



МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДЕТСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

**Выполнила студентка:
группы 15НПм1
Гирина Елена**

- С того времени, когда Д. п. была представлена «детскими биографиями», ее теория и методы достигли значительного прогресса. Если дело касалось возрастных изменений к.-л. черты или поведения, для их изучения использовались два подхода. При лонгитюдном подходе исследователи наблюдают одних и тех же испытуемых на протяжении интересующего их отрезка времени и отмечают происходящие с возрастом изменения. При применении метода поперечных срезов исследователь производит замеры у испытуемых разного возраста. У каждого из этих подходов свои преимущества и ограничения. Нек-рые авторы предложили использовать комбинацию этих двух подходов в качестве более действенного метода, обладающего меньшим количеством недостатков.



□ Детские психозы (*childhood psychoses*)

□

□ Д. п. представляют собой смешанную группу тяжелых расстройств с грубыми отклонениями от ожидаемых соц. и интеллектуальных возрастных норм. Детский аутизм и детская шизофрения — два наиболее распространенных психотических расстройства детского возраста.

□ Почти каждый аспект проблемы психозов детского возраста — от названий и критериев определения до интерпретации механизмов и тактики лечения — отмечен разногласиями. Несмотря на существующие противоречия, проявления психотических расстройств всеми описываются как «глубокие», «всепроникающие» и «тяжелые». Не подвергается тж сомнению, что эти заболевания длятся на протяжении всей жизни, хотя небольшой процент больных и демонстрирует существенные улучшения. Неблагоприятные исходы болезни связывают с низкими (соотв. умственной отсталости) показателями теста интеллекта, проводимого во время постановки диагноза, отсутствием речевых навыков до 5-летнего возраста, проявлением признаков психоза в возрасте до 10 лет и обнаружением у детей интроверсии, робости и заторможенности еще до появления трудностей.



- Симптомы аутизма и детской шизофрении в значительной мере перекрывают друг друга. Группа британских психиатров предложила девять признаков, характеризующих эти и др. формы Д. п.:
- 1. Серьезные устойчивые нарушения межличностных отношений. Они приобретают форму ухода в себя при аутизме и обсессивной привязанности (часто к матери) при детской шизофрении.
- 2. Видимое отсутствие сознания личной идентичности, проявляющееся в гротескных позах и нанесении себе увечий.
- 3. Повышенный интерес к неодушевленным объектам и необычные действия с ними, часто без понимания их обычной функции.
- 4. Крайнее сопротивление к переменам любого рода и ритуалы, направленные на поддержание однообразия.
- 5. Патологическое восприятие, приводящее к преувеличенным, дефицитарным или непредсказуемым реакциям на сенсорную стимуляцию. У мн. пациентов имеются нарушения концентрации внимания и отсутствие реакций на окружающую обстановку.
- 6. Повышенная, острая, неадекватная тревога; в нек-рых случаях — панический страх обычных предметов домашнего обихода.
- 7. Тяжелые нарушения речи — обычно потеря или задержка развития речевых навыков. Речь нек-рых пациентов неадекватна, напр. они неправильно используют местоимения или не пользуются флексиями.
- 8. Нарушения моторики, в т. ч. судорожные спазмы, обездвиживание, гиперактивность и манерные стереотипии. Часты попытки аутоstimуляции в виде вращения корпуса, хождения на цыпочках, хлопанья в ладоши и раскачивания, в особенности в условиях относительной моторной депривации в мед. учреждениях.



- 9. Общая задержка развития интеллектуальных навыков. Свыше 50% больных постоянно остаются на сниженном уровне развития. Однако дети с аутизмом иногда демонстрируют нормальное или даже высокое интеллектуальное функционирование в специфических областях, таких, напр., как память, музыка или арифметика — способности, редко наблюдаемые у детей с шизофренией.
- Эти девять признаков наблюдаются не исключительно при психозах и не у всех детей с диагнозом психоза. На практике часто трудно отличить психотические расстройства от задержки умственного развития, органического повреждения мозга и симптомов, сопровождающих слепоту или глухоту.
- Помимо нарушений соц. приспособления и интеллекта есть и др. ключевые признаки дифференциального разграничения аутизма и детской шизофрении. Симптомы аутизма типично выражены с самого начала жизни, в то время как ребенок с шизофренией обычно выглядит нормальным до определенного момента, к-рый наступает после первых 30 месяцев жизни (вплоть до 12-летнего возраста). Аутичный ребенок прилагает немало усилий, чтобы сохранить сложившийся распорядок жизни, тогда как ребенок, больной шизофренией, иногда совершенно не заинтересован в этом. У ребенка с аутизмом развита моторика, в то время как при шизофрении наблюдаются нарушения координации и равновесия. Ребенок с аутизмом демонстрирует повышенный интерес к механическим объектам, к-рые не вызывают аналогичного отношения у пациентов с шизофренией. Окружающую обстановку больные аутизмом скорее игнорируют, тогда как больные шизофренией обнаруживают спутанность в ее восприятии.



- Существует также характерная разница в социальном происхождении больных аутизмом и шизофренией. Дети с аутизмом — выходцы из семей, принадлежащих к относительно высоким слоям общества, в роду у них низкая представленность случаев шизофрении. Дети с шизофренией — преимущественно выходцы из бедных семей и имеют повышенный уровень наследственной отягощенности шизофренией.



- **Детский невроз (*childhood neurosis*)**
- Невроз представляет собой неглубокое психическое расстройство, обычно включающее: а) недостаточное понимание причины проблем; б) чрезмерную тревогу; в) импульсивное поведение, причем причины такого поведения часто вступают в конфликт друг с другом. Невроз может тж включать симптомы соматической болезни, обсессивное или компульсивное поведение и специфические страхи или фобии. Единой классиф. невротических расстройств нет, но в основном предлагаемые версии включают: истерию с эмоциональной лабильностью и конверсионными симптомами, представляющими собой превращение психич. проблем в физ.; генерализованную тревогу с недостаточным пониманием ее причин; обсессивно-компульсивные паттерны поведения — побуждения к нецелесообразному поведению или навязчивым ритуалам; фобии.
- Изучая поведение ребенка, следует спросить себя, почему дети ведут себя так, почему их поведение встречает неодобрение и какие существуют соц. процессы для контроля их поведения. Как показывают Пруденс Рейне и ее сотрудники, с момента, когда поведение детей отмечено как девиантное, они становятся частью особой статусной группы в нашем об-ве. Для тех, кого отнесли к этой категории, это определение часто становится детерминистским или самоисполняемым: они продолжают быть плохими (девиантными), поскольку такими их видят значимые для них лица.
- Поэтому, вероятно, правильнее считать, что у детей есть проблемы развития, и сосредоточивать усилия на оказании им помощи в формировании потенциала для решения задач обучения и для жизни в рамках культурной и соц. терпимости об-ва.



- Эти синдромы проявлений ДЦП могут быть вызваны как генетическими, так и приобретенными факторами, хотя конкретные причины часто бывают неясны или носят множественный характер.
- В основание классиф. синдромов ДЦП обычно кладется доминирующий тип двигательной недостаточности, и тогда она включает в себя следующие его формы.
- А. Спастические формы составляют примерно 75% всех случаев, обусловлены поражением мотонейронов верхнего уровня двигательной системы и характеризуются повышенным тонусом связанной с ними мускулатуры, ритмическими подергиваниями отдельных мышечных групп, аномальными рефлексамии тенденцией к развитию контрактур (снижению подвижности в суставах). Различают спастическую гемиплегию, при к-рой страдают обе конечности с одной стороны тела, и спастическую тетраплегию, предполагающую поражение (спастичность) — примерно одинаковой степени тяжести — всех четырех конечностей. Спастическая параплегия характеризуется поражением обеих ног, но полной сохранностью функций верхних конечностей.



□ **Детский церебральный паралич (*cerebral palsy*)**

□

- ДЦП — собирательный термин для обозначения двигательных расстройств (сочетающихся с ослаблением мозговых функций), к-рые развиваются в рез-те статического — не поддающегося лечению, но и не прогрессирующего — поражения головного мозга, возникшего внутриутробно, во время родов или на первом году жизни. Этиология, клинические проявления и прогноз ДЦП характеризуются большой вариабельностью. Проявления ДЦП могут включать задержку умственного развития, неспособность к разным видам научения, судорожные припадки, сенсорную и речевую недостаточность, а тж ослабленную способность поперечно-полосатых мышц. Распространенность случаев ДЦП составляет от 1,3 до 5 на 1000 родившихся живыми детей.



- Эти синдромы проявлений ДЦП могут быть вызваны как генетическими, так и приобретенными факторами, хотя конкретные причины часто бывают неясны или носят множественный характер.
- В основание классиф. синдромов ДЦП обычно кладется доминирующий тип двигательной недостаточности, и тогда она включает в себя следующие его формы.
- А. Спастические формы составляют примерно 75% всех случаев, обусловлены поражением мотонейронов верхнего уровня двигательной системы и характеризуются повышенным тонусом связанной с ними мускулатуры, ритмическими подергиваниями отдельных мышечных групп, аномальными рефлексами и тенденцией к развитию контрактур (снижению подвижности в суставах). Различают спастическую гемиплегию, при которой страдают обе конечности с одной стороны тела, и спастическую тетраплегию, предполагающую поражение (спастичность) — примерно одинаковой степени тяжести — всех четырех конечностей. Спастическая параплегия характеризуется поражением обеих ног, но полной сохранностью функций верхних конечностей.



- Б. Дискинетические церебральные параличи имеют следствием снижение произвольной деятельности в результате неконтролируемых и бесцельных движений, которые исчезают только во время сна.
- В. Атаксический церебральный паралич связан со статическим очагом поражения мозжечка или его проводящих путей. Страдающие им дети ходят, широко расставив ноги, и испытывают трудности, когда необходимо резко повернуться или выполнить ряд быстро повторяющихся движений. Этот тип паралича имеет наилучший прогноз функциональных улучшений.
- Г. Смешанные формы могут обнаруживать клинические проявления более чем одного типа.



