

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ  
БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ВОРОНЕЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»

О. А. Иванова

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ  
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ,  
ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ  
С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ  
И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Учебно-методическое пособие

Воронеж  
Издательский дом ВГУ  
2019

Утверждено научно-методическим советом факультета философии и психологии 19 декабря 2018 г., протокол № 1400-10

Рецензент – кандидат психологических наук, преподаватель кафедры общей и социальной психологии ВГУ А. А. Меланьина

Учебно-методическое пособие подготовлено на кафедре педагогики и педагогической психологии факультета философии и психологии Воронежского государственного университета.

Рекомендовано для студентов 2-го курса очной формы обучения по профилю «Специальная психология и педагогика» факультета философии и психологии ВГУ.

Для направления 44.03.02 – Психолого-педагогическое образование  
Б1.В.ДВ.04.01

## СОДЕРЖАНИЕ

|   |    |
|---|----|
| Введение .....  | 4  |
| 1. Методические аспекты раздела «Психолого-педагогические особенности развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями» учебной дисциплины «Психолого-педагогические особенности развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными, поведенческими и двигательными нарушениями» ..... | 7  |
| 2. Содержание раздела «Психолого-педагогические особенности развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями» .....  | 16 |
| 3. Вопросы к промежуточной аттестации по итогам освоения раздела «Психолого-педагогические особенности развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями» .....   | 26 |
| Приложение 1 .....  | 31 |
| Приложение 2 .....  | 49 |

## ВВЕДЕНИЕ

По последним данным НИИ Гигиены и охраны здоровья детей и подростков (ФГБУ «НЦЗД» РАМН) и Научного центра здоровья детей РАМН на сегодняшний день физиологически зрелыми рождается не более 14% детей; количество здоровых школьников составляет всего лишь 10%; среди детей, поступающих в школу, около 50% является хронически больными, только 8–10% выпускников школ можно считать здоровыми. Подобные данные говорят об остро стоящей в современном обществе проблеме реабилитации детей различных категорий здоровья: от часто болеющих школьников до детей с множественными нарушениями развития. Очевидно, что в подобной ситуации существующая система медицинской реабилитации остро нуждается в психолого-педагогической составляющей. Однако специалистов психолого-педагогического профиля не хватает. При этом, по словам руководителей специальных учебных заведений, различных реабилитационных учреждений медицинского и психологического профилей, требуются специалисты со сформированным интегративным профессиональным мышлением и компетенциями. Нужны такие выпускники, которые понимают, как работать в команде специалистов, осуществлять комплексную медико-психолого-педагогическую помощь населению.

Качественное образование в данной области возможно только при совместной реализации теоретической и практической подготовки будущих специалистов практикующими медицинскими работниками и профессионалами в области психологии и педагогики. Кроме того лишь при осуществлении контекстного обучения студентов-бакалавров в специализированных образовательных и медицинских учреждениях. Это позволяет сформировать у них необходимые практические навыки и ком-

петенции, а, следовательно, подготовить уникальных специалистов-смежников, обладающих знаниями по медико-психолого-педагогическим проблемам.

Исходя из вышесказанного, особую актуальность приобретает научно обоснованная организация подготовки студентов-бакалавров направления «Психолого-педагогическое образование», профиля «Специальная психология и педагогика».

Таким образом, раздел «Психолого-педагогические особенности развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями» учебного курса «Психолого-педагогические особенности развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными, поведенческими и двигательными нарушениями» логично дополняет последующие курсы. Данный раздел начинает формировать необходимые будущему специальному педагогу и психологу компетенции, достаточный уровень сформированности которых студент обязан продемонстрировать после завершения всей образовательной программы. Это отвечает современным требованиям к способности специалиста (бакалавра), с одной стороны, к самостоятельной деятельности, а, с другой, – к работе в междисциплинарной команде.

В данном контексте стоит отметить особое значение правильно продуманных практических (семинарских) занятий, которые должны содержать и решение психолого-педагогических ситуаций, и посещения специализированных коррекционных образовательных организаций, и просмотр обучающих видеофильмов, и знакомство с медико-психолого-педагогической документацией, и отработку навыков принятия совместных решений в команде специалистов. Интегративный характер профиля «Специальная психология и педагогика» предполагает междисциплинарный подход в построении содержания учебного плана,

что, в свою очередь, обнаруживает необходимость создания условий для прослеживания студентами-бакалаврами межпредметных связей.

Данное учебно-методическое пособие содержит учебную программу указанного курса, а также практические задания и материалы для организации учебного процесса в рамках аудиторных и внеаудиторных занятий. Надеемся, что учебное пособие будет востребовано как студентами, так и преподавателями.

**1. Методические аспекты раздела  
«Психолого-педагогические особенности  
развития, воспитания и обучения детей  
с эмоциональными и поведенческими нарушениями»  
учебной дисциплины «Психолого-педагогические особенности  
развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными,  
поведенческими и двигательными нарушениями»**

Раздел «Психолого-педагогические особенности развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями» входит в содержание учебной дисциплины «Психолого-педагогические особенности развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными, поведенческими и двигательными нарушениями». Она относится к дисциплинам по выбору Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование» (бакалавриат) и входит в его вариативную часть.

Приступая к изучению данной дисциплины и её раздела «Психолого-педагогические особенности развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями», студенты должны иметь теоретическую подготовку по курсам:

- «Общая и экспериментальная психология», в ходе изучения которой должны быть сформированы элементы компетенций: ПК-22 *«готовность применять утвержденные стандартные методы и технологии, позволяющие решать диагностические и коррекционно-развивающие задачи»* в части знаний основных законов и закономерностей организации различных видов психодиагностики, развития, коррекции и просвещения; в части *умений* подбирать, апробировать и применять стандартизированные диагности-

ческие и коррекционно-развивающие методики, а также – *ОПК-23 «способность осуществлять сбор и первичную обработку информации, результатов психологических наблюдений и диагностики»* в части знаний методов сбора и первичной обработки информации, результатов психолого-педагогической диагностики; в части *умений* выбрать в зависимости от поставленных целей адекватные методы и валидные методики диагностики психологических и педагогических исследований развития и деятельности личности в онтогенезе; в части *владений* навыками определения психолого-педагогических дефиниций в наблюдаемых явлениях.

- «Практикум по общей и экспериментальной психологии», в ходе изучения которого должна быть сформированы элементы компетенции *ОПК-3 «готовность использовать методы диагностики развития, общения, деятельности детей разных возрастов»* в части *знаний* основных законов и закономерностей, а также проявления уровня психического развития личности в онтогенезе развития, общения и деятельности; принципов проведения психолого-педагогических диагностических мероприятий с учётом возрастных особенностей личности; структуры и организации диагностики развития, общения, деятельности детей разных возрастов; в части *умений* подбирать, апробировать и применять материалы диагностики развития, общения, деятельности детей разных возрастов для построения индивидуальной траектории развития личности.

- «Анатомия и возрастная физиология», «Медицинские особенности развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными и поведенческими расстройствами», в ходе изучения которых должны быть сформированы элементы компетенций *ОПК-1 «способность учитывать общие, специфические закономерности и индивидуальные особенности психического и психофизиологического развития, особенности регуляции поведения и деятельности человека на различных возрастных ступенях»* в части *знаний* основных зако-



нов и закономерностей психического развития и индивидуальных особенностей психического и психофизиологического формирования личности, особенностей и способов регуляции поведения и деятельности человека на различных возрастных ступенях, в части *умений* анализировать психолого-педагогические проблемы, выбирать в зависимости от требуемых целей формы, методы, приемы организации познавательной деятельности личности.

Раздел данной дисциплины читается на 2 курсе дневного отделения (бакалавриат). В соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования в целом дисциплина «Психолого-педагогические особенности развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными, поведенческими и двигательными нарушениями» включает в себя широкий круг проблем, касающихся формирования у студентов целостной системы знаний об общих закономерностях развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными, поведенческими и двигательными нарушениями. Раздел «Психолого-педагогические особенности развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями» включает лекционные и практические (семинарские) занятия.

В качестве базовой **цели** изучаемого раздела выступает формирование у студентов целостного представления о специфике психической реальности, особенностях развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными и поведенческими расстройствами.

**Задачами раздела являются:**

1) формирование системы знаний о понятиях «развитие», «воспитание», «обучение», «эмоциональные нарушения», «поведенческие нарушения» и т.д.;

2) формирование знаний в области организации и проведения психолого-педагогической работы с детьми с эмоциональными и поведенческими нарушениями;

3) формирование профессиональной культуры будущих специальных педагогов и психологов;

4) развитие исследовательского интереса студентов в области специальной психологии и педагогики по проблемам развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями;

5) развитие навыков работы с педагогами и родителями (законными представителями) с целью организации эффективных учебных взаимодействий детей с ОВЗ и их общения в образовательных учреждениях и в семье.

Изучаемый раздел включает в себя 25 тем, которые разделены на лекционные и практические занятия. В рамках лекций студенты знакомятся с нарушениями эмоционально-волевой сферы и поведения детей как психолого-педагогической проблемой, особенностями психологических патологий эмоционально-волевой и поведенческой сфер в детском и подростковом возрасте. Рассматриваются понятия «расстройства аутистического спектра» (РАС) и «ранний детский аутизм» (РДА). Студенты раскрывают для себя особенности проблемного поведения ребёнка с множественными нарушениями развития, специфику работы с его семьей, образовательные и реабилитационные условия для детей и подростков с нарушениями поведения. Будущие специалисты узнают о методах профилактики эмоционально-волевых расстройств и нарушений поведения в детском возрасте, а также о педагогической коррекции отклоняющегося поведения подростков и современных методах реабилитации и терапии нарушений эмоционально-волевой сферы. На практических (семинарских) занятиях они знакомятся с конкретными видами поведенческих и эмоциональных нарушений, начинающихся в детском и подростковом возрасте, согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (1992 г.) и Приложению к Приказу Минздрава РФ от 6.08.1999 № 311 «Об утверждении клинического руко-

водства «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств». Кроме того на семинарах студенты отрабатывают навыки формулирования предположений относительно того или иного диагноза, определения ведущего специалиста в общей междисциплинарной команде при работе с ребёнком, составления рекомендаций и прогноза в данном случае. В то же время студенты отрабатывают навыки планирования и проведения собственного психодиагностического и научного исследования на практике посредством практических заданий.

Раздел «Психолого-педагогические особенности развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями», так же, как и учебная дисциплина «Психолого-педагогические особенности развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными, поведенческими и двигательными нарушениями» в целом, является предшествующим для следующих дисциплин: «Клиническая психология детей и подростков», «Организация профессиональной деятельности педагога-психолога в специальном образовании», «Медицинские особенности развития, воспитания и обучения детей с двигательными нарушениями» и др.

В процессе изучения раздела студенты ориентируются на самостоятельное изучение психолого-педагогических источников; готовят индивидуально и в микро-группах практические задания по раздаточным материалам; ведут словарь терминов; систематически конспектируют изучаемую литературу. Формами проверки знаний являются самостоятельные и контрольные работы, творческие задания, письменные опросы.

В процессе изучения раздела «Психолого-педагогические особенности развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями» у студентов формируются следующие элементы компетенций:

1) общепрофессиональные (ОПК): *ОПК-1 «способность учитывать общие, специфические закономерности и индивидуальные особенности психического и психофизиологического развития, особенности регуляции поведения и деятельности человека на различных возрастных ступенях»* в части знаний основных законов и закономерностей психического развития и индивидуальных особенностей психического и психофизиологического формирования личности, особенностей и способов регуляции поведения и деятельности человека на различных возрастных ступенях (З.1.1); в части умений анализировать психическую норму и патологию в контексте педагогической деятельности (У.2.1); в части владений технологией психодиагностики, консультирования, коррекции и просвещения; навыками конструирования индивидуальной траектории психического развития, создания, апробирования методики, формулирования адекватных задачам выводов, разработки практических рекомендаций (В.2.1).

2) профессиональные компетенции (ПК):

– *ПК-33 «способность организовать совместную и индивидуальную деятельность детей с разными типами нарушенного развития в соответствии с их возрастными, сенсорными и интеллектуальными особенностями»* в части знаний закономерностей развития совместной и индивидуальной деятельности детей с различными нарушениями, современных концепций развития детей с нарушениями различной степени тяжести (З.2.33);

– *ПК-35 «способность осуществлять сбор и первичную обработку информации об истории развития и заболевания детей с ОВЗ»* в части знаний технологий психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ (З.2.35); в части умений конструировать систему психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ разного типа в специальном и инклюзивном образовании (У.2.35); в части владений системой работы с детьми с ОВЗ и ме-

тодами и приёмами психолого-педагогического сопровождения в специальном и инклюзивном образовании (В.2.35).

Результатом изучения данного раздела должно явиться умение студентов применять на практике знания, полученные по курсу «Психолого-педагогические особенности развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными, поведенческими и двигательными нарушениями».

Критерием успешного усвоения раздела является выполнение заданий лекций и практических занятий раздела «Психолого-педагогические особенности развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями».

Изучение дисциплины в целом заканчивается зачётом, в содержание которого входят вопросы по изучаемому разделу.

Общий объём раздела «Психолого-педагогические особенности развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями» составляет 66 часов.

Виды учебной работы раздела «Психолого-педагогические особенности развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями»:

| Вид учебной работы     | Трудоемкость (часы) |              |  |  |
|------------------------|---------------------|--------------|--|--|
|                        | Всего               | По семестрам |  |  |
|                        |                     | 4 сем.       |  |  |
| Аудиторные занятия     | 38                  | 38           |  |  |
| в том числе:           |                     |              |  |  |
| лекции                 | 10                  | 10           |  |  |
| практические           | 28                  | 28           |  |  |
| лабораторные           | 0                   | 0            |  |  |
| Самостоятельная работа | 28                  | 28           |  |  |
| Контроль               | 0                   | 0            |  |  |
| Итого:                 | 66                  | 66           |  |  |

## ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

| Наименование темы дисциплины  | Лек. | Практ. | РС | Всего |
|---|------|--------|----|-------|
| Нарушения эмоционально-волевой сферы и поведения детей как психолого-педагогическая проблема  | 2    | 0      | 2  | 4     |
| Особенности психологических патологий эмоционально-волевой и поведенческой сфер в детском и подростковом возрасте                                     | 2    | 0      | 2  | 4     |
| Расстройства аутистического спектра (РАС)   | 2    | 0      | 2  | 4     |
| Проблемное поведение ребёнка с множественными нарушениями развития. Работа с семьёй ребёнка с множественными нарушениями развития                     | 2    | 0      | 2  | 4     |
| Образовательные и реабилитационные условия для детей и подростков с нарушениями поведения в специальных учреждениях закрытого типа и в условиях семьи | 2    | 0      | 1  | 3     |
| Профилактика эмоционально-волевых расстройств и нарушений поведения в детском возрасте  | 2    | 0      | 1  | 3     |
| Профилактика и педагогическая коррекция отклоняющегося поведения подростков   | 2    | 0      | 1  | 3     |
| Современные методы реабилитации и терапии нарушений эмоционально-волевой сферы и поведения детей и подростков   | 2    | 0      | 1  | 3     |
| Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте  | 0    | 2      | 1  | 3     |
| Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи (F91.0)  | 0    | 2      | 1  | 3     |
| Несоциализированное расстройство поведения (F91.1)  | 0    | 2      | 1  | 3     |
| Социализированное расстройство поведения (F91.2)  | 0    | 2      | 1  | 3     |
| Вызывающее оппозиционное расстройство (F91.3)   | 0    | 2      | 2  | 4     |
| Смешанные расстройства поведения и эмоций (F92)   | 0    | 2      | 2  | 4     |
| Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста (F93)   | 0    | 2      | 2  | 4     |

|   |    |    |    |    |
|---|----|----|----|----|
| Элективный мутизм (F94.0)   | 0  | 2  | 2  | 4  |
| Реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте (F94.1)   | 0  | 2  | 2  | 4  |
| Расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу (F94.2)  | 0  | 4  | 2  | 6  |
| Другие расстройства социального функционирования в детском возрасте (F94.8)   | 0  | 4  | 2  | 6  |
| Тики (F95)  | 0  | 4  | 2  | 6  |
| Энурез неорганической природы (F98.0)   | 0  | 4  | 2  | 6  |
| Энкопрез неорганической природы (F98.1)   | 0  | 4  | 2  | 6  |
| Стереотипные двигательные расстройства (F98.4)  | 0  | 4  | 2  | 6  |
| Заикание (запинание) (F98.5)  | 0  | 4  | 2  | 6  |
| Другие уточненные и неуточнённые эмоциональные расстройства и расстройства поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст (F98.8 и F98.9) | 0  | 4  | 2  | 6  |
| Итого   | 10 | 28 | 28 | 66 |

## **2. Содержание раздела «Психолого-педагогические особенности развития, воспитания и обучения детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями»**

**При проведении лекционных занятий используются видео- и мультимедиа-материалы к темам:**

### **Тема 1. Нарушения эмоционально-волевой сферы и поведения детей как психолого-педагогическая проблема**

Психолого-педагогическая помощь детям с эмоциональными и поведенческим расстройствами как проблема. Особенности детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы и поведения. Факторы нарушений эмоционально-волевой сферы и поведения.

*Задание.* Просмотр видеоролика телеканала НТВ «Дети-инвалиды в обычной школе». Обсуждение конкретного регионального опыта интеграции и инклюзии детей с РАС в общеобразовательное учреждение с учётом особенностей их эмоциональных и поведенческих нарушений.

### **Тема 2. Особенности психологических патологий эмоционально-волевой и поведенческой сфер в детском и подростковом возрасте**

Психосоматические расстройства в детском и подростковом возрасте (нарушения питания, спастический плач, ожирение, заболевания ЖКТ, органов дыхания, кожные, гинекологические заболевания, болезни эндокринной системы). Три направления соматизации и психопатологических изменений эмоционально-волевой и поведенческой сфер в детском и подростковом возрасте. Сексуальные перверзии и неодолимые влечения у детей и подростков. Психозы в детском возрасте: РДА, детские формы шизофрении, дезинтегративные психические расстройства детского



возраста. Основные виды подростковых и детских фобий (синдромов страха).

*Задание.* Просмотр видеоролика телеканала НТВ «Дети-инвалиды в Третьяковской галерее». В группе организовать дискуссию по вопросу одной из форм социализации детей с расстройствами эмоциональной и поведенческой сфер – культурной интеграции.

### **Тема 3. Расстройства аутистического спектра (РАС)**

Стереотипы понятий «аутизм», ранний детский аутизм (РДА), расстройства аутистического спектра (РАС). Современные взгляды на причины возникновения РАС. Общий путь РАС. Модель корректирующей системы. Принципы организации коррекционной работы с детьми с РАС: альтернативная коммуникация (карточки PECS, структурированное обучение, АВА-терапия). Пирамида организации всесторонней помощи детям с РАС. Схема маршрутного листа реабилитации детей с РАС. Проблемы поведения детей с РАС и возможности их разрешения.

*Задание.* Просмотр видеоролика «Карточки PECS и система НУМИКОН». Обсуждение конкретных примеров использования методов альтернативной коммуникации с детьми с различными эмоционально-поведенческими расстройствами.

### **Тема 4. Проблемное поведение ребёнка со множественными нарушениями развития. Работа с семьёй ребёнка со множественными нарушениями развития**

Основные трудности родителей, имеющих ребёнка с множественными нарушениями развития. Стратегии поведения семьи. Виды проблемного поведения ребёнка с множественными нарушениями развития. Анализ проблемного поведения ребёнка с множественными нарушениями развития: дневник наблюдений, анализ видеозаписей, календарь деятельности. Методики по изменению проблемного поведения и развития коммуникативных на-

выков ребёнка с множественными нарушениями развития. Средства общения с детьми, у которых отсутствует устная речь.

*Задание.* Анализ содержания презентации «Проблемное поведение ребёнка с множественными нарушениями развития. Работа с семьёй ребёнка с множественными нарушениями развития» (по материалам Интернет-семинара Е. Н. Топорковой, заслуженного учителя школ РФ, учителя-дефектолога ГБУ центра «Наш дом», <http://www.diaconia.ru/deti-inv/webinar1/>).

### **Тема 5. Образовательные и реабилитационные условия для детей и подростков с нарушениями поведения в специальных учреждениях закрытого типа и в условиях семьи**

Особенности отклоняющегося поведения и нарушений эмоциональной сферы детей и подростков в специальных учреждениях закрытого типа. Профессиональное самоопределение детей и подростков с нарушениями поведения в специальных учреждениях закрытого типа. Координация действий родителей, врачей и специалистов по оказанию комплексной психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям и подросткам с эмоционально-волевыми расстройствами.

*Задание.* Просмотр документального фильма о специализированных детских домах. Обсуждение особенностей отклоняющегося поведения и нарушений эмоциональной сферы детей и подростков в специальных учреждениях закрытого типа, продемонстрированные в документальном фильме и в рамках лекционного материала.

### **Тема 6. Профилактика эмоционально-волевых расстройств и нарушений поведения в детском возрасте**

Психолого-педагогическая и социальная работа с семьями, имеющими детей и подростков с нарушениями поведения, как главное средство профилактики эмоционально-волевых расстройств и нарушений поведения в детском возрасте. Холдинг-

терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка. Противопоказания к проведению холдинг-терапии. Методы психотерапии с семьями, имеющими детей и подростков с нарушениями поведения. Преодоление негативного отношения к семейной психотерапии («семейной резистенции»).

**Задание.** Просмотр документального фильма «Клеймо». Обсуждение методов работы с семьёй, имеющих детей и подростков с нарушениями поведения.

### **Тема 7. Профилактика и педагогическая коррекция отклоняющегося поведения подростков**

Психолого-педагогическая сущность отклоняющегося поведения подростков. Классификация видов отклоняющегося поведения подростков. Психолого-педагогическая характеристика девиаций в поведении несовершеннолетних. Причины и условия девиантного поведения подростков. Акцентуации характера у подростков. Педагогическая коррекция девиантного поведения подростков в учебно-воспитательном процессе и во внеурочной работе. Сущность профилактической работы с несовершеннолетними.

**Задание.** Просмотр документального фильма из цикла «Ищу учителя», «Школа для трудных подростков С. Семёнова». Анализ конкретного примера реализации педагогической коррекции девиантного поведения подростков в учебно-воспитательном процессе в условиях исправительной колонии.

### **Тема 8. Современные методы реабилитации и терапии нарушений эмоционо-волевой сферы и поведения детей и подростков**

Био-психо-социо-духовная модель человека как новая парадигма психотерапии в области реабилитации и профилактики отклонений в эмоционально-волевой и поведенческой сферах детей и подростков. Понятие саногенного поведения: виды, мишени работы, факторы, преграды. Лекотека, PORTAJ, фототерапия как

инновационные методы реабилитации и терапии нарушений эмоционально-волевой сферы и поведения детей и подростков. Основные психотерапевтические направления, зарегистрированные в Общероссийской национальной психотерапевтической лиге. Особенности работы с одарёнными детьми и подростками.

**Задание.** Просмотр документального фильма из цикла «Ищу учителя», «Другие мы или СО-вестники». Обсуждение форм и методов коррекции и реабилитации детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы в различных авторских школах России.

### Основная литература

1. Баенская Е. Р. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение / Е. Р. Баенская, О. С. Никольская, М. М. Либлинги др. – Москва : Теревинф, 2015. – 221 с.

2. Баенская Е. Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст) / Е. Р. Баенская. – 3-е изд. (эл.). – Москва : Изд-во «Теревинф», 2012. – 112 с.

3. Бондарь Т. А. Подготовка к школе детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы: от индивидуальных занятий к обучению в классе / Т. А. Бондарь, И. Ю. Захарова, И. С. Константинова и др. – 2-е изд. (эл.). – Москва : Изд-во «Теревинф», 2012. – 280 с.

4. Дошкольная дефектология : ранняя комплексная профилактика нарушений развития у детей (современные подходы) / С. Ю. Бенилова. – Москва : Парадигма, 2012. – 312 с. – URL: <http://www.biblioclub.ru/book/83378/> (дата обращения: 20.12.2018)

5. Использование арт-педагогических технологий в коррекционной работе с детьми с особыми образовательными потребностями : учебное пособие по коррекционной педагогике / под ред. Т. Г. Неретиной – Москва : Флинта, 2011. – 186 с. – URL: <http://www.biblioclub.ru/book/83378/> (дата обращения: 31.03.2017).

6. Клиническая психология : гриф УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России / П. И. Сидоров, А. В. Парняков. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414071.html> (дата обращения: 20.12.2018).

7. Клиническая психология : учебник для бакалавров / Е. А. Орлова, Н. Т. Колесник. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : Юрайт, 2014. – 363 с.

8. Мелешкевич О. В. Особые дети. Введение в прикладной анализ поведения (АВА) / О. В. Мелешкевич, Ю. М. Эрнц. – Москва : Изд. Дом «БахраХ – М», 2014. – 208 с.

9. Общая патопсихология : в 4 т. / под ред. А. Б. Холмогоровой. – Москва : Высшее профессиональное образование ; Моск. гор. психол.-пед. ун-т, фак. психол. консультирования, каф. клин. психологии и психотерапии, 2010. – т. 1 : Клиническая психология. – 458 с.

### **Дополнительная литература**

1. Богдан Н. Н. Специальная психология / Н. Н. Богдан, М. М. Могильная. – Владивосток : Изд-во ВГУЭС, 2003. – 220 с.

2. Буянов М. И. Страх / М. И. Буянов. – Москва : Российское общество медиков-литераторов, 2002. – 168 с.

3. Власова Т. А. Дети с отклонениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. – Москва : Просвещение, 1967. – 207 с.

4. Гонеев А. Д. Основы коррекционной педагогики / А. Д. Гонеев, Н. И. Лифинцева, Н. В. Ялпаева. – Москва : АCADEMIA, 2002. – 271 с.

5. Дети с отклонениями в развитии / под ред. М. С. Певзнер. – Москва : Просвещение, 1966. – 271 с.

6. Детский аутизм /под ред. Л. М. Шипицына. – Санкт-Петербург : Международный университет семьи иребенка им. Р. Валленберга, 1997. – 254 с.

7. Денисова О. А. Дети с синдромом Ретта / О. А. Денисова. – Москва : Изд-во «Владос», 2010. – 175 с.
8. Дети с синдромом Ретта / под общей ред. Н. П. Ливандовской. – 2-е изд. (эл.). – Москва : Изд-во «Теревинф», 2012. – 264 с.
9. Диллон С. Эсциталопрам. Обзор по применению препарата при лечении тревожных расстройств / С. Диллон, Л. Д. Скотт, Г. Л. Плоскер // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – Т. 9. – № 3. – С. 63–67.
10. Дименштейн М. С. Педагогика, которая лечит: опыт работы с особыми детьми / сост. М. С. Дименштейн. – 2-е изд. (эл.). – Москва : Изд-во «Теревинф», 2012. – 240 с.
11. Жигарева Н. П. Комплексная реабилитация инвалидов в учреждениях социальной защиты : учебно-практическое пособие / Н. П. Жигарева. – Москва : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2012. – 208 с.
12. Захарова И. Ю. Лечебно-педагогическая диагностика детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы / И. Ю. Захарова, Е. В. Моржина. – 2-е изд. (эл.). – Москва : Изд-во «Теревинф», 2012. – 80 с.
13. Захаров А. П. Ночные и дневные страхи у детей / А. П. Захаров. – Санкт-Петербург : Изд-во «Союз», 2000. – 438 с.
14. Змановская Е. В. Девиантология : Психология отклоняющегося поведения / Е. В. Змановская. – Москва : Академия, 2004. – 287 с.
15. Кащенко В. П. Педагогическая коррекция. Исправление недостатков характера у детей и подростков / В. П. Кащенко. – Москва : АCADEMIA, 2000. – 300 с.
16. Ковальчук М. А. Девиантное поведение: профилактика, коррекция, реабилитация / М. А. Ковальчук, И. Ю. Тарханова. – Москва : Изд-во «Владос», 2010. – 288 с.

17. Колесникова Е. В. 500 игр для коррекционно-развивающего обучения детей 3-7 лет / Е. В. Колесникова. – 2-е изд., переработанное. – Москва : Издательство «Ювента», 2004. – 160 с.
18. Лебединская К. С. Диагностика и коррекция аномалий развития у детей / К. С. Лебединская, О. С. Никольская. – Москва : Академия педагогических наук, 1988. – С. 152–163.
19. Лебединская К. С. Ранний детский аутизм / К. С. Лебединская // Сборник научных трудов / под ред. Т. А. Власовой, К. С. Лебединской, В. В. Лебединского. – Москва : АПН СССР, 1981. – 15 с.
20. Липес Ю. В. Ремесленные мастерские: от терапии к профессии / сост. Ю. В. Липес. – 2-е изд. (эл.). – Москва : Изд-во «Геревинф», 2012. – 136 с.
21. МКБ 10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра. – [Электронный ресурс] URL: <http://mkb-10.com/> (дата обращения: 04.07.2017).
22. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств (клиническое руководство, утв. приказом Минздрава РФ от 6 августа 1999 г. № 311) // Приложение к Приказу Минздрава РФ от 6 августа 1999 г. № 311 «Об утверждении клинического руководства». – URL: <http://shishkinily.narod.ru/model/-model9.html> (дата обращения: 02.04.2017).
23. Морозова С. С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах / С. С. Морозова. – Москва : Изд-во «Владос», 2010. – 176 с.
24. Морозова С. С. Основные аспекты использования АВА при аутизме / С. С. Морозова. – Москва :РБОО «Общество помощи аутичным детям «Добро», 2013. – 120 с.

25. Никольская О. С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – 7-е изд. (эл.). – Москва : Изд-во «Теревинф», 2012. – 288 с.

26. Никольская О. С. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг и др. – 4 изд. (эл.). – Москва : Теревинф, 2012. – 224 с.

27. Ньюкиктъен Ч. Детская поведенческая неврология / под ред. Н. Н. Заваденко.– 2-е изд. (эл.). – Москва : Изд-во «Теревинф», 2012. – Т. 2. – 336 с.

28. Особый ребенок. Исследования и опыт помощи: Науч.-практ. сб. сост. М. С. Шапиро.– 2-е изд. (эл.). – Москва : Изд-во «Теревинф», 2012. – Вып. 6–7. – 256 с.

29. Павленок П. Д. Социальная работа с лицами и группами девиантного поведения : учебное пособие / П. Д. Павленок, М. Я. Руднева. – Москва : ИНФРА-М, 2010. – 184 с.

30. Раттер М. Помощь трудным детям/ общ.ред. А. С. Спиваковской. – Москва : Прогресс, 1987. – 424 с.

31. Сигида Е. А. Социально-медицинские услуги: методология, практика, подготовка кадров : монография / Е. А. Сигида, И. Е. Лукьянова. – Москва : ГОУВПО «МГУС», 2004. – 134 с.

32. Соложенкин В. В. Психологические основы врачебной деятельности :учебник для студентов высших учебных заведений / В. В. Соложенкин. – Москва, Академический проект, 1997. – 218 с. – URL: <http://www.medpsy.ru/library/library076.php> (дата обращения: 01.04.2017).

33. Сорокин В. М. Специальная психология / В. М. Сорокин. – Санкт-Петербург : Изд-во «Речь», 2003. – 212 с.

34. Социальная реабилитация :учебник / под ред. Н. Ш. Валеевой. – Москва : НИЦ Инфра-М, 2012. – 320 с.



35. Фонд содействия решению проблем аутизма в России. – [Электронный ресурс]URL: <http://outfund.ru/> (дата обращения: 01.04.2017).

36. Холостова Е. И. Социальная работа с инвалидами : учебное пособие / Е. И. Холостова. – 3-е изд. перераб. и доп. – Москва : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2013. – 240 с.

37. Шнейдер Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков / Л. Б. Шнейдер. – Москва : Академический Проект; Трикста, 2005. – 336 с.

38. Щербланова Е. И. Неуспешные одаренные школьники / Е. И. Щербланова. – Москва : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. – 245 с.

39. Щербакова А. М. Воспитание ребёнка с нарушениями развития / А. М. Щербакова. – Москва : НЦ ЭНАС, 2002. – 40 с.

40. Янушко Е. А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия / Е. А. Янушко. – 5-е изд. (эл.). – Москва : Изд-во «Теревинф», 2012. – 136 с.

**3. Вопросы к промежуточной аттестации  
к разделу «Психолого-педагогические особенности развития,  
воспитания и обучения детей  
с эмоциональными и поведенческими нарушениями»**

1. Медико-психолого-педагогическая помощь детям с эмоциональными и поведенческим расстройствами как проблема.
2. Особенности детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы и поведения.
3. Факторы нарушений эмоционально-волевой сферы и поведения.
4. Психосоматические расстройства в детском и подростковом возрасте.
5. Направления соматизации и психопатологических изменений эмоционально-волевой и поведенческой сфер в детском и подростковом возрасте.
6. Сексуальные перверзии и неодолимые влечения у детей и подростков.
7. Психозы в детском возрасте: РДА, детские формы шизофрении, дезинтегративные психические расстройства детского возраста.
8. Основные виды подростковых и детских фобий (синдромов страха).
9. Стереотипы о понятии «аутизм». Современные взгляды на причины возникновения РДА и РАС.
10. Общий путь РАС. Модель корректирующей системы.
11. Принципы организации коррекционной работы с детьми с РАС: альтернативная коммуникация.
12. Пирамида организации всесторонней помощи детям с РАС.
13. Схема маршрутного листа реабилитации детей с РАС.
14. Проблемы поведения детей с РАС и возможности их разрешения.

15. Основные трудности родителей, имеющих ребёнка с множественными нарушениями развития. Стратегии поведения семьи.

16. Виды проблемного поведения ребёнка с множественными нарушениями развития.

17. Анализ проблемного поведения ребёнка с множественными нарушениями развития: дневник наблюдений, анализ видеозаписей, календарь деятельности.

18. Методики по изменению проблемного поведения и развития коммуникативных навыков ребёнка с множественными нарушениями развития.

19. Средства общения с детьми с множественными нарушениями развития, у которых отсутствует устная речь.

20. Особенности отклоняющегося поведения и нарушений эмоциональной сферы детей и подростков в специальных учреждениях закрытого типа.

21. Профессиональное самоопределение детей и подростков с нарушениями поведения в специальных учреждениях закрытого типа.

22. Координация действий родителей, врачей и специалистов по оказанию комплексной психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям и подросткам с эмоционально-волевыми расстройствами.

23. Психолого-педагогическая и социальная работа с семьями, имеющими детей и подростков с нарушениями поведения.

24. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка.

25. Холдинг-терапия: противопоказания к проведению.

26. Методы психотерапии с семьями, имеющими детей и подростков с нарушениями поведения. Преодоление негативного отношения к семейной психотерапии («семейной резистенции»).

27. Психолого-педагогическая сущность отклоняющегося поведения подростков.

28. Классификация видов отклоняющегося поведения подростков.

29. Психолого-педагогическая характеристика девиаций в поведении несовершеннолетних.

30. Причины и условия девиантного поведения подростков. Акцентуации характера у подростков.

31. Педагогическая коррекция девиантного поведения подростков в учебно-воспитательном процессе и во внеурочной работе.

32. Сущность профилактической работы с несовершеннолетними.

33. Био-психо-социо-духовная модель человека как новая парадигма психотерапии в области реабилитации и профилактики отклонений в эмоционально-волевой и поведенческой сферах детей и подростков.

34. Понятие саногенного поведения: виды, мишени работы, факторы, преграды.

35. Лекотека как метод реабилитации и терапии нарушений эмоционально-волевой сферы и поведения детей раннего возраста.

36. Portaj как инновационный метод реабилитации и терапии нарушений эмоционально-волевой сферы и поведения детей и подростков.

37. Фототерапия как метод реабилитации и терапии нарушений эмоционально-волевой сферы и поведения детей и подростков.

38. Особенности работы с одарёнными детьми и подростками.

39. Расстройства поведения (девиации).

40. Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста.

41. Тревожные и фобические расстройства в детском возрасте и их признаки.

42. Клиническая классификация нарушений психического развития Л. Каннера, Г. Е. Сухарева, Г. К. Ушакова, В. В. Ковалева, В. В. Лебединского.

43. Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи.

44. Несоциализированное расстройство поведения.

45. Социализированное расстройство поведения.

46. Вызывающее оппозиционное расстройство.

47. Смешанные расстройства поведения и эмоций.

48. Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста.

49. Элективный мутизм.

50. Реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте.

51. Расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу.

52. Другие расстройства социального функционирования в детском возрасте.

53. Тики: транзиторные тики, Хронические моторные тики (вокализмы), комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков, другие тики и тики неуточненные.

54. Энурез неорганической природы.

55. Энкопрез неорганической природы.

56. Стереотипные двигательные расстройства.

57. Заикание (запинание): общая характеристика, условия лечения, принципы терапии и основные специалисты, задействованные при заикании (запинании).

58. Другие уточненные и неуточнённые эмоциональные расстройства и расстройства поведения с началом, обычно приходящимся на детский возраст.

| <b>№<br/>п/п</b> | <b>Примеры контрольно-измерительных материалов<br/>к текущей аттестации</b>   |
|------------------|---|
| 01               | На основе анализа нормативной документации психологов в медицинских учреждениях, определить направления работы, границы ответственности, сложности психолога в медицинском учреждении |

| <b>№<br/>п/п</b> | <b>Примеры контрольно-измерительных материалов<br/>к промежуточной аттестации</b>  |
|------------------|--|
| 01               | 1. Медико-психолого-педагогическая помощь детям с эмоциональными и поведенческими расстройствами как проблема.<br>2. Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи. |

## Материалы к практическому занятию 1

### **Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте [7; 9; 22]**

#### Расстройства поведения

В отечественной литературе нарушенное поведение обозначается термином девиантное поведение и трактуется как поведение для которого характерно отклонение от морально-этических и правовых норм данного общества. Девиантное поведение является одной из наиболее распространенных форм пограничной психической патологии детского и подросткового возраста. По данным ряда авторов лица с расстройствами поведения составляют от 10% до 55% среди всех обследованных подростков в возрасте от 14 до 17 лет. Выделяют патологические и непатологические формы девиантного поведения. При непатологических формах отклонения от принятых норм поведения связаны с незрелостью личности, недостаточностью ее нравственных установок, психологическими особенностями пубертатного возраста. В этой группе выделяют состояния микросоциально-педагогической запущенности и переходящие характерологические ситуационные реакции (протеста, отказа, имитации, эмансипации и др.). Однако в части случаев девиантное поведение у подростков обусловлено патологией формирования личности и патологическими ситуационными реакциями т.е. относятся к проявлениям пограничной психической патологии. Классификация типов нарушенного поведения с использованием социально-психологических критериев предложена А. Г. Амбрумовой и Л. Я. Жезловой. Выделены антидисциплинарное, антисоциальное, делинквентное и аутоагрессивное поведение. К антидисциплинарным поступкам относятся нарушения режима

и дисциплины в школе и другом учебном заведении, срыв уроков, прогулы и т.п. Антисоциальные поступки проявляются в невыполнении или непризнании нравственных норм поведения в обществе: неповиновение родителям и воспитателям, неуважение и грубости по отношению к ним, морально осуждаемые манеры поведения, отказ от учебы и трудовой деятельности, преждевременное начало половой жизни, сексуальные эксцессы, раннее употребление алкоголя и делинквентное поведение включает противоправные и преступные действия несовершеннолетних (вымогательства, кражи, угон транспортных средств, хулиганские выходки, нанесение телесных повреждений, совращение малолетних, изнасилования, убийства). К аутоагрессивным, интрапунитивным по А. Е. Личко, поступкам относятся суицидальные попытки и другие формы суицидального поведения, а также различные самоповреждения. Систематика поведенческих расстройств, представленная в МКБ-10 в разделе F90 - F98 (поведенческие и эмоциональные расстройства с началом, типичным для детского и подросткового возраста) включает следующие варианты нарушенного поведения: расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи; несоциализированное расстройство поведения; социализированное расстройство поведения, оппозиционно-вызывающее расстройство; другие расстройства поведения; расстройство поведения, неуточненное. Приводятся следующие критерии диагностики: «чрезмерная драчливость или хулиганство; жестокость к другим людям или животным; тяжелые нарушения собственности; поджоги, воровство, лживость, прогулы в школе и уходы из дома, необычно частые и тяжелые вспышки гнева; вызывающе провокационное поведение и постоянное, откровенное непослушание». Таким образом, расстройства поведения характеризуются стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения. В своей наиболее крайней степени оно дохо-



дит до выраженного нарушения соответствующих возрасту социальных норм и является поэтому более тяжелым, чем обычный ребяческий злой умысел или подростковое бунтарство. Изолированные диссоциальные или криминальные акты сами по себе не являются основанием для диагноза, подразумевающего постоянный тип поведения. Признаки расстройства поведения могут также быть симптомами других психических состояний, при которых должен кодироваться основной диагноз. В некоторых случаях нарушения поведения могут перейти в диссоциальное личностное расстройство (F60.2). Расстройство поведения часто сочетается с неблагоприятным психосоциальным окружением, включая неудовлетворительные семейные взаимоотношения и неудачи в школе; оно чаще отмечается у мальчиков. Хорошо обосновано его отличие от эмоционального расстройства, а его отличие от гиперактивности менее ясно, и они часто совпадают. Диагностические указания. Заключение о наличии расстройства поведения должно принимать в расчет уровень развития ребенка. Например, вспышки гнева являются нормальной частью развития 3-летнего ребенка и само по себе их присутствие не может служить основой для диагноза. В равной мере, нарушение гражданских прав других людей (как при насильственных преступлениях) невозможно для большинства 7-летних детей и поэтому не является необходимым диагностическим критерием для этой возрастной группы. Примеры поведения, на которых основывается диагноз, включают: чрезмерную драчливость или хулиганство; жестокость к другим людям или животным; тяжелые разрушения собственности; поджоги, воровство, лживость, прогулы в школе и уходы из дома. Необычно частые и тяжелые вспышки гнева; вызывающее провокационное поведение; и постоянное откровенное непослушание. Любая из этих категорий при ее выраженности является достаточной для постановки диагноза; но изолированные диссоциальные акты не

являются основой для диагноза. Критерии исключения включают нечастые, но серьезные лежащие в основе нарушений поведения состояния, такие, как шизофрения, мания, общее расстройство развития, гиперкинетическое расстройство и депрессия. Не рекомендуется ставить этот диагноз, пока продолжительность вышеописанного поведения не составит 6 месяцев или дольше.

### Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста

Диагноз эмоционального (невротического) расстройства широко используется в психиатрии, где этот термин применяется примерно в том же значении, что и термин «невротическое расстройство» у взрослых. Распространенность данного расстройства составляет 2,5% как среди мальчиков, так и девочек. Неврозы у детей отличаются рудиментарностью симптоматики и преобладанием соматовегетативных и двигательных расстройств, отсутствием личностных переживаний, глубокой личностной переработки. Отсюда редкость общих неврозов, «психоневрозов» и преобладание моносимптомных, системных неврозов. Общие неврозы развиваются после 10–12 лет, в пубертатном возрасте они становятся преобладающими. Диссоциативные (конверсионные) расстройства, чаще возникают в подростковом возрасте, реже – в детском. Характеризуются разнообразными соматовегетативными, двигательными, чувствительными и эмоциональными расстройствами. В возникновении этих расстройств, важная роль принадлежит истерическим чертам характера, а так же воспитанию по типу «кумир семьи». Большое значение имеет механизм бегства в болезнь, своеобразная патологическая защита личности от трудных для нее ситуаций. В основе лежит конфликт, связанный с противоречием между желаемыми и реальными достижениями, ущемленным положением. У детей младшего возраста конверсионные расстройства могут возникать непосредственно в ответ на психотравмирующее воздействие (наказание, отказ в

просьбе, разлука с матерью). Проявляется истерическими реакциями, связанными со стремлением достичь желаемого. Ребенок с криком и плачем падает, беспорядочно бьется руками, ногами, головой о пол, выгибает спину дугой, такие состояния могут повторяться до 10–20 раз в день. Частыми двигательными расстройствами являются астазия - абазия т.е. неспособность стоять и ходить при сохранении активных и пассивных движений в лежачем положении. Наблюдаются, как правило, у девочек подростков. Значительно реже у детей наблюдаются такие проявления, как параличи, парезы, нарушения походки, нарушение способности нормально видеть и слышать. Чаще чем двигательные у детей встречаются соматовегетативные расстройства. Они проявляются болями в животе, сердце, головными болями, затруднением глотания, запорами. Часто в силу чрезмерной впечатлительности, такие дети предъявляют жалобы, которые они наблюдали у взрослых из ближайшего окружения. Особую форму конверсионного расстройства у детей представляет вариант психогенного мутизма, чаще элективного мутизма. Он развивается у детей с речевым недоразвитием и чертами повышенной тормозимости, в условиях повышенной требовательности к речевой деятельности. Ведущая роль принадлежит механизму условной желательности молчания, которое защищает ребенка от речевого общения. Расстройство должно отвечать следующим критериям: Отсутствие физического расстройства, которое могло бы объяснить симптомы, характеризующие данное расстройство (но могут быть физические расстройства, которые дают развитие другим симптомам). Имеется убедительная связь во времени между появлением симптоматики расстройства и стрессовыми событиями, проблемами или потребностями.

#### Обсессивно-компульсивные расстройства

В детском возрасте наблюдается редко, чаще после 12 лет и в подростковом возрасте. Если навязчивые мысли и компульсивные

симптомы возникают в детском возрасте, то они часто являются компонентом тревожного или депрессивного расстройства. Основная роль отводится психотравмирующей ситуации, связанной с конфликтом между желанием и чувством долга, а также повышенным требованием к ребенку со стороны родителей. Начало может быть как острым, так и постепенным.

Обсессии могут проявляться в нескольких формах: навязчивые мысли, навязчивые сомнения, побуждения и фобии. Компульсии (ритуалы) это повторяющиеся, стереотипные движения или внешне целенаправленные поступки. Такие действия сопровождаются субъективным ощущением насильственности, необходимости их выполнения и в то же время желанием не подчиняться этому побуждению. Примером может служить поглощенность числами и счетом, многократное перебирание, перекладывание определенных предметов.

Для детей также характерно соблюдение ритуалов, например, многократное мытьё рук или перепроверка задания. Навязчивые действия осознаются как болезненные, дети часто их стесняются. Они усиливаются в психотравмирующей ситуации. Для постановки диагноза необходимы следующие критерии Как обсессии, так и компульсии (или оба вместе) представлены в большинстве дней как минимум в течение двухнедельного периода.

Обсессии (мысли, идеи или образы) и компульсии (действия) включают следующие признаки, все из которых должны присутствовать: 1. Они воспринимаются больным, как возникшие в его собственном разуме и не навязаны окружающими влияниями или лицами. 2. Они повторяются и неприятны; как минимум, одна обсессия или компульсия должна пониматься больным как чрезмерная или бессмысленная. В дошкольном и младшем школьном возрасте наиболее частыми проявлениями невроза навязчивых состояний являются тики F95.

## Тикозные расстройства

Тиком является произвольное, быстрое, повторяющееся, неритмичное движение (обычно вовлекающее в себя ограниченные мышечные группы) или голосовая продукция, которые начинаются внезапно и явно бесцельно. Тики имеют тенденцию переживаться как непреодолимые, но обычно они могут быть подавлены на различные периоды времени. И двигательные, и вокальные тики могут быть классифицированы как простые или сложные, хотя границы разграничения плохо определены. Выделяют транзиторное и хроническое тикозные расстройства. Навязчивые тики возникают на основе различных целесообразных защитных действий (мигание при попадании инородного тела, облизывание губ при сухости, наморщивание лба при низко спущенных волосах.) Имеется потребность в повторении навязчивых действий, при невозможности этого усиливается эмоциональное напряжение и дискомфорт. Навязчивые действия осознаются, как чуждые, дети часто их стесняются. Тики, как правило, усиливаются в психотравмирующей ситуации. К навязчивым тикам близко примыкают патологические привычные действия – сосание пальцев, кусание ногтей, вырывание волос. Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что при легких формах этого расстройства исход благоприятный. При тяжелых формах, с рецидивирующим течением, происходит формирование патологических черт характера – тревожной мнительности, склонности к опасениям и страхам. Для постановки диагноза необходимо наличие следующих критериев. F95.0 Транзиторное тикозное расстройство:

А. Единичные или множественные моторные и (или) вокальные тики, которые возникают много раз в течение дня на протяжении большей части дней как минимум четырехнедельного периода.

Б. Продолжительность 12 месяцев или меньше.

В. В анамнезе нет синдрома Туретта и расстройство не является результатом соматического состояния или проявления побочных действий лекарственной терапии.

Г. Начало в возрасте до 18 лет.

F95.1 Хроническое моторное или вокальное тикозное расстройство:

А. Моторные или вокальные тики, но не те и другие одновременно, которые возникают много раз за день на протяжении большей части как минимум годичного периода.

Б. Отсутствие ремиссий на протяжении года длительностью более 2 месяцев.

В. В анамнезе нет синдрома Туретта и расстройство не является результатом соматического состояния или проявлением побочных эффектов лекарственной терапии.

Г. Начало в возрасте до 18 лет.

F95.2 Комбинированное вокальное и множественное моторное тикозное расстройство (синдром де ля Туретта):

А. Множественные моторные тики и один или более вокальных тиков, которые присутствовали в какое-то время в течение расстройства, но не обязательно одновременно.

Б. Тики должны возникать много раз за день, почти ежедневно на протяжении более года, причем за этот период не должно быть ремиссий длительностью более 2 месяцев.

В. Начало в возрасте до 18 лет.

Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста

F93.0 Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте  
F93.1 Фобическое тревожное расстройство детского возраста  
F93.2 Социальное тревожное расстройство детского возраста  
F93.3 Расстройство сиблингового соперничества  
F93.8 Другие эмоциональные расстройства детского возраста  
F93.9 Эмоцио-

нальное расстройство детского возраста, неуточненное F93.0 Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте. Традиционно расстройство считается следствием неудовлетворительного разрешения конфликта между стремлением к самостоятельности и страхом отрыва от опекаемых лиц. В большинстве случаев это результат неправильного стиля воспитания – потворствующей гиперпротекции. Некоторые родители обучают детей быть чрезмерно боязливыми, преувеличивая внешние опасности и свою опеку. Одна из причин расстройства – психотравматизация ребенка в грудном возрасте в связи с реальным расставанием с матерью. Определенную роль играет генетический фактор. У родителей таких детей выше, чем в популяции процент тревожно-депрессивных расстройств. Клиника. Расстройство обнаруживается до 4-летнего возраста и наибольшие клинические проявления приходятся на начало школьного обучения. Для таких детей характерно то, что психологически понятные страхи приобретают сверхценный характер. У детей младшего возраста (4–8 лет) в большей степени выражены конкретные опасения в связи с возможным расставанием с матерью или другими близкими например, в результате того, что ребенка украдут, потеряют, убьют. Ребенок постоянно стремится удержать рядом с собой своих родителей и требует внимания. Он нередко беспокоится о том, что с родителями может произойти несчастный случай или они заболеют. Тревожное расстройство этого типа является одной из причин отказа посещать детский сад или школу. Нежелание расстаться может распространяться на любимые игрушки или знакомые места. У детей более старшего возраста (9–12 лет) и подростков чрезмерное волнение и беспокойство вызывают повседневные стрессоры, такие события, как экзамены, участие в общественной деятельности с другими детьми и т.п. Ситуации, связанные с расставанием с объектом привязанности сопровождаются соматическими симптомами:

тошнота, рвота, боли в животе, головные боли. Страдает автономность поведения – ребенок не в состоянии спать отдельно, навещать друзей или выходить из дому, выполняя поручения родителей, пребывать в пионерских лагерях. Повышенная зависимость от матери проявляется в том, что подростки (особенно мальчики), предпочитают привлекать ее для покупки предметов одежды, содействия при вхождении в социально значимые занятия (спортивную секцию, театральный кружок и т.п.). Течение хроническое с обострениями в период социального стресса или соматического заболевания. Особая форма этого расстройства - отказ от посещения школы. Встречается у учащихся младших классов. В основе сверхценный страх разлуки с матерью. Проявляется жалобами на головные боли, боли в желудке, энурезом, энкопрезом, рвотой, диареей. Такие жалобы предъявляются исключительно в дни школьных занятий, а не в другое время. В катамнестическом периоде для больных характерны трудности профессионального приспособления, низкий уровень самоутверждения и повышенная ипохондричность. Для постановки диагноза «Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте» должны присутствовать следующие критерии

А. По меньшей мере 3 признака из числа следующих: 1) несоответствующее реальности постоянное беспокойство в связи с возможной потерей или возможными неприятностями у основных фигур, к которым привязан ребенок (например, страх, что они покинут его и не вернуться), или постоянная озабоченность, что они могут умереть;

2) несоответствующая реальности постоянная озабоченность, что какое-нибудь нежелательное событие разлучит ребенка с основной фигурой, к которой он привязан (например, из-за того, что ребенок потеряется, будет похищен, помещен в больницу или убит);



3) ребенок с постоянной неохотой ходит в школу или отказывается туда ходить из-за страха разлуки с основной фигурой, к которой он привязан, или с тем, чтобы остаться дома (что преобладает над другими причинами, такими как страх неприятных происшествий в школе); 4) затруднения в том, чтобы расстаться на ночь, что проявляется одним из следующих признаков:

а) ребенок с неохотой идет спать или отказывается от этого, соглашаясь только с условием, чтобы быть рядом с основной фигурой, к которой он испытывает привязанность; б) по ночам часто встает с постели, чтобы удостовериться, что лицо, к которому он испытывает привязанность, не покинуло его или чтобы спать рядом с ним; в) постоянное нежелание или отказ спать вне дома; 5) постоянный неадекватный страх остаться днем дома в одиночестве или без основной фигуры, к которой испытывается привязанность;

б) повторяющиеся кошмары, содержание которых связано с разлукой; 7) повторяющееся возникновение физических симптомов (таких как тошнота, боль в животе, головная боль или рвота) в случаях, связанных с разлукой с основной фигурой, к которой испытывается привязанность, например, при уходе в школу или в других случаях, связанных с разлукой (отъезд на каникулы, в лагерь и пр.);

8) при разлуке с основной фигурой, к которой ребенок испытывает привязанность, перед ней или сразу после нее, или в предвидении ее возникает чрезмерный, повторяющийся дистресс (о чем свидетельствуют тревога, плач, гнев, несчастный вид, апатия или аутизация). Б. Отсутствие критериев генерализованного тревожного расстройства детского возраста (F93.80). В. Начало до 6-летнего возраста.

Г. Расстройство не возникает как часть более широкого нарушения эмоций, поведения или личности или общего расстрой-

ства развития, психотического расстройства или расстройства, связанного с употреблением психоактивного вещества. Д. Продолжительность по меньшей мере 4 недели.

#### F93.1 Фобическое тревожное расстройство детского возраста

Незначительные проявления фобий обычны для детского возраста. Как правило, возникающие у детей страхи, относятся к животным, насекомым, темноте, к школе или смерти.

Большинство детских страхов проходит без специфического лечения. Некоторые фобии могут проявляться в необычно раннем возрасте и касаться широкого круга проблем и ситуаций. Фобии, имеющие связь с определенной фазой развития ребенка кодируются в данной рубрике. Для постановки диагноза состояние должно соответствовать следующим критериям:

А. Постоянный или периодически возникающий страх (фобия), который соответствует фазе возрастного развития (или соответствовал при появлении), но который аномален по тяжести и связан с существенным социальным нарушением. Б. Отсутствие критериев генерализованного тревожного расстройства детского возраста (F93.80). В. Расстройство не возникает как часть более широкого нарушения эмоций, поведения или личности или общего расстройства развития, психотического расстройства или расстройства, связанного с употреблением психоактивного вещества. Г. Продолжительность как минимум 4 недели. F93.2 Социальное тревожное расстройство детского возраста. Расстройство преобладает у девочек.

Предрасполагающим фактором являются конституциональные особенности, темперамент, психологические травмы и сексуальное насилие в раннем возрасте, затяжные соматические заболевания. Родители часто выступают в качестве модели подражания или неадекватно поощряют робость в поведении ребенка. Расстройство возникает в возрасте, когда страх посторонних переста-

ёт быть нормой, обычно в промежутке от 3 до 6 лет. Обращает на себя внимание разница в поведении в домашней и внесемейной обстановке. Дети достаточно оживлены и адекватны в общении с близкими людьми. В незнакомой обстановке они краснеют, переходят на шепотную речь или молчат, стараются спрятаться, плачут при попытке вовлечь их в коллективные игры. Дети избегают контактов с незнакомыми людьми и даже сверстниками. Деадаптация наиболее ярко выражена во время отдыха (спортивные игры, развлекательные мероприятия), но в отдельных случаях может страдать учебный процесс. Самооценка в целом снижена и высока коморбидность с депрессивным синдромом. В подростковом возрасте у таких детей нередко наблюдается задержка социального развития. Для постановки диагноза необходимо наличие следующих критериев:

А. Постоянная тревога в социальных ситуациях, в которых ребенок имеет дело с незнакомыми людьми, включая сверстников, проявляется социально уклоняющимся поведением.

Б. Ребенок обнаруживает робость, стеснительность или повышенную озабоченность адекватностью своего поведения, когда взаимодействует с незнакомыми людьми.

В. Имеется существенное нарушение социальных (в том числе со сверстниками) взаимоотношений, которые являются вследствие этого ограниченными; в новых социальных ситуациях или в тех, в которых ребенок участвует поневоле, он испытывает существенный дистресс или дискомфорт, что проявляется плачем, отсутствием спонтанной речи или социальной аутизацией. Г. Социальные взаимоотношения со знакомыми лицами у ребенка удовлетворительны (с членами семьи или со сверстниками, которых он хорошо знает).

Д. Начало расстройства обычно совпадает с возрастной фазой развития, при которой эти тревожные реакции считаются адекват-

ными. Аномальная тяжесть, хронический характер и возникающее в результате нарушение должны проявляться до 6-летнего возраста. Е. Отсутствуют критерии генерализованного тревожного расстройства детского возраста (F93.80).

Ж. Расстройство не развивается как часть более широких нарушений эмоций, поведения или личности или общего расстройства развития, психотического расстройства или расстройства, связанного с употреблением психоактивного вещества. З. Продолжительность по меньшей мере 4 недели. F93.3 Расстройство сиблингового соперничества. Высокий процент или даже большинство маленьких детей проявляет какую-либо степень эмоционального расстройства, наступающего вслед за рождением младшего ребенка в семье.

В большинстве случаев это расстройство легкое, но иногда оно может отличаться стойкостью. Патологическим это состояние расценивается в тех случаях, если присутствуют следующие симптомы: А. Выраженная интенсивная отрицательная установка по отношению к последующему младшему ребенку в семье. В тяжелых случаях это может сопровождаться открытой жестокостью или физической травмой сибса злобностью к нему, принижением сибса.

В случаях меньшей выраженности это может проявляться сильным нежеланием делиться, отсутствием положительного внимания и недостаточностью дружеских взаимодействий. Б. Эмоциональные расстройства могут принимать различные формы, часто включая некоторую регрессию с потерей ранее приобретенных навыков (таких как контроль за функцией кишечника и мочевого пузыря) и тенденцией к младенческому поведению.

Обычно возрастает конфронтационное или оппозиционное поведение с родителями, вспышки гнева и дисфории, проявляемые в форме тревоги несчастья или социальной отгороженности. Может нарушаться сон, и часто возрастает напор на родителей для

достижения их внимания, особенно в ночное время. В. Начало в течение 6 месяцев после рождения сиблинга, непосредственно следующего за рождением данного ребенка.

Г. Продолжительность как минимум 4 недели. F93.80 Генерализованное тревожное расстройство детского возраста. Представленность по полу равномерная, чаще встречается в хорошо обеспеченных семьях. В этиологии значима генетическая предрасположенность и резидуальный органический фон. У матерей больных выше уровень тревожных расстройств, в сравнении с популяцией. Решающую роль играют психологические и средовые факторы.

Для родителей характерна озабоченность социальным успехом и завышение ожиданий, предъявляемых ребенку. Клиника. Поводы для проявлений тревоги разнообразны, например, выполнение школьных заданий, события в будущем, в ходе которых как-то оценивается деятельность больного, соответствие ожиданиям окружающих. Дети выглядят напряженными, робкими, неуверенными в себе, склонными к самоуничтожению. Они болезненно чувствительны к критике и гордятся своим гипертрофированным послушанием.

Серьезные и зрелы не по годам. Мотивация к социальному успеху позволяет больным добиться удовлетворительной социальной адаптации, но это сопровождается постоянным и чрезмерным внутренним напряжением. Часто генерализованное тревожное расстройство сопровождается кусанием ногтей, вырыванием волос, сосанием большого пальца, энурезом. Во взрослом возрасте высок риск появления тревожных, аффективных и соматоформных расстройств. Для диагностики необходимо присутствие следующих критериев:

#### Энурез неорганической природы

Несвоевременное опорожнение мочевого пузыря ребенком старше 5 лет при отсутствии органической патологии. Распро-

страненность составляет 7% среди мальчиков и 3% среди девочек в возрасте до 5 лет. Дневной энурез встречается значительно реже. В этиологии значимым является генетический фактор. Конкордантность по расстройству у однояйцевых близнецов значительно выше, чем у двуяйцевых. При нормальном анатомическом строении, энуретики обладают «функционально малым» мочевым пузырем, вынуждающим испытывать позыв к мочеиспусканию при меньшем, чем в норме количестве мочи. Может иметь значение и характер приучения к чистоте. Ряд стрессовых факторов бесспорно провоцируют рецидив или усиливают имеющийся энурез.

Первичный энурез встречается в 80% случаев, возникает изначально у ребенка с несформированными навыками опрятности, вторичный – в результате психосоциальных стрессов, обычно в возрасте 5–7 лет после периода удовлетворительного контроля за мочеиспусканием. Временное изъятие из психотравмирующей обстановки приводит к урежению энуреза. Для энуретиков характерны черты тормозимости, робости, тревожности, боязливости, заниженной самооценки. Дети переживают, стесняются своего недостатка.

У них развивается синдром тревожного ожидания, что ведет к нарушению сна. Невротический энурез никогда не бывает единственным расстройством, он сочетается с другими невротическими симптомами, раздражительностью, капризностью, плаксивостью. F98.1 Энкопрез неорганической природы. Распространенность составляет 1–1,5% в возрасте 5 лет, у подростков он крайне редок.

Наиболее вероятной является полиэтиологическая модель, предполагающая сочетание задержек развития контроля дефекации с влиянием разного рода психосоциальных факторов. Имеется наследственная отягощенность – расстройство выявляется у 15% отцов больных. Типичным для семейной структуры является пре-

дельно заниженная роль отца в воспитании больного и регидная авторитарная позиция матери, подавляющая стремление ребенка к самостоятельности. Вызывается обычно тяжелым конфликтом между ребенком и родителями.

Клиника характеризуется тем, что ребенок со сформировавшимися навыками опрятности в дневное время, периодически выделяет небольшое количество испражнений «слегка пачкает штаны». Дети не ощущают позывов на дефекацию, болезненно переживают свой недостаток. Как компенсаторная реакция – утрированная чистоплотность. Энурез сочетается с раздражительностью, плаксивостью, другими невротическими расстройствами. F98.5  
Заикание.

Распространенность составляет 2–4% у лиц детского возраста, преобладает у мальчиков. К подростковому возрасту сохраняется у 1%. Имеется генетическая обусловленность о чем свидетельствует высокая конкордантность у однояйцевых близнецов. С точки зрения психогенной теории заболевание объясняется конфликтами с опекающими фигурами в раннем детском возрасте. Начало в большинстве случаев в 2–4 года.

Развивается постепенно, первыми признаками являются повторения начальных звуков в словах, первых или наиболее трудных слов в предложениях в моменты эмоционального напряжения или спешки. Эпизоды заикания могут чередоваться с эпизодами интактной речи. Полное разворачивание симптоматики не исключает отсутствие симптомов при декламации, пении или обращении к животным. В начальной школе проявления заикания становятся более постоянными.

В раннем подростковом возрасте заикание проявляется в специфических обстоятельствах, в основном при публичных выступлениях. Заикание сопровождается напряжением мышц лица, нередко тиками, появляется вторичная невротизация, избегание

ситуаций, требующих речевого общения. Общие лечебные мероприятия. На первом плане должны стоять, и могут быть достаточными педагогические воздействия на ребенка и соответствующие рекомендации родителям или даже проведение с ними психотерапии.

Существуют различные стратегии предоставления ребенку поддержки, устранения или смягчение стресса. Иногда удаётся достичь положительного результата, дав возможность ребенку высказаться, объяснить свои чувства, покаяться, облегчить ощущение вины. Маленькие дети нуждаются в удобном месте для игры, в процессе которой они могли бы раскрыть психотерапевту испытываемый ими дистресс. В лечении подростков используются групповые формы психотерапии различного рода.

Семейная терапия предполагает работу со всеми членами семьи как с единой группой в процессе её жизнедеятельности, это позволяет прояснить характер личностных реакций и выявить напряжение в отношениях, а затем наметить пути формирования более эффективных способов взаимодействия. Широкое использование находит поведенческая психотерапия для модификации поведения путем поощрения его желательных форм и устранения нежелательных. Лекарственная терапия. Лекарства в детской психиатрии имеют ограниченное применение. В каждом отдельном случае решение об использовании принимается обдуманно, при наличии веских показаний. Такая осторожность объясняется тем, что мы не знаем, какое именно действие окажут фармакологические препараты на незрелый мозг, на развивающийся организм ребенка, нельзя также не учитывать и проблему побочных эффектов.



**Материалы к лекции 3**

**Научная обоснованность метода PECS**

(Effectiveness of the Picture Exchange Communication System as a Functional Communication Intervention for Individuals with Autism Spectrum Disorder: A Practice-Based Research Synthesis / К.-С. Tien // Education and Training in Developmental Disabilities. – 43(1). – 2008. –Р. 61–76)

К немногочисленным методам терапии РАС, имеющим строгий статус доказательно-обоснованной медицины, относится метод коммуникации посредством обмена карточками (Picture Exchange Communication System – PECS). В число систематических обзоров одного из выпусков Сборника по доказательной медицине внесено исследование «Эффективность метода PECS как функционально-коммуникативного вмешательства для лиц с расстройствами аутистического спектра: обзор практико-базируемых исследований», опубликованное в журнале «Образование и обучение при нарушениях развития». Исследование проведено с соблюдением всех необходимых инструментов дизайна доказательного обзора – с описанием критериев выборки, оценки качества исследований. По его результатам можно заключить, что метод PECS – это не просто «коммуникативная книжка с картинками», а фундаментально разработанный подход к обучению ребенка с нарушением развития и коммуникативно-речевыми дефицитами, т.е. научно-обоснованная система образования.

В процессе обучения PECS специалисты узнают:

1. Какие цели бывают у поведения.
2. Как научить ребенка различать желаемое и нежелаемое.
3. Как научить цивилизованно выражать свой протест
4. Как устанавливать взаимодействие

5. Как организовать переход от фазы к фазе обучения и определить готовность к этому переходу.

6. Как процесс освоения PECS превратить в процесс непрерывного обучения.

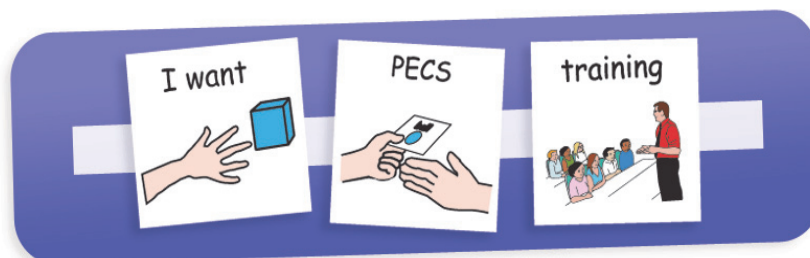


Рисунок. Пример карточек PECS

Таблица

*Распространенные ошибки родителей в понимании PECS*

*(по материалам проекта «Особые переводы»*

*<http://specialtranslations.ru/>)*

| Заблуждения                                 | Правда  |
|---|---|
| PECS это то же, что и визуальное расписание | PECS – это система коммуникации, в которой с собеседником вместо реплик обмениваются карточками. В визуальном расписании используются карточки, но с целью отображения последовательности событий. У визуального расписания совсем иная функция, отличная от PECS, и обучают им пользоваться тоже совсем по-другому.  |
| PECS тормозит развитие речи                 | Исследования доказывают, что PECS, напротив, стимулирует развитие речи. Благодаря использованию PECS у ребенка восстанавливается функция коммуникации. Безречевой ребенок получает возможность самостоятельно инициировать коммуникацию. В условиях, когда взрослый сам «догадывается» о желании ребенка, для ребенка ускользает смысл коммуникативного процесса. Научение самостоятельному обращению к взрослому позволяет более эффективно строить стратегии восстановления устной речевой функции. Через какое-то время ребенок научается сам озвучивать свои пожелания (или начинает пытаться). |

Продолжение табл.

|   |  |
|---|--|
| <p>«Моему ребенку PECS не подходят, потому что...»<br/>(мы уже пробовали, он не соотносит картинки с предметами и т.д.)</p> | <p>Если подойти к вопросу правильно, ребенка можно научить использовать PECS всего за 5 часов. Он не должен уметь различать картинки, не должен даже любить карточки. Если за дело берется профессионал, все фазы PECS становятся доступны для любого ребенка.</p>   |
| <p>PECS не имеет отношения к АВА</p>  | <p>Создатели PECS Э. Бонди (PhD) и Л. Фрост (MS, CCC/SLP) завершили свою работу в 1985 г. Не являясь поведенческими аналитиками, они основали свою систему на фундаментальном труде Б. Ф. Скиннера «Вербальное поведение». Детей учат коммуникации с учетом всех законов поведения и вербальных реакций, описанных им. Это определение соответствует вербально-поведенческому подходу к развитию языковых навыков, который существует в рамках АВА-терапии. Однако практика внедрения системы PECS в обиход ребенка требует дополнительных профессиональных навыков и знаний даже для профессионалов АВА.</p>  |
| <p>«Мой ребенок слишком взрослый для введения PECS»</p>   | <p>Если ребенок не успел овладеть ни одним способом коммуникации (речью, языком жестов и т.д.), стоит все-таки задуматься о введении PECS или какой-либо аналогичной системы вне зависимости от возраста. Любой человек имеет право получить возможность сообщать о своих нуждах максимально доступным и простым способом. Очень часто дети старшего возраста и взрослые, не владеющие навыками коммуникации, демонстрируют неподобающее и опасное поведение: агрессию, самоповреждение, вспышки гнева, в ситуации, когда они не могут самостоятельно получить желаемое. PECS – эффективным методом альтернативной коммуникации. При грамотном введении, он может в несколько раз уменьшить случаи проявления подобного поведения.</p> |

|                         |            |  |
|-------------------------|------------|--|
| Язык жестов лучше, PECS | жестов чем | <p>При выборе родителем языка жестов в качестве альтернативной коммуникации нужно учитывать следующие ограничения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– языком, который использует ребенок, придется овладеть всему его окружению: учителям, членам семьи и другим людям, окружающим ребенка. Такой навык может затормозить развитие коммуникации у ребенка, если те, кто владеет обычным языком жестов, но не знают специфических символов языка, которому обучили данного ребенка, не смогут его понять.</li> <li>– выучить жестовый язык может быть не просто, если у ребенка проблемы с моторикой или навыком имитации. Жестовая альтернативная коммуникация предполагает совершенное владение руками, пальцами и даже мимикой.</li> </ul> |
|-------------------------|------------|--|

Учебное издание

**Иванова** Ольга Анатольевна

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
РАЗВИТИЯ, ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ  
С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Учебно-методическое пособие

*Издано в авторской редакции*

Подп. в печать 13.09.2019. Формат 60×84/16

Уч.-изд. л. 2,5. Заказ 103

Издательский дом ВГУ

394018 Воронеж, пл. Ленина, 10

Отпечатано в типографии Издательского дома ВГУ

394018 Воронеж, ул. Пушкинская, 3