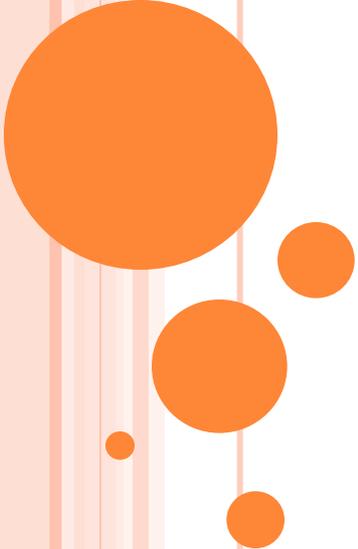


ВИДЫ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ И ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ



Лектор: Фатихова Лидия Фаварисовна, кандидат педагогических наук, доцент
кафедры специальной педагогики и психологии
ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный педагогический университет им. М. Акмуллы»

ПЛАН ЛЕКЦИИ

- 1. Психология детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы и поведения как наука.**
- 2. Дети с расстройствами аутистического спектра.**
- 3. Дети с психопатиями.**
- 4. Нарушения эмоционально-личностной сферы при нервно-психических заболеваниях и психических состояниях.**
- 5. Нарушения поведения и эмоциональной сферы условно-нормативных детей.**



1. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ И ПОВЕДЕНИЯ КАК НАУКА.

Психология детей с нарушениями эмоциональной-волевой сферы и поведения изучает закономерности и особенности развития детей с искаженным (расстройства аутистического спектра) и дизгармоничным развитием (дети с психопатиями и психопатоподобными формами поведения).



Задачи психологии детей с нарушениями ЭВС и поведения:

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



2. ДЕТИ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.

История взглядов на проблему РАС

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

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

Согласно статистике аутизм встречается во всех странах мира, в среднем в 4-5 случаях на 10 тыс. детей. Однако эта цифра охватывает только так называемый классический аутизм, или синдром Каннера, и будет значительно выше, если учитывать и другие типы нарушения поведения с аутичноподобными проявлениями. Причем ранний аутизм встречается у мальчиков в 3-4 раза чаще, чем у девочек.



Согласно разрабатываемой концепции, по уровню эмоциональной регуляции аутизм может проявляться в *разных формах*:

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

Таким образом, различают *четыре группы детей с РДА*, которые представляют собой разные ступени взаимодействия с окружающей средой и людьми.

При успешной коррекционной работе ребенок поднимается по этим ступеням социализированного взаимодействия, а при ухудшении или несоответствии образовательных условий состоянию ребенка будет происходить переход к более несоциализированным формам жизнедеятельности.



Основные расстройства при РДА, выделенные К.С. Лебединской

1. Аутизм как синдром предельного одиночества ребенка, т.е. неспособность вступить в контакт с другими людьми, нарушения зрительного контакта, комплекса оживления, особенности отношения к физическому контакту, словесному обращению, особенности поведения в одиночества (стремление к уединению при одновременной непереносимости одиночества).

2. Страхи, среди которых выделяются:

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

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

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



3. **«Феномен тождества»** - трудности питания ребенка (сложность введения прикорма, отвергжение новых видов еды, ритуальность в ее режиме и атрибутике; приверженность к привычным деталям окружающего: расположению мебели, игрушек, других предметов, негативизм к новой одежде; патологические реакции на перемену обстановки (помещение в ясли, больницу, переезд - в виде нарушения вегетативных функций, невротических расстройств, негативизма, регресса навыков, психотических явлений).
4. **Нарушения чувства самосохранения** – «отсутствие чувства края»: опасное свешивание за борт коляски, упорное стремление перелезть за стенку манежа, убежать в чащу леса, выскочить на проезжую часть улицы, спрыгнуть с высоты, войти в глубину воды, отсутствует закрепление отрицательного опыта ожогов, порезов, ушибов, неумение постоять за себя, отсутствует защитная агрессия.



5. **Стереотипии:**

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



6. Особенности речи:

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

Иногда наблюдается регресс речи на уровне отдельных слов.

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



7. Особенности познавательной деятельности и интеллекта:

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

7. Особенности игры:

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



8. Особенности витальных функций и аффективной сферы:

- а) гиповозбудимость:** мышечный гипотонус, малоподвижность, необычное «спокойствие»; отсутствие реакции на физический дискомфорт (мокрые пеленки, холод, голод, запоры); вялость сосания, слабость пищевого рефлекса; невыраженность реакции на прикосновение; «спокойная бессонница»; индифферентность при взятии на руки; слабость комплекса оживления и эмоциональной реакции на игрушку; склонность к дистимическим колебаниям настроения.
- б) гипервозбудимость:** мышечный гипертонус; неврозоподобные проявления (пониженный тревожный фон настроения, крик, плач при пробуждении); вегетативные расстройства (срыгивания, желудочно-кишечные дискинезии, инверсия сна); избирательность в еде. Типично усиление этих явлений в 1 год. Неожиданное для возраста тонкое улавливание эмоционального состояния близких. У части детей преобладают психопатоподобные явления; двигательная расторможенность, с аффективной возбудимостью, длительным криком и сопротивлением при купании, пеленании, голоде, «поза столбика» при попытке взятия на руки.



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

- ▣ **Дети с РДА 1-й группы** – характерны проявления состояния выраженного дискомфорта и отсутствие социальной активности уже в раннем возрасте. Даже близким невозможно добиться от ребенка ответной улыбки, поймать его взгляд, получить ответную реакцию на зов. Главное для такого ребенка – не иметь с миром никаких точек соприкосновения. Установление и развитие эмоциональных связей с таким ребенком помогает поднять его избирательную активность, выработать определенные устойчивые формы поведения и деятельности, т.е. осуществить переход на более высокую ступень отношений с миром.



- ▣ **Дети с РДА 2-й группы** – исходно более активны и чуть менее ранимы в контактах со средой. Аутизм проявляется не как отрешенность, а как повышенная избирательность в отношениях с миром, имеется задержка психического развития, прежде всего речи, повышенная избирательность в еде, одежде, фиксированные маршруты прогулок, особые ритуалы в различных аспектах жизнедеятельности, невыполнение которых влечет бурные аффективные реакции. По сравнению с детьми других групп они в наибольшей степени отягощены страхами, имеют множество речевых и двигательных стереотипий, характерно неожиданное бурное проявление агрессии и самоагрессии. Однако несмотря на тяжесть различных проявлений, эти дети гораздо более приспособлены к жизни, чем дети 1-й группы.



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



- ▣ **Дети с РДА 4-й группы** – аутизм проявляется в наиболее легком варианте. На первый план выступает повышенная ранимость таких детей, тормозимость в контактах (взаимодействие прекращается при ощущении ребенком малейшего препятствия или противодействия). Он слишком сильно зависит от эмоциональной поддержки взрослых, поэтому главное направление помощи этим детям должно заключаться в развитии у них других способов получения удовольствия, в частности от переживания реализации своих собственных интересов и предпочтений. Следует обеспечить ребенку атмосферу безопасности и принятия. Важно создавать четкий спокойный ритм занятий, периодически включая эмоциональные впечатления.



Классификация аутизма в МКБ-10

Аутизм может возникать как своеобразная аномалия развития генетического генеза, а также наблюдаться в виде осложняющего синдрома при различных неврологических заболеваниях, в том числе и при метаболических дефектах.

В МКБ-10 аутизм рассматривается в группе «общие расстройства психологического развития» (F 84):

- F84.0 Детский аутизм
- F84.01 Детский аутизм, обусловленный органическим заболеванием головного мозга
- F84.02 Детский аутизм вследствие других причин
- F84.1 Атипичный аутизм
- F84.11 Атипичный аутизм с умственной отсталостью
- F84.12 Атипичный аутизм без умственной отсталости
- F84.2 Синдром Ретта
- F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста
- F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями
- F84.5 Синдром Аспергера
- F84.8 Другие общие расстройства развития
- FS4.9 Общее расстройство развития, неуточненное



3. ДЕТИ С ПСИХОПАТИЯМИ.

Психопатии проявляются в более широких пределах (семья, школа и т.д.) в формах открытого деструктивного поведения: драки, нападения, хулиганства; скрытого деструктивного поведения: ложь, кражи, поджоги; и скрытого недеструктивного поведения: прогулы, нецензурные выражения, токсикомания. В подростковом возрасте выраженные проявления расстройств поведения, начавшиеся до 13 лет могут со временем переходить в то или иное развитие личности, то есть в психопатию.

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

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

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

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



Виды психопатий

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



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

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



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

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



4. НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ПРИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ.

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

Заболевания и состояния психики

Проявления нарушений эмоционально-личностной сферы

2. Психоз

Склонность к эмоционально-аффективным реакциям патологического характера.

- а) эпилептоидная, гипертимная, истероидная психопатии - эмоционально-агрессивные вспышки;
- б) астеническая, психастеническая, сензитивная психопатии - тенденция к пониженному настроению, тоске, отчаянию, вялости;
- в) шизоидная психопатия — диссоциация эмоциональных проявлений («хрупкие, как стекло, по отношению к себе и тупые, как дерево, по отношению к другим»).

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

Заболевания и состояния психики	Проявления нарушений эмоционально-личностной сферы
7. Органические поражения ЦНС	Эмоционально-аффективные реакции и состояния разного знака, интенсивности в зависимости от заболевания, психотравмирующих ситуаций: эксплозивность, раздражительность, «недержание эмоций», слезливость, эйфория, тревожность.
8. Сердечно-сосудистые заболевания	а) инфаркт миокарда – мрачная окраска будущего; б) язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки – повышенная тревожность, возбудимость, перепады настроения и т.д.



5. НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ УСЛОВНО НОРМАТИВНЫХ ДЕТЕЙ.

А. Нарушения личностной сферы (поведения)

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

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



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

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



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



Б. Нарушения эмоциональной сферы

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

1. Агрессия – это сложная по своей структуре реакция, включающая эмоциональный компонент: гнев, раздражение; агрессивное поведение: нападение, удары, укусы; вербально-когнитивный компонент: высмеивание, обзывание и т.д., которые проявляются и меняются по мере взросления личности. Агрессия может проявляться у личности в различные возрастные периоды и может считаться нормой, если интенсивность ее проявления не слишком высока и агрессивные реакции исчезают с возрастом или снижается их проявление.

2. Страх - это переживание конкретной психотравмирующей ситуации, часто происходящей неожиданно для личности. **Тревога**- это переживание, ожидаемой психотравмирующей ситуации, которая может произойти в будущем, содержащее в себе мобилизующий компонент. Страх и тревога рассматриваются в основном, как нормальная реакция на угрозу (или ожидание угрозы), исходящую из среды. Существуют проявления страха и тревоги, которые более выражены и длительны по времени, не поддаются произвольному контролю и не могут быть объяснены или логически опровергнуты. В таких случаях речь идёт о тревожных расстройствах, которые отличаются от нормальной тревожности и боязливости выраженной интенсивностью, которая непропорциональна ситуации, устойчивостью, сопутствующими соматическими реакциями, снижением уровня социальной адаптации.



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

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

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



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

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

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

