими мотивами, своеобразие речи и мышления, негативные и агрессивные проявления. Успешность работы при этом определяется координацией мероприятий медико-педагогического и психотерапевтического характера, дифференцированных в зависимости от структуры расстройств.

Таким образом, формирование поведенческих отклонений в группах риска происходит на самых ранних этапах социализации ребенка (начиная с неонатального периода и старше) при воздействии различных патогенных факторов. Следовательно, профилактическая реабилитация может эффективно осуществляться только в случае раннего выявления, раннего лечения и коррекции через посредство комплекса дифференцированных, психолого-педагогических и психотерапевтических воздействий.

Основные принципы профилактики

Принципами профилактической реабилитации детей с высоким риском становления девиантного поведения являются:

- предупреждение возникновения поведенческих аномалий;
- раннее выявление аномалий поведения и предупреждение их дальнейшего развития;
- учет нозологической принадлежности больного;
- комплексность лечебно-профилактических и коррекционных мероприятий;
- дифференцированный подход к процессу лечения и занятий с учетом возрастных и индивидуальных особенностей ребенка, а также типологии поведенческих нарушений;
- равномерное распределение психофизической нагрузки в ходе коррекционной работы;
- взаимопроникновение коррекционных и общепедагогических целей;
- опора на сохраненные и компенсаторные механизмы с целью повышения результативности проводимой системы мер.

Профилактика и реабилитация

В мероприятиях по первичной профилактике поведенческих патологических расстройств трудно переоценить значение системы научно обоснованных и целенаправленных мероприятий по пропаганде общегигиенических и психогигиенических знаний. В ней должны найти место и меры, направленные с одной стороны, на предотвращение экзогенных вредностей, начиная с периода беременности, а с другой – на создание благоприятных условий для гармоничного развития ребенка с первых дней жизни. Характер стимулирования потребности в эмоциях у ребенка (положительных или отрицательных), уход, соблюдение режима, сенсомоторное развитие в ранние периоды жизни – все это создает основу для дальнейшего психического развития.

Профилактическая реабилитация объединяет ряд комплексных мероприятий, осуществляемых специалистами разного профиля:

- медикаментозное лечение;
- коррекционные психолого-педагогические занятия;
- функциональная музыкальная игро-психо-терапия;
- семейная психотерапия;

- ритмика, ЛФК, физиотерапия;
- общеобразовательные мероприятия.

Методы психокоррекции

Один из аспектов системы комплексной терапии – психокоррекционный.

Коррекционные занятия с детьми раннего возраста ежедневно по 15 – 20 минут индивидуально или в подгруппах по 3 – 4 человека.

Метод коррекции поведения представляется как планомерный и систематический процесс и осуществляется в 3 этапа.

На первом этапе составляется план работы с каждым ребенком, основанный на психолого-педагогическом и семейном «диагнозе». Он включает групповую и индивидуально игровую терапию. Задача первого этапа – вскрыть конфликты и устранить препятствия, мешающие адекватным формам поведения и установлению контакта.

На втором этапе формируются поведенческие стереотипы в соответствии с общепринятыми нормами и возрастом.

На третьем этапе в процессе функциональных тренировок ставится задача научить корректным поведенческим реакциям в различных ситуациях с отрицательными и положительными стимулами.

Коррекция поведения проводится в процессе основного вида деятельности (игровой, учебной) и опирается на индивидуальный уровень развития. Поэтому параллельно ведется работа по преодолению вариантов задержек развития, которая включает:

- преодоление имеющихся дефектов сенсорики, общих и тонких произвольных движений, речи;
- формирование процессуальной и затем ролевой игры;
- ознакомление с окружающими.

Как прием косвенного внушения широко используется библиотерапия. Эффективно проигрывание конфликтов с использованием ролевых игр, музыкальных сказочных инсценировок, причем при распределении ролей учитываются характерологические особенности ребенка.

Указанные мероприятия, включая ритмику, ЛФК, коррекцию внимания, памяти, мышления, рассматриваются как лечебно-педагогические и психотерапевтические и служат задачам профилактической реабилитации в плане предотвращения становления патологических форм поведения.

Коррекционную работу с детьми с гипердинамическим синдромом приходится начинать индивидуально, чтобы ограничить количество отвлекающих моментов. С целью организации, активизации и развития устойчивости внимания используются модифицированные варианты методики «Детский вариант корректурной пробы» (вычеркивание знакомых картинок, нарисованных на одной линии попеременно), «Зрительный диктант» (отыскивание в таблице 16 картинок, расположенных не по порядку), «Выбор по образцу» (отыскивание геометрических фигур одинакового цвета и размера среди других, расположенных на доске). На занятиях ритмикой, ЛФК с целью затормозить избыточные двигательные импульсы полезно использовать метод включения «неожиданных музыкальных сигналов».

Психогигиенические мероприятия в семье

В комплекс мероприятий по профилактической реабилитации входит также психогигиеническая и коррекционная работа с родителями и лицами ближайшего окружения. В этом плане используются:

- индивидуальные психотерапевтические беседы с родителями по тактике воспитания;
- участие родителей и детей в «проигрывании конфликтов»;
- обучение родителей приемам коррекционной работы с детьми;
- обследование бытовых и общих жизненных условий семей.

Возможности успешной психопрофилактической работы с данным контингентом родителей оказываются весьма ограниченными, основной упор следует делать на активизацию помощи детям со стороны персонала медико-педагогических учреждений.

Дальнейшая разработка концепции профилактической реабилитации, внедрение разрабатываемых методик и мероприятий в работе специализированных медико-воспитательных учреждений и детских поликлиник является необходимым условием предотвращения формирования патологических форм нарушений поведения.