

составляющей предлагаются 6 возможных вариантов: от неприятия этой операции до ее самостоятельного выполнения ребенком. Структура карты предусматривает последовательность перехода от простых к более сложным операциям или к более качественному их выполнению.

Диагностическое обучение проводится в несколько этапов. На первом этапе определяется уровень сформированности навыков самообслуживания ребенка на момент обследования и отмечается, какие элементы навыка ребенку доступны и в какой степени, а какие еще не доступны.

Далее, при составлении индивидуальной программы развития, задачами обучения ставятся: достижение ребенком более высокого оценочного параметра сформированности данной операции либо переход к овладению следующей, более сложной элементарной составляющей навыка. В этом случае каждая новая задача, при условии усвоения предыдущей, будет посильной для ребенка, будет «следующей ступенькой» его развития. Он будет медленно, в своем темпе осваивать все новые и новые операции и у него появится возможность чувствовать себя успешным. Такая ситуация успеха создает положительное отношение к процессу обучения, а значит, наряду с другими факторами, снижает вероятность проявления проблемного поведения.

Таким образом, можно предположить, что разработанная нами система диагностического обучения помогает решать проблему профилактики и преодоления проблемного поведения детей с тяжелыми множественными нарушениями.

## **Феноменология актов самоповреждения у подростков с нарушениями развития**

Польская Н.А.

СГУ им. Н.Г. Чернышевского

[polskayana@yandex.ru](mailto:polskayana@yandex.ru)

Проблема самоповреждающего поведения в подростковом возрасте приобретает особую значимость в ситуации нарушений развития психики. В настоящее время имеется большой объем клинических и экспериментальных данных, указывающих на самоповреждение как симптом или следствие аномалий развития. Умственная отсталость, аутизм и шизофрения, генетические синдромы, сопровождающиеся нарушениями интеллекта и расстройствами поведения – там, где речь идет о несформированности или низком уровне интеллекта и значительном когнитивном дефиците, самоповреждения являются распространенной поведенческой практикой.

При умственной отсталости акты самоповреждения отмечаются у от 4% до 14% пациентов [13]. Феноменология самоповреждений при умственной отсталости объединяет такие акты как многократные удары или шлепки по голове или лицу, громкие удары головой об пол, стены или мебель [8]. Подобные действия характеризуются постоянством и стереотипичностью. Игнорирование такого поведения у умственного отсталого подростка приводит к расширению репертуара самоповреждений и интенсивности уже реализуемых актов, результатом чего могут стать неврологические нарушения, развитие вторичных кожных проблем (инфицирование, нарушения чувствительности) и даже летальный исход [7].

У подростков с расстройствами аутистического спектра наиболее распространенными актами самоповреждения являются удары головой о собственные руки или колени и удары о различные поверхности. Несколько реже встречаются удары подбородком, сосание или укусы рук, трение кожей о предметы, выдергивание волос, надавливание на глаз или его выдавливание (что может привести к слепоте или отслоению сетчатки), удары костяшками пальцев друг о друга, расцарапывание лба [11].

К самоповреждениям подростков, больных шизофренией, относятся такие стереотипные самоповреждения как удары головой, щипание, расчесывание (расцарапывание), кожи, кусание себя. Подобные действия не

сопровождаются болевыми ощущениями и доставляют своеобразное удовольствие [9].

Особое место акты самоповреждения занимают в структуре синдромов, связанных с генетическими аномалиями и сопровождающихся нарушениями интеллектуального развития. По замечанию исследователей, акты самоповреждения в данном случае являются опасными и часто регистрируемыми симптомами [6, 18]. У детей с синдромом Лэша-Найхена самоповреждение начинается в возрасте около двух лет с кусания языка, губ, пальцев и рук [2, 12, 14]; позже к этим действиям добавляются такие способы самоповреждения как щипание, расцарапывание и защемление частей тела, например, пальцев, доступной мебелью [12]. В результате, у пациентов могут быть частично ампутированы пальцы и повреждены губы. В качестве предотвращения или ограничения подобных самоповреждений, у них удаляют зубы. Что касается госпитализации, то, по замечанию специалистов, ее чаще всего осуществляют именно из-за тяжести самоповреждающего поведения, а не из-за двигательных расстройств и дефицита интеллекта [5]. При синдроме Прадера-Вилли нередко отмечается такое самоповреждение, как щипание кожи [10], однако у 15% подростков и взрослых с данным синдромом наблюдается и более серьезная форма – ректальное самоповреждение (rectal picking), которое влечет за собой анемию из-за потери крови, травматизацию анального сфинктера вплоть до абцесса прямой кишки [16]. При синдроме Ретта наблюдаются такие самоповреждения как заламывание рук, царапанье себя, жевание пальцев, нанесение ударов кулаками по щекам, подбородку [1]. При синдроме Корнелии де Ланге – удары головой и расцарапывание тела [15], повреждения пальцев рук, запястий и нижних конечностей [4]. Также акты самоповреждения встречаются при синдроме Смита-Магенис и синдроме Лоу [17].

По мнению Т. Thompson & М. Caruso (2002) самоповреждающее поведение при нарушениях психического развития осуществляется в двух основных формах. Первая форма включает в себя самоповреждения,

длящиеся не более нескольких секунд, подобные эпизоды, как правило, детерминированы окружением. Вторая – включает продолжительные акты самоповреждения (стереотипии), длящиеся несколько часов с очень короткими паузами, что может быть спровоцировано внешними событиями, но устойчивость этой формы обеспечивается неврологическими факторами [19].

Основным механизмом самоповреждающего поведения при нарушениях развития выступает механизм биологической регуляции, непосредственно отвечающий за функционирование всех систем организма. Акт самоповреждения при нарушениях развития психики совмещает в себе две функции: 1) функцию элементарного движения (реализация данной функции может быть рассмотрена с точки зрения наиболее примитивной формы организации двигательной активности и поведения) и в данном случае самоповреждение может быть связано как с избавлением от спонтанного возбуждения [3], так и с реализацией программы элементарной организации поведения; 2) функцию релаксации, которая связана со специфической приятностью акта самоповреждения. Способность самоповреждения принести удовольствие объясняется действием некоторых биологических веществ и механизмов, включая моноамины и гормоны. Действия, связанные с самоповреждением, вызывают усиленную выработку эндогенных опиоидов, отвечающих за снижение болевой чувствительности и способствующих релаксации. *Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ (грант №10-06-00511а).*

#### Литература

1. Патология психического развития / Под ред. А.С. Тиганова. [http://www.psychiatry.ru/lib\\_show.php?id=36](http://www.psychiatry.ru/lib_show.php?id=36)
2. Anderson L., Dancis J., Alpert M. Behavioral contingencies and self-mutilation in Lesch-Nyhan disease // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1978. V. 46. P. 529-536.

3. Barrera F.J., Violo R.A., Graver E.E. On the form and function of severe self-injurious behavior // [Behavioral Interventions](#). 2007. V. 22. № 1. P. 5–33.
4. Berney T.P., Ireland M., Burn J. Behavioral phenotype of Cornelia de Lange syndrome// *Archives of Disease in Childhood*., 1999. V.81. P.333–336.
5. Bergen A.E., Holborn S.W., Scott-Huyghebaert V.C. Functional Analysis of Self-Injurious Behavior in an Adult with Lesch-Nyhan Syndrome // *Behavior Modification*., 2002. V. 26. P. 187-204.
6. Deb S. Self-injurious behavior as part of genetic syndromes// *Brit J Psychiat.*, 1998. V.172. P.385–388.
7. Emerson E. Self-Injurious Behaviour: An Overview of Recent Trends in Epidemiological and Behavioural Research //*Mental Handicap Research*., 1992. V. 5 (1).P. 49–81.
8. Emerson E. Severe Self-Injurious Behaviour: Some of the Challenges It Presents // *Journal of the British Institute of Mental Handicap (APEX)*.,1990. V. 18 (3). P. 92–98.
9. Green A. H. Self-Mutilation in Schizophrenic Children // *Arch Gen Psychiatry*., 1967. V.7 (2). P.234-244.
- 10.Hanchett J. Skin picking and other forms of self-trauma in Prader-Willi syndrome // *Gathered View*., 1994. V. 37.
- 11.Matson J.L., LoVullo S.V. A review of behavioral treatments for self-injurious behaviors of persons with autism spectrum disorders // *Behavior Modification*., 2008. V. 32. P. 61-76.
- 12.Nyhan W. L. Behavior in the Lesch-Nyhan syndrome // *J of Autism and Childhood Schizophrenia*., 1976. V.6. P. 235-252.
- 13.Oliver C., Hall S., Hales J., Murphy G., Watts D. The Treatment of Severe Self-Injurious Behavior by the Systematic Fading of Restraints: Effects on Self-Injury, Self-Restraint, Adaptive Behavior and Behavioral

- Correlates of Affect // Research in Developmental Disabilities., 1998. V. 19 (2). P. 143–165.
14. Robey K.L., Reck J.F., Giacomini K.D., et al. Modes and patterns of self-mutilation in persons with Lesch-Nyhan disease // DevMed Child Neurol., 2003. V.45. P.167-171.
15. Shear C.S., Nyhan W.L., Kirman B.H., et al. Self-mutilative behavior as a feature of the de Lange syndrome. // J Pediatr., 1971. V. 78. P. 506–509.
16. Stokes J.V., Luiselli J.K. Applied Behavior Analysis Assessment and Intervention for Health: Threatening Self-Injury (Rectal Picking) in an Adult with Prader-Willi Syndrome // Clinical Case Studies., 2009. V. 8. P. 38-47.
17. Swamidhas P., Russell S. Self-injurious Behavior to the Lower Extremities Among Children With Atypical Development: A Diagnostic and Treatment Algorithm // The International Journal of Lower Extremity., 2006. V. 5 (1). P. 10-17.
18. Symons F.J., Thomson T. Self-injurious behavior and body site preference. // Journal of Intellectual Disability Research., 1997. V.41 P. 456-468.
19. Thompson T., Caruso M. Self-Injury: What We're Looking For // Schroeder S.R., Osterker M. L., Thompson Travis (eds). Self Injurious Behavior: Gene–Brain–Behavior Relationships. Washington, DC: American Psychological Association., 2002.

**Развитие речевого общения, как основа профилактики отклонений поведения у умственно отсталых дошкольников с использованием комплексно-игрового метода обучения**

Прохорова Ольга Борисовна, учитель-логопед,

г. Москва, Зеленоградский округ, ГОУ начальная школа – детский сад компенсирующего вида № 1853,