

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

*Факультет №6
Кафедра соціології та психології*

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

з навчальної дисципліни «Клінічна психологія»
обов'язкових компонент освітньої програми першого
(бакалаврського) рівня вищої освіти

053 Психологія (практична психологія)

Тема №8 «Клінічна психологія дитячого віку»

Харків 2023

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 30.08.23 №7

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету
Протокол від 25.08.23 р. №7

ПОГОДЖЕНО

Секцією Науково-методичної ради
ХНУВС з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін
Протокол від 29.08.23 №7

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології
Протокол від 15.08.2022 №8.

Розробник:

доцент кафедри соціології та психології, кандидат психологічних наук, доцент, Жданова І.В.

Рецензенти:

1. Доцент кафедри педагогіки та психології Харківської державної академії фізичної культури, кандидат психологічних наук, доцент Павлик О. М.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 Харківського національного університету внутрішніх справ, кандидат психологічних наук, доцент Шиліна А.А

План лекції (4 год):

1. Поняття, чинники, закономірності та класифікації дізонтогенезу.
2. Загальний психічний недорозвиток як варіант дізонтогенезу.
3. Затриманий психічний розвиток як варіант дізонтогенезу.
4. Ушкоджений психічний розвиток.
5. Дефіцитарний психічний розвиток.
6. Викривлений психічний розвиток.
7. Дисгармонійний психічний розвиток.

Рекомендована література:

Основна:

1. Максименко С. Д., Цехмістер Я. В., Коваль І. А., Максименко К. С. Медична психологія : підручник / за загальною ред. С. Д. Максименка. 2-е вид. К. : Слово, 2014. 516 с.
2. Мартинюк І. А. Патопсихологія. Навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2018. 208 с.
3. Ніконенко Ю.П. Клінічна психологія: Навчальний посібник. Вид. КНТ Київ, 2016, 368 с.
4. Основи медичної психології : навч.-метод. посіб. Для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рів. акред. та лік.-інтерн. / Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. та ін. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014. 255 с

Допоміжна:

1. Гальчук О.Я. Клінічна психологія : навчальний посібник. К.: Атіка, 2012. 216 с.
2. Кричківська Т.Д. Психологія аномального розвитку : навч. посіб. Ніжин. держ. ун-т ім. М. Гоголя. Київ : КНТ, 2016. 163с .
3. Максимова Н. Ю. Основи дитячої патопсихології: навч. посіб. / Н. Ю. Максимова, К. Л. Мілютіна, В. С. Піскун. К.: Главник, 2018. 158
4. Шебанова С.Г., Шебанова В.І. Клінічна психологія: навчально-методичний посібник. Херсон, 2019. 192 с.

Текст лекції

Питання 1. Поняття, чинники, закономірності та класифікації дізонтогенезу.

Стосовно до порушень психічного розвитку дітей застосовується термін дізонтогенез або аномалії розвитку. Термін «**дізонтогенез**» запустив у вжиток Швальбе у 1926 році, позначаючи з його допомогою відхилення внутрішньоутробного формування структур організму від нормального розвитку. Згодом під цим терміном стали розуміти різні форми порушень онтогенезу, включаючи і постнатальний, переважно ранній період, коли морфологічні системи організму ще не досягли зрілості. До «аномальних» або «з вадами

(чи порушеннями) розвитку» відносяться діти, у яких фізичні чи психічні відхилення приводять до порушення нормального ходу загального розвитку.

Нині в усьому світі ведеться пошук найгуманнішої термінології стосовно дітей, які мають порушення в розвитку. Це широко вживані, але досить невизначені терміни: «діти групи ризику» (at risk), «діти з особливими освітніми потребами» (children with special educational needs), «діти, які погано адаптуються» (maladjusted children), «діти, котрі мають особливі права» (children with special rights), «діти з обмеженими можливостями здоров'я». У сучасній літературі все більше використовується термін «діти з особливими освітніми потребами» (children with special educational needs). Але найбільш усталеним на сьогодні у вітчизняній літературі та державних документах є поняття «діти з порушеннями психофізичного розвитку».

Така дитина – це не менш розвинена, а своєрідно, інакше розвинена дитина. У зв'язку з цим видатний психолог Л.С. Виготський писав, що у таких дітей визначається якісно відмінний своєрідний тип розвитку. Залежно від характеру порушення одні дефекти можуть повністю долатися в процесі розвитку дитини, інші підлягають корекції, щодо третіх можна сподіватися лише на компенсацію патологічного процесу.

До порушень психічного розвитку призводить вплив несприятливих біологічних і соціальних **чинників**.

Біологічні чинники:

1. поразка генетичного матеріалу (хромосомні аберації, генні мутації, спадково обумовлені дефекти обміну речовин);
2. внутрішньоутробні порушення (у зв'язку з важкими токсикозами вагітності, токсоплазмозом, краснухою та іншими інфекціями; інтоксикаціями (алкоголем, лікарськими засобами));
3. патологія пологів (інфекції, травми під час пологів, асфіксія);
4. інфекції, інтоксикації, травми, рідше - пухлинні утворення раннього постнатального періоду (до 2-3 років).

Соціальні чинники.

При впливі несприятливих соціальних факторів на дитину прояви дізо-нотогенезу менш грубі за ступенем вираженості і в принципі оборотні. Чим раніше склалися для дитини несприятливі соціальні умови, тим більш грубими і стійкими будуть порушення розвитку.

До соціальних чинників відносять, перш за все, несприятливі умови виховання дитини:

- ті, що створюють значний дефіцит інформації і емоційного досвіду на ранніх етапах розвитку і призводять до непатологічного відхилення в розвитку - соціально-педагогічної занедбаності (затримки інтелектуального і в певній мірі емоційного розвитку). У сучасних умовах виникла нова форма соціальної занедбаності в сім'ях забезпечених батьків, які «відкуповуються» від дітей іграшками замість прояви любові, емоційного тепла. Може бути різного ступеня: від дуже легких, коли дитині не приділяють уваги в сім'ї, до соціокультурної депривації (варіант Мауглі)

- призводять до патохарактерологічного формування особистості дитини (аномалії розвитку емоційно-вольової сфери з наявністю стійких афективних змін, вегетативної дисфункції) в результаті патологічно закріпилися реакцій протесту, імітації, відмови.

Досить часто має місце поєднання біологічних і соціальних факторів.

Розвиток дитини з особливими потребами, підкоряючись в цілому загальним закономірностям психічного розвитку дітей, має цілий ряд власних закономірностей.

Загальні закономірності дізонтогенезу (за Л.С. Виготським, В.В.Лебединським):

I. Обсяг пошкодження мозку буде більш вираженим, коли шкідливий фактор діє на більш ранніх етапах онтогенезу.

II. У розвитку плода є періоди максимальної диференціації клітин тієї чи іншої функціональної системи, коли система розвивається випереджаючими темпами (сенситивні періоди) і так звані періоди спокою. При дії шкідливого фактора постраждає більше та система, яка знаходиться у сенситивному періоді. Ця закономірність зберігається не тільки в період внутрішньоутробного розвитку, а й в постнатальний період.

III. Один і той же фактор, який діє в різні періоди розвитку плода, викличе різні порушення. Різні чинники, діючи в одні і ті ж періоди, можуть викликати однакові або дуже схожі порушення. (Наприклад, один і той же патогенний фактор, що впливає на 3 місяці і в 9 місяців вагітності призводить до різних порушень).

IV. Структура аномального розвитку є досить складною і полягає в наявності первинного дефекту, викликаного біологічним фактором, і вторинних порушень, що виникають під впливом первинного дефекту в ході подальшого розвитку.

V. Не тільки первинний дефект може викликати вторинні відхилення, але і вторинні симптоми в певних умовах впливають на первинні фактори.

VI. Чим далі розведені між собою причини (первинний дефект біологічного походження) і вторинний симптом (порушення в розвитку психічних функцій), тим більше можливостей для його корекції і компенсації за допомогою раціональної системи навчання і виховання.

VII. Джерелом пристосування дітей з порушеннями психічного розвитку є їх збережені функції.

Класифікацій дізонтогенезу багато. В даний час загальновизнаною є класифікація В.В.Лебединського, яка виділяє окремі варіанти аномалій виходячи з основної якості порушення розвитку. За В.В.Лебединським психічний дізонтогенез представлений наступними варіантами:

1. загальний психічний недорозвинення;
2. затриманий розвиток;
3. пошкоджений розвиток;
4. дефіцитарний розвиток;
5. викривлений розвиток;

6. дисгармонійний розвиток.

В рамках даної класифікації виділяється група аномалій, викликаних:

1. відставанням розвитку (недорозвинення, затриманий розвиток);
2. диспропорційністю розвитку (спотворений і дисгармонійний);
3. поломкою, випаданням окремих функцій (пошкоджений і дефіцитарний розвиток).

Питання 2. Загальний психічний недорозвиток.

Дізонтогенез по типу загального стійкого недорозвинення займає друге місце по частоті. Типовий варіант – розумова відсталість (олігофренія) - стійке вроджене або рано придбане слабоумство. Час поразки - ранній, коли має місце виражена незрілість мозкових структур, в першу чергу найбільш складних, що мають тривалий період розвитку.

Даний вид дізонтогенезу характеризується стійким недорозвиненням практично всіх вищих психічних функцій, інтелекту і особистості.

Підхід до систематики олігофренії різний в залежності від того, розглядається ця аномалія розвитку з позицій ступеня вираженості дефекту, етіології, патогенезу або якісної клініко-психологічної структури.

Олігофренія - це стаціонарний стан. Немає можливості сподіватися на позитивну динаміку. Якщо не приєднуються додаткові шкідливості, то не відбувається і обважнення стану. Але обов'язково таких дітей треба навчати, прищеплювати професійні навички.

Питання 3. Затриманий психічний розвиток.

Затриманий психічний розвиток (ЗПР) зустрічаються частіше, ніж загальне психічне недорозвинення і займає перше місце за поширеністю серед усіх видів дізонтогенезу. На відміну від недорозвинення ЗПР є оборотним процесом.

Затримка психічного розвитку (ЗПР) – це психолого-педагогічне визначення для найрозповсюдженішого серед усіх відхилень, які бувають у дітей. Затримка психічного розвитку насамперед належить до «пограничної» форми дізонтогенезу (порушення індивідуального розвитку особистості) й виражається в уповільненому темпі дозрівання різних психічних функцій з їх тимчасовою затримкою на більш ранньому етапі.

Ці особливості можуть бути спричинені як біологічними, так і соціальними факторами, а також різними варіантами їх поєднання.

ЗПР проявляється: у різних видах інфантилізму.

Найчастіше зустрічаються психофізичний і особистісний інфантилізм.

Психофізичний інфантилізм характеризується деякою затримкою темпів інтелектуального розвитку, фізичним недорозвиненням різного ступеня вираженості, відставанням у розвитку емоційно-вольової сфери. Поведінкові особливості відповідають більш ранньому віковому етапу.

Особистісний інфантилізм характеризується незрілістю насамперед емоційно-вольової сфери при нормальному або навіть прискореному фізич-

ному і розумовому розвитку. Це виражається в несаможиттєвості рішень і дій, почутті незахищеності, зниженій критичності по відношенню до себе, підвищеною вимогливістю до турботи інших про себе, різноманітних компенсаторних реакцій (наприклад фантазування, яке заміщає реальні вчинки, егоцентризм та ін.), Нездатність брати на себе відповідальність за вчинки.

В цілому, ЗПР виражається у недостатньому запасі знань, незрілості мислення, малій інтелектуальній цілеспрямованості, переважанні ігрових інтересів, швидкій пресичуваності в інтелектуальній діяльності та іншими особливостями, які наведені нижче.

По етіології розрізняють наступні *варіанти затримок розвитку*:

1. ЗПР конституційного походження;
2. ЗПР соматогенного походження;
3. ЗПР психогенного походження;
4. ЗПР церебрально-органічного генезу.

Конституційно зумовлена форма ЗПР. Сповільненість і нерівномірність розвитку різних систем дитячого організму зумовлює те, що дитина відстає від розвитку інших дітей фізично і психічно. До цього типу відносять спадково зумовлений психічний і психофізичний інфантилізм.

Соматично зумовлена форма ЗПР зумовлена хронічними соматичними захворюваннями внутрішніх органів дитини – серця, нирок, печінки, легенів, ендокринної системи.

Психогенно зумовлена форма ЗПР пов'язана з несприятливими умовами виховання, які обмежують або спотворюють стимуляцію психічного розвитку дитини на ранніх етапах її розвитку.

Церебрально-органічна форма ЗПР. Це найпоширеніша і найтяжча форма ЗПР у дітей, яка пов'язана з ураженням головного мозку й викликає найбільш виражені порушення емоційно-вольової та пізнавальної діяльності загалом. У дитини затримується формування всіх провідних видів діяльності, у тому числі і навчальної.

Може бути і затримка психічного розвитку на непатологічному ґрунті – це так звана *педагогічна занедбаність*. Тут, навпаки, діти можуть проявляти самостійність, гнучкість, ініціативність, обізнаність в різних, як правило, практичних питаннях, адаптація у складних ситуаціях.

У порівнянні з олігофренією ЗПР відрізняються:

1. парціальністю ураження;
2. більшим збереженням вищих регуляторних систем;
3. кращим прогнозом динаміки і корекції.

Тобто можна домогтися відновлення темпу психічного розвитку. Чим раніше виявлена ЗПР, тим краще прогноз. Необхідні лікувальні заходи у поєднанні з психолого-педагогічною реабілітацією, корекційно-розвивальними заходами.

У роботі з дітьми, які мають ЗПР важливо забезпечити їх готовність до навчання у школі: розвиток дрібної моторики, фонематичного слуху, форму-

вання правильної звуковимови, уточнення доматематичних понять, формування соціально прийнятої поведінки.

Такі діти навчаються, як правило, в інклюзивних класах. Види допомоги дитині із ЗПР: медична, психологічна, педагогічна (зокрема й логопедична). Її комплексно реалізує команда фахівців психолого-педагогічного супроводу. На уроці педагогічну допомогу здійснює вчитель, а соціально-педагогічний супровід (підтримку) – асистент вчителя, тьютер. На корекційно-розвиткових заняттях – психолог, дефектолог, логопед та інші необхідні фахівці, якщо це зафіксовано в індивідуальній програмі розвитку дитини.

Питання 4. Ушкоджений психічний розвиток

Типовим прикладом пошкодженого психічного розвитку є *деменція дитячого віку* (ДДВ).

Це особливий вид дизонтогенезу. На відміну від п'яти інших він передбачає, що у дитини був етап нормативного розвитку. Цей етап не тривалий і не перевищує 2-3 років.

Причини деменції дитячого віку - органічні ураження ЦНС, як правило, важкі травми, інфекції, інтоксикація, пухлини.

Розрізняють 2 форми ДДВ:

1. резидуальна (залишкова)
2. прогресуюча.

Резидуальна. Основний хворобливий процес уже пролунав, залишилися його наслідки - деменція. Це стаціонарний стан і ступінь тяжкості деменції не зростає, вона не стає більш важкою.

Прогресуюча - має місце поточний хворобливий органічний процес (наприклад, розвивається пухлина), що з яких-небудь причин не зупиняється. Наростають симптоми деменції, тобто прогрес недоумства наростає. Цей стан може тривати різний час (місяці, роки). Стабілізації не спостерігається.

Облігатною (обов'язковою) ознакою деменції є порушення мислення і інтелекту. Можуть бути і різні особистісні розлади.

Прогноз ДДВ не дуже добрий.

Адекватне лікування і реабілітація дозволяють сподіватися на стабілізацію процесу. Ці діти, як правило, навчаються в допоміжних школах. Або в межах інклюзивного навчання у ЗОШ. У не важких випадках можливе формування професійних навичок.

Питання 5. Дефіцитарний психічний розвиток.

Цей вид дизонтогенезу пов'язаний з важкими порушеннями (грубим недорозвиненням або пошкодженням) окремих систем: зору, слуху, мови, опорно-рухової системи, а також з рядом інвалідизуючих соматичних захворювань (серцево-судинної системи (напр., важкий порок серця), дихальної системи (бронхіальна астма), ендокринними захворюваннями

Як правило, у таких дітей залишаються збереженими вищі регуляторні системи, що дозволяє компенсувати наявний дефект за рахунок збережених структур.

Особливості порушень психічного розвитку таких дітей залежать від того, яка система вражена, а також від часу поразки і ступеня вираженості дефекту.

При несприятливих умовах виховання і неадекватної психолого-педагогічної корекції у таких дітей зустрічаються аномалії особистісного розвитку (знижений фон настрою, астеничні риси, тенденція до аутизації, невротизації, інфантильність). Вони пов'язані з усвідомленням своєї неспроможності, обмеженням контактів з однолітками. Можуть бути порушення емоційної сфери, особливо при недостатності розвитку аналізаторних систем.

Питання 6. Викривлений психічний розвиток.

Типовим прикладом викривленого (спотвореного) психічного розвитку є *синдром раннього дитячого аутизму*.

У МКХ-10 це розділ F-84.0 – дитячий аутизм. Вказано, що це тип загального порушення розвитку, який визначається наявністю: а) аномалій і затримок в розвитку, що проявляються у дитини у віці до трьох років; б) психопатологічних змін в усіх трьох сферах: еквівалентних соціальних взаємодіях, функціях спілкування і поведінки, яка обмежена, стереотипна і монотонна. Ці специфічні діагностичні риси зазвичай доповнюють інші неспецифічні проблеми, такі, як фобії, розлади сну і прийому їжі, спалахи роздратування і спрямована на себе агресивність.

Викривлений психічний розвиток характеризується найбільшою складністю і дисгармонійністю порушень: включає в себе і ознаки нормативного розвитку, і прискореного розвитку, і недорозвинення, і уповільненого і пошкодженого розвитку. Останні роки частота аутизму значно зросла. Зустрічається переважно у хлопчиків. Причини не достатньо ясні.

Лебединський В.В. вважає, що аутизм - це вторинне утворення компенсаторного або гіперкомпенсаторного характеру, що відображає патологічні адаптаційні механізми. Первинними ж є енергетична неспроможність, порушення інстинктивно-емоційної сфери, низькі сенсорні пороги з вираженим негативним фоном настрою. Це є фундаментом для виникнення аутистичних установок. Дитина йде в свій внутрішній світ як в шкаралупу.

Питання 7. Дисгармонійний психічний розвиток.

За частотою займає 3 місце серед всіх різновидів дізонтogeneзу.

Основні відхилення у розвитку стосуються не психічних процесів, а особистості, перш за все, емоційно-вольової сфери особистості.

Типовим варіантом дисгармонійного розвитку є патологічний розвиток особистості дитини. У МКХ-10 - це розлади поведінки, емоційні розлади ди-

тячого віку. Причини формування, як правило, поєднані: ендogenous фактори і соціальні (неправильне виховання).

В якості причин патологічного розвитку особистості на перше місце виступають несприятливі умови виховання, тривала психотравмуюча ситуація. Оскільки дитина досить сильно піддається навіюванню, її емоційна сфера характеризується незрілістю, отже, несприятливі фактори, які діють тривалий час і досить потужно виражені, можуть призвести до дисгармонії у розвитку аж до зміни властивостей темпераменту.

У патогенезі патологічного формування провідна роль належить двом механізмам:

1) закріплення патологічних реакцій (імітація, протест, пасивна і активна відмова та ін), які є формою відповіді на психотравмуючу ситуацію. Фіксуючись, вони стають, стійкими властивостями особистості (особливо у дитячому віці).

2) безпосереднього «виховання» таких патологічних рис характеру як збудливість, нестійкість, істеричність в результаті прямої стимуляції негативним прикладом.

Кожен з типів патологічного розвитку пов'язаний з певними особливостями несприятливого соціального середовища.

1) Афективно-збудливий тип. До нього призводять тривалі конфліктні ситуації, алкоголізм батьків, агресія, жорстокість членів сім'ї один до одного.

2) Істеричний - середовище, або як у афективно-збудливого, або гіперопіка, виховання за типом «кумир сім'ї».

3) Психічно нестійкий тип. До його формування призводять гіпоопіка, бездоглядність, у дитини не виховується почуття обов'язку, відповідальності, вольові затримки.

4) Гальмований тип. Виховується у обстановці гіперопіки з авторитарністю, деспотичністю виховання. У дитини придушуються самостійність, ініціативність, формуються боязкість, образливість, а в наслідку - невпевненість в собі.