

передвижению и овладению навыками самообслуживания у детей с тяжелой формой ДЦП.

Особенности эмоциональных и поведенческих расстройств у детей и подростков с нарушениями слуха

Донская М.В., Куликова Н.В. Центральная ПМПК г.Астрахань

ormpk555@mail.ru

В условиях возрастающей гуманизации, демократизации общества и современной жизни России значительно возрастает интерес к проблеме социализации детей с ограниченными возможностями здоровья. Социальная адаптация детей и подростков с нарушениями слуха определяется не только степенью снижения слуха, но и особенностями их поведения.

Расстройством поведения считается поведение, обращающее на себя внимание нарушением норм, несоответствием получаемым советам и рекомендациям и отличающееся от поведения тех, кто укладывается в нормативные требования семьи, школы и общества (Вострогнутов Н. В.). По утверждению Д. Н. Исаева: «поведение, характеризующееся отклонением от принятых нравственных, а в некоторых случаях и правовых норм, квалифицируется как девиантное» [1, с. 245].

Эти определения с некоторыми добавлениями могут быть приняты и для оценки отклонений поведения детей и подростков с нарушениями слуха.

Диагноз нарушенного поведения обычно основывается на чрезмерной драчливости или хулиганстве, жестокости к другим людям или животным, тяжёлых разрушениях собственности; поджогах, воровстве, прогулах в школе и уходах из дома, частых и тяжёлых вспышках гнева, вызывающем провокационном поведении, откровенном постоянном непослушании [1, с.245- 246].

Данные системного мониторинга центральной психолого-медико-педагогической комиссии г.Астрахани за 2010-2011 учебный год

показывают, что количество учащихся специальной школы I вида (для глухих детей), имеющих нарушения поведения, составляет 18,2 %; количество учащихся специальной школы II вида (для слабослышащих), имеющих нарушения поведения, - 21,3 %.

Среди разных форм расстройства поведения у глухих школьников чаще всего встречаются: гипердинамические нарушения поведения – 21,3%; эмоционально-волевые нарушения, связанные с церебрастеническим синдромом - 26%; психопатоподобные нарушения поведения- 15%; псевдоаутистические проявления- 2,5%; несоциализированные расстройства поведения - 18,3%; оппозиционно-вызывающие нарушения поведения- 16,2 %. У слабослышащих учащихся, по данным мониторинга за 2010-2011 учебный год, такими нарушениями являются: гипердинамические нарушения поведения у 23,3% детей; эмоционально-волевые нарушения, связанные с церебрастеническим синдромом - 27,5%; психопатоподобные нарушения поведения - 8,2%; псевдоаутистические проявления - 1,3%; несоциализированные расстройства поведения-17,5 %; оппозиционно-вызывающие нарушения поведения- 22,2 %.

Необходимо отметить, что виды поведенческих расстройств у глухих и слабослышащих детей зависят от многих факторов: степени нарушения слуха, времени возникновения слухового дефекта, уровня интеллекта, семейного воспитания, индивидуальных особенностей ребёнка, социального окружения и др.

Обследование выпускников 2010-2011 учебного года школ для глухих и слабослышащих показывает, что поведение детей и подростков при незначительной степени тугоухости и относительно сохранном интеллекте практически ничем не отличается от поведения сверстников с нормальным слухом. Для учащихся с третьей, четвёртой степенью тугоухости, а также глухотой характерна эмоционально-волевая незрелость, сформировавшаяся вследствие сенсорной и социальной депривации, семейного воспитания и длительной психической травматизации. Особенности эмоционально-

волевой сферы данной категории детей и подростков являются: недостаточная самостоятельность, наивность, внушаемость, подражательность наряду с повышенной тормозимостью, малой общительностью, склонностью к реакциям отказа, протеста. В связи с тем, что расстройства слуха часто являются следствием инфекционных и токсических поражений центральной нервной системы, в клинической картине нередко наблюдаются церебростенические и психоорганические проявления [2,с.370]. Поведение детей и подростков с нарушениями слуха в сочетании с данной симптоматикой характеризуется импульсивностью, беспокойством, суетливостью, некритичностью, недостаточным чувством дистанции. При церебростенических состояниях на первый план выступают повышенная утомляемость и истощаемость при незначительных физических и психических нагрузках.

Приведённые выше психологические особенности учащихся с нарушениями слуха, необходимо учитывать при коррекции нежелательных форм поведения. В связи с этим наиболее значимой становится проблема психолого-медико-педагогического сопровождения глухих и слабослышащих воспитанников с нарушениями поведения. В специальных (коррекционных) образовательных учреждениях Астраханской области (I и II вида) данное сопровождение осуществляется психолого-медико-педагогическими консилиумами (ПМПк). В состав ПМПк входят: заместитель руководителя образовательного учреждения по учебно-воспитательной работе (председатель консилиума), учителя-предметники, педагог-психолог, врач-педиатр, медицинская сестра. Целью ПМПк является формирование оптимальных психолого-педагогических коррекционно-развивающих условий воспитания и образования детей с проблемами в развитии и поведении с учетом их возрастных особенностей, индивидуальных образовательных потребностей, уровнем их актуального развития, состояния здоровья [3]. Деятельность ПМПк направлена на оказание помощи учащимся (например, с нарушениями поведения), родителям и педагогам. Работа

специалистов ПМПк начинается с фиксации сигнала проблемной ситуации, затем разрабатывается план проведения диагностического исследования. Целью первого этапа работы является выявление сути проблемы, её носителей и потенциальных возможностей решения. Основная задача данного этапа - установление доверительного контакта со всеми участниками проблемной ситуации, помощь в вербализации проблемы, совместная оценка возможности её решения. Далее специалисты ПМПк приступают к сбору необходимой информации о путях и способах решения проблемы, доводят эту информацию до всех участников проблемной ситуации, создают условия для понимания информации самим ребёнком, родителями (включая возможность адаптации информации).

После того, как вся необходимая информация собрана, созывается психолого-медико педагогический консилиум школы, на котором специалисты, участвовавшие в обследовании, представляют характеристики на ребёнка и рекомендации. Обсуждаются возможные варианты решения проблемы; позитивные и негативные стороны разных решений; разрабатываются пути поддержки и коррекции; составляется план комплексной помощи ученику, у которого выявлены нарушения поведения; строятся прогнозы эффективности сопровождения. После выбора способа решения проблемы, распределяются обязанности по его реализации, определяется последовательность действий, назначается ответственный (педагог- психолог, классный руководитель, либо другой специалист), уточняются сроки исполнения и возможность корректировки индивидуального профилактического маршрута. Таким образом, на данном этапе работы составляется и утверждается индивидуальный профилактический маршрут сопровождения ученика с нарушениями поведения. Индивидуальный профилактический маршрут направлен на предупреждение развития у ребёнка негативных привычек, нежелательных форм поведения, нервно-психического утомления, срывов и т. д. С данным

маршрутом знакомятся родители (законные представители) ребёнка, так как все этапы маршрута реализуются только после их согласия.

Затем участники сопровождения приступают к реализации индивидуального профилактического маршрута, при котором предусматривается формирование и выработка позитивного поведения, положительных привычек. На этом этапе работы может возникнуть необходимость созыва внепланового ПМПк учреждения либо совместного заседания специалистов ПМПк и центральной психолого-медико-педагогической комиссии, с целью уточнения рекомендаций либо их изменения.

На заключительном этапе работы проводится анализ выполненных рекомендаций всеми участниками сопровождения учащегося с нарушениями поведения. Необходимо отметить, что этот этап может стать завершающим в решении отдельной проблемы или стартовым в проектировании специальных методов предупреждения и коррекции массовых проблем, имеющих в образовательном учреждении.

Подводя итоги излагаемой проблемы, можно констатировать следующее:

- эффективная коррекция нежелательных форм поведения у детей и подростков с нарушениями слуха возможна лишь при грамотном психолого-медико-педагогическом сопровождении и учёте психологических особенностей глухих и слабослышающих детей;

- сопровождение должно быть непрерывным, мультидисциплинарным, направленным на защиту интересов сопровождаемого ребёнка.

Литература

1. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. СПб.: Речь, 2003.
2. Ковалёв В. В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: изд. 2-е, переработанное и дополненное.- М.: Медицина, 1995.

3.Инструктивное письмо «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения» от 27.03.2000 № 27/901-06.

Дифференцированный подход к коррекции агрессивного поведения у детей с расстройствами аутистического спектра

Дробинская А.О.

МНИИ психиатрии МЗСО РФ

d-ao@yandex.ru

Расстройства аутистического спектра (РАС) занимают одно из первых мест среди нарушений психического здоровья у детей (от 2-5 случаев на 10.000 населения в 70-е годы до 60-116 в исследованиях последних лет). Высокий процент глубокой инвалидизации (более 80% по Schothorst P., 2009) и ограниченные возможности медикаментозной коррекции требуют разработки биопсихосоциальной модели коррекции РАС, ориентированной в первую очередь на повышение качества жизни и оптимальную социализацию. Качество социализации в значительной мере зависит от сформированных устойчивых паттернов поведения адаптивного либо неадаптивного характера, одним из которых является агрессивное поведение (по данным разных авторов отмечается у 11-67% детей с РАС).

Нами был проведен клинико-психопатологический (с элементами поведенческого) анализ 71 случая агрессивного поведения детей с РАС в возрасте от 3,5 до 11 лет. Результаты исследования позволили выделить 3 группы детей: у детей первой группы - 29 случаев (42,7%) – агрессивные действия выступают как примитивные формы игровых манипуляций активного контакта с другими детьми, либо как провокационная коммуникация со взрослыми; у детей второй группы – 25 случаев (36,8%) - агрессивные проявления имеют характер аффективного поведения деструктивного характера в ситуациях эмоционального неблагополучия (страх, тревога, гнев, неспособность справиться с коммуникацией или