

Ірина АНТОНЕНКО, Анна КІРІЛЛОВА

ДИЗОНТОГЕНЕЗ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ: В СХЕМАХ, ТАБЛИЦЯХ І ПРЕЗЕНТАЦІЯХ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК



Запоріжжя
2023

УДК 159.922.7
Д 44

Затверджено вченою радою Хортицької національної академії
протокол № 6 від 27.04.2023
За поданням навчально-методичної ради Хортицької національної академії
протокол № 7 від 30.03.2023

Рецензенти:
Бохонкова Юлія Олександрівна – доктор психологічних наук, професор, Завідувач кафедри психології та соціології Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля
Залановська Леся Ігорівна – кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Запорізького національного університету

Антоненко І.Ю., Кірілова А.О.

Д 44 Дизонтогенез психічного розвитку: в схемах, таблицях і презентаціях.
Запоріжжя : вид-во Хортицької національної академії, 2023. 136 с.

У посібнику викладено основні теоретичні положення в межах вивчення дизонтогенезу психічного розвитку: закономірності, специфіка та особливості формування і функціонування порушень психічного розвитку на різних вікових етапах.

Теоретико-інформаційний блок посібника складається зі схем, таблиць, презентацій для вивчення тем, короткого понятійно-термінологічного словника та рекомендованої літератури, які сприяють систематизації знань при підготовці студентів до занять, можуть бути використані для їх самостійної роботи, полегшують пошук матеріалу та визначають структуру подальших семінарських занять.

Посібник може бути корисним студентам при вивченні професійно-орієнтованих навчальних дисциплін за спеціальностями «Спеціальна освіта» та «Психологія» у закладах вищої освіти України, практичним психологам, дефектологам, а також усім, хто бажає набути компетентності у питаннях навчання та виховання дітей з особливостями розвитку.

УДК 159.922.7
Д 44

© Антоненко І.Ю., Кірілова А.О.,
2023
© КЗВО «Хортицька національна
навчально-реабілітаційна академія»
ЗОР, 2023

ПЕРЕДМОВА

В умовах оновлення змісту вищої освіти в контексті реформування освітнього процесу в Україні особливого значення набуває системність та цифровий формат навчальних матеріалів для учасників педагогічної взаємодії, що є однією зі складових професійної підготовки майбутніх психологів, корекційних педагогів, педагогів-дефектологів.

Цей навчальний посібник, змістовним вектором якого обрано основні закономірності дизонтогенезу психічного розвитку, систематизує необхідну інформацію і підвищує якість засвоєння проблемних питань студентами у процесі навчання і під час вибору навчально-методичної літератури для засвоєння студентами курсу «Дизонтогенез психічного розвитку» як академічної дисципліни. Особлива цінність посібника в тому, що, маючи певну базову структуру, він істотно підвищує якість самої візуальної інформації. Теоретичні відомості кожної теми розкриваються глибоко і водночас стисло, чудово ілюстровані у кольорі, раціонально і просто побудовані.

У посібнику викладено основні положення в межах вивчення дизонтогенезу психічного розвитку: закономірності, специфіка та особливості формування і функціонування. З'ясовано питання класифікації порушень психічного розвитку, охарактеризовано їх різновиди, проаналізовано проблеми порушень психічного розвитку у дітей на різних вікових етапах.

Теоретико-інформаційний блок складається зі схем, таблиць, презентацій для вивчення тем, які сприяють систематизації знань при підготовці студентів до занять, можуть бути використані для їх самостійної роботи, полегшують пошук матеріалу та визначають структуру подальших семінарських занять, впливає на емоційну пам'ять, допускає адаптацію інформації відповідно до потреб студента, рівня його підготовки, інтелектуальних можливостей. Представлено найбільш суттєві фактологічні положення, визначені змістовні особливості етапів розвитку, проблеми, завдання та ресурси, які притаманні кожному з етапів. Матеріал носить практико-орієнтовний характер, тому в ньому наведені теми занять для вивчення під керівництвом викладача.

Посібник підготовлений для впровадження в навчальний процес і адресований викладачам та студентам. Даний посібник також може бути використаний при вивченні професійно-орієнтованих навчальних дисциплін за спеціальностями «Спеціальна освіта» та «Психологія» у закладах вищої освіти України.

ЗМІСТ

Тема 1. Загальні закономірності розвитку психіки дитини.....	4
Тема 2. Психічний розвиток дитини з особливими освітніми потребами.....	6
Тема 3. Класифікації психічного дизонтогенеза...9	
Тема 4. Загальне психічне недорозвинення.....	14
Тема 5. Затриманий психічний розвиток.....	23
Тема 6. Викривлений/спотворений психічний розвиток.....	32
Тема 7. Дисгармонічний психічний розвиток.....	43
Тема 8. Пошкоджений психічний розвиток.....	56
Тема 9. Дефіцитарний психічний розвиток.....	72
Тема 9.1. Порушення зору.....	72
Тема 9.2. Порушення слуху.....	81
Тема 9.3. Порушення опорно-рухового апарату...85	
Тема 9.4. Порушення мовлення.....	91
Тема 10. Комбіновані порушення розвитку.....	121
Рекомендована література.....	128
Короткий понятійно-термінологічний словник.....	131

ЗАГАЛЬНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ РОЗВИТКУ ПСИХІКИ ДИТИНИ

ТЕМА 1

ЗАГАЛЬНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ РОЗВИТКУ ПСИХІКИ ДИТИНИ*

пластичність

(взаємозамінність
психічних функцій)

нерівномірність психічного розвитку

це пов'язано з понят-
тям сензитивний
період

інтеграція

психічних процесів
у функціональні
системи

психологічні феномени, які відносяться до базових характеристик і закономірностей психічного розвитку

пластичність НС та
психіки

системність

нерівномірність

кумулятивність

метаморфозність

наявність взаємовідносин
зовнішніх та внутрішніх
факторів розвитку психіки

наявність трьох результатів
зміни психіки

нестійкість розвитку

гетерохромність

наявність сенситивних
(критичних) періодів розвитку

незворотність

спрямованість
(вертикальність)

активність

обумовленість і
закономірність

послідовність

роль середовища в
психічному розвитку

роль біологічного в
психічному розвитку

наявність зон актуального та
найближчого розвитку

* - Мартинчук О. В. Основи корекційної педагогіки: навч.-метод. посіб. для студентів напряму підготовки «Дошкільна освіта», с.32-33

РОЗВИТОК ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

ТЕМА 2



РОЗВИТОК ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Чинники, які впливають на розвиток дитини з ООП*



Види діагнозів



* - Колишкін О. В. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта»: навч. посіб., с.67–69

РОЗВИТОК ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

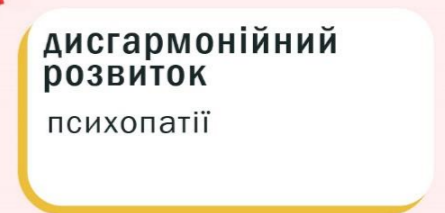
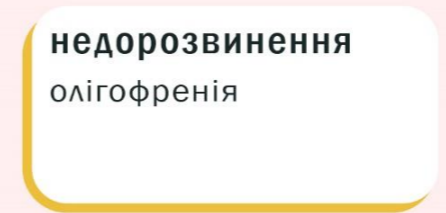
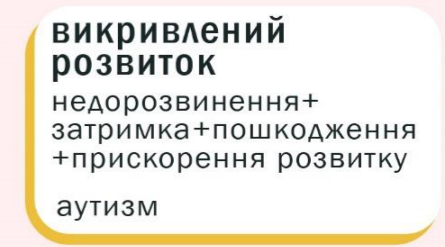
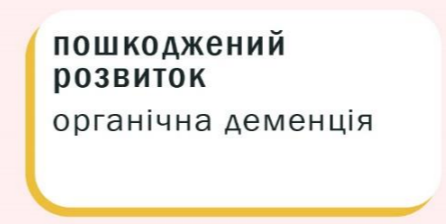
Етапи діагностики порушень розвитку*



* - Турішева Л. В. Діти з особливостями розвитку в звичайній школі, с.7

КЛАСИФІКАЦІЇ ПСИХІЧНОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Класифікація варіантів психічного дизонтогенеза (за В. Лебединським)



Клінічні види психічного дизонтогенеза



КЛАСИФІКАЦІЇ ПСИХІЧНОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА

ТЕМА 3



КЛАСИФІКАЦІЇ ПСИХІЧНОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Види психічного дизонтогенеза (за Г. Козловською)*



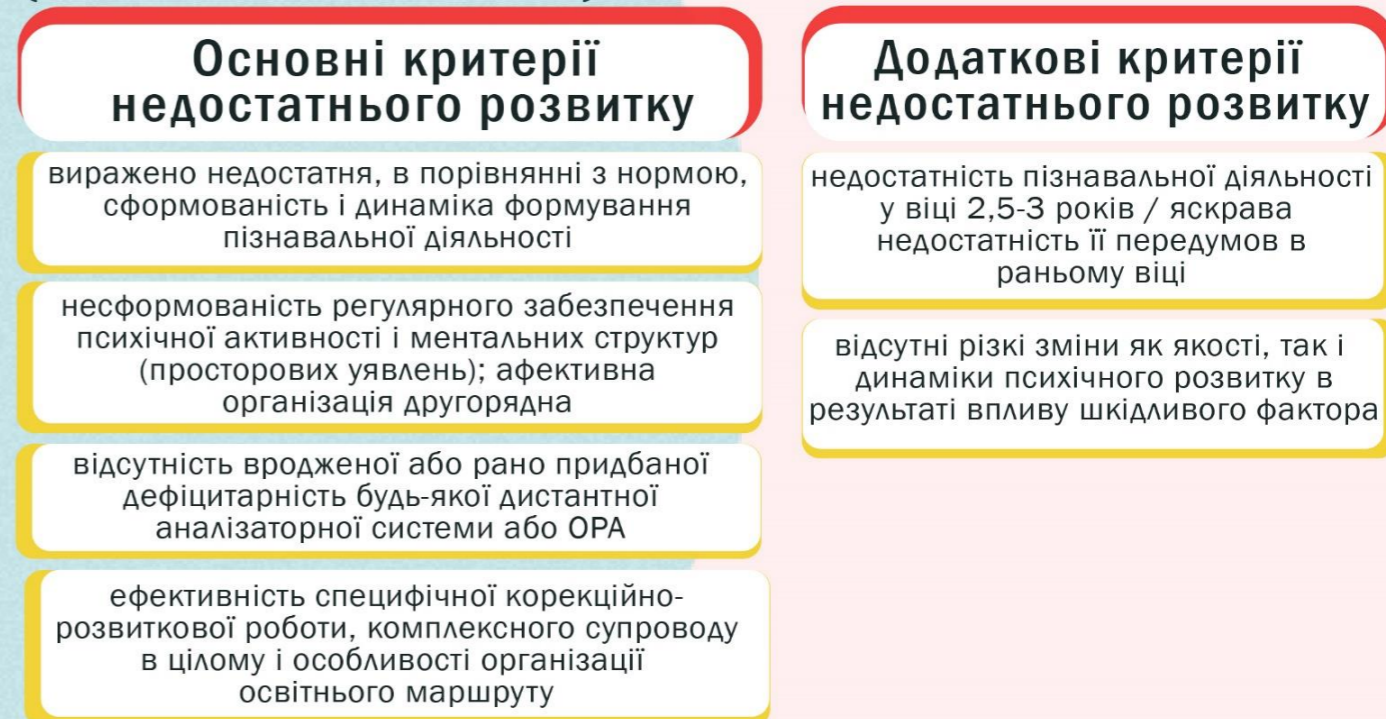
Порівняльна таблиця класифікацій типів дизонтогенеза за В. Лебединським та М. Семаго, Н. Семаго



* - Кобильченко В. В., Омельченко І. М. Спеціальна психологія: підручник

КЛАСИФІКАЦІЇ ПСИХІЧНОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Критерії виділення групи недостатнього розвитку (за М. Семаго та Н. Семаго)



Нейропсихологічні синдроми порушеного розвитку (за А. Семенович)



КЛАСИФІКАЦІЇ ПСИХІЧНОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Асинхронний розвиток (за М. Семаго та Н. Семаго)

Основні критерії асинхронного розвитку

значна нерівномірність розвитку і своєрідна дезінтеграція сфер психічного

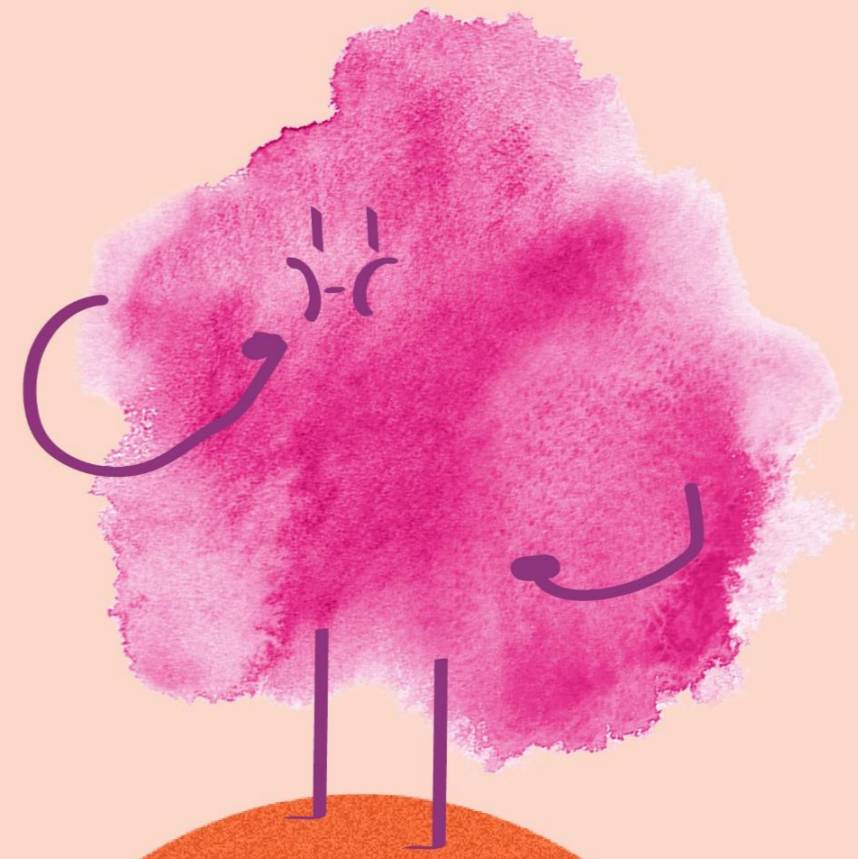
поведінкова і соціоемоційна дезадаптація

характерна дисгармонія (викривлення) в формуванні рівневних структур афективної організації і довільної регуляції психічної активності

визначальний (для більшості варіантів групи) вплив соціальних умов і оточення дитини на психічний розвиток

Асинхронний розвиток (за М. Семаго та Н. Семаго)

дисгармонійний розвиток	викривлений розвиток	обдарованість	дезінтегративний розвиток
екстрапунтівний варіант	викривлення переважно афективно-емоційної сфери	парціальна обдарованість	
інтропунтівний варіант	викривлення переважно когнітивної сфери	тотальна обдарованість	
варіант з нестабільністю психічного тону	мозаїчний варіант викривленого розвитку		



ЗАГАЛЬНЕ ПСИХІЧНЕ НЕДОРОЗВИНЕННЯ

ТЕМА 4

ЗАГАЛЬНЕ ПСИХІЧНЕ НЕДОРОЗВИНЕННЯ

Порушення інтелекту*



Порушення інтелектуального розвитку (за МКХ-11)**

Порушення інтелектуального розвитку (за МКХ-11)

- 01 6A00.0 порушення інтелектуального розвитку, легке
- 02 6A00.1 порушення інтелектуального розвитку, помірне
- 03 6A00.2 порушення інтелектуального розвитку, тяжке
- 04 6A00.3 порушення інтелектуального розвитку, глибоке
- 05 6A00.4 порушення інтелектуального розвитку, тимчасове
- 06 6A00.Z порушення інтелектуального розвитку, не уточнені

* - Мартинчук О. В. Основи корекційної педагогіки: навч.-метод. посіб. для студентів напряму підготовки «Дошкільна освіта», с. 78

** - 23. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics.

URL: <https://icd.who.int/browse11/m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F334423054>

ЗАГАЛЬНЕ ПСИХІЧНЕ НЕДОРОЗВИНЕННЯ

Характеристика ступенів інтелектуального порушення*

Характеристика ступенів інтелектуального порушення

	легкий ступінь	помірний ступінь	тяжкий ступінь	глибокий ступінь
рівень IQ	50-70	35-49	25-49	24-0
моторика	моторна сфера формується з запізненням, наявна певна незграбність рухів, фізична слабкість	труднощі формування та розвитку моторної сфери	грубе порушення рухової сфери, у дітей відсутня навичка бігу та стрибків; виявляються труднощі перемикання з одного руху на інший	навички самостійної ходьби та сидіння відсутні
мовлення	мовлення формується уповільнено, діти мають збіднений словник, фрази односкладні, з труднощами підтримують бесіду, бо не завжди розуміють зміст фраз та запитань	уповільнене формування мовлення; можуть використовувати окремі слова, а іноді й фрази	взагалі не сформоване експресивне мовлення або наявні ехологічні беззмістовні повторення, досить часто заміна слів жестами; в розумінні мовлення інших спираються на інтонацію	сприймають та реагують на мовлення інших спираючись на інтонацію. Самостійно виголошують нестійкі звукові комплекси
фізіологічні потреби	переважно контролюють	поступове формування	труднощі контролю	не контролюють

* - Трикоз С. В. Дитина з порушеннями інтелектуального розвитку, с. 4-5

ЗАГАЛЬНЕ ПСИХІЧНЕ НЕДОРОЗВИНЕННЯ

Приклади етіопатогенетичної класифікації РВ*

	М. Гуревич	Г. Сухарєва	В. Ковалєв
Ендогенна природа порушення	– психічне недорозвинення, викликане ендогенними порушеннями; – психічне недорозвинення, викликане ендокринними розладами	– психічне недорозвинення, викликане ендогенними порушеннями; – психічне недорозвинення, викликане ендокринними розладами	– РВ при хромосомних хворобах – спадкові форми РВ
Екзогенна природа порушення	– психічне недорозвинення, викликане екзогенними порушеннями	– екзогенна РВ	– екзогенно обумовлені форми
Інша природа порушення	– психічне недорозвинення з неясною етіологією	– атипічні форми олігофренії	– змішані за етіологією форми

Приклади клініко-фізіологічних класифікацій РВ

С. Мнухін	Д. Ісаєв
Астенічна форма	Є декілька варіантів даної форми: 1) основний 2) дислалічний 3) диспрактичний 4) дисмнестичний 5) брадипсихічний
Стенічна форма	Є декілька варіантів даної форми: 1) урівноважений 2) неурівноважений
Атонічна форма	Є декілька варіантів даної форми: 1) аспонтанно-апатичний 2) акатизичний 3) моріоподібний
	Дисфорична форма

* - РВ - розумова відсталість

ЗАГАЛЬНЕ ПСИХІЧНЕ НЕДОРОЗВИНЕННЯ

Класифікація психічного недорозвинення (за Д. Ісаєвим)*

Форма	Характеристика
Астенічна	неглибоке ІП. У структурі ІП недостатність в формуванні шкільних навичок, які діагностуються на початку шкільного навчання. З раннього дитинства до шкільних років батьки не помічають відставання в розумовому розвитку. У більшості дітей спостерігається недорозвинення мовлення й виражена емоційно-вольова нестійкість. У структурі порушення переважають недорозвинення зорово-просторових функцій, труднощі формування логічних операцій мислення (встановлення послідовності умовиводів у розповідях, знижений рівень узагальнень)
Атонічна	поряд з ІП різного ступеня вираженості у дітей спостерігається аспонтанність, бідність, невиразність емоцій. Це виражається в зниженій потребі в емоційних контактах і міжособистісних взаєминах. Спостерігається виражена нездатність до психічної напруги, що проявляється в надмірному відволіканні, у руховому занепокоєнні та ін.
Дисфорична	на фоні ІП спостерігається виражена афективна напруженість
Стенічна	нерівномірність розвитку інтелектуальних, мнемічних і емоційно-вольових процесів. Яскраво виражені стійкі спонукання й потяги, що сприяє формуванню завзятості в подоланні виникаючих перешкод

Класифікація РВ (за М. Певзнер)



* - Бочелюк В. Й., Турубарова А. В., Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб., с. 85–86

ЗАГАЛЬНЕ ПСИХІЧНЕ НЕДОРОЗВИНЕННЯ

Характеристика форм РВ (за М. Певзнер) *

Форма РВ	Характеристика
Неускладнена (основна) форма	<ul style="list-style-type: none"> – дифузне, але порівняно поверхневе ураження КГМ при збереженості підкіркових утворень; – діяльність органів чуття грубо не порушена; – відсутні грубі порушення емоційно-вольової, рухової сфер, мовленні; – взаємовідносини з іншими рівні, діти проявляють сором'язливість, збентеженість та ін.; – навчальний матеріал засвоюють добре. При виконанні доступних для їх розвитку завдань цілеспрямовані; – діти в змозі працювати самостійно; – можуть виправляти помилки спираючись на власний досвід; – в мовленні відсутні специфічні порушення, проте словник обмежений та спостерігаються граматичні неточності; – логічне мислення в ході освітнього процесу характеризується порушенням процесу узагальнення та конкретизації, проте порушення менш виражені в побутовому плані;
3 вираженими нейродинамічними порушеннями	<p>збудливі діти</p> <ul style="list-style-type: none"> – неурівноваженість нервових процесів – ускладненість інтелектуального порушення імпульсивністю та нестійкістю уваги – порушується здатність продумати хід виконання завдання, тому часто зразу ж починають їх виконувати та це тягне за собою багато помилок – при виникненні помилок починають уникати завдання – навчання малопродуктивне (письмові завдання вдається виконувати гірше, хоча зошити ведуть дуже охайно) – переказують тексти, але прослідковується відсутність логіки та послідовності подій – яскраво виражені порушення емоційно-вольової сфери – завищена самооцінка – дуже навіювані, тому можуть ставати злочинцями – здатні швидко встановлювати контакт – негативно ставляться до зауважень
3 вираженими нейродинамічними порушеннями	<p>загальмовані діти</p> <ul style="list-style-type: none"> – до порушення доєднується млявість, уповільненість, загальмованість моторики – діти не вміють грати, особливо в команді – в мовленнєвий контакт включаються з труднощами, бояться незнайомих – часто невпевнені в собі – занижена самооцінка, тому виникають труднощі при взаємодії в колективі – характерні особливості постви: сутулість, опущеність голови, скутість міміки та жестів – здатні працювати самостійно досить тривалий час – можуть бути періоди повного «відключення» від зовнішнього світу

* - Колишкін О. В. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта»: навч. посіб., с. 123–128

ЗАГАЛЬНЕ ПСИХІЧНЕ НЕДОРОЗВИНЕННЯ

Характеристика форм РВ (за М. Певзнер)

Форма РВ	Характеристика
Яка поєднує дифузне ураження кори головного мозку та локальні ураження в тім'яно-потиличній ділянці лівої півкулі	<ul style="list-style-type: none"> – порушення мовленнєво-рухового та мовленнєво-слухового аналізаторів – складні слова та речення можуть не сприйматися – порушення фонематичних процесів викликають порушення письма під диктовку – можуть бути наявні порушення граматики та збідненість словника – за словесною інструкцією дітям важко виконувати завдання, тому потребують ще додатковий практичний супровід
Ускладнена психопатоподібними формами поведінки	<ul style="list-style-type: none"> – діти грубо себе поведуть з іншими – часто мають патологічні захоплення – труднощі регуляції поведінки – досить навіювані – порушення уваги – самостійно працювати їм не вдається – різкі зміни настрою та частий негативізм по відношенню до будь-яких зауважень
Що поєднує недорозвинення пізнавальної діяльності та недорозвинення особистості в цілому	<ul style="list-style-type: none"> – порушення цілеспрямованості діяльності – дітей можна умовно об'єднати в дві групи: <ol style="list-style-type: none"> 1) пасивні, автоматично підпорядковуються 2) імпульсивні, розгальмовані – своєрідність мовлення (діти легко запам'ятовують різні за складністю слова та вирази, копіюючи мовлення дорослих) – грубі порушення моторики, які можуть спричинити закріплення навичок самообслуговування – можуть спонтанно виконувати ряд рухів, проте за інструкцією повна неможливість виконання рухів – своєрідність поведінки – відсутня стійкість мотивів

Психофізіологічна характеристика вищої нервової діяльності при РВ

Характеристика вищої нервової діяльності

Порушення загальної нейродинаміки – незбалансованість процесів збудження та гальмування в ЦНС може проявлятися переважанням одного з них

Слабкість замикальної функції КГМ, виражена інертністю – слабкість процесів збудження і гальмування. Утруднене формування нових, особливо складних умовних зв'язків

Прояв характеристика на патопсихологічному рівні

– динамічні і регуляторні порушення або з уповільненням темпу психічної діяльності і тугорухливості, або, навпаки, з підвищеною лабільністю і збудливістю;

– явище ретардації (не відбувається своєчасне згасання більш примітивних функцій і відповідно не розвиваються більш досконалі;

ЗАГАЛЬНЕ ПСИХІЧНЕ НЕДОРОЗВИНЕННЯ

Характеристика вищої нервової діяльності

Схильність до частого охоронного гальмування – «працездатність» нервових клітин швидко знижується, і навіть після невеликого навантаження вони впадають в стан охоронного гальмування

Прояв характеристика на патопсихологічному рівні

Спостерігається підвищена психічна виснажуваність, стомлюваність і знижена працездатність

Клінічні прояви РВ*

УСКЛАДНЕНІ

додаткові психопатологічні розлади, зокрема, емоційно-вольової сфери

НЕУСКЛАДНЕНІ

відсутні додаткові психопатологічні розлади

АТИПОВІ

порушення пізнавальної діяльності з частими епілептичними випадками, гідроцефалією, ендокринними розладами, порушеннями зору/слуху

ЗАГАЛЬНЕ ПСИХІЧНЕ НЕДОРОЗВИНЕННЯ

Прогресуючі варіанти РВ*

РВ

+

епілепсія (надмірна уповільненість, інертність психічної діяльності)

шизофренія (глибокі зміни емоційно-вольової сфери, зниження інтересу до навколишнього світу та спілкування, патологічна замкненість у собі та своїх ілюзіях)

ревматичні ураження

деградація

Прояви позитивної динаміки при РВ

Прояви позитивної динаміки при РВ

Поступове, більш уповільнене, ніж у звичайних дітей, збільшення рівня розумових здібностей

Посилення динаміки психічних процесів

Розвиток фразового мовлення

Поява більш виваженої самооцінки та критичного відношення до оточення

Зменшення моторної недостатності

Формування побутових та нескладних трудових навичок

* - Колишкін О. В. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта»: навч. посіб., с. 112

* - Колишкін О. В. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта»: навч. посіб., с. 121

ЗАТРИМАНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

ТЕМА 5



ЗАТРИМАНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Затриманий розвиток (за М. Семаго та Н. Семаго)

Затриманий розвиток (за М. Семаго та Н. Семаго)

темпово-затриманий тип розвитку (гармонійний інфантилізм)

за показниками розвитку, в тому числі і інтелектуального, дитина демонструє абсолютно умовно нормативний розвиток, але характерний для дітей на 1-1,5 роки молодше. Саме відставання стає помітним в 5,5-6 років. В силу цього адаптація таких дітей в освітніх умовах порушена, а іноді неможлива

нерівномірно затриманий тип розвитку

значно більший рівень зрілості (сформованості) когнітивного компонента психічної діяльності в порівнянні зі зрілістю довільної регуляції, мотиваційно-вольової та емоційно-особистісної сфер

екстрапунітивна форма

з підвищеним психічним тонусом

інтропунітивна форма

зі зниженим психічним тонусом

Класифікація ЗПР* за етіопатогенетичними принципами (Т. Власова та К. Лебединська)**



* - ЗПР - затриманий психічний розвиток

** - Мамічева О.В. Корекція затримки психічного розвитку засобами фізичного виховання, с. 25-30

ЗАТРИМАНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

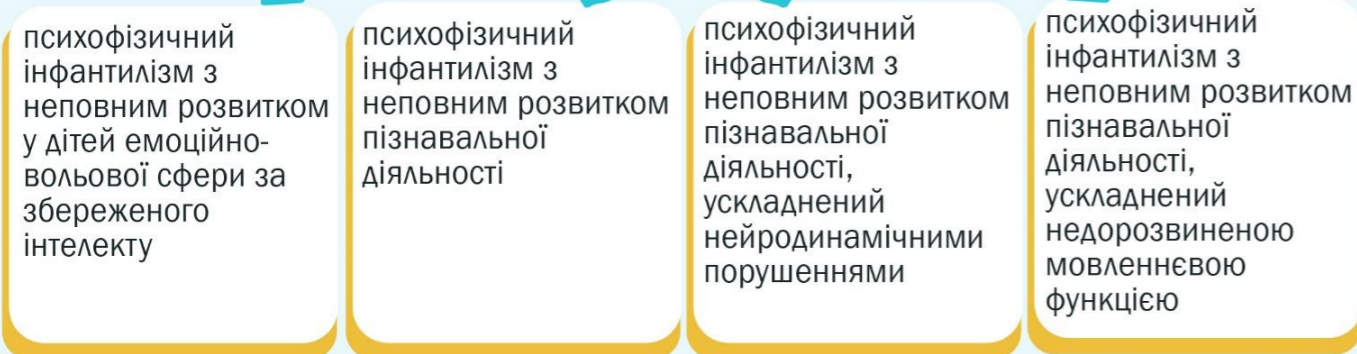
Класифікація ЗПР (за В. Ковальовим)*

Класифікація ЗПР (за В. Ковальовим)

Дизонтогенетична (при психічному інфантилізмі)	Енцефалопатична (при негрубих органічних ураженнях ЦНС)	ЗПР, пов'язана з ранньою соціальною депривацією (наприклад, при госпіталізації)	ЗПР «вторинного характеру при сенсорних дефектах (при ранніх порушеннях зору, слуху)
--	--	---	---

Клінічні варіанти інфантилізму (за Т. Власовою та М. Певзнер)**

ІНФАНТИЛІЗМ



Варіанти інфантилізму

Варіанти інфантилізму

гармонійний (простий)	дисгармонійний	органічний	психогенний
соматичні і психічні структури і функції затримуються рівномірно та відповідають більш ранньому онтогенетичному періоду (відставання приблизно 1-3 роки). Головним чином проявляється в незрілості емоційно-особистісної сфери; як наслідок можуть виникати акцентуації та психопатії нестійкого чи істероїдного типу	посідання незрілої емоційної сфери і патологічних рис характеру. Як наслідок може виникнути психопатія з девіантною поведінкою	може спостерігатися наростання інтелектуального порушення. Є 4 варіанти даного порушення: -церебрастеричний -невропатичний -диспропорційний -інфантилізм при ендокринопатіях	виникає в ситуації тривалого перебування дитини в несприятливих психосоціальних умовах (включаючи психотравмуючі ситуації та неадекватні стилі виховання)

* - Войтко В. Навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами: сучасні підходи: навчально-методичний посібник, с. 10

** - Мамічева О.В. Корекція затримки психічного розвитку засобами фізичного виховання, с. 15-16

ЗАТРИМАНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Психологічні характеристики темпово-затриманого психічного розвитку

Психологічні характеристики темпово-затриманого психічного розвитку

1. Загальна характеристика

1.1. Основний радикал порушення

– емоційна і когнітивна сфери знаходяться на більш ранньому ступені розвитку

1.2. Місце з інших класифікацій психічного розвитку

– «інфантилізм», «затримка психічного розвитку конституційного генезу» (за К. Лебединським)

– в шкільному віці – специфічне порушення розвитку навчальних навичок

2. Нейропсихологічна характеристика

особливості латералізації не специфічні

3. Патопсихологічна характеристика

3.1. Динамічний компонент діяльності

– темп діяльності може бути різноманітний і залежить в першу чергу від особливостей темпераменту
– в усьому, що не стосується ігрової діяльності, спостерігається швидке пересичення чи імпульсивність

3.2. Організаційний компонент діяльності

регуляція сформована недостатньо, але гармонує з емоційно-особистісним розвитком, і все разом відповідає рівня загального психічного розвитку, який характерний дітям більш молодшого віку

3.3. Операційний компонент діяльності

– розвиток всіх пізнавальних процесів по відношенню до паспортного віку затриманий і визначається незрілістю регуляторного компонента діяльності
– показники інтелектуального розвитку, як правило, відповідають рівню актуального психофізичного віку, на якому знаходиться дитина

3.4. Мотиваційний компонент діяльності, емоції і особистість в цілому

– у дітей шкільного віку домінують ігрова діяльність мотивації і виражені ігрові інтереси

ЗАТРИМАНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Психологічні характеристики темпово-затриманого психічного розвитку

- афективно-емоційна сфера в цілому гармонійна, однак емоційний і психічний тонус дуже нестабільний
- яскравість і жвавість емоцій, переважають безпосередні емоційні реакції
- адекватність і критичність в побуті, в грі, у взаємодії з батьками можуть бути цілком достатніми і відповідати актуальному психофізичному розвитку, але в нетипових ситуаціях дитина може легко «загубитися».

3.5. Сфера спілкування, особливості мовлення

- іноді відмічається надмірна лякливність, труднощі входження в контакт з незнайомими дорослими, протестні реакції
 - мовленнєві порушення проявляються у вигляді багаточисленних легких порушень звуковимови.
- В цілому мовлення носить відтінок інфантильності

3.6. Діяльність і поведінка в цілому

весь малюнок поведінки відповідає більш ранньому віку

4. Прогностичні характеристики

4.1. Научуваність

в побуті, в грі в цілому нормативні, проте, коли справа стосується оволодіння початковими навчальними навичками (особливо це стосується 6–7-річної дитини), виникають певні труднощі

4.2. Прогноз подальшого розвитку

- прогноз розвитку хороший, особливо в тому випадку, коли дитина починає регулярне навчання не у відповідності з паспортним віком, а по факту готовності
- при неблагополучних умовах можлива девіація розвитку в сторону одного з варіантів дисгармонійного розвитку

4.3. Основні напрями психокорекційної і розв'язкової роботи

- розв'язкова робота, специфічне не для паспортного, а для актуального віку дитини
- робота по формуванню функцій програмування, контролю і регуляції власної діяльності (з урахуванням провідного типу мотивації) в основному через ігровий компонент

ЗАТРИМАНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Клініко-психологічні синдроми*

синдром психічного інфантилізму

церебрастенічний синдром

клініко-психологічні синдроми, які визначають порушення пізнавальної діяльності й обумовлюють труднощі в навчанні

гіпердинамічний синдром

психоорганічний синдром

Форми порушення інтелектуальної діяльності у дітей із ЗПР (за Г. Сухаревою)**

Форми порушення інтелектуальної діяльності у дітей із ЗПР

- 01 ІП через несприятливі умови виховання або патологію поведінки
- 02 ІП через тривалі астенічні стани, які пов'язані з соматичними хворобами
- 03 Порушення при різних формах інфантилізму
- 04 Вторинні ІП через порушення слуху, зору, мовлення
- 05 Функціонально-динамічні ІП у дітей в резидуальній стадії та віддаленому періоді інфекцій і травм ЦНС

* - Войтко В. Навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами: сучасні підходи: навчально-методичний посібник, с. 9–10

** - Колишкін О. В. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта»: навч. посіб., с. 143

ЗАТРИМАНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Ступені прояву важкості затримки психічного розвитку*

важкий ступінь прояву

(діагностичні труднощі в плані диференціації її від олігофренії в легкому ступені)

середній ступінь прояву

(корекція потребує спеціально створених умов)

легкий ступінь прояву

(не потребує систематичного лікування)

Порівняльна характеристика клініко-психологічної структури порушення при тотальному психічному недорозвиненні та затриманому психічному розвитку

Тотальне психічне недорозвинення

Затриманий психічний розвиток

1. Органічна обумовленість психічних порушень

Обов'язково присутня органічна мозкова недостатність, яка призводить до функціональної недостатності

Не обов'язково мають місце серйозні органічні пошкодження мозку (виключення ЗПР церебрально-органічного генезу)

2. Характер психічних порушень

Незворотне недорозвинення психічних функцій

Уповільнення темпу психічного дозрівання

3. Обширність психічних порушень

Тотальність психічних порушень, які зачіпають як інтелектуальну, так і особистісну сфери психіки

Парціальність (мозаїчність) психічних порушень, які мають відношення переважно до однієї (або деяких) зі сфер психічного розвитку

ЗАТРИМАНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Тотальне психічне недорозвинення

Затриманий психічний розвиток

4. Ієрархічність психічних порушень. Основна координата недорозвинення

Первинна координата недорозвинення – «зверху донизу». Відносно елементарні психічні функції порушені в меншій мірі. Вторинне порушення викликане двома координатами – «зверху вниз» і «знизу вгору»

Первинна координата недорозвинення – «знизу вгору». Явище незрілості найбільш типічні для регуляторних систем, які мають більш тривалий період розвитку

5. Стійкість психічних порушень

Через незворотність органічного порушення – стійкість психічного порушення

Велика пластичність психіки, велика здатність до змін психічних особливостей в кращий бік

6. Глибина (вираженість) психічних порушень

Більша вираженість психічних порушень

Менша вираженість психічних порушень

7. Характер порушень міжфункціональних зв'язків

Чим грубіше порушення, тим більше виступають симптоми ізоляції окремих функцій. Часто відмічаються явища асинхронії

Нестійкість міжфункціональних зв'язків, явища регреса, які виникають при виснаженості

8. Інфантилізм (незрілість розвитку)

Не властивий тією мірою, що за ЗПР

Психічний інфантилізм, дитячість – базова характеристика

9. Ступінь навченості

9.1. Нейропсихологічний аспект навченості

Слабкість психічних процесів → недостатність формування нових нервових зв'язків → низька навчальність і низькі адаптаційні можливості

Відсутність грубих порушень нервових процесів і принципова здатність (в сприятливих умовах) до засвоєння нового на рівня, який наближений до рівня умовної норми → навченість достатня

9.2. Патопсихологічний аспект навченості

Здатність до переносу слабо виражена через недостатнє мислення (насамперед узагальнення)

Більша здатність до «переносу», варіативність своєї поведінки і адекватної адаптації в змінених умовах

* - Мамічева О.В. Корекція затримки психічного розвитку засобами фізичного виховання, с. 32

ЗАТРИМАНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Тотальне психічне недорозвинення

Затриманий психічний розвиток

9.3. Характеристика зони найближчого розвитку

Обмежена зона найближчого розвитку

Значно більше сприйнятність до допомоги, тобто більш широка зона найближчого розвитку

10. Рівень досягнень

Здатність успішно виконувати завдання тільки у випадку первинної, стереотипізованої дії

Здатність виконувати різноманітні завдання на високому рівні, характерному для умовної норми

11. Мотиваційна сфера

Низька мотивація до пізнання, інтелектуальна пасивність, бідність афективної сфери (аж до абулії у тяжких випадках)

Більша пізнавальна активність (особливо у позанавчальних питаннях), змістовність і навіть інтелектуальність позашкільних знань, захопленість

Умови успішної корекційної роботи при затримці психічного розвитку *

ранній початок корекційного впливу

створення програми корекції враховуючи особливості розвитку дитини

добір ігрових методів роботи та допомога в ігровій діяльності

спілкування з дитиною на цікаві їй теми, акцентуючись на зосередженість, запам'ятовування, розв'язанні мислинневих задач

стимулювання до виконання різних завдань у вигляді гри

зацікавленість дитини в діяльності

підтримка активності та зацікавленості дитини певною справою та позитивна оцінка діяльності

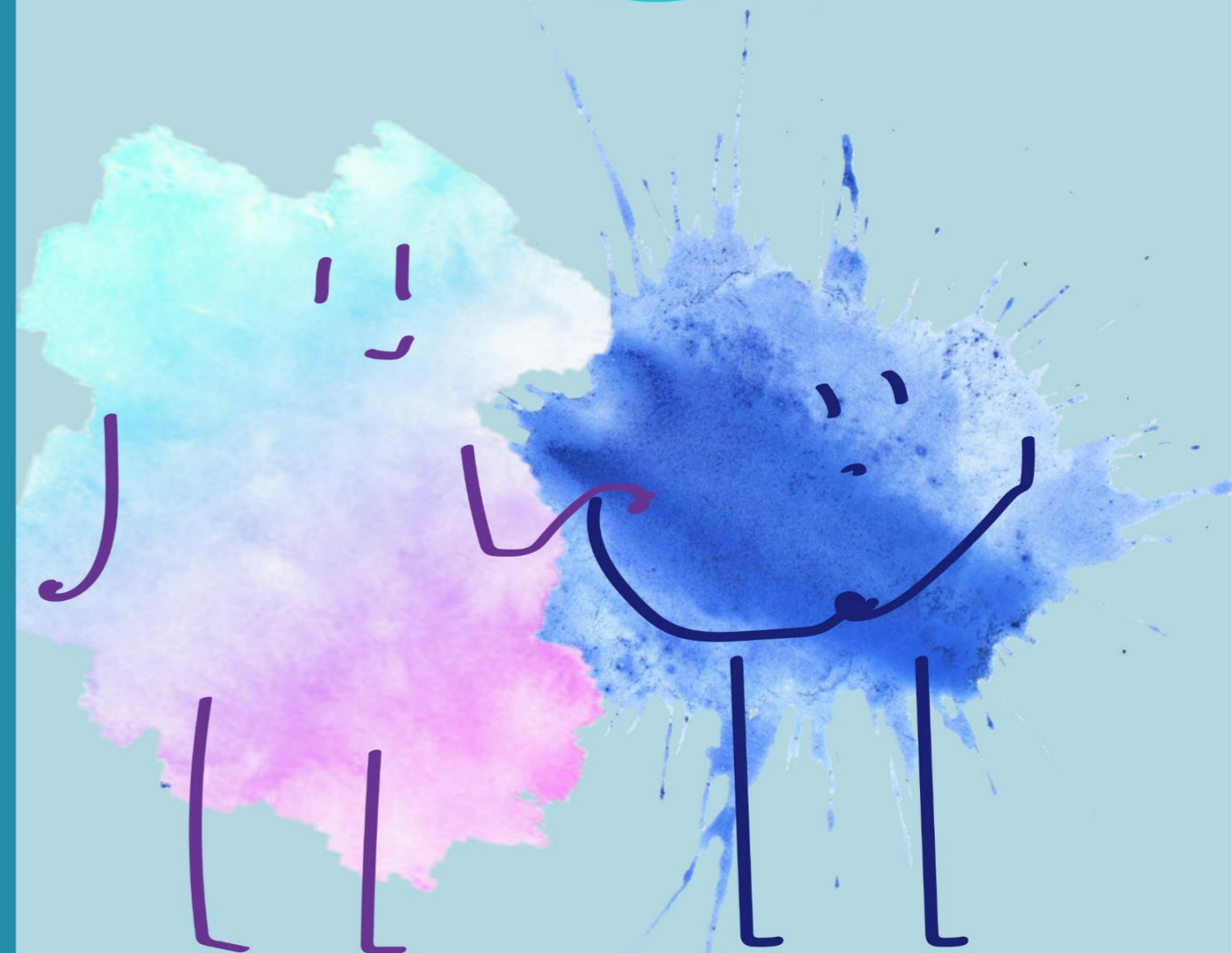
систематичність корекції

активізація чуттєвого пізнання світу

* - Мамічева О.В. Корекція затримки психічного розвитку засобами фізичного виховання, с. 58-59

ВИКРИВЛЕНИЙ/СТВОРЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

ТЕМА 6



ВИКРИВЛЕНИЙ/СТВОРЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Розлади аутистичного спектра (за МКХ-II)*

Порушення інтелектуального розвитку (за МКХ-11)

6A02.0 розлади аутистичного спектра без порушення інтелектуального розвитку та з легким або без порушення

6A02.1 розлади аутистичного спектра з порушенням інтелектуального розвитку та з легким або без порушення функціональної мови

6A02.2 розлади аутистичного спектра без порушення інтелектуального розвитку та з порушеннями функціональної мови

6A02.3 розлади аутистичного спектра з порушенням інтелектуального розвитку та порушеннями функціональної мови

6A02.4 розлади аутистичного спектра без порушення інтелектуального розвитку та відсутність функціональної мови

6A02.5 розлади аутистичного спектра з порушенням інтелектуального розвитку та відсутністю функціональної мови

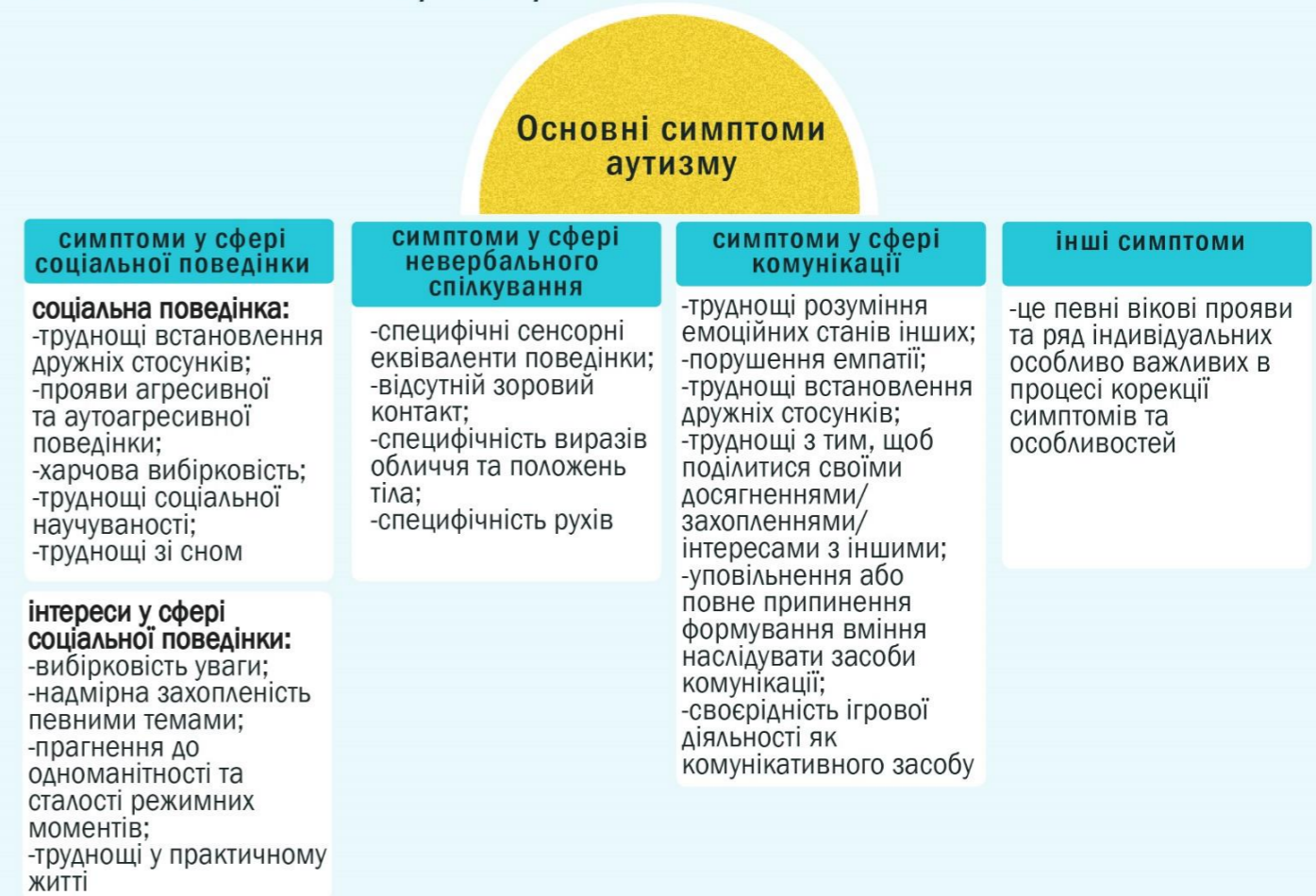
6A02.Y інші уточнені розлади аутистичного спектра

6A02.Z розлади аутистичного спектра, не уточнені

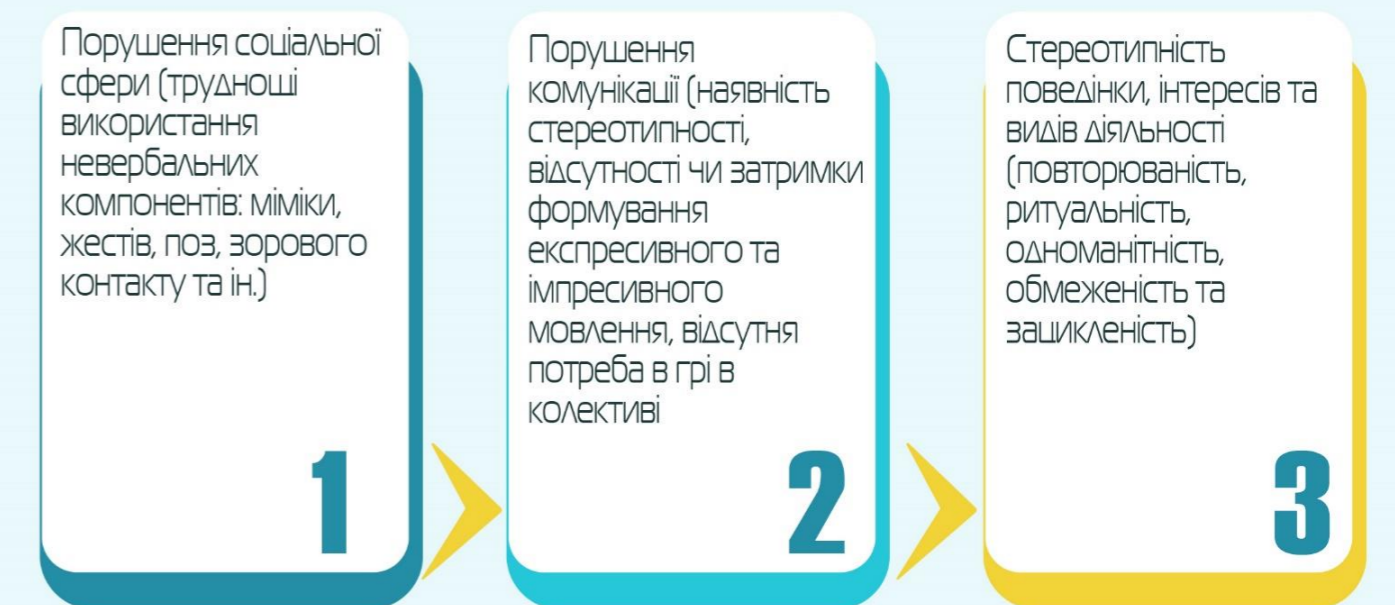
* - ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics.
URL: <https://icd.who.int/browse11/m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F334423054>

ВИКРИВЛЕНИЙ/СТВОРЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Основні симптоми аутизму*



Тріада поведінкових порушень при аутизмі**



* - Тарасун В. Аутологія: теорія і практика, с. 140-141

** - Тарасун В. Аутологія: теорія і практика, с. 153

ВИКРИВЛЕНИЙ/СТТОТВОРЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Ділянки мозку, які порушені при аутизмі

кора головного мозку

тонкий шар сірої речовини мозку на поверхні півкуль. Більше ніж дві третини її площі сховані у т.зв. борознах, що розташовані між звивинами. Відповідальна за вищі розумові функції, загальний рух, сприймання, поведінкові реакції

нервові вузли, або ганглії

сіра маса, що знаходиться глибоко в мозковій півкулі, слугує зв'язком між головним мозком і мозочком. Допомагає регулювати автоматичний рух

гіпокамі

частина лімбічної системи головного мозку (нюхального мозку). Бере участь у механізмах формування емоцій та консолідації пам'яті, тобто переходу короткочасної пам'яті в довготривалу

мигдалина

що знаходиться у білій речовині скроневої частки півкуль, на 1,5-2 см назад від її скроневого полюсу. Відповідальна за емоційні реакції, у тому числі - за агресивну поведінку



Мозолисте тіло

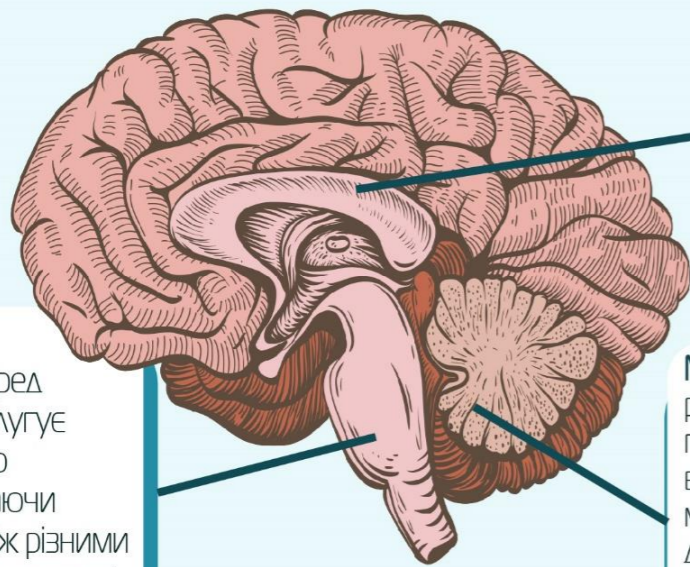
побудоване з волокон, що з'єднують праву і ліву півкулі і зумовлює зв'язок між ними

Мозочок

розміщено над довгастим мозком під потиличними частками великого мозку. Головна функція мозочка - координація рухів, як довільних, так і мимовільних. За його допомогою здійснюються функції рівноваги і руху м'язів шиї, тулуба, кінцівок, підтримується тонус м'язів

Стовбур мозку

розміщений перед мозочком, що слугує ретрансляційною станцією, передаючи повідомлення між різними частинами тіла і мозкової кори. Відповідає за вітальні функції: (дихання, кровообіг)



ВИКРИВЛЕНИЙ/СТТОТВОРЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Групи аутизму (за О. Нікольською)*

Група	Характеристика
I група (відчуженість від зовнішнього середовища)	Найважча група: спостерігається цілковита відчуженість від середовища. Мовлення практично відсутнє (лише в афективних станах можуть вимовити ряд коротких слів чи стереотипних речень, тому може складатися враження, що діти тільки частково розуміють мову). Переважне використання немовленнєвих звуків: щебетання, свист, мимрення та ін. Відсутня реакція на зовнішні подразники: біль, холод, голод тощо. Відсутні прояви переляку, навіть коли їх життю щось з агрожує. Відсутній цілеспрямований погляд. Найявна польова поведінка (безцільне пересування по кімнаті, лазіння по меблях, біг по контурах паркету). У разі спроби змусити звернути увагу на щось виникає реакція аутоагресії. Годинами можуть спостерігати за речами чи явищами.
II група (відторгнення)	Діти існують лише жорстко дотримуючись розкладу/режиму, інакше виникають панічні атаки. Всі деталі в одязі, в оточенні, в їжі повинні відповідати виключно певним критеріям (лише червоні тарілки, лише білі шнурівки, лише смажена картопля та ін.). Часто спостерігається харчова вибірковість. Діти обходяться без мовлення, використовуючи крик чи жести. Можуть спостерігатися ехолоалії. В моториці виявляється яскраво виражена незграбність, проте в деяких діях спостерігається велика майстерність. Мислення характеризується буквальною, підтекст в чужому висловлюванні викликає напругу.
III група (заміщення)	Дану групу можна назвати «книжкові» діти. Адже спостерігається захопленість певними інтересами, які можуть зацікавлювати дітей протягом декількох років. Цікавість може виражатися в різних речах: розповіді, малюнки, читання, перегляд роликів/фільмів та ін. Діти можуть також надмірно захоплюватися читанням та навіть цитувати книжки, але їх інтонація переважно не співпадає зі змістом тексту. Цьому передую швидке накопичення словникового запасу за певною тематикою. Діти не схильні до побудови діалогу, а якщо розмова і зав'язалась, то співрозмовника не чують, перебивають та не використовують сказану інформацію для підтримки бесіди. Під час розмови можуть дивитися на співрозмовника. Також їх мовлення квапливе, тому можуть переставляти слова під час розповіді та наче захлинатися словами. Спостерігається також неорганізованість у побуті, відсутність навичок самообслуговування, боязнь змін та нового. Прийняти зміни можуть лише в тому випадку, коли самі контролюють весь процес. У поведінці дітей спостерігається «застрягання» на промовлянні та програванні неприємних ситуацій.
IV група (гальмівний вплив на дитину з боку середовища)	Діти даної групи можуть встановлювати зоровий контакт. Але переривають взаємодію зразу ж як тільки з'являється перешкода. Також діти можуть звернутися до близьких за допомогою або емоційною підтримкою. У них виявляється своєрідна надзалежність від дорослих. Мовлення дітей даної групи тихе та нечітке. Проте вони можуть будувати діалог. Іноді здається, що дитина не розуміє навіть просту інструкцію, але жваво реагує на ситуацію, яка її схвилювати (навіть з незрозумілої причини). У поведінці відсутні ознаки хитрощів, брехливості, але відчувається вразливість та беззахисність

* - Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму, с. 70

* - Войтко В. Навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами: сучасні підходи: навчально-методичний посібник, с. 53-56

ВИКРИВЛЕНИЙ/СТВОРЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Етіопатогенетична класифікація аутизму (К. Лебединською)

Вид аутизму	Коротка психологічна характеристика
Органічний аутизм – пов'язаний з внутрішньоутробним ураженням НС і локалізацією в стовбурних відділах мозку Психогенний аутизм – виникає переважно у дітей раннього віку (3–4 роки), викликаний порушенням афективного зв'язку дитини з матір'ю	<ul style="list-style-type: none"> – психічна інертність дитини – рухова недостатність – порушення уваги та пам'яті – як правило, затримки мовленнєвого та інтелектуального розвитку – порушення контакту з оточуючими – емоційна індиферентність, пасивність, байдужість, відсутність диференційованих емоцій – затримки розвитку мовлення та психомоторики – у перші 3 роки життя аутизм за нормалізації умов виховання може зникнути
Аутизм шизофренічної етіології – розглядається як початковий період дитячої шизофренії, рідше – тяжкої форми шизоїдної психопатії (йдеться про спадкову патологію з нез'ясованим патогенетичним механізмом як це є при шизофренії)	<ul style="list-style-type: none"> – більш виражена відгородженість від зовнішнього світу та слабкість контактів з оточуючими – виражена дисоціація психічних процесів – стирання кордонів між суб'єктивним та об'єктивним, занурення у світ внутрішніх хворобливих переживань та патологічних фантазій – наявність рудиментарних маячних утворень та галюцинаторних феноменів – поведінка відрізняється химерністю, амбівалентністю – К. Лебединська – 2 діагностичні ознаки: <ol style="list-style-type: none"> 1. хоча б короткий проміжок часу у дитини спостерігався нормальний психічний розвиток 2. є ознаки прогресування захворювання у вигляді наростання психічного порушення (поглиблення м'явості, аспонтанності, розпад мовлення, регрес поведінки)
Аутизм при обмінних хворобах	<ul style="list-style-type: none"> – описується як супутній синдром, коли у дітей на тлі психічного недорозвинення спостерігаються аутистичні прояви – поки немає даних, на підставі яких можна було б сказати, що такий аутизм – наслідок поразки тих самих структур мозку, що і при класичному варіанті
Аутизм при хроматичних патологіях	

ВИКРИВЛЕНИЙ/СТВОРЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Клініко-психологічна структура аутизму

Критерій аутизму	Коротка характеристика
Первинні порушення	
Недостатність психічного тону – вихідна енергетична недостатність	<ul style="list-style-type: none"> – Слабкість спонукань – Найважлива дефіцитарність афективного тону – Швидкі виснажливості та пересичуваності будь-якою цілеспрямованою активністю – Проблеми зосередження активної уваги – Порушення цілеспрямованості, довільності дій
Порушення сенсорної сфери	<ul style="list-style-type: none"> – Болюча гіперестезія до звичайних сенсорних подразників – Своєчасно не відбуваються зміни у співвідношенні контактних та дистантних аналізаторів на користь останніх
Вторинні порушення	
Аутизм, відсутність або значне зниження контактів з оточуючими	<ul style="list-style-type: none"> – «Відхід у себе», у свій внутрішній світ, наповненість та характер змісту якого залежать від рівня інтелектуального розвитку, віку дитини, особливостей перебігу захворювання – Перевага надають неживим предметам через погане орієнтування в ознаках живого, в той же час надсилне орієнтування на деякі з них – Порушення диференціації одухотвореного та неживого
Аутистичні страхи: 1) зверхінні 2) обумовлені сенсоафективною гіперестезією 3) неадекватні, бредоподібні	<ul style="list-style-type: none"> – Інтенсивність страхів залежить від етіологічних ознак небезпеки – Страхи спотворюють, деформують предметність сприйняття навколишнього світу – сприймають навколишні предмети не цілісно, а на підставі окремих афективних ознак – Страх грає дезорганізуючу роль (на відміну від норми) – 1) елімінує (виключає) активні форми поведінки / 2) надає імпульсивний характер та викликає агресію
Аутистичні фантазії	<ul style="list-style-type: none"> – Мають фабулу, відірвану від реальності, нерідко химерно-казкову – На відміну від ігор та фантазій у нормі спостерігаються повний відрив від реальності, захопленість усієї поведінки фантастичним сюжетом
«Феномен тотожності»	<ul style="list-style-type: none"> – Прихильність до звичних деталей навколишнього – Патологічні реакції на зміну обстановки у вигляді порушення вегетативних функцій, невротичних розладів, негативізму, регресу навичок, психотичних явищ

ВИКРИВЛЕНИЙ/СТТОТВОРЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Група	Характеристика
Вторинні порушення	
Інтелектуальна недостатність	<ul style="list-style-type: none"> – Не є обов'язковою та значно варіюються – Діти нерідко можуть мати гарні інтелектуальні можливості, навіть бути парціально обдарованими у різних областях – Може спостерігатися розпад інтелектуальної сфери
Особливості мовлення	<ul style="list-style-type: none"> – Порушення комунікативної функції мовлення – при потенційно великому словниковому запасі та здатності до складних оборотів діти не користуються мовленням для спілкування – Порушення імпресивного мовлення – Порушення експресивного мовлення
Особливості рухової сфери	<ul style="list-style-type: none"> – Рухові стереотипи – Порушена моторика, незручність довільних рухів – М'язова гіпотонія – Порушення рухів за типом моторної апраксії – У більш грубих випадках – порушення організації програми руху та осмислення предмета як зброї чи об'єкта цілеспрямованої діяльності

Порівняльна таблиця аутизму на основі підходів Л. Каннера та Г. Аспергера*

параметр	Л. Каннер	Г. Аспергер
поява ознак	У ранньому віці	У більш пізні періоди розвитку
інтелектуальний розвиток	Когнітивні порушення	Інтелектуальний розвиток на високому рівні
зв'язок з довкіллям	Спостерігається вибірковість порушень розуміння соціальних аспектів життя. Краща взаємодія з предметами, ніж з людьми	Спостерігається порушення активної взаємодії з середовищем загалом
мовленнєві можливості	Достатній словниковий запас та збережена здатність до вимови слів, проте діти не користуються мовленням як засобом спілкування	Вільне володіння мовленням, схожі на «маленьких дорослих»
моторика та координація	Ознаки моторної вправності, проте є випадки, коли спостерігається незграбність загальної моторики при високорозвиненій дрібній моториці	Моторна незграбність та порушена координація
умови успішного навчання	Успіх можливий за умов заучування схеми дії	Успіх можливий за умов активації спонтанності та абстрактного мислення

* - Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму, с. 18

ВИКРИВЛЕНИЙ/СТТОТВОРЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Характеристика синдрому Каннера*

Критерій	Характеристика
вітальні функції	Особливості поведінки вже можна помітити в грудному віці (труднощі годування, особливості апетиту, проблеми зі шлунково-кишковим трактом, алергії та ін.). Наявні проблеми зі сном. Реакції на подразники можуть бути різні (від повного ігнорування подразника до підвищеної чутливості до найменших деталей). Дитина спрявляє враження «зручної», яка не потребує зайвого догляду, спокійної. Спостерігається харчова вибірковість, іноді навіть ритуали чи відмова від їжі.
соціальна взаємодія	В ранньому віці не тягнуться до руки, будучи на руках у матері не туляться до неї. Зазвичай діти або напружені та відсторонені або пасивні та мляві. Діти бояться незнайомих або на всіх оточуючих реагують однаково байдуже. Переважно уникають зорового контакту, не виражають реакцію на питання та емоційну реакцію інших. Рідко плачуть та не звертаються за співчуттям, але можуть виражати аутоагресію або агресію по відношенню до інших тоді, коли їм неприємно. У дитини не формується вказівний жест, рухи голови в знак згоди та заперечення, жести привітання та прощання. Спроби залучити дитину до контакту призводять до тривоги, агресії, аутоагресії. Її погляд дуже важко упіймати, а наявні емоційні реакції переважно ні до кого не звернені. З часом байдужа реакція на близьких може змінитися на симбіотичну єдність (вірогідніше з матір'ю). У зв'язку з цим буде використовувати їх тіло як продовження свого, бо у дітей пізно формується образ «Я». А ось чужих людей дитина може розглядати, торкатися до них як до неживих предметів, або взагалі не помічати. Дітям іноді подобається грати поряд з іншими дітьми, спостерігати за їх діями. Але це обумовлено саме інтересом до дій та предметів, адже в спільну гру не включаються. Коли прокидається у них бажання до взаємодії, то виражають бурхливі реакції задоволення та радості, не контролюють свої дії (сильно обіймають, сильно стискають руки та ін.), іноді таким чином привертають до себе увагу. Діти тривалий час соціально та побутово залишаються інфантильними.
комунікативні проблеми	Гуління та лепет з'являються пізніше або можуть бути взагалі відсутні. У дитини може бути відсутнє вербальне спілкування або наявне стереотипне мовлення. Також може бути «пташине» мовлення, яке розуміє лише дитина. Перші слова з'являються раніше або пізніше нормативних термінів. Це можуть бути досить складні слова, але їх вимова у дітей чітка. Деякі слова можуть бути в активному словнику дитини певний період, а потім надовго зникають. Досить часто відсутнє реагування на звернене мовлення, відсутня реакція на власне ім'я. Проте розуміння мовлення буде залежати від інтелекту. Мовлення даної категорії дітей монотонне, неритмічне, немелодійне, швидке або повільне. Діти можуть вимовляти слова ніби співаючи або по складах, не контролюють гучність свого голосу.

* - Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму, с. 25–44

ВИКРИВЛЕНИЙ/СТТОВРОЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Критерій	Характеристика
комунікативні проблеми	Словниковий запас може бути великим, але слова не пов'язані між собою. Діти можуть повторювати питання дорослих маючи на увазі згоду чи відмову від чогось (наприклад, дорослі запитують «Не хочеш?» і дитина повторює це питання маючи на увазі, що вона не хоче). Також можуть свої відповіді промовляти з питальною інтонацією. Ті діти, які користуються вербальними засобами спілкування, говорять тоді, коли самі це хочуть.
поведінка	У дітей спостерігається велика кількість форм повторювальної та обмеженої поведінки, які можна розподілити на такі категорії: – стереотипія – безцільні рухи – компульсивна поведінка – навмисне дотримання деяких правил – потреба в одноманітності, опір змінам – ритуальна поведінка – виконання повсякденних занять в одному порядку і в той самий час – обмежена поведінка – вузькофокусована, за якої інтерес або активність, наприклад, спрямовано на єдину тему/предмет/дію; – аутоагресія – активність, що призводить до поранення самої людини Діти можуть тривалий період часу відтворювати побачене, почуте, пережите та переносити це в свою гру. Гра дитини також може виявлятися в механічному маніпулюванні частинами власного тіла чи предметами, які не придатні для гри. При достатньому рівні інтелектуального розвитку діти можуть досягати значної продуктивності щодо власних захоплень. Поведінка дитини в громадських місцях може бути недостатньо соціально прийнятною та адекватною. Чинником такої поведінки виступає фізичний дискомфорт від надмірних слухових та зорових вражень, так і неприємних тілесних відчуттів, про які дорослі можуть не здогадатися.
моторика	Спостерігається незграбність, труднощі зі стрибками, не вдається освоїти марширування, порушена координація. Виявляється неспроможність керувати розподілом м'язового тону, скрутість пози та невелика кількість жестів Дітям важко осмислювати структуру складних рухових дій, просторову організацію руху. Проте поруч з цим виявляється витонченість окремих рухів (наприклад, балансування, яке може переходити в аутостимуляцію). Розвиток дрібної моторики на більш високому рівні, ніж загальної. Дана категорія дітей полюбає щоб їх обіймали, загортали в ковдру, гойдали та ін.
сенсорний розвиток	Реакція на зовнішні стимули в ранньому віці порушена. Вивчення предметів відбувається за допомогою облизування та обнюхування. До дотику діти чутливі, тому не люблять щоб були липкі чи брудні руки, були надягнуті шапка та рукавиці, підстригання волосся та нігтів, наявні індивідуальні уподобання в одязі певної структури чи їжі певної консистенції.

ВИКРИВЛЕНИЙ/СТТОВРОЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Критерій	Характеристика
сенсорний розвиток	Сприймаючи звуки діти можуть не реагувати на них, любити певну музику, реагувати лише на конкретні звуки/слова/фрази, уникати чи прагнути до звуків певної гучності. Діти можуть прагнути до тілесного контакту та певним чином стимулювати тактильну сферу (бити себе, кусати, згинати-розгинати пальці, махати руками, ходити навшпиньки, напружувати м'язи та ін.). Ці прояви можуть посилюватись тоді, коли дитина помічає певні зміни з звичної обстановці, коли її відволікають чи втручаються в діяльність. Загалом сенсорну сферу можна охарактеризувати так: – фрагментарність сприймання зовнішньої інформації – труднощі одномоментного сприймання інформації різної модальності – зниження чи надмірна чутливість до подразників.
емоційна сфера	Провідними особливостями порушеної емоційності є асинхронія та нерівномірність її розвитку. Те, що подобається дитині викликає специфічний прояв радості, який виражається в стереотипних діях (наприклад, трясіння руками). Якщо перешкодити таким діям, то вірогідніше це викличе прояв аутоагресії. Дитина може виражати емоції в самостійній грі, де необхідно «зчитувати» емоції інших, а достатньо проектувати лише власну емоційність. Міміка при цьому мало виражена. Дана категорія осіб може впізнавати дорослих в звичних обставинах, а в нових – ні. Істеричні прояви аналогічні з такими ж реакціями у нормотипових дітей. Проте у дітей даної категорії істерика триває й у 7–8 років і пізніше. Також діти не виявляють адекватні реакції на емоції інших та не помічають їх. Проте словесне пояснення емоційного сенсу ситуації приводить до правильного чи задовільного реагування.
пізнавальні функції	Інтелектуальний розвиток даної категорії осіб може коливатися в широких межах та однозначно його встановити важко. Приблизно у 2/3 дітей спостерігається відставання у розумовому розвитку, у 1/3 інтелект в межах норми. Також у дітей спостерігається нерівномірність розвитку окремих психічних функцій, а їх порушення це вторинні порушення. Особливо низькі результати у дітей при визначенні послідовності подій, просторового розташування предметів, переключення уваги, синтезу на предметному рівні. Нижче норми результати тестів на визначення загального обсягу знань, розуміння норм життя, оперування числами. Натомість активний словниковий запас, пам'ять, навички узагальнення розвинені краще, іноді навіть краще ніж у нормотипових дітей. Загалом для дітей притаманні фрагментарність когнітивної обробки інформації, обмеженість у здатності інтерпретувати сприйману інформацію та осмислювати її сенс, розвинена механічна пам'ять, відставання розвитку або цілковитий брак розвитку експресивного мовлення, мовленнєва стереотипність, «негнучкість» мислення, буквально розуміння сенсу, брак адекватних емоцій та реакцій та ін.

ДИСГАРМОНІЧНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

ТЕМА 7



ДИСГАРМОНІЧНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Дисгармонійний розвиток (за В. Лебединським)



Підходи до класифікацій психопатій

1	2	3	4	5	6
Е. Крепелін	К. Шнайдер	Е. Кан	Е. Кремчер	П. Ганнушкін	О. Кербіков
збудливі, нестримні, імпульсивні, брехуни та фантасти, вороги суспільства, патологічні сперечальники	гіпертимні особистості, депресивні, невпевнені в собі, фанатичні, ті що шукають визнання, емоційно-лабільні експлозивні, бездушні, безвільні, астеничні	в основу класифікації поклав недостатність певного «шару» психіки: темпераменту, потягів, характеру і, крім цього, виділяв «складні та комплексні форми»	запропонував критерії подібності клініко-психологічної картини низки психопатій з особливостями особистості при шизофренії, епілепсії та маніакально-депресивному психозі і на цій підставі виділяв шизоїдні, циклоїдні а згодом і епілептоїдні психопатії	циклоїди, епілептоїди, шизоїди, істеричні характери, нестійкі, антисоціальні особистості, конституційно дурні, параноїки, астеники	ділить психопатії за етіологічною ознакою на конституційні, органічні та крайові

ДИСГАРМОНІЧНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Варіанти порушення психічного розвитку при психопатіях

Варіанти порушення психічного розвитку при психопатіях

Психопатологічні явища фіксуються переважно в області базального афекта при відомій збереженості інтелекту. Дисгармонія тут проявляється у збереженні вищих емоцій та недорозвиненні базальних, низької інтенсивності потягів, безпосередньо пов'язаних з інстинктивними спонуканнями (прикладом такого варіанта розвитку є шизоїдна психопатія)

Інстинктивно-афективна сфера включає рівень потягів, має підвищену збудливість та інтенсивність впливів на інтелект і особистість в цілому, що призводить до перебудови системи відносин «інтелект – афект»: інтелектуальні процеси починають обслуговувати вимоги базального афекту і потягів (як, наприклад, у разі істероїдної психопатії)

Як базальні, так і вищі емоції виявляються недорозвинені, спостерігаються явища розгальмованості потягів; контроль з боку інтелекту обмежений в одних випадках через його низький рівень, в інших – через відсутність стійкої інтелектуальної мотивації (як, наприклад, при органічній психопатії)

Динаміка формування психопатичних синдромів*



* - Пахомова Н. Г., Кононова М. М. Спеціальна психологія, с. 269–270

ДИСГАРМОНІЧНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Характеристика психопатій

Форма	Характеристика
шизоїдна психопатія	<ul style="list-style-type: none"> Дитині властиві риси аутизму; віддає перевагу самотності і світу фантазій, а не одноліткам. Емоційна сфера характеризується дисгармонійним поєднанням підвищеної чутливості та вразливості щодо власних переживань та інтересів та парадоксальною для дитячого віку відсутністю безпосередності, життєрадісності, певної зовнішньої сухості по відношенню до рідних та інших оточуючих. Своєрідна асинхронія психічного розвитку з раннього дитинства. Розвиток мовлення випереджає розвиток моторики. Діти насилу опановують навички самообслуговування, відмовляються брати участь у рухливих іграх. Безпосередньому спілкуванню у грі вони віддають перевагу розмовам з дорослими. У початкових класах школи вони мають труднощі при оволодінні моторними навичками письма. Незважаючи на часто високий інтелект, вони нерідко є предметом глузувань однолітків через неконтактність, емоційну неадекватність, погане орієнтування в конкретній ситуації. Для багатьох дітей характерні раннє виникнення інтелектуальних інтересів, любов до читання, природи. У школі їх часто приваблюють математика, фізика та інші точні науки. Нерідко схильність до колекціонування. Часто повертає увагу хороше мовлення. Одяг, їжа, життєві вигоди не викликають інтересу. Продуктивність у заняттях може страждати від неуважності, пов'язаної із зосередженістю на внутрішньому світі. Зовнішня емоційна сухість, млявість, відсутність дитячої життєрадісності часто поєднуються із внутрішньою сензитивністю та вразливістю, тонкою чутливістю.
епілептоїдна психопатія	<ul style="list-style-type: none"> У цьому випадку немає типових для епілепсії судомних розладів, явищ недоумства. Йдеться лише про стійкі характерологічні особливості у вигляді емоційної в'язкості, напруженості емоцій і потягів, схильності до невмотивованих коливань настрою на кшталт дисфорій.

ДИСГАРМОНІЧНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Форма	Характеристика
епілептоїдна психопатія	<p>Вже у віці 2–3 років для цих дітей характерні бурхливі і зтяжні афективні реакції, особливо пов'язані з почуттям фізичного дискомфорту. У старшому віці на першому плані виступають агресивність, нерідко з садистичними нахилами, тривалий стан озлобленості при невиконанні вимог, впертість, іноді мстивість. Цим дітям властива підвищена до педантичності акуратність, гіпертрофоване прагнення встановленого порядку. У дитячому колективі вони важкі не тільки через силу і тривалість своїх афективних спалахів, емоційну в'язкість, але через конфліктність, пов'язану з постійним прагненням до самоствердження, владності, жорстокості.</p> <p>Дорослих відзначається полярність їхньої емоційної сфери: поряд із вибуховістю, жорстокістю – схильність до доглядливості. У дітей цей другий полюс мало спостерігається; ймовірно, що його формування у старшому віці пов'язані з гіперкомпенсаторними механізмами.</p>
циклоїдна психопатія	<p>У цьому випадку є схильність до невмотивованих коливань настрою від зниженого субдепресивного до підвищеного маніакального, у дитячому віці діагностується рідко. Дещо частіше йдеться про гіпертимний варіант, при якому є переважання підвищеного фону настрою зі схильністю до жартів, бешкетності, надмірної товариськості. У колективі однолітків ці діти важкі через свою невгамовність, гіперактивність, нестерпність обмежень</p>
психастенічна психопатія	<p>Особистості схильні до тривожності, недовірливості, діагностуються і в дитячому віці. Вже в 3–4 роки у цих дітей спостерігаються страхи за життя і здоров'я своє та близьких, тривожні побоювання, що легко виникають з будь-якого приводу, страх нового, незнайомого, схильність до нав'язливих думок і дій. У шкільному віці з'являються нав'язливі сумніви та побоювання, патологічна нерішучість. Ближче до підліткового віку недовірливість набуває нерідко характеру іпохондричності, нав'язливі страхи часто «обрастають» захисними ритуалами. Як компенсаторне утворення, пов'язане з тривогою перед усім новим і незнайомим, виникає педантична схильність до порядку, незмінного режиму, порушення якого викликає стан тривоги.</p>

ДИСГАРМОНІЧНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Форма	Характеристика
істерична психопатія	<p>Завжди має конституціональний характер, у частині випадків може бути обумовлена негрубими екзогенними шкідливостями, нерідко обмінно-трофічного характеру, перенесеними у ранньому дитинстві. Часто спостерігається у жінок і відповідно у дівчаток.</p> <p>Відзначається психічна незрілість як основа даного варіанта психопатії. Властиві інфантильним особистостям егоцентризм, підвищена навіюваність, сенсорна спрага, нездатність до вольового зусилля мають тут своєрідний характер. З ранніх років наявна важка примхливість. «Жага визнання» спостерігається вже у дошкільному віці. Ці дівчатка нерідко прагнуть привернути до себе увагу різними вигадками, переважно прикрашаючого характеру, дуже ревниві до похвал на адресу інших, через що часто вступають у конфлікти. У шкільному віці з аздрістю, ревнивістю поєднуються з демонстративністю поведінки. Прагнення привернути увагу часто проявляється в перебільшеному характері одягу, зачіски. Нездатність до вольового зусилля призводить до того, що навіть за хорошого інтелекту успіхи у навчанні часто значно нижчі за можливості. Ущемлене у зв'язку з цим самолюбство призводить до частих конфліктів з вчителями, інколи ж вигадок і обмов.</p> <p>У підлітковому віці особливо типові посилене кокетство, схильність до інтриг, інколи ж і вигадок сексуального змісту. Таким чином, навіть у дитячому та підлітковому віці типовий для істеричної психопатії конфлікт між жагою до визнання та інфантильною нездатністю до вольового зусилля визначає сутність психічної дисгармонії.</p>
нестійкий тип психопатії	<p>Психопатії цього типу також є варіантом дисгармонічного інфантилізму. Такі діти відрізняються незрілістю інтересів, поверховістю, нестійкістю уподобань, імпульсивністю вчинків, діями за перших спонукань. Мала продуктивність у заняттях і за хорошому інтелекті пов'язані з нездатністю до тривалої цілеспрямованої діяльності. Звичка уникати труднощів у поєднанні з «сенсорною спрагою» є частою причиною втеч з дому, школи, прагнення до бродяжництва. Безвідповідальність, несформованість моральних заборон зумовлюють вихід із скрутних ситуацій у вигляді обманів, вигадок.</p>

ДИСГАРМОНІЧНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Форма	Характеристика
нестійкий тип психопатії	Будучи досить навіюваними, ці діти легко засвоюють соціально-негативні форми поведінки. У підлітковому віці вони нерідко потрапляють до асоціальних груп, де, як правило, грають підлеглу роль
органічна психопатія	<p>Даний тип пов'язаний з раннім ураженням Нс у внутрішньоутробному періоді, під час пологів, у перші роки життя.</p> <p>Серед органічних психопатій найчастіше зустрічається збудливий (експлозивний) тип. Він найчастіше спостерігається у хлопчиків. Його клінічною основою є афективна та рухова збудливість. Вже у віці 2–3 років ці діти привертають увагу легкістю виникнення афективних спалахів зі злісністю, агресією, впертістю, негативізмом. Тяжкі афективні розряди частіше мають астеничний результат із розслабленістю, млявістю, сльозами. Ці діти становлять значні труднощі у колективі: вони б'ють однокласників і молодших, грубо поводять себе з дорослими. При органічній психопатії за збудливим типом спостерігаються і невмотивовані коливання настрою у вигляді дисфорій. У відповідь на найменше зауваження цих дітей виникають бурхливі реакції протесту, виходи з дому, школи. У підлітковому віці стійка конфліктна ситуація, що склалася в школі, сприяє «виштовхуванню» такого підлітка в асоціальне позашкільне оточення, робить його загрозливим щодо правопорушень</p>
безгальмівний тип органічної психопатії	Для даного типу характерні підвищений ейфоричний фон настрою з грубим відгуком на всі зовнішні подразники, некритичність при досить збереженому інтелекті. Будь-яке зовнішнє враження легко викликає афективну реакцію, проте дуже коротку. У шкільному віці безгальмівність часто сприяє формуванню патології потягів, імпульсивним сексуальним ексцесам, схильності до бродяжництва тощо.

ДИСГАРМОНІЧНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Класифікація психогенного патологічного формування особистості

Тип дизонтогенеза	Етіопатогенез	Варіанти
Патохарактерологічний розвиток особистості	<ol style="list-style-type: none"> 1. Закріплення патологічних реакцій, що являють собою форму відповіді на психотравмуючу ситуацію; фіксуючись, вони стають стійкими якостями особистості 2. Безпосереднє «виховання» патологічних рис характеру (пряма стимуляція негативним прикладом) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Афективно-збудливий 2. Гальмівний 3. Істероїдний 4. Нестійкий
Постреактивне патологічне формування особистості	Тяжкі та затяжні реактивні стани (афективно-шочкові реакції, реактивні депресії та ін.) викликають порушення розвитку особистості	У зв'язку з рідкістю випадків цього варіанта розвитку особистості в дитячому віці його клінічні закономірності та типологія мало вивчені
Невротичний розвиток особистості	<ol style="list-style-type: none"> 1. Патологічні зміни нервової реактивності та частково типу ВНД у ході затяжного неврозу. 2. Патологічні реакції особистості на усвідомлення своєї неповноцінності, пов'язане з наявністю стійких і невротичних розладів, що порушують соціальну адаптацію (наприклад, при заїканні) 3. Переважання тих чи інших порушень характеру визначається також типом неврозу 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Астеничний 2. Істеричний 3. Обсесивно-фобічний 4. Афективно-збудливий
Невротичний розвиток особистості	<ol style="list-style-type: none"> 1. Патологічні зміни нервової реактивності та частково типу ВНД у ході затяжного неврозу. 2. Патологічні реакції особистості на усвідомлення своєї неповноцінності, пов'язане з наявністю стійких і невротичних розладів, що порушують соціальну адаптацію (наприклад, при заїканні) 3. Переважання тих чи інших порушень характеру визначається також типом неврозу 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Астеничний 2. Істеричний 3. Обсесивно-фобічний 4. Афективно-збудливий

ДИСГАРМОНІЧНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Тип дизонтогенеза	Етіопатогенез	Варіанти
Дефіцитарний тип патологічного формування особистості	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наявність різних фізичних порушень чи хронічних інвалідизуючих захворювань 2. Дефіцит сенсорної інформації (сенсорна депривація) та соціальна депривація 3. Патологічна реакція особистості на усвідомлення свого порушення 4. Резидуальна церебрально-органічна недостатність (при ЦП, уродженій сліпоті, глухоті та ін.) 5. «Оранжевий» або «інфантілізуючий» тип виховання 6. Порушення темпу фізичного розвитку 7. Порушення розвитку різних психічних функцій 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Афективно-збудливий 2. Гальмівний 3. Істероїдний 4. Нестійкий

Типи акцентуації характеру*

властиві замкненість, складнощі в спілкування та налагодженні контактів з навколишніми: (інтровертність - це зверненість, заглибленість людини у свій внутрішній світ, свої почуття, переживання, стани тощо)



притамані жага спілкування та діяльності, балакучість, поверховість; (екстравертність - це спрямованість людини на зовнішній світ, події та інших людей)

властиві егоцентризм, потреба в постійній увазі до себе, співчутті тощо



типи акцентуації характеру



імпульсивний, конфліктний, категоричний, до інших ставиться з підозрою

з надмірною чутливістю, лякливою, сором'язливістю, вразливістю



з домінуванням хворобливого самопочуття, подразливості, підвищеної втомлюваності

ДИСГАРМОНІЧНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Характеристика типів акцентуації характеру підлітків (класифікація А. Лічко)*

Акцентуація	Характеристика
гіпертимний тип	характерні рухливість, пустунство, товариськість, гарний настрій. При хороших загальних здібностей у підлітка може бути значна непосидючість, тому це спричиняє нерівномірність успіхів в навчанні. Провокувати може сильний тиск. Наявне виражене прагнення до самостійності, через це підлітки схильні до конфліктів. У підлітків багато захоплень, проте вони недовготривалі. Також такі діти переоцінюють свої можливості
циклоїдний тип	переважає дратівливість, апатія. Полюбляють самотність. Тяжкі переживання незначних невдач, критики та зауважень. Настрій може змінюватися через 2-3 тижні від піднесеного до пригнобленого
лабільний тип	вкрай мінливий настрій. Може виражатися смуток без видимих на те причин або при наявності незначних невдач/ситуацій. Поведінка залежить від настрою. Провокувати негативні емоції можуть невдачі, кепкування, розриви з близькими та ін. Підлітки розуміють та відчувають відношення оточуючих
астено-невротичний тип	характерна висока втомлюваність, переважно при розумових навантаженнях і роздратованості
сенситивний тип	характерна висока чутливість до всього. Підлітки не люблять великі компанії, веселі ігри. Часто вони соромляться, несміливі при інших, проте відкриті та товариські при знайомих (в спілкуванні перевагу віддають малюкам та дорослим). В спілкуванні з батьками слухняні та виявляють повагу. Почуття відповідальності у дітей формується рано також наявні високі моральні вимоги до себе та інших. Недоліки, які наявні у здібностях підлітка швидко компенсуються старанністю та надто складними видами діяльності
психастенічний тип	характерний ранній інтелектуальний розвиток, схильність до роздумів та міркувань, самоаналізів та аналізів поведінки інших. Розвиваються невротичні реакції за типом нав'язливих станів. Частіше порушення конституційного походження, проте може розвиватися й у разі несприятливих умов виховання (домінуюча гіперпротекція).

* - Пахомова Н. Г., Кононова М. М. Спеціальна психологія, с. 273-275

ДИСГАРМОНІЧНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Акцентуація	Характеристика
психастенічний тип	підлітки надмірно прив'язуються до батьків (в більшій мірі до матері). Провокуючим чинником виступає підвищена відповідальність, необхідність швидко ухвалити рішення
шизоїдний тип	характерна замкненість, гра наодинці, мовчазне прислухаються до бесід. У внутрішньому світі переважають фантазії, особливі захоплення. Стриманість у проявах почуттів. Підлітки не можуть відстоювати свою думку та позицію
епілептоїдний тип	акцентуація може виникати на тлі спадковості чи легкого органічного ураження ГМ. Перші прояви виражаються в дитячому віці: годинами плачуть, мучать тварин, дратують молодших. В колективі дітей поводять себе як диктатори (або на основі страху інших, або на фоні добровільної покірності). Прагнуть догодити дорослим за умов жорсткого дисциплінарного режиму. Проте може додаватися виражена агресія та жорстокість
істероїдний тип	характерний егоцентризм, прагнення до постійної уваги до себе. Підлітки часто мають спроби самогубства. Провокуючим чинником виступає ущемлення самолюбства, втрата уваги інших
нестійкий тип	характерна слабовільність, ледарство, відсутність будь-якої серйозності та інтересів, істина прихильність до близьких не проявляється. Для підлітків оточення – це джерело насолоди. Походження акцентуації може бути конституційним, органічним чи соціальним. Провокуючим чинником виступають соціальна чи педагогічна занедбаність, потурання.
конформний тип	характерне бездумне підпорядкування авторитетам/групі. Підлітки віддають перевагу відомому, стабільному оточенню. Провокуючим чинником виступає «перелом» звичного способу життя

ДИСГАРМОНІЧНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Ступені акцентуації характеру (за А. Лічко та А. Александровим)*



Прояви акцентуації**

Прояв	Характеристика
застрявання	в стані збудження відбувається застрявання на впертості, недовірливості, нетерпимості до заперечень інших під час дискусій. У спокійному стані люди виявляють відповідальність та розсудливість в справах
педантизм	проявляється в крайньому, нічим не виправданому формалізмі при вирішенні справ, дотриманні «букви», хоча це шкодить справі, у міркуванні за типом «коли б чого не трапилось»
демонстративність	проявляється амбіційність, особам властиве хизування та зухвалість, де потрібно погодитися, вони заперечують очевидне. За звичайних умов здатні погоджуватися, досягати значних творчих успіхів
екзальтованість	проявляється надмірна захопленість, вихвалання того, що на не заслуговує уваги, легка збуджуваність в радішах або сумі аж до розпачу, загострена реакція на свої вчинки або інших людей
тривожність	особи в усьому чекають небезпеку, дуже боязливі, сором'язливі, розгублені, ховаються від небезпечного, поступаються навіть слабшим
інтровертованість	проявляється замкнутість, спрямованість своїх думок та переживань на самих себе, на внутрішній світ, уникнення контактів з іншими, відсутня здатність пристосовуватись до обставин
екстравертованість	особи прагнуть до спілкування, контактів з іншими, можуть багато говорити про себе, хвалитися, зосереджуватися переважно на зовнішніх явищах, погоджуються з усім, що їм пропонують

* - Пахомова Н. Г., Кононова М. М. Спеціальна психологія, с. 272

* - Максименко С. А. Загальна психологія, с. 265

ДИСГАРМОНІЧНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Диференційні критерії обмеження акцентуацій характеру і психопатій

Акцентуації характеру	Психопатії
Тотальність	
Особливості характеру можуть виявлятися не скрізь і не завжди; вони можуть навіть виявлятися лише за певних умов	Тотальність патологічних рис характеру – тип характеру виявляється у всіх сферах життєдіяльності (у сім'ї та школі, з однолітками та зі старшими, у звичних умовах та у надзвичайних ситуаціях тощо)
Стабільність	
Порушення характеру змінні – можуть виникнути або під час «пубертатних кризів», або частіше під впливом особливих психічних травм або важких ситуацій у житті	Відносна стабільність патологічних характеристик рис характеру (протягом життя не піддаються різким змінам)
Характер соціальної адаптації	
Особливості характеру або взагалі не перешкоджають задовільній соціальній адаптації, або її порушення бувають перехідними. Адаптація порушується лише за ударів за місцем найменшого опору	Виразність патологічних рис характеру до ступеня, який порушує соціальну адаптацію. Декомпенсації можуть бути наслідком будь-яких психічних травм і найрізноманітніших життєвих ситуацій і навіть виникати без видимих причин
Нормативність	
Рису характеру являються крайніми варіантами норми	Риси характеру кваліфікуються як патологічні

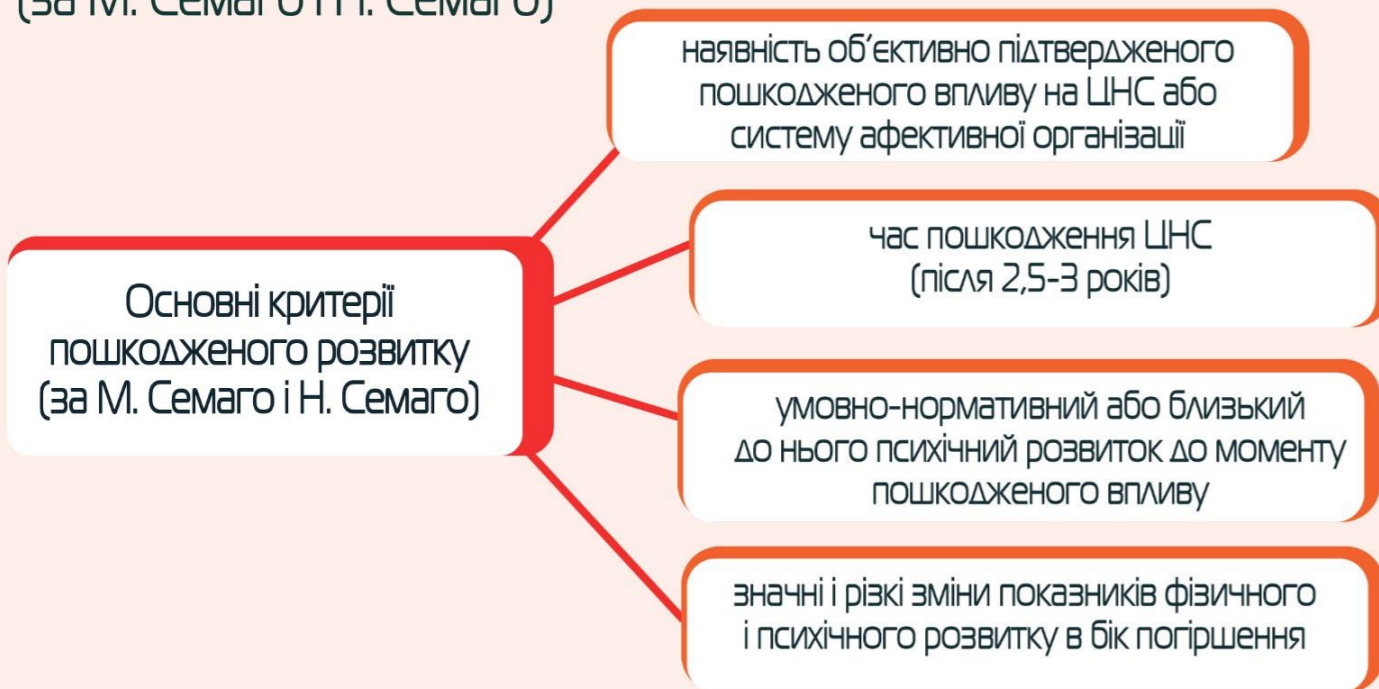
ПОШКОДЖЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

ТЕМА 8



ПОШКОДЖЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Основні критерії пошкодженого розвитку
(за М. Семаго і Н. Семаго)



Групи порушень при деменції*

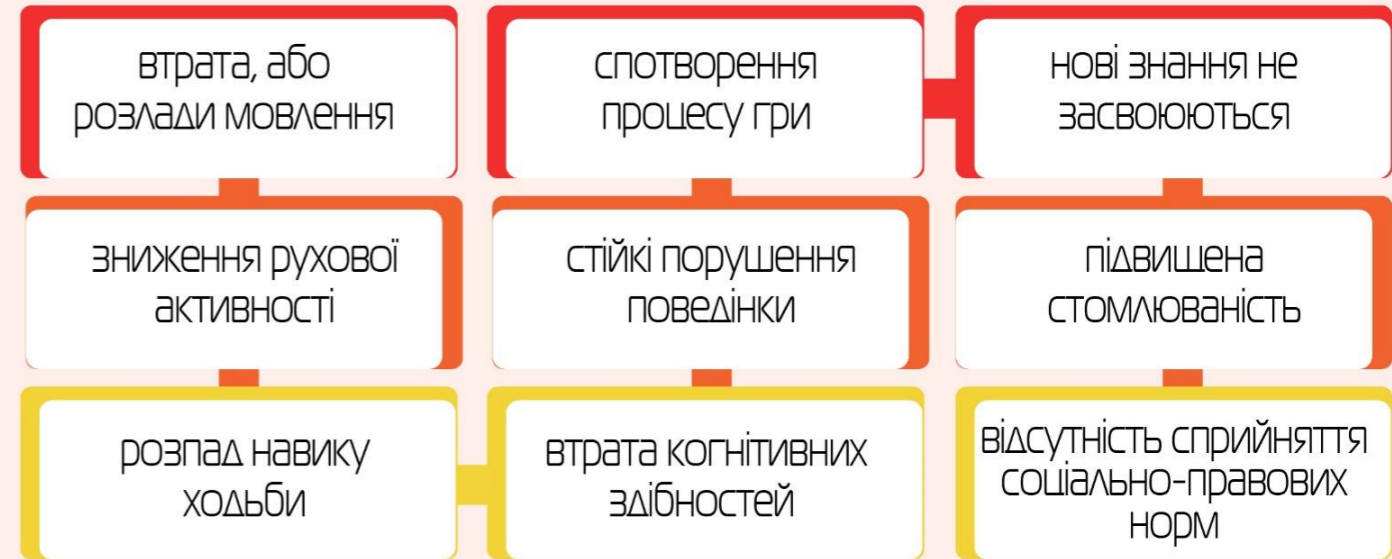
Групи порушень при деменції

когнітивні порушення	функціональні порушення	нейропсихіатричні порушення	поведінкові порушення	неврологічні порушення
втрата/ зменшення здатності раціонального пізнання світу, зокрема труднощі пізнання, обробки, запам'ятовування і зберігання інформації, а також передачі інформації за допомогою мови або цілеспрямованої рухової активності	зниження адаптації в повсякденному житті, втрата незалежності і самостійності, які формуються як інтегральний результат сукупності когнітивних, поведінкових, нейропсихіатричних і неврологічних порушень	розлади, в емоційно-афектній сфері (депресія, тривога), порушення мислення (марення) або сприйняття (галюцинації)	хвороблива зміна поведінки, яка доставляє занепокоєння самій людині або оточуючим її особам	рухові, чутливі, координаторні і тазові розлади

* - Деменція: навчально-методичний посібник / О. А. Козьолькін, М. В. Сікорська, І. В. Візір, Ю. М. Нерянова, с. 10

ПОШКОДЖЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Етіологічна класифікація деменції



Класифікація деменції (за МКХ-11)

Класифікація деменції (за МКХ-11)

6D80 Деменція через хворобу Альцгеймера	6D80.0 Деменція через хворобу Альцгеймера з раннім початком 6D80.1 Деменція через хворобу Альцгеймера з пізнім початком 6D80.Z Деменція через хворобу Альцгеймера, початок невідомо чи невизначено
6D81 Судинна деменція	
6D82 Деменція з тільцями Леві	
6D83 Лобно-скронева деменція	
6D84 Деменція через психоактивні речовини, включаючи медикаменти	6D84.0 Деменція внаслідок вживання алкоголю 6D84.1 Деменція внаслідок вживання седативних засобів, снодійних або анкіолітиків
6D85 Деменція через хвороби, класифіковані в інших рубриках	6D84.Y Деменція внаслідок вживання іншої уточненої психоактивної речовини

ПОШКОДЖЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Класифікація деменції (за МКХ-11)

6D84 Деменція через психоактивні речовини, включаючи медикаменти

6D85 Деменція через хвороби, класифіковані в інших рубриках

6D85.0 Деменція через хворобу Паркінсона

6D85.1 Деменція через хворобу Гентінгтона

6D85.2 Деменція через вплив важких металів та інших токсинів

6D85.3 Деменція через вірус імунodefіциту людини

6D85.4 Деменція через множинні етіологічні фактори

6D85.40 Деменція хвороби Альцгеймера змішаного типу з цереброваскулярною хворобою

6D85.41 Деменція хвороби Альцгеймера змішаного типу з іншою несудинною етіологією

6D85.4Y Інші уточнені деменції через множинні етіологічні фактори

6D85.5 Деменція внаслідок розсіяного склерозу

6D85.6 Деменція через пріонну хворобу

6D85.7 Деменція через гідроцефалію нормального тиску

6D85.8 Деменція через травму голови

6D85.9 Деменція через пелагру

6D85.A Деменція через синдром Дауна

6D85.Y Деменція через інші певні захворювання, класифіковані в інших рубриках

6D86 Поведінкові або психологічні порушення при деменції

6D86.0 Психотичні симптоми при деменції

6D86.1 Симптоми настрою при деменції

6D86.2 Симптоми тривоги під час деменції

6D86.3 Апатія при деменції

ПОШКОДЖЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Класифікація деменції (за МКХ-11)

6D86 Поведінкові або психологічні порушення при деменції

6D86.4 Ажитация або агресія при деменції

6D86.5 Роздратування при деменції

6D86.6 Бред при деменції

6D86.Y Інші уточнені поведінкові чи психологічні порушення при деменції

6D86.Z Поведінкові чи психологічні порушення при деменції, не уточнені

6D8Z Деменція з невідомої чи не уточненої причини

Класифікація деменції за локалізацією

Класифікація деменції за локалізацією

кіркова

з переважним ураженням КГМ (хв. Альцгеймера, лобово-скронева лобарна дегенерація, алкогольна)

мультифокальна

з множинними вогнищевими ураженнями (хв. Крейтцфельда-Якоба)

кірково-підкіркова

(хв. з тільцями Леві, кірково-базальна дегенерація, судинна деменція)

підкіркова

з переважним ураженням підкіркових структур (прогресуючий над'ядерний параліч, хв. Гентінгтона, хв. Паркінсона, мультиінфарктна деменція (ураження білої речовини))

Варіанти деменції (етіологічний критерій)*

Варіанти деменції (етіологічний критерій)

органічна деменція

- епілептична
- внаслідок менінгітів і менінгоенцефалітів
- внаслідок черепно-мозкових травм
- внаслідок ревматичних хвороб

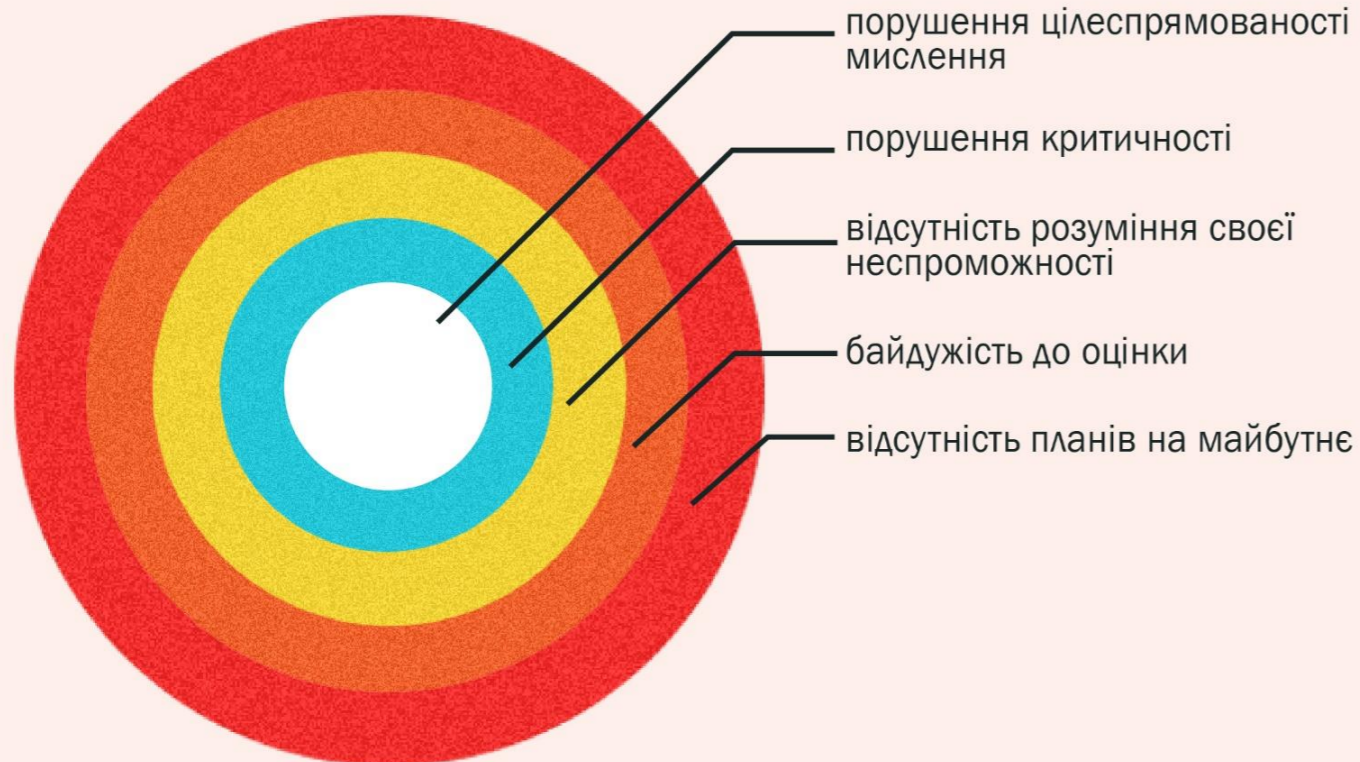
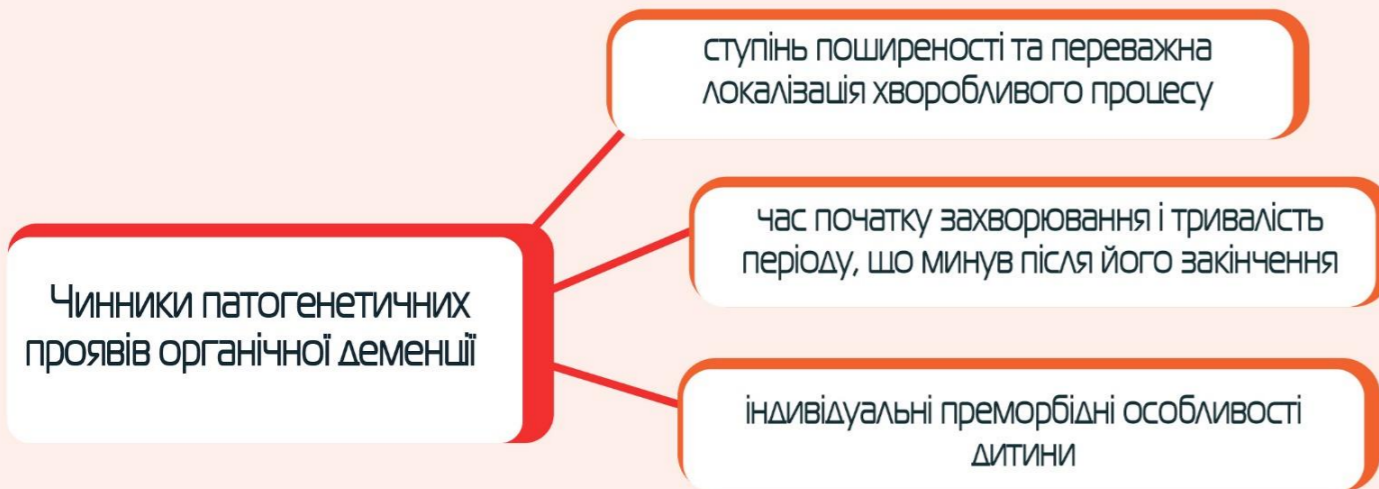
шизофренічна деменція

прогресуюче психічне захворювання, етіологія і патогенез якого невідомі до кінця

* - Деменція: навчально-методичний посібник / О. А. Козьолкін, М. В. Сікорська, І. В. Візір, Ю. М. Нерянова, с. 8-9

ПОШКОДЖЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Чинники патогенетичних проявів органічної деменції



ПОШКОДЖЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Етіологічна класифікація деменції*

Етіологічна класифікація деменції

Первинна дегенеративна деменція	Вторинна деменція
<ol style="list-style-type: none"> 1) хв. Альцгеймера; 2) хв. Піка; 3) старечий амілоїдоз; 4) деменція з тільцями Леві 	<ol style="list-style-type: none"> 1) хорея Гентінгтона; 2) атаксія Фрідрейха; 3) хвороба Паркінсона; 4) прогресуючий супрануклеарний параліч; 5) стріо-нігральна дегенерація; 6) хв. Фара – ідіопатична кальцифікація базальних ганглій; 7) хв. Вільсона-Коновалова; 8) таламічна деменція
Судинна деменція	Змішана деменція (судинно-атрофічна)
<ol style="list-style-type: none"> 1) мультиінфарктна деменція (лакунарний стан); 2) хв. Бінсвангера – субкортикальна атеросклеротична енцефалопатія; 3) змішанні кортикальні та субкотрикальні інфаркти; 4) запальні захворювання кровоносних судин 	
Деменція, внаслідок інтоксикації (вторинна)	Деменція при неврологічних захворюваннях (вторинна)
<ol style="list-style-type: none"> 1) алкоголізм; 2) медикаментозна деменція (холінолітики, гіпотензивні, психотропні, антиконвульсанти та ін.); 3) токсини 	<ol style="list-style-type: none"> 6.1. Краніоцеребральна травма <ol style="list-style-type: none"> 1) хронічна субдуральна гематома; 2) пост травматична енцефалопатія; 3) деменція боксерів; 4) нормотензивна та оклюзіона гідроцефалія 6.2. Пухлини <ol style="list-style-type: none"> 1) менінгіоми; 2) з гідроцефалією; 3) гліоми; 4) метастази; 5) карциноматозний менінгіт 6.3. Інфекції НС <ol style="list-style-type: none"> 1) туберкульоз; 2) ВІЛ-деменція; 3) токсоплазмоз; 4) сифіліс; 5) постенцефалітична деменція; 6) хв. Уіпля; 7) хв. Крейнтцфельд-Якоба; 8) підгострий склерозуючий паненцефаліт Ван-Богарта; 9) прогресуюча лейкоенцефалопатія

* - Деменція: навчально-методичний посібник / О. А. Козьолкін, М. В. Сікорська, І. В. Візір, Ю. М. Нерянова, с. 6–8

ПОШКОДЖЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Етіологічна класифікація деменції

Деменція, внаслідок інтоксикації (вторинна)

- 1) алкоголізм;
- 2) медикаментозна деменція (холінолітики, гіпотензивні, психотропні, антиконвульсанти та ін.);
- 3) токсини

Деменція при неврологічних захворюваннях (вторинна)

- 6.4. Епілепсія
- 6.5. Розсіяний склероз
- 6.6. Хв. Марк'яфава-Бін'ямі
- 6.7. Лейкодистрофії

Деменція на тлі соматичної патології (вторинна)

- 1) дефіцит вітаміну B12 і фолієвої кислоти;
- 2) гіпо-гіпертиреоз та інші захворювання щитовидної та пара щитовидних залоз;
- 3) гіпогіємічні стани;
- 4) хронічна прогресуюча печінкова енцефалопатія;
- 5) хронічна уретмічна енцефалопатія;
- 6) хронічні обструктивні захворювання дихальних шляхів;
- 7) хронічна серцева недостатність;
- 8) порушення серцевого ритму;
- 9) рецидивуючі асистолії;
- 10) електролітні порушення

Захворювання з маскованою деменцією

- 1) депресія;
- 2) шизофренія;
- 3) психогенна псевдодеменція

Класифікації видів деменції

Класифікації видів деменції

за етіологічним критерієм

епілептична

постенцефалітична

травматична

склеротична

за критерієм динаміки

резидуальна органічна

прогресуюча

ПОШКОДЖЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Типи органічної деменції за Г.Е. Сухаревою

Типи органічної деменції за Г.Е. Сухаревою

перший тип характеризується переважанням низького рівня узагальнення

другий тип: грубі нейродинамічні розлади, різка сповільненість, погане переключення розумових процесів, важка психічна виснаженість, нездатність до напруги: порушення логічного складу мислення, виражена схильність до персеверацій

при третьому типі органічної деменції характерні недостатність спонукань до діяльності з млявістю, апатією, різким зниженням активності мислення

при четвертому - в центрі клініко-психологічної картини знаходяться порушення критики і цілеспрямованості мислення, з грубими розладами уваги, різким відволіканням, «польовою поведінкою»

Симптоми при епілептичній деменції

Симптоми при епілептичній деменції

Порушення при епілептичній деменції

Характеристика порушень

Судомні (епілептичні) напади

Виникають у зв'язку з надмірним збудженням та розрядом у нейронах головного мозку, у тому числі в зоні епілептичного вогнища

Специфіка мислення

- Тугорухливість
- Повільне психічне перемикавання, в'язкість, схильність до надмірної деталізації та педантичності
- Зниження рівня узагальнення – відсутність здатності виділяти головне

Специфіка емоційно-вольової сфери

- Біполярність афекту – поєднання схильності до екзальтації, ласкавості з нерідкою злопам'ятністю та мстивістю
- У загальному фоні настрою переважають похмурість
- Немотивовані коливання настрою мають характер дисфорій
- В'язкість і напруженість афекту зі схильністю до вибуху, люті, гніву
- Афективні особливості не коригуються через порушення інтелекту та особистості

ПОШКОДЖЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

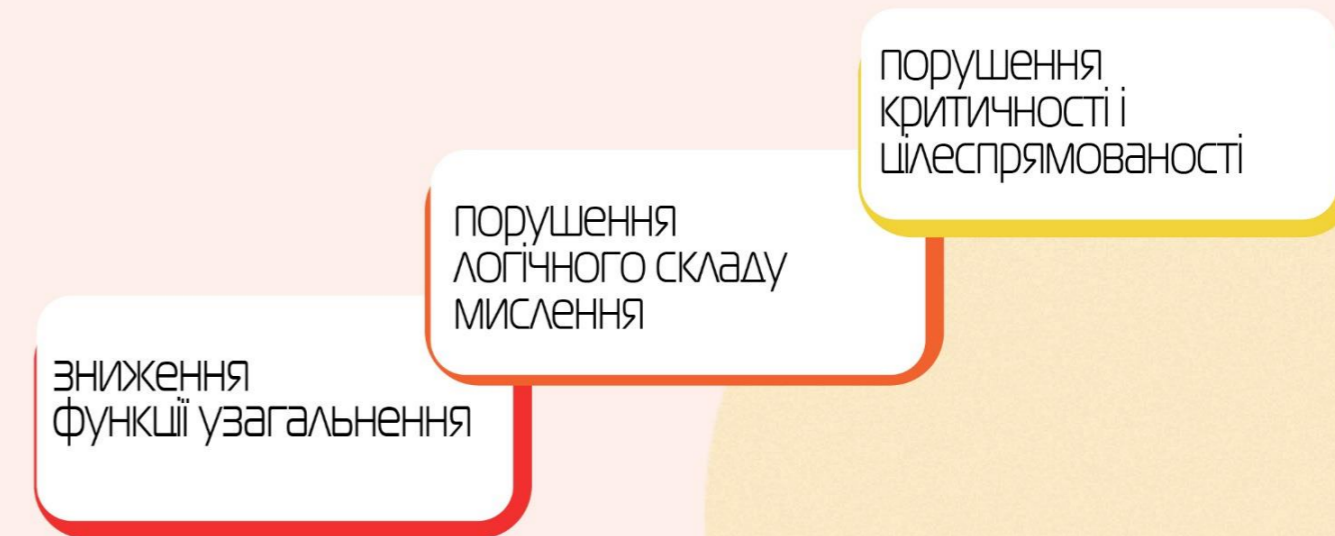
Варіанти інтелектуального порушення при органічній деменції

Варіанти інтелектуального порушення при органічній деменції

Динамічні і регуляторні компоненти діяльності	Операційні компоненти діяльності	Критичність	Інші характеристики
1. Переважання низького рівня узагальнення			
Посилюється психомоторна загальмованість / розвивається підвищена збудливість	Дитині стають недоступними операції узагальнення. Втрата мовленнєвих навичок	Тяжке переживання хвороби / легковажне, благодушне ставлення до хвороби	При пізнішому виникненні інтелектуальне порушення проявляється поступово (набуті раніше знання утримуються, а все нове засвоюється насилу)
2. Грубі нейродинамічні розлади			
Сповільнений темп мислення; важка психічна виснаженість; погані переключення та стійкість уваги	Зниження процесів узагальнення, порушення логічного устрою мислення. Схильність до персеверацій	Тяжке переживання своєї недостатності	Більше виражені особистісні особливості – дратівливість, уразливість, озлобленість, підозрілість та ін.
3. Недостатність спонукань до діяльності з млявістю, апатією			
Млявість, повільність, пасивність, інертність, проблеми перемикавання та синкінезії	Зниження рівня мислення. Персеверації, схильність до утворення елементарних рухових стереотипів	Критика до своїх можливостей грубіше порушена, ніж ступінь інтелектуального порушення. Байдужість до оцінки. Діти не помічають своїх помилок	Нерідко відсутність навичок охайності. Відсутність уподобань, планів, інтелектуальних інтересів. Емоційна сплосченість, безтурботність
4. Порушення критики та цілеспрямованості мислення з грубими розладами уваги, різким відволіканням, «польовою поведінкою»			
Хаотична розгальмованість, безгальмівність. Нецілеспрямованість у будь-якій діяльності	Рівень узагальнення більш менш знижений. Мислення непослідовне. Розлади активної уваги та пам'яті (в т.ч. конфабуляції). Допомога не сприймається	Груба некритичність як щодо власної особистості, так і оточуючого	Симптоми зміни особистості виражені відносно більше, ніж інтелектуальне зниження. Емоції вкрай примітивні та поверхневі (часто ейфоричні). Іноді розгальмованість грубих потягів

ПОШКОДЖЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Типи порушення мислення при органічній деменції (Б.В. Заграйник)



Основні клініко-психологічні характеристики психічного розвитку при органічній деменції

Основні клініко-психологічні характеристики психічного розвитку при органічній деменції

Критерії органічної деменції	Характеристика критерію
1. Клінічні, в тому числі нейробіологічні характеристики	
Наявність неврологічного статусу	При ушкодженнях ЦНС зазвичай виставляється неврологічний діагноз, що відбиває характер ураження чи захворювання центральної чи периферичної НС та супутні медичні діагнози
Кіркові і підкіркові порушення	В одних випадках це грубі локальні кіркові та підкіркові порушення (гностичні розлади, порушення просторового синтезу, рухів, мовлення тощо). Але найчастіше виявляється поєднана кірково-підкіркова дефіцитарність
Порушення нейродинамічних процесів	Порушення динаміки психічних функцій: адинамія, млявість і аспонтанність, слабкість спонукань / психомоторна розгальмованість, ейфорія чи дисфорія з похмурістю, злісністю, схильністю до агресії; інертність мислення; виснаженість; персевераторні явища
Енцефалопатичні розлади	При РВ характерні лише при ускладнених формах (при яких до явищ недорозвинення приєднуються явища ушкодження)

ПОШКОДЖЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Основні клініко-психологічні характеристики психічного розвитку при органічній деменції

Критерії органічної деменції	Характеристика критерію
2. Психологічні характеристики	
Патологія потягів	Розгальмованість потягів, що іноді носить збочений характер. У ряді випадків призводить до більш тяжкої поведінки цих дітей у порівнянні з їх інтелектуальним порушенням
Груба несформованість регулятивних структур	Іноді проявляється вже «починаючи з довільного регулювання рухової активності». У тому числі відзначаються порушення цілеспрямованості мислення, які за інших рівних умов виражені грубіше, ніж за розумової відсталості
Зміни особистості	Здебільшого дисоціюють із рівнем інтелектуального зниження. В одних випадках вони виступають дуже різко, у ряді ж випадків, навпаки, особистісні зміни виражені менше грубо, ніж порушення інтелекту
Порушення критичності	Відсутність розуміння та переживання своєї неспроможності, байдужість до оцінки, відсутність планів на майбутнє навіть у дітей старшого віку
Особливості научаності	За М. Семаго та співавт., цей показник може бути або не специфічний, або значно знижений
3. Структура психічного порушення	
Первинне порушення	Пов'язаний із різною локалізацією пошкодження. Однак дуже часто спостерігається залучення до патологічного процесу лобових часток через пошкодження підкіркових систем внаслідок їх крихкості, сензитивності у дитячому віці.
Вторинне порушення	Зумовлений специфікою первинного ураження, а також недорозвиненням систем, як функціонально пов'язаних з пошкодженими, так і молодших у філо- та онтогенезі
Основні координати недорозвинення	Спрямовані переважно «знизу нагору» (від пошкодженої окремої функції – до регуляторної, від пошкоджених підкіркових утворень – до кори, насамперед лобової)
Міжфункціональна взаємодія	Розпад ієрархічних зв'язків із явищами ізоляції. Це пов'язано в першу чергу з розгальмуванням підкіркових функцій, що зумовлюють масивність енцефалопатичної симптоматики, патологію потягів. Виразність персеверацій також свідчить про порушення регуляторних систем
Асинхронний розвиток	Поява стійкого, часто незворотного регресу низки функцій зі стійкою їх фіксацією на більш ранніх етапах розвитку. Ретардування формування вищих психічних функцій

ПОШКОДЖЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Види мовленнєвих порушень при деменції



Ступені тяжкості деменції*

Ступені тяжкості деменції

легкий
робота та соціальна діяльність порушена, але здатність до самостійного життя збережена з дотриманням правил особистої гігієни і відносним збереженням критики

помірний
надавати хворого самому собі ризиковано, потрібен певний нагляд

тяжкий
повсякденна діяльність настільки порушена, що потребується постійний нагляд (наприклад, хворі не в змозі виконувати правила особистої гігієни, не розмовляють)

* - Деменція: навчально-методичний посібник / О. А. Козьолкін, М. В. Сікорська, І. В. Візір, Ю. М. Нерянова, с. 12

ПОШКОДЖЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Дитяча деменція*

Дитяча деменція

раній вік

деменція починає грубо прогресувати приблизно в 2-3 роки. Дитина втрачає раніше придбані навички (частіше за все це мовлення та навички самообслуговування)

старший дошкільний вік

найбільш проявляється перекрученість ігрової діяльності, тому гра стає стереотипною та одноманітною

МОЛОДШИЙ ШКІЛЬНИЙ ВІК

тривалий період мовлення та навички самообслуговування зберігаються, проте різко виражається зниження інтелекту та труднощі в освітній діяльності

Психологічна характеристика дітей дошкільного та раннього віку з пошкодженим психічним розвитком

Емоційна сфера вкрай збіднена

Інстинкт самозбереження ослаблений

Сприйняття розпливчасте

Аналіз ситуації і перенесення досвіду недоступні

Абстрактне мислення відсутнє

Визначаються грубі розлади уваги

Спрощення гри

* - Колишкін О. В. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта»: навч. посіб., с. 131

ПОШКОДЖЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Психологічна характеристика дітей шкільного віку з пошкодженим психічним розвитком

Перша група

- польова поведінка;
- емоції вкрай примітивні і поверхневі;
- груба некритичність;
- грубі порушення уваги;
- порушення інтелектуальної діяльності;

Друга група

- емоційна бідність;
- порушення в інтелектуальній і особистісній сфері;
- різке зниження активності мислення;
- мнестичні розлади;

Порівняльна характеристика тотального недорозвинення і пошкодженого розвитку

Порівняльна характеристика тотального недорозвинення і пошкодженого розвитку

Недорозвинення	Пошкоджений розвиток
Завжди має церебрально-органічну етіологію та не може бути обумовлено виключно соціальними факторами	Як причина виникнення може виступати психічна травма, за якої ушкоджується система афективної організації
Як правило, відсутній період умовно-нормативного розвитку	Наявність умовно-нормативного чи близького щодо нього психічного розвитку на момент пошкоджуючого впливу
Час виникнення органічної поразки обмежений віком 2,5-3 роки, включаючи вроджену патологію	За М. Семаго та співавт. «Феномени пошкодження виникають тільки при впливі факторів, що пошкоджують, після віку 2,5-3 років». У В. Лебединського йдеться про вік після 2-3 років
Вплив шкідливості викликає переважно недорозвинення мозкових структур та/або психічних функцій	Вплив шкідливості викликає переважно ушкодження мозкових структур та/або психічних функцій
Психічні системи та функції, що розвиваються досить тривалий час (понад 2,5-3 роки), виявляються несформованими (недорозвиненими)	
Тотальність та ієрархічність нервово-психічного недорозвинення	Парціальність розладів

ПОШКОДЖЕНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

Порівняльна характеристика тотального недорозвинення і пошкодженого розвитку

Недорозвинення	Пошкоджений розвиток
Різко обмежені можливості навчання	Навіть при негрубому ступені органічної деменції навчання за інших рівних умов становить більші складнощі, ніж навчання дітей, які мають легкий ступінь порушеного інтелекту. Навчання при пошкодженні внаслідок психічної травми може і не страждати
Розвиток зазнає «подвійний удар» з боку патологічних впливів – «зверху вниз» і «знизу вгору»	Основні координати недорозвинення спрямовані переважно «знизу нагору»

ДЕФІЦИТАРНИЙ ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК

ТЕМА 9

9.1. ПОРУШЕННЯ ЗОРУ



ПОРУШЕННЯ ЗОРУ

Характеристика функцій зору та їх порушення*

Функції зору

Центральний зір

Призначення: сприймання дрібних предметів, деталей. Характеризується поняттям «гострота»

Периферичний (боковий) зір

Призначення: сприймання частини простору – поле зору

Бінокулярний зір (двома очима)

Призначення: визначення відстані від одного предмета до іншого, об'єм та взаєморозміщення предметів. Формується до 3–4 років, повноцінне встановлення до 6–7 років

Світловідчуття

Призначення: сприймання світла в діапазоні сонячного випромінювання і пристосування до сприйняття при різному рівні освітлення

Кольоросприйняття

Призначення: сприйняття кольорів та їх відтінків залежно від довжини хвиль світлового випромінювання.

Порушення функцій зору

Зниження гостроти зору

впливає на формування пізнавальної сфери особистості. Спостерігаються труднощі сприймання та розрізнення дрібних деталей та предметів. Дітям важко орієнтуватися в зошитах через те, що вони не розрізняють розліновку; на географічних картах

Порушення периферичного зору

Може спостерігатися як рівномірне звуження поля зору, так і випадіння певної частини поля зору. Це може впливати на оволодіння навичками читання і письма та цілісного сприймання предметів

Порушення бінокулярного зору

Виникає в тому випадку, коли на сітківці зображення займає не однакове положення

Здатність до світловідчуття діагностують при глаукомі, недостатності вітамінів у вагітних, при різних хворобах сітківки, ЦНС, порушеннях роботи печінки та ін.

При слабозорості у дитини може страждати здатність розрізняти червоний, зелений і синій кольори. Часті форми кольороаномалій: протоаномалія (червоний колір сприймається зеленим), дейтероаномалія (зелений колір сприймається червоним). Це негативно відображається на емоційній сфері дитини, естетичних відчуттях, перешкоджає адекватному сприйняттю предметів. Може бути вроджене порушення кольоросприймання, яке передається генетично по чоловічій лінії.

* – Дивитися і бачити: путівник для батьків дітей із порушеннями зору: навч.-метод. посіб. / упор. І. О. Калініченко, с. 8–9

ПОРУШЕННЯ ЗОРУ

Клінічні форми зорової патології*

Аномалії рефракції

Міопія

короткозорість (людина погано бачить вдалину)
Людина бачить розмито віддалені предмети, наявні труднощі сприймання форми, розмірів, просторового розташування

Гіперметропія (далекозорість)

далекозорість (утруднення зорове сприймання предметів, які знаходяться поблизу)
Можуть спостерігатися труднощі читання та письма, сприймання малюнків в книжках. Може провокувати виникнення косоокості, порушення бінокулярного зору та функціональну сліпоту

Амбліопія

функціональне зниження зору, яке характеризується тим, що одне або обидва ока не беруть участь в процесі зору
У цьому випадку знижується гострота зору, яка майже не корегується та прогресує
Зорові образи кожного ока відрізняються, тому мозок людини не може створити єдину картинку дійсності

Астигматизм

діагностується у зв'язку з виявленням порушеної форми кришталика або рогівки. Це спричиняє нечіткість зору
В цьому випадку людина однаково погано бачить і близько, і далеко
Також виявляються труднощі концентрації на буквах, цифрах, лініях. Людина напружує зір щоб розгледіти предмети і таким чином швидко втомлюється, виникають головні болі

Патологія оболонки рогівки

Більмо

це помутніння рогової оболонки ока
Вплив більма на зір буде пропорційним його розмірам, розташуванню та інтенсивності

Кератоконус

неправильна форма рогівки, яка нагадує конус

Мегалокорнеа

надвеликий розмір рогівки, що є симптомом, переважно, глаукоми

Мікрокорнеа

надмалий розмір рогівки, що зустрічається при мікрофтальмі

* – Дивитися і бачити: путівник для батьків дітей із порушеннями зору: навч.-метод. посіб. / упор. І. О. Калініченко, с. 9–17

Патологія кришталика

Катаракта

втрата прозорості кришталика, гострота зору в цьому випадку поступово знижується. Іноді проявляється нечіткість та роздвоєння зображення або надмірна чутливість до світла.
У дитячому віці частіше за все катаракта вроджена і не прогресує

Афакія

відсутність кришталика
У цьому випадку спостерігається висока далекозорість та критично знижений зір

Патологія судинного тракту

Запальні процеси

Аномалії розвитку

Колобома райдужки

Аніридія

відсутність райдужки
У людей спостерігається максимальне розширення зіниці, тому виникає світлобоязнь. Найявний внутрішньоочний тиск

Колобома власне судинної оболонки

поєднується зі зниженням гостроти зору та звуження поля зору

Патологія сітківки

Дистрофія сітківки

Пухлини сітківки

Ретинопатія недоношених

Пігментна дистрофія

проявляється після 5–7 років та поступово прогресує
Першими симптомами є погіршення зору в сутінках, після цього порушується здатність орієнтації в просторі, виявляється звуження поля зору.
Кінцевий етап – сліпота.
При наявності даного діагнозу людям категорично заборонено працювати в погано освітлених приміщеннях

Відшарування сітківки

у цьому випадку якість зорової функції швидко втрачається, виникає відчуття перегороженості поля зору, виникають відчуття спалахів в полі зору хворого ока

Патологія зорового нерва

Хвороба Лебера

Глаукома

Мікрофтальм

Гідрофтальм

Атрофія зорового нерва

виникає як наслідок великої кількості захворювань
При цьому зір поступово погіршується, а використання окулярів та лінз не допомагає в корекції; знижується поле зору, порушується здатність сприймати кольори

глибокі

порушення зору, що пов'язані зі значним зниженням гостроти зору та/або поля зору та має яскраво виражену органічну зорову депривацію. Тому може виникнути слабозорість або сліпота

неглибокі

-порушення окорухових функцій: косоокість, ністагм;
-порушення розрізнення кольорів (дальтонізм, дихромазія);
-порушення гостроти зору, які пов'язані з порушеннями оптичних механізмів зору (міопія, гіперметропія, астигматизм, амбліопія)

порушення зору

Рекомендація та протипоказання до організації життя дитини з патологією зору

Захворювання

Рекомендації

Протипоказання

Міопія

- приблизити розглядувані предмети та зображення на оптимальну для споглядання відстань та добре освітлити їх;
- збільшити контрастність та навести контур;
- використання в роботі помаранчево-жовтих тонів;
- контролювати поставу дитини;
- використовувати завдання для розвитку просторового орієнтування;

- довготривале зорове навантаження;
- довготривале перебування в зігнутому положенні та з нахилом голови вниз;
- робота, яка передбачає підняття важких предметів, що супроводжується вібрацією тіла;

* - Дивитися і бачити: путівник для батьків дітей із порушеннями зору: навч.-метод. посіб. / упор. І. О. Калініченко, с. 9–17

ПОРУШЕННЯ ЗОРУ

Захворювання	Рекомендації	Протипоказання
Міопія	<ul style="list-style-type: none"> – звести до мінімуму роботу з монітором та екраном телефону, планшету, комп'ютеру – вживати вітаміни – відвідувати заняття з плавання та/або тенісу 	
Гіперметропія	<ul style="list-style-type: none"> – використовувати корекцію зору за допомогою постійного використання окулярів та зорове навантаження не повинно перевищувати 20 хвилин – віддаляти розглядувані предмети та зображення на оптимальну для споглядання відстань – слідкувати за освітленням – збільшити час на сприймання та розглядання – збільшити міжрядковий інтервал при читанні та письмі 	<ul style="list-style-type: none"> – довготривале зорове навантаження
Амбліопія	<ul style="list-style-type: none"> – при необхідності використовувати в роботі збільшуючі прилади – збільшити час на сприймання та розглядання – проводити аналіз картинок/ предметів по частинам – використовувати в роботі чорно-білі зображення – створити добре освітлений простір – використовувати в роботі доцільні шрифти для читання, збільшувати контрастність, додатково наводити контур 	<ul style="list-style-type: none"> – робота з дрібними предметами та деталями
Астигматизм	<ul style="list-style-type: none"> – дозовано організовувати зорове навантаження – організувати роботу в окулярах – створити добре освітлений простір – слідкувати за збільшенням контрастності зображень та виділенням контуру предметів – збільшити час на сприймання та розглядання 	<ul style="list-style-type: none"> – довготривалі зорові навантаження – заборона на читання лежачи чи в транспорті – заборона на тривалий перегляд телевізору, тривалу роботу за комп'ютером, планшетом, телефоном

ПОРУШЕННЯ ЗОРУ

Захворювання	Рекомендації	Протипоказання
Кератоконус	<ul style="list-style-type: none"> – слідкувати за збільшенням контрастності зображень та виділенням контуру предметів – створити добре освітлений простір – збільшити час на сприймання та розглядання 	<ul style="list-style-type: none"> – довготривалі зорові навантаження – надмірні фізичні навантаження – робота в несприятливих метеорологічних умовах, у приміщеннях, які заповнені чи там, де розміщені шкідливі речовини
Катаракта	<ul style="list-style-type: none"> – створити добре освітлений простір – використовувати збільшуючі прилади – процес сприймання організувати на мультисенсорній основі 	<ul style="list-style-type: none"> – довготривала робота за комп'ютером, планшетом, телефоном – тривале перебування без захисних окулярів на сонці – шкідлива дія навколишнього середовища (наприклад, хімічна, механічна чи променева)
Афакія	<ul style="list-style-type: none"> – слідкувати за збільшенням контрастності зображень та виділенням контуру предметів – використовувати збільшуючі прилади – збільшити час на сприймання та розглядання 	<ul style="list-style-type: none"> – фізичні навантаження, які передбачають нахили тулуба та підняття важких предметів
Захворювання сітківки й зорового нерва	<ul style="list-style-type: none"> – процес сприймання організувати на мультисенсорній основі – словесне підкріплення всього сприйнятого – вчасне лікування та запобігання захворювань, що можуть будь-яким чином вплинути на зоровий нерв та судини сітківки – слідкувати за щадним режимом фізичних навантажень 	<ul style="list-style-type: none"> – фізичні навантаження

ПОРУШЕННЯ ЗОРУ

Принципи роботи з дітьми, які мають порушення зору

Превентивної спрямованості

випереджальний характер корекційної роботи

Професійної спрямованості

дає змогу створити базу для оволодіння певними вміннями та навичками

Диференційованого підходу

організація роботи спираючись на ступінь збереженості зору та рівня пізнавального розвитку

принципи роботи з дітьми, які мають порушення зору

Перетворювальної спрямованості

формування обхідних шляхів орієнтування в навколишньому світі

Оптимальної інформаційної спрямованості

доступність та доцільність інформаційного наповнення

Єдності педагога і дитини

взаємопорозуміння між педагогом та дитиною, оптимальна спрямованість корекційної роботи та ін.

Рекомендація з організації розвивального середовища дітей з порушеннями зору

Вік	Рекомендації
0–3 міс.	<ul style="list-style-type: none"> – більше часу приділяти близькому контакту з дитиною – використання чорно-білих орнаментів та принтів (в тому числі в одязі) – використання в одязі яскравих кольорів, які б контрастували з навколишнім світом
4 міс.	<ul style="list-style-type: none"> – для концентрації погляду дитини можна вдягнути її в сорочку/светрик, які мають контрастні кольорові рукавички – на ліжечко підвішувати брязкальце, плюшеві маленькі іграшки, різні «пищальки», гризунки – підвісити повітряні кольорові кульки в полі зору дитини, що буде сприяти заохоченню до концентрації погляду. Спочатку всі підвішені предмети повинні бути приблизно на відстані 20 см, пізніше 30 см – кольорові іграшки повинні не лише бути привабливими, а й видавати приємний, не різкий та не дуже голосний звук – використовуйте для ігор з дитиною предмети різних фактур
5–6 міс.	<ul style="list-style-type: none"> – частіше брати на руки на заохочувати тактильний контакт з навколишніми предметами, вчити обмацувати – супроводжувати словесними коментарями всі дії – вчити переводити уваги дитини в сторону предмета, який звучить

* - Костенко Т. М. Дитина з порушенням зору, с. 11–20

ПОРУШЕННЯ ЗОРУ

Вік	Рекомендації
7 міс.	<ul style="list-style-type: none"> – змінюйте предмети, які знаходяться в полі зору дитини – називайте всі речі, які бачить дитина – розміщуйте предмети, які видають звук в радіусі досягнення руки дитини, що забезпечить формуванню координації «око-рука» – щоб падаючі предмети змогла знайти дитина попіклуйтеся про те, щоб дитячий килимок був контрастного кольору
8 міс.	<ul style="list-style-type: none"> – підтримуйте бажання дитини розглядати людей, їх емоції – залучайте дитину до спільної діяльності при виконанні домашніх справ – при прогулянці кладіть дитину на живіт у візочку, щоб було зручно все споглядати
10 міс.	<ul style="list-style-type: none"> – розвивайте дрібну моторику (наприклад, давайте дитині дрібні предмети та пропонуйте зібрати їх в мисочку, опустити в пляшку, пропонуйте зібрати крихти після того, як дитина з'їла печиво)
11 міс.	<ul style="list-style-type: none"> – пропонуйте завдання, які передбачають дію знаходження предмета (наприклад, показуємо дитині м'ячик, ховаємо його в коробочку та запитуємо «Де м'ячик? Знайди») – використовуйте пірамідки, кубики, ємності для вкладання одна в одну, іграшки різної текстури; коробочки з різним наповненням, які видають різний звук; книжечки з контрастними великими зображеннями
12 міс.	<ul style="list-style-type: none"> – вчіть дитину виконувати елементарні доручення (наприклад, «Дай мені кубик») – частіше спільно розглядайте малюнки (спочатку вони повинні зображати один предмет) – пропонуйте дитині нанизати намистинку чи будь-які інші завдання маніпулятивного характеру та завдання для розвитку дрібної моторики
2–3 роки	<ul style="list-style-type: none"> – познайомте дитину з малюванням крейдою та олівцем (краще використовувати контрастні кольори крейди/олівця та аркушу альбому) – змінюйте колір паперу на інструментів для малювання, щоб збільшити сприйнятий колірний діапазон – добре освітлюйте місце, де буде дитина гратися та малювати – підтримуйте самостійну діяльність дитини (самостійно пити з чашки, їсти ложкою, знімати шапку з голови, зняти розстібнуту кофтину чи куртку та ін.)
від 3-х років	<ul style="list-style-type: none"> – розглядайте та обговорюйте елементарні сюжетні картинки, ставте питання за їх змістом – пропонуйте дитині зібрати розрізні картинки (спочатку буде достатньо розрізати на 2–3 частини), а потім порівняти з аналогічним, але цілим зображенням – хваліть дитину за будь-які успіхи та прояви самостійності

ПОРУШЕННЯ СЛУХУ

Визначення рівня сприйняття розмовної мови та шепотіння*

Відстань, із якої сприймається мовлення, м		Втрата слуху, дБ
розмовне	шепітне	
норма	норма	до 35
4-5	0,5-0,8	35
2-4	0,25-0,5	35-45
1-2	0,25-0,5	45-50
0,25-1	біля вушної раковини	50-60
біля вушної раковини	не чує	65

Класифікація ступенів туговухості (за Л. Нейманом)**

Ступінь туговухості	Частоти, які сприймаються (Гц)	Можливість звукових розрізень
I	125-250	Діти не розрізняють мовленнєві звуки, можуть чути, наприклад, гудок паровоза. Можуть реагувати на гучний голос біля вушної раковини.
II	125-500	Відбувається розрізнення деяких звуків, наприклад, [а], [о]; розрізнення слів та фраз недоступне. Всі представники даної групи реагують на гучний голос біля вуха.
III	125-1000	Відбувається розрізнення деяких звуків, наприклад, [а], [у], [о]; може бути доступне розрізнення деяких добре знайомих слів чи навіть фраз. Найявна реакція на голос розмовної гучності біля вушної раковини.
IV	125-2000	Найявне розрізнення майже усіх голосних звуків, сприймаються знайомі слова та фрази. Реакція на голос розмовної гучності на відстані біля вушної раковини та до 2-х метрів від неї.

* - Костенко Т. М. Дитина з порушенням зору, с. 10

** - Мартинчук О. В. Основи корекційної педагогіки: навч.-метод. посіб. для студентів напряму підготовки «Дошкільна освіта», с. 94

ПОРУШЕННЯ СЛУХУ

ТЕМА 9.2

ПОРУШЕННЯ СЛУХУ

Етіологія порушень слуху*

захворювання зовнішнього вуха:

-атрезія зовнішнього слухового проходу
-сірчана пробка та чужорідні тіла

захворювання барабанної перетинки

захворювання середнього вуха:

-катар середнього вуха
-гостре запалення середнього вуха
-хронічне запалення середнього вуха
-отосклероз

захворювання внутрішнього вуха:

-дефекти та ушкодження внутрішнього вуха
-запалення внутрішнього вуха (лабіринтит)

захворювання слухового нерва, провідних шляхів і слухових центрів у ГМ

-неврит слухового нерва
-шумові ураження
-повітряна контузія
-функціональні порушення слуху

Етіологія порушень слуху

Класифікації порушень слуху**

Порушення слуху

Педагогічна класифікація

I - нечуючі без мовлення

II - нечуючі з мовленням

III - слабочуючі без мовленнєвих порушень

IV - слабочуючі з тяжкими порушеннями мовлення

За станом оволодіння мовлення (слабочуючі)

I група - з розгорнутим мовленням (можуть бути незначні мовленнєві порушення)

II група - з тяжкими порушеннями мовлення

За станом слухової функції

слабочуючі

За станом володіння мовлення і часом виникнення порушення

I група - нечуючі діти без мовлення (ранооглухлі)

II група - нечуючі діти з мовленням (пізнооглухлі)

ПОРУШЕННЯ СЛУХУ

Особливості розвитку дітей з порушенням слуху*

Показники розвитку	Категорії дітей з порушенням слуху		
	Глухі	Пізнооглухлі	Слабочуючі
Мовлення	Через відсутність можливості сприймати мовлення інших виникає порушення здатності користуватися вербальними засобами спілкування, якщо відсутнє спеціальне навчання	Словниковий запас, навичку правильної побудови висловлювання вдається зберегти в тому випадку, коли організована спеціальна корекційна робота	Можливість самостійним оволодінням мовленням (рівень мовленнєвого розвитку залежить від ступеню порушення слуху)
Мова	Альтернативні засоби спілкування (переважно міміко-жестове)	Вербальне спілкування з порушеннями звуковимови та граматичного оформлення висловлювання	Вербальне спілкування з порушеннями: словника, граматики
Когнітивні процеси	Переважає наочно-зорове пізнання, а не словесно-логічне	Словесні узагальнення виконуються за допомогою словесно-логічної форми мислення, яка сформована на елементарному рівні	Успішний розвиток наочних форм пізнавальної діяльності в порівнянні з мовленням та словесно-логічним мисленням
Сприймання інформації	Інформація сприймається через зчитування жестів та артикуляції інших	Інформація сприймається через зчитування жестів та артикуляції інших	Інформація зчитується з губ та за допомогою збереженого слуху
Увага	З народження не формується слухова увага	Слухова увага частково сформована	Затримка формування та розвитку слухової уваги

* - Колишкін О. В. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта»: навч. посіб., с. 88–90

** - Мартинчук О. В. Основи корекційної педагогіки: навч.-метод. посіб. для студентів напряму підготовки «Дошкільна освіта», с. 98–101

* - Колишкін О. В. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта»: навч. посіб., с. 80

ПОРУШЕННЯ ОТОРНО-РУХОВОГО АППАРАТУ

ТЕМА 9.3



ПОРУШЕННЯ ОТОРНО-РУХОВОГО АППАРАТУ

Форми порушеного розвитку рухової сфери (за В. Лебединським)

Форми порушеного розвитку рухової сфери (за В. Лебединським)

моторна	руховий інфантилізм	екстрапірамідна недостатність	фронтальна недостатність
<p>проявляється в порушеннях м'язового тону, незграбності довільних рухів, синкінезіях. Спостерігається бідність комбінації рухів, скудність та інертність міміки нерідко в контрасті з підвищеним настроєм</p>	<p>відображає уповільнену динаміку моторного розвитку. В основі порушення лежить незгасання деяких рефлексів, які характерні для раннього віку, пізні формування навичок ходьби та сидіння</p>	<p>спостерігається бідність міміки, жестів, захисних і автоматизованих рухів, недостатня їх ритмічність</p>	<p>спостерігається малою здатністю до формування рухових формул, вищих автоматизмів, розгальмованістю або, навпаки, гіподинамією</p>

Форми порушеного розвитку рухової сфери (за Є. Мастюковою)*

Форми порушеного розвитку рухової сфери (за Є. Мастюковою)

рухові порушення в структурі первинного порушення

рухові порушення вторинні. Наприклад, порушення моторної сфери у дітей з порушенням зору/слуху. Порушення буде обумовлене слабкістю кінестетичних

рухові розлади в структурі складного порушення

рухові порушення як основний розлад. Наприклад, діти з церебральним паралічем

* - Колишкін О. В. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта»: навч. посіб., с. 72–73

ПОРУШЕННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Психологічні особливості осіб з порушеннями ОРА* залежно від групи інвалідності (за С. Поповим)**

Психологічні особливості осіб з порушеннями ОРА залежно від групи інвалідності

Інвалідність I групи з дитинства – психологічно найменш сприятлива група. Низька самооцінка, суперечливе відношення до людей. Властиві як емоційна незрілість, так і обтяжує положення опікуваних

Інвалідність II групи з дитинства – відносно психічно стабільні. У них вище, ніж у інших, самооцінка; відчувають себе найбільш особистісно сильними, найменш виражена депресивність. Міжособистісні відносини стабільні і благополучні, не виглядають відгородженими, ізольованими від інших. Краще уловлюють нюанси взаємин з оточуючими, достатньо пластичні в спілкуванні. Проте за цим зовнішнім благополуччям стоїть індиферентність, байдужість, недостатня емоційна включеність у взаємини. Характерною для них є установка на своєрідну співпрацю з особами з інвалідністю з іншими нозологіями, розподіл на «своїх» та «чужих» («чужі» свідомо оцінюються нижче). Така установка ускладнює спілкування

Інвалідність III групи з дитинства унаслідок порушень ОРА мають незначну вираженість порушення. Проте у даній категорії осіб виявляється значна психологічна дезадаптація, а самооцінка суперечлива. Зовні має вигляд завищеної, але це компенсація неусвідомленого почуття неповноцінності, відмінності від інших. Загальне відношення до оточуючих більш негативне. Міжособистісне сприйняття найменше диференційоване, незначна пластичність в міжособистісних контактах. Таке психологічне неблагополуччя і пояснюється невизначеним, «проміжним» положенням між хворими і здоровими

Особлива категорія – **інвалідність через порушення ОРА, які придбані в дорослому віці**. Люди пережили кризу, деформацію звичних взаємин з навколишнім світом. У них загальне відношення до оточуючих негативне. Має вираження пасивність, невіра в можливість що-небудь змінити

* - ОРА - опорно-руховий апарат

** - Бочелюк В. Й., Турубарова А. В., Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб., с. 65–66

ПОРУШЕННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Перша чітко оформлена класифікація ЦП*

Перша чітко оформлена класифікація ЦП, в основі якої лежать клінічні критерії (за З. Фрейдом)**

геміплегія

церебральна диплегія (двосторонній церебральний параліч)

генералізована ригідність

параплегічна ригідність

двостороння параплегія

генералізована хорея

Класифікація ЦП (за К. Vobaht і В. Vobaht)***

моноплегія спастична

спостерігається рідко; коли діти дорослішають, чітко видно, що це, в дійсності, легка форма геміплегії

геміплегія спастична

іноді при цій формі в дітей старшого віку може з'являтися атетоз у дистальних відділах кінцівок



диплегія спастична

параплегія спастична

у «чистому» вигляді практично не спостерігається; як правило, це диплегія з легким ураженням рук, яка в ранньому віці чітко не виявляється

тетраплегія (тетрапарез)

-спастична;
-атетоїдна;
-дистонічна (у міру свого розвитку м'язова дистонія в поєднанні з атетозом чи хореоатетозом стає провідним синдромом; при тетраплегії одна сторона може бути уражена більше, ніж друга

* - ЦП - церебральний параліч

** - Колишкін О. В. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта»: навч. посіб., с. 80

*** - Войтко В. Навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами: сучасні підходи: навчально-методичний посібник, с. 38

ПОРУШЕННЯ ОТОРНО-РУХОВОГО АППАРАТУ

ЦП за К. О. Семеновою*

Форми церебрального паралічу

спастична диплегія	спастична геміплегія	подвійна геміплегія	гіперкінетична	атонічно-астатична
ураження всіх кінцівок (тетрапарез); у 60%-70% випадках дизартрія; можуть виникати контрактури	ураження однієї половини тіла; більше страждає ріка; мовлення та інтелект без патологій; проте наявні порушення емоційно-вольової сфери, оптико-просторового гнозису; можуть доєднуватися епілептичні напади	уражаються і руки, і ноги (руки більше); моторні можливості практичні відсутні; досить часті порушення інтелекту тяжкого та глибокого ступеня; переважно додаються судомні напади	наявні гіперкінези (переважно хореатетоз, хореїчний гіперкінез, подвійний атетоз та ін.); гіперкінези починають проявлятися в 6-12 міс.; в мовленні проявляється дизартрія, інтелект в нормі	наявна гіпотонія, високі сухожильні рефлекси, атаксія; у 75-80% випадків при ураженні лобної долі наявні порушення інтелекту або ЗПР; при ураженні мозочка інтелект в межах норми; мовлення може бути скандованим та дещо уповільненим

Структура рухового порушення при ЦП**

1 - порушення м'язового тону: спастичність, ригідність, шіпотонія, дистонія

2 - обмеження/неможливість довільних рухів

3 - наявність насильницьких рухів

4 - порушення рівноваги та координації

структура рухового порушення при ЦП

5 - порушення відчуття руху

6 - порушення розвитку ланцюгових настановних випрямних рефлексів

7 - синкінезії

8 - патологічні тонічні рефлекси

* - Чеботарьова О. В. Дитина із церебральним паралічем, с. 7-9

** - Колишкін О. В. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта»: навч. посіб., с. 168-171

ПОРУШЕННЯ ОТОРНО-РУХОВОГО АППАРАТУ

Супутні та вторинні порушення при ЦП*

Супутні та вторинні порушення при ЦП

- | | |
|----|--------------------------------------|
| 01 | контрактури і деформації |
| 02 | гіпертензійно-гідроцефільний синдром |
| 03 | судомний синдром |
| 04 | порушення вегетативної НС |
| 05 | порушення слуху/зору/мовлення |
| 06 | психічне порушення |

* - Колишкін О. В. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта»: навч. посіб., с. 165-166

ПОРУШЕННЯ МОВЛЕННЯ

Клініко-педагогічна класифікація мовленнєвих порушень*

усного мовлення

розлади фонаційного оформлення висловлювання

- дислалія: функціональна (акустико-фонематична, артикуляторно-фонетична, артикуляторно-фонематична), механіка;
- дизартрія: бульбарна, псевдобульбарна, кіркова, підкіркова, мозочкова;
- ринолалія: відкрита, закрита, змішана;
- заїкання: невротичне та неврозоподібне;
- тахілалія: баттаризм, полтерн;
- брадилалія;
- порушення голосу: центральні та периферичні;

порушення структурно-семантичного оформлення висловлювання

- алалія: сенсорна та моторна;
- афазія: еферентна моторна, аферентна моторна, сенсорна акустико-гностична, сенсорна акустико-мнестична, динамічна, семантична та амнестична;

писемного мовлення

дислексія

оптична, мнестична, фонематична, семантична, граматична, тактильна

дисграфія

артикуляторно-акустична, на основі порушень фонемного розпізнавання, внаслідок порушень мовного аналізу та синтезу, аграматична та оптична дисграфії

Психолого-педагогічна класифікація мовленнєвих порушень

у застосуванні засобів спілкування

заїкання

- неврозоподібна форма;
- невротична форма;

засобів спілкування

фонетико-фонематичне недорозвинення

загальне недорозвинення мовлення

- Р. Левіна: три рівні мовленнєвого розвитку, Т. Філічева описала четвертий рівень;
- ЗНМ: алалія, афазія, ринолалія, дизартрія;

* - Шеремет М. К. Логопедія

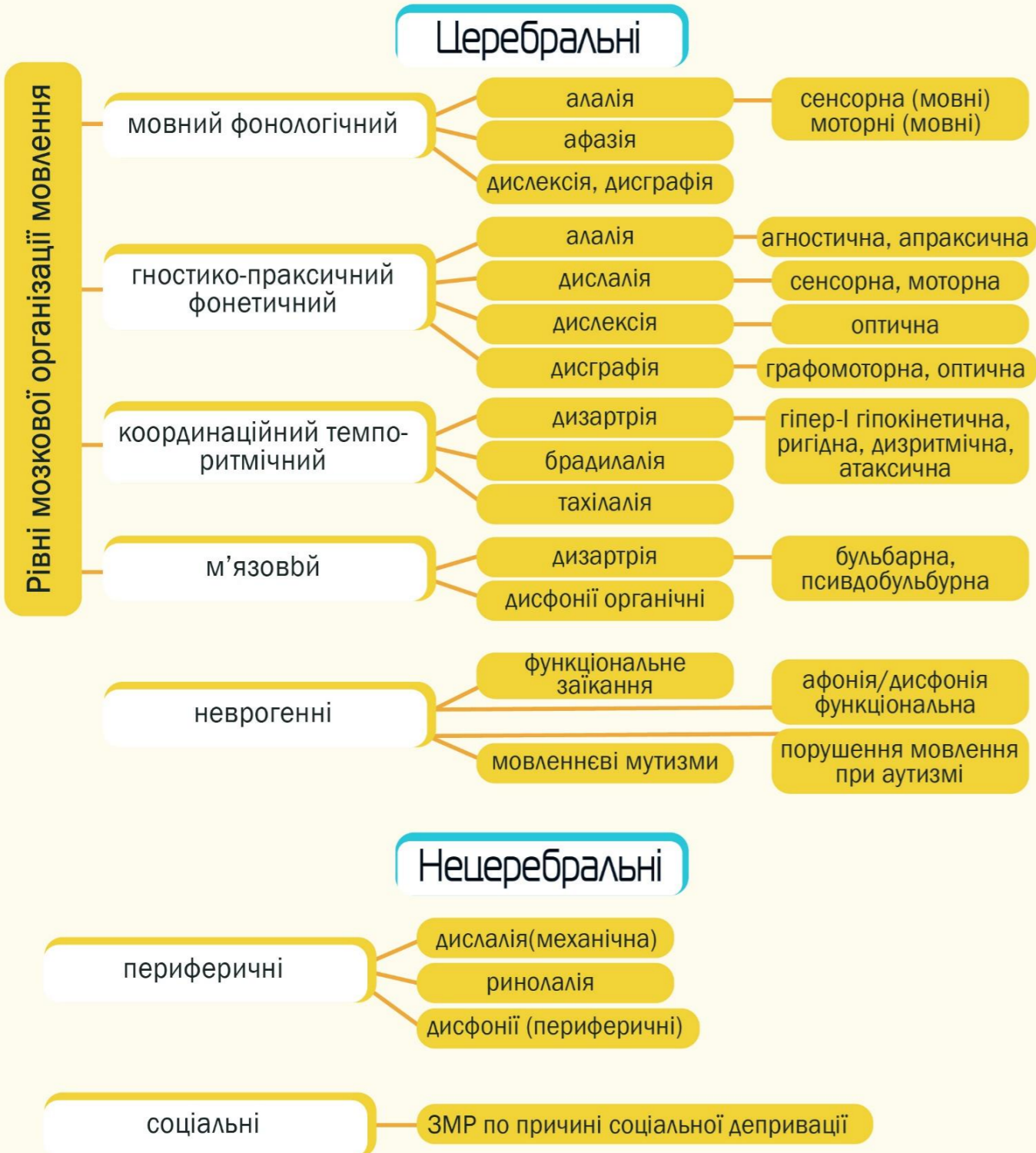
ПОРУШЕННЯ МОВЛЕННЯ

ТЕМА 9.4



ПОРУШЕННЯ МОВЛЕННЯ

Нейропсихологічна класифікація порушень мовлення



ПОРУШЕННЯ МОВЛЕННЯ

6A01.Z

порушення розвитку мовлення та мови, не уточнені

6A01.Y

інші уточнені порушення розвитку мовлення та мови

Порушення розвитку мовлення та мови (за МКХ-11)

6A01.0

порушення розвитку звуків мовлення

6A01.1

порушення розвитку швидкості мовлення

6A01.2

порушення розвитку швидкості мови

6A01.20 - розлади розвитку мови з порушенням сприйнятливості та виразності мови

6A01.21 - розлади розвитку мови з порушенням переважно виразності мови

6A01.22 - розлади розвитку мови з порушенням переважно прагматичної мови

6A01.23 - розлади розвитку мови, пов'язані з іншими мовними порушеннями

Причини виникнення мовленнєвих порушень	Мовленнєве порушення	Наслідки	Психолого-педагогічний діагноз*
Ураження стовбурних структур мозку та черепно-мозкових нервів, що спричиняє порушення іннервації м'язів артикуляції	Передумови для виникнення дизартрій чи анартрій	Найбільші порушення фонетичного компонента мовлення. Інші компоненти мовлення незначно відрізняються від вікової норми	Затримка розвитку мовлення
Порушення в будові артикуляційного апарату. Наявні незрощення губи, піднебіння, язичка	Передумови виникнення відкритої ринолалії	Затримка фонетичного компонента мовлення. Інші компоненти мовлення незначно відрізняються від вікової норми	Затримка розвитку мовлення

* - Гаврилова Н. С. Класифікації порушень мовлення, с. 302–304

ПОРУШЕННЯ МОВЛЕННЯ

Причини виникнення мовленнєвих порушень	Мовленнєве порушення	Наслідки	Психолого-педагогічний діагноз
Ураження носової порожнини	Передумови виникнення закритої/змішаної ринолалії	Порушуються всі компоненти мовлення, найбільш виражені фонетичні порушення	Затримка розвитку мовлення
Аномалії зубо-щелепної системи, що може викликати ураженням стовбурних структур та порушувати іннервацію кореня язика, нижньої щелепи (у зв'язку з цим закріплюється неправильне положення та формується порушений прикус)	Передумови виникнення стертого ступеню дизартрії або органічної дислалії	Спотворене формування звуковимови	Спотворена вимова фонем
Порушення мовлення у підлітків та дорослих			
Коротка під'язикова вуздечка, незрошення губи (верхньої)	Передумови для виникнення органічної дислалії	Формування спотвореної вимови звуків	Спотворена звуковимова
Локальне ураження КГМ	Передумови для виникнення алалії або складної чи поліморфної дислалії	Затримка формування всіх компонентів мовлення	Затримка розвитку мовлення
Тотальне ураження КГМ. Порушення інтелектуального розвитку	Передумови виникнення розумової відсталості (різного ступеню важкості)	Затримка формування всіх компонентів мовлення	Затримка формування мовленнєвої сфери обумовлена інтелектуальним порушенням
Ураження слухового аналізатора (звуко-провідна, звуко-сприймальна ділянка периферійного відділу та звуко-провідна ділянка центрального відділу)	Порушення слуху різного ступеню вираженості	Затримка формування всіх компонентів мовлення	Затримка формування мовленнєвої сфери обумовлена порушенням слуху

ПОРУШЕННЯ МОВЛЕННЯ

Причини виникнення мовленнєвих порушень	Мовленнєве порушення	Наслідки	Психолого-педагогічний діагноз
Порушення зорового аналізатора	Порушення зору	Можлива затримка формування всіх компонентів мовлення	Затримка формування мовленнєвої сфери обумовлена порушенням зору

Види затримок формування мовленнєвої функції

затримка емоційного компоненту, яка передбачає труднощі встановлення контакту дорослих та дитини (успішка, обійми та ін.)

затримка стадії називання слів. У цьому випадку дитина не прагне чи не може називати слова, а замінює цю дію жестом, вигуками. Через це наявні прояви агресії, примхливості

відсутній інтерес до вербального спілкування

затримка дитини на стадії "дитячих слів", що передбачає те, що в спілкуванні з дитиною дорослі використовують лише лепетні слова, що гальмує її розвиток

Види затримок формування мовленнєвої функції

Порушення мовлення у підлітків та дорослих **

Причини мовленнєвих порушень	Мовленнєве порушення	Наслідки
Локальне ураження КГМ	Афазія	Розпад всіх сторін мовлення
Соціально-психологічні, неврологічні, спадкові, локальні ураження КГМ	Заїкання	Порушення у використанні засобів спілкування
СПсихологічну травми, порушення режиму голосу, відсутність слухового контролю за діяльністю голосових зв'язок	Фонастенія	Слабкість голосу, порушення інтонаційно-мелодійних мовленнєвих компонентів

* - Рібцун Ю. В. Дитина з порушеннями мовленнєвого розвитку, с. 8

** - Гаврилова Н. С. Класифікації порушень мовлення, с. 313-314

ПОРУШЕННЯ МОВЛЕННЯ

Причини мовленнєвих порушень	Мовленнєве порушення	Наслідки
Неврологічні (паралічі/парези області голосового апарату); органічні ураження голосових зв'язок; психогенні	Дисфонія	Слабкість голосу, порушення інтонаційно-мелодійних мовленнєвих компонентів
Неврологічні (паралічі/парези області голосового апарату); органічні ураження голосових зв'язок; психогенні	Афонія	Відсутність голосу
Паралічі/парези артикуляційних органів, які обумовлені пошкодженням провідникової ланки мовленнєвого апарату	Дизартрія	Порушення артикуляції, внаслідок порушеної роботи м'язів
Локальне ураження КГМ, паралічі/парези органів артикуляції, які обумовлені пошкодженням провідникової ланки мовленнєвого апарату	Афазія, дизартрія	Розпад всіх сторін мовлення
Паралічі/парези органів артикуляції, що обумовлені ураженням провідникової ланки мовленнєвого апарату	Дизартрія, дисфонія	Порушення артикуляції та інтонаційно-мелодійного компонента мовлення

ДИСЛАЛІЯ

9.4.1. ДИСЛАЛІЯ

функціональна

відсутні анатомічні порушення

Причини:

ослабленість дитини через соматичні хвороби, порушення формування фонематичних процесів, несприятливі умови виховання, двомовність та ін.

Класифікація за Б. Гріншпуном:

1) акустико-фонематична (сенсорна)
В основі – недостатність фонематичних процесів, тому виникають труднощі в диференціації фонем за фонематичними ознаками. В мовленні спостерігаються паралаїї (заміни).

2) артикуляторно-фонематична (моторна)
В основі – порушення операцій відбору фонем за артикуляторними ознаками.

Види:

– не повна сформованість артикуляторної бази, тому замість конкретного звука вимовляється звук, який схожий на потрібний за артикуляційними ознаками. Спостерігаються заміни звуків.
– повна сформованість артикуляторної бази, але при виборі звуків приймається неправильне рішення, тому образ слова стає нестійким. В цьому випадку може бути правильна та неправильна вимова через змішування звуків, бо відбувається їх недостатня диференціація.

3) артикуляторно-фонетична (сенсомоторна)

В основі – неправильно сформовані артикуляторні позиції. Вимова спотворена.

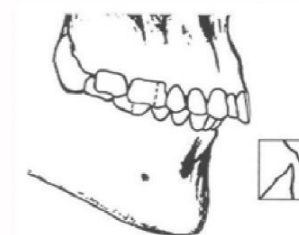
механічна/органічна

наявні анатомічні порушення (вроджені чи набуті)

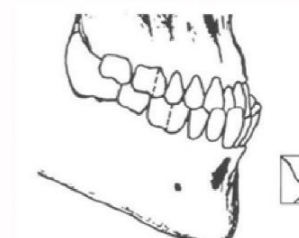
Причини:

1) неправильний прикус:

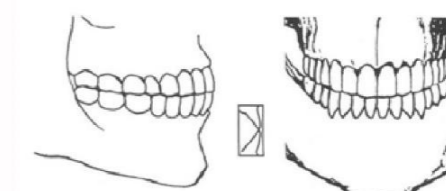
- нейтральний прикус
- дистальний прикус



– мезіальний прикус



– прямиий прикус



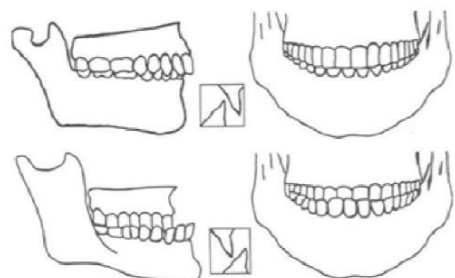
– відкритий прикус



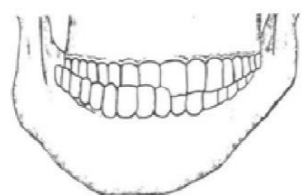
функціональна

механічна/органічна

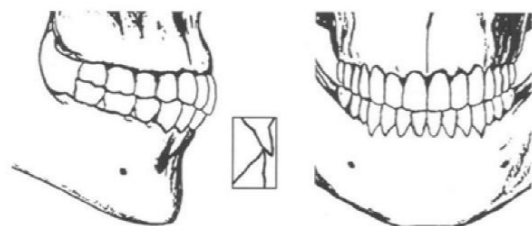
– глибокий прикус



– перехресний прикус



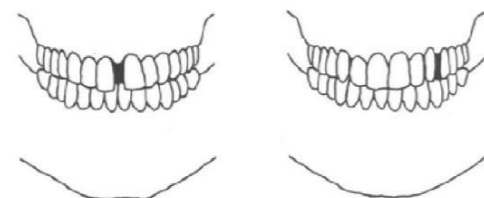
– в нормі ортогнатичний



2) аномалії зубної системи:

- аномалії розміру зубів: макродентія, мікродентія
- аномалії кількості зубів: часткова/повна адентія, надкомплектні зуби
- аномалії положення зубів

Наприклад, діастема



– аномалії зубних дуг

3) аномалії ротової порожнини:

- язик: макроглосія, мікроглосія, аглосія

функціональна

механічна/органічна

– вуздечка язика: 1. тонка та напівпрозора, яка має нормальне прикріплення, проте обмежується рух язика через незначну пружність вуздечки; 2. тонка, напівпрозора, прикріплюється близько до кінчика та недостатньо пружна; 3. щільна, коротка, прикріплена близько до кінчика; 4. щільна, коротка, зрощена з язиком; 5. малопомітна, переплетена з м'язами язика, що й обмежує його рухливість

– вуздечка верхньої губи

– тверде та м'яке піднебіння: вузьке, плоске, високе або укорочене та ін.

Форми твердого піднебіння:

а – норма

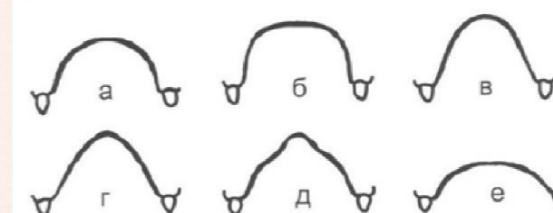
б – високе і широке

в – високе і вузьке

г – готичне

д – куполоподібне

е – пласке



– губи: товсті, масивні, вузькі, тонкі чи малорухливі

Класифікація за кількістю порушених звуків:

- проста (1–4 звуки)
- складна (4 і більше звуків)

Класифікація за кількістю порушених груп звуків:

- мономорфна (1 група звуків)
- поліморфна (2 і більше груп)

Рівні порушеної звуковимови (за О. Правдіною):

- 1) невміння правильно вимовляти звук/групу звуків
- 2) правильна ізольована вимова чи в легких випадках, але неправильна – в мовленнєвому потоці
- 3) недостатня диференціація

ДИСЛАЛІЯ

Порушення звуковимови можуть виявлятися в:

- 1) відсутності звука: мишка → мика та ін.
- 2) спотворена вимова (звук відсутній у фонетиці певної мови): наприклад, горлова вимова [p]
- 3) заміна звуків: [л]→[у] лампа → уампа та ін.

Класифікація голосних звуків *

піднесення	ряд		
	передній	середній	задній
	нелабіалізовані		лабіалізовані
	високе	і	у
середнє	е	о	
низьке	и	а	

Вікові періоди появи звуків **

Вік	1–2 роки	2–3 роки	3–5 років	5 років
Звуки	а, о, е, п, б, м	і, и, у ф, в, т, д, н, г, к, г', х, й	с, з, ц, ш, ж, ч, щ	л, р

* - Федорович Л. О. Постановка звуків у вимові дітей дошкільного віку. Методичні рекомендації для логопедів, учителів і вихователів загальноосвітніх і спеціальних навчальних закладів, с. 11

** - Федорович Л. О. Постановка звуків у вимові дітей дошкільного віку. Методичні рекомендації для логопедів, учителів і вихователів загальноосвітніх і спеціальних навчальних закладів, с. 15

ДИСЛАЛІЯ

Класифікація приголосних звуків *

за участю голосу і шуму	за місцем творення за способом утворення та участю голосу		губні тверді	язикові				глоткові
				передньо-язикові		середньо-язикові	задньо-язикові	
				тверді	м'які			
ШУМНІ	проривні	дзвінкі	короткі	б	а	а'	г	
		глухі	довгі	п	т	т'	к	
	щілинні (фрикативні)	дзвінкі	короткі	в	з, ж	з', ж'	й	
		глухі	довгі	ф		с'	х	
	злиті (африкати)	дзвінкі	короткі		дз, дж	дз'		
		глухі	довгі		ц, ч	ц', ч'		
	СОНОРНІ	зімкнено-прохідні	носові	дзвінкі	короткі	м	н	н'
				довгі		н	н'	
		дридачій	плавні	дзвінкі	короткі		л	л'
				глухі	довгі			л'
дридачій		плавні	дзвінкі	короткі		р	р'	
			глухі	довгі			р'	

* - Федорович Л. О. Постановка звуків у вимові дітей дошкільного віку. Методичні рекомендації для логопедів, учителів і вихователів загальноосвітніх і спеціальних навчальних закладів, с. 15

ДИСЛАЛІЯ

Приголосні звуки поділяють на тверді і м'які*

Тверді приголосні (їх 22)

[А], [Аз], [Т], [З], [С], [Ц], [Л], [Н], [Р]

М'які приголосні (їх 10)

[А'], [Аз'], [Т'], [З'], [С'], [Ц'], [Л'], [Н'], [Р'], [Й]

а також:

- губні: [б], [п], [в], [м], [ф]
- шиплячі: [ж], [ч], [ш], [дж]
- [г], [к], [х], [ґ]

Губні, шиплячі, звуки [г], [к], [х], [ґ] м'якими не бувають, а можуть бути пом'якшеними/напівпом'якшеними. Пом'якшеними вони стають перед:

- [і]: очі, білка
- [а], [у], [е], які на письмі позначаються буквами я, ю, є: кювет, бюро

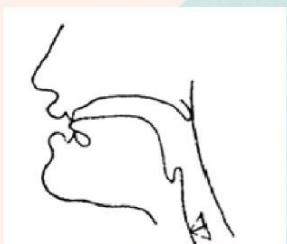
Приголосні звуки також бувають дзвінкі та глухі**

Переважає більшість приголосних звуків утворюють пари за дзвінкістю/глухістю:

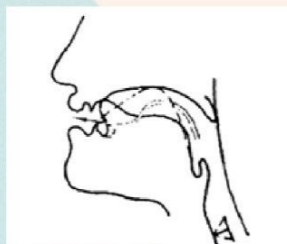
Дзвінкі [А] [А'] [З] [З'] [Ж] [Г] [Г'] [Аз] [Аз'] [Аж] [Б]

Глухі [Т] [Т'] [С] [С'] [Ш] [Х] [К] [Ц] [Ц'] [Ч] [П]

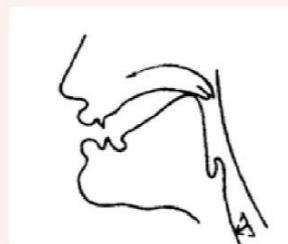
Схема варіантів фонетичного сигматизму й парасигматизму***



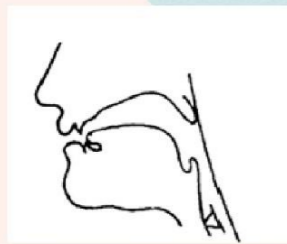
Міжзубний сигматизм



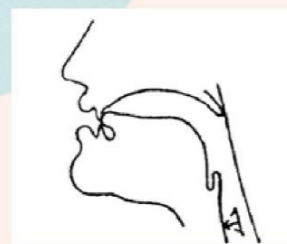
Боковий сигматизм



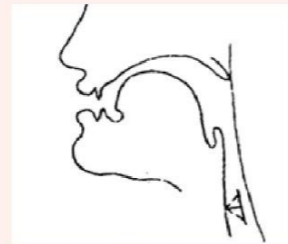
Носовий сигматизм



Губно-зубний сигматизм



Призубний сигматизм



Шиплячий сигматизм

* - Авраменко О. Українська мова: підруч. для 5 кл. закл. загальн. середн. освіти, с. 75

** - Авраменко О. Українська мова: підруч. для 5 кл. закл. загальн. середн. освіти, с. 77

*** - Федорович Л. О. Постановка звуків у вимові дітей дошкільного віку. Методичні рекомендації для логопедів, учителів і вихователів загальноосвітніх і спеціальних навчальних закладів, с. 54

РИНОЛАЛІЯ

9.4.2. РИНОЛАЛІЯ

Відкрита ринолалія

органічна

вроджена

наслідок вроджених незрощень, парезів/паралічів м'якого піднебіння через ураження язикоглоткового та блукаючого нервів

набута

наслідок перфорації твердого і м'якого піднебіння через черепно-мозкові травми або остеомієліт, при рубцевих змінах, пораненнях, тиску пухлин і т.д.

функціональна

обумовлена недостатнім підйомом м'якого піднебіння під час мовлення у випадку млявої артикуляції. Ознака функціональної відкритої ринолалії - більш виражене порушення вимови голосних звуків, а при вимові приголосних піднебінно-глоткове змикання в нормі

Закрита ринолалія

органічна

передня

наслідок хронічної гіпертрофії слизової носа, переважно задніх відділів нижніх раковин, поліпів у порожнині носа, викривлення носової перегородки та пухлин носової порожнини

задня

наслідок аденоїдних розрощувань, іноді носоглоточних поліпів, фіброми або інших пухлин

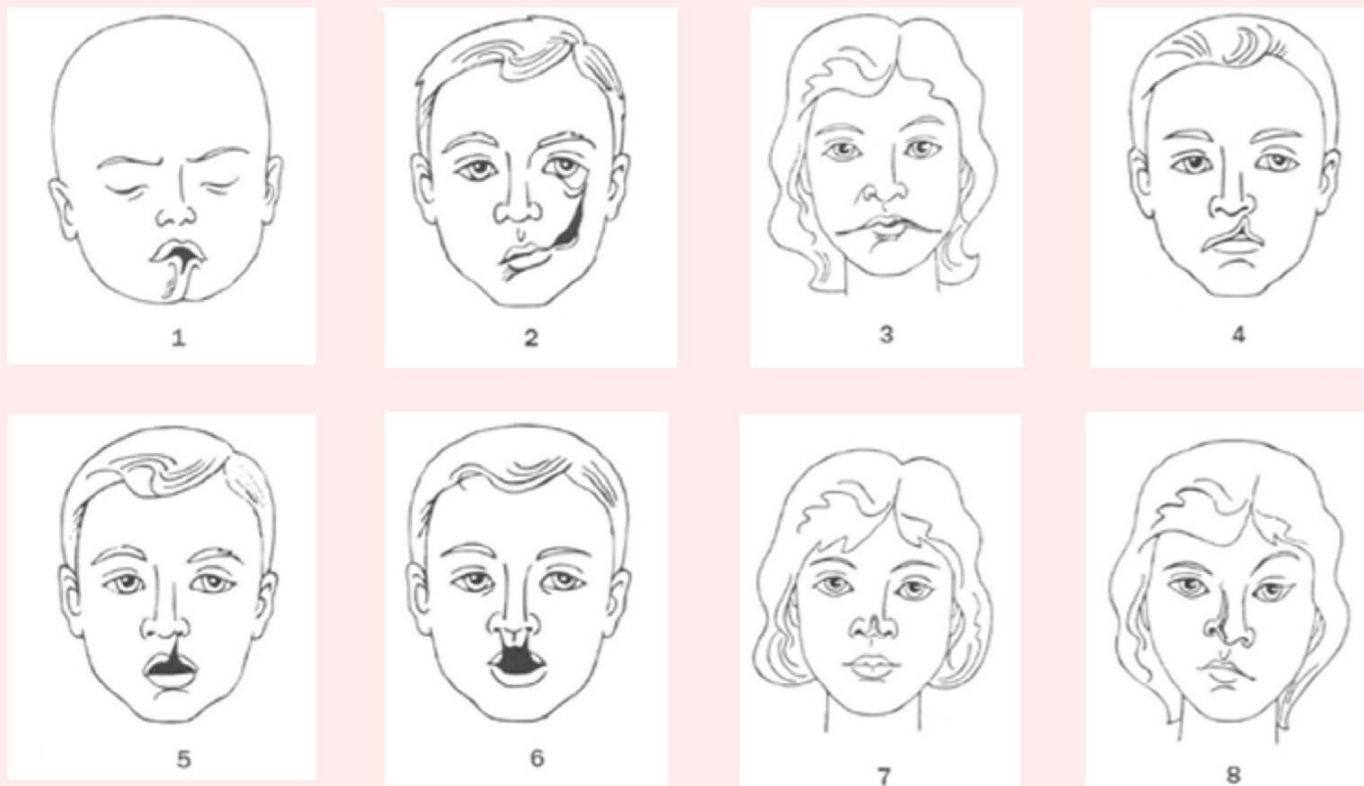
функціональна

виникає за гарної прохідності носової порожнини і правильного носового дихання. Проте м'яке піднебіння при вимові носових звуків піднімається вище норми і закриває доступ до носоглотки. Найчастіше виникає у випадках невротичних розладів у дітей.

Закрита ринолалія

спостерігається поєднання носової непрохідності з недостатністю піднебінно-глоткового змикання

РИНОЛАЛІЯ

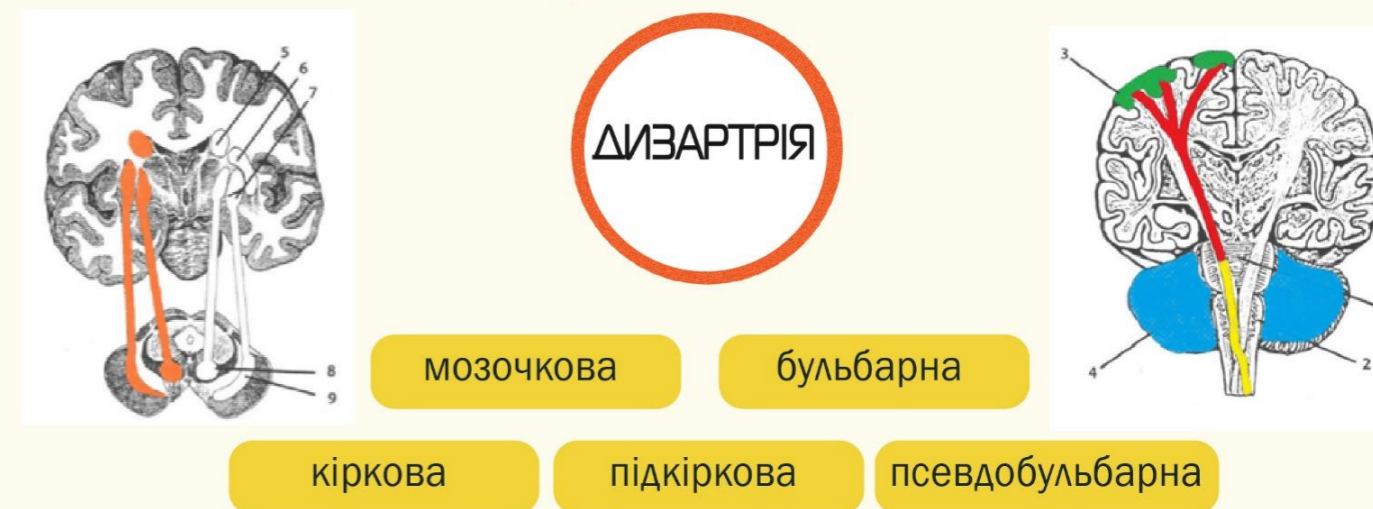


- 1 - серединна розщелина нижньої щелепи
- 2 - коса розщелина обличчя
- 3 - поперечна розщелина обличчя
- 4 - неповна розщелина верхньої губи
- 5 - повна розщелина верхньої губи
- 6 - повна двостороння розщелина верхньої губи, альвеолярного відростку і піднебіння
- 7 - розщелина носа
- 8 - деформація носа і обличчя

ДИЗАРТРІЯ

9.4.3. ДИЗАРТРІЯ

Форма дизартрії	Характеристика	
Бульбарна	в'ялі паралічі, атрофія та атонія м'язів, зниження/відсутність глоткового та нижньоглоткового рефлексів, порушення мимовільних рухів в певних групах м'язів	
Псевдобульбарна	спастичні паралічі, відсутня м'язова атрофія, гіпертрофія м'язів, підсилення глоткового та нижньоглоткового рефлексів, насильницький плач та сміх	
Кіркова	апраксічна постцентральна	кінестетична (аферентна, чутлива) артикуляторна апраксія
	апраксічна премоторна	кінетична (еферентна, рухова) артикуляторна апраксія
Підкіркова	розпад/розлад використання в мовленнєвому акті вроджених синергій, тому мовлення несплавне та напружене	
Мозочкова	статична та динамічна атаксія мовленнєвих рухів	



- 1 - варолієв міст
- 2 - довгастий мозок
- 3 - кора великих півкуль
- 4 - мозочок
- 5 - хвостате ядро

- 6 - шкарлупа
- 7 - блідий шар
- 8 - червоне ядро ніжок мозку
- 9 - чорна субстанція

ДИЗАРТРІЯ

Дизартрія	Дислалія*
Обтяжений акушерський анамнез	Відносно сприятливий перебіг вагітності та пологів
Слабкий та монотонний крик та плач в ранньому віці, гіперсалівація, порушення процесів смоктання та ковтання	Норма
Груба неврологічна симптоматика (центральный параліч/парез, наявність патологічних умовних рефлексів, рефлeksi орального автоматизму)	Іноді може бути наявна мікросимптоматика
Часті затримки інтелектуального розвитку, порушення емоційно-вольової сфери	Норма інтелектуального розвитку, незначні порушення емоційно-вольової сфери
Порушення загальної та мовленнєвої моторики	Норма
Відсутність або слабо виражені гуління та лепет	Норма
Пізнє формування мовлення	Норма
Входить в синдром церебрального паралічу	Самостійне мовленнєве порушення

* - Авраменко О. Українська мова: підруч. для 5 кл. закл. загальн. середн. освіти, с. 75

ПОРУШЕННЯ ГОЛОСУ

9.4.4. ПОРУШЕННЯ ГОЛОСУ

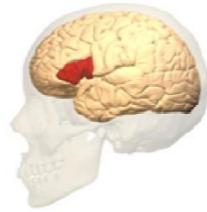


9.4.5. ЗАЇКАННЯ

Фізіологія заїкання

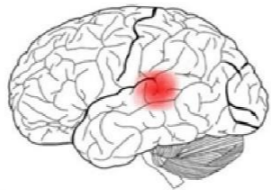
Центр Брока

відповідає за мовлення, керуючи мовленнєвою мускулатурою. Він є найсильнішим та розвивається першим, коли в дитини з'являються мовленнєвоподібні реакції – лепет



Центр Верніке

слуховий центр мовлення. Розпізнає власне мовлення і мовлення інших. Формується тоді, коли дитина починає розпізнавати і повторювати прості слова, які необхідні їй в побуті



Асоціативний центр

створює структуру фраз і речень. Центр розвивається до 2 років, до того часу, коли дитина починає оперувати складними фразами

ПРИЧИНИ
ЗАЇКАННЯ

ті, що призводять до заїкання/«ґрунт»

- невротична обтяженість батьків (нервові, інфекційні, соматичні захворювання, що впливають на функції ЦНС)
- невропатичні особливості людини (ряд нічних страхів, енурез, емоційна напруженість)
- конституційна схильність особи (захворювання вегетативної НС, підвищена збудливість ВНС та чутливість до психологічних травм)
- спадкова обтяженість (порушення може розвивається на ґрунті вродженої слабкості мовленнєвого апарату, яка передається як рецесивна ознака)
- ураження ГМ у різні періоди онтогенезу під впливом шкідливих чинників

вихідні/«поштовхи»

- анатомо-фізіологічні: енцефаліти; внутрішньоутробні/пологові травми, струси мозку, органічні uszkodження мозку; виснаження/перевтома НС внаслідок інтоксикацій та соматичних захворювань, які послаблюють центральні апарати мовлення.
- психічні/соціальні причини: психічна травма; гіпер-/гіпоопіка; постійні конфлікти, тривалі емоційні напруження; неправильне формування мовлення: мовлення на вдиху, неправильна звуковимова, швидкий темп мовлення батьків/оточуючих; перевантаження дитини мовленнєвим матеріалом, невідповідне для віку ускладнення мовленнєвого/навчального матеріалу та мислення; наслідування мовлення заїкуватих

СУДОМИ

за типом:

тонічні

короткий/тривалий поштовхоподібний спазм м'язів. У цьому випадку людина тривало вимовляє певний звук [мммммороз]

клонічні

ритмічне, але менш виражене судомне напруження м'язів. У цьому випадку людина дублює частину слова [мо-мо-мороз]

змішані

Дихальні судоми:

вдихальна/інспіраторна

полягає в раптовому рвучкому вдиханні, яке може наставати перед початком слова, рідше серед слова

видихальна/експіраторна

полягає в раптовому рвучкому видиху. Вона проявляється частіше не на початку мовлення, а вже під час нього

респіраторні

судомний вдих та видих, часто з розривом слова

Голосові судоми:

Змикаючий голосовий спазм

судомна раптова і, перериваючи експіраторний струмінь повітря, тим самим припиняє утворення голосу та членороздільних звуків протягом усього часу, доки вона триває. Таким чином, серед плавного, безперервного проходження звуків, є несподівана пауза, що складається з абсолютно-беззвучного проміжку, який дуже вдало був порівнюваний з раптовою, швидкоплинною німотою

Вокальний спазм

є два види вокальної судоми за напруженістю симптомів. Перший вид представляє, власне, спазмодичний голос і залежить тільки від ненормально тривалого перебування вокального апарату в одній і тій же фразі рухів. Найхарактернішим проявом судоми є незвичайна тривалість голосного звуку. Найчастіше ця форма зустрічається у дітей раннього віку 3–5 років, які тільки починають заїкатися. Про таких дітей оточуючі говорять, що вони «не стільки заїкаються, як співають». Інший вид вокальної судоми представляє, здебільшого, важку форму хвороби і характеризується труднощами та зусиллями, які вживає пацієнт, для виголошення звуків, і більш-менш зміненням голосом. Людина іноді робить найбільші напруги, а голос тим не менш виходить позбавленим звучності, глухим, що доходить до беззвучності, подібно до шепітного голосу

Тремтячий голосовий спазм

мовлення раптово переривається, замінюючись на короткий час тремтячим звуком, схожим то на мекання вівці або кози, то на легке судомне покашлювання, то на інші звуки, або шуми, характер яких нелегко передати словом. Має подібність і співвідношення з вокальною судомою. Різниця проявляється в одному: вокальна судомна є у вигляді тривалої напруги м'язів, а тремтяча – навпаки представляє ряд більш-менш швидко наступних судомних ударів

СУДОМИ

Артикуляційні судоми:

лицьові

поділяють наступні види лицьових судом:

- 1) замикаюча судома біля отвору рота;
- 2) судома в області мускулатури, що рухає верхню губу;
- 3) в області м'язів нижньої губи;
- 4) судоми в мускулатурі, яка рухає кути рота
- 5) складна судома обличчя

язикові

розрізняють такі види язичних судом:

- а) судомний підйом верхівки язика,
- б) судомний підйом кореня язика,
- в) судомні рухи язиком вперед і вниз, або судома язика, що виганяється,
- г) під'язична судома

м'якого піднебіння

приступ заїкуватості полягає в тому, що, при раптовому призупиненні звуків, що стоять на черзі, хворий судорожно повторює звуки, схожі на пм-пм-пм або тн-тн-тн, або кн-кн-кн, дивлячись по тому, яке положення займають губи та язик

Класифікація заїкання

неврозоподібна форма/органічна

носить стабільний характер. Ступінь тяжкості майже однакова в різних ситуаціях.

- Дана форма має не психогенне походження (в межах шизофренії, епілепсії, олігофренії, внаслідок органічного ураження ЦНС) найчастіше виникає внаслідок органічного ураження ЦНС в період раннього дитинства. Після травми голови, струсу мозку, менінгоенцефалітів спостерігається комплекс залишкових явищ подібних до ураження ГМ.
- Порушення виникає в 3–4 роки без психотравматичних причин, воно збігається з періодом формування у дитини фразового мовлення. Спочатку має хвилеподібний тип перебігу, але періоду вільного від судом немає. Без логопедичної допомоги в цей період мовлення обтяжується.
- М'язовий тонус при органічному заїканні нестійкий, рухи порушені та не розмірені, спостерігається порушена координація. Мовлення супроводжується супутніми рухами

невротична форма/функціональне

порушення виникає у віці 2–6 років, коли фразове мовлення вже сформоване. Переважно психогенний початок мовленнєвого порушення.

У цьому випадку відсутні патологія внутрішньоутробного розвитку та пологів. Ранній психофізичний розвиток в межах норми. Проте відмічається ранній мовленнєвий розвиток (перші слова близько 10 міс, фрази в 16–18 міс, темп мовлення пришвидшений). Діти часто недомовляють закінчення слів/речень. У дітей у 6–7 років порушення може виникати під впливом початку шкільного навчання, що супроводжується емоційним й фізичним навантаженням.

У 10–12 років відбувається усвідомлення свого порушення. У дітей формується логофобія

9.4.6. АЛАЛІЯ

алалія

А. Лібманн (1925) виокремлював моторну слухонімоту, сенсорну слухонімоту, сенсомоторну слухонімоту, перехідну форму між слухонімотою і тяжкою недорідуватістю

Р. Левіна (1951) пропонує психологічну класифікацію порушення, виділяючи групи дітей з неповноцінним слуховим (фонематичним) сприйняттям, з порушенням зорового (предметного) сприйняття та з порушенням психічної активності.

М. Зеєман (1962) підрозділяє центральні розлади промови (дисфазії) дитячого віку на експресивні дисфатичні порушення з типовими ознаками моторної афазії, аграфії, алексії, із збереженим розумінням, і рецептивні дисфатичні порушення, подібні зовні до сенсорної афазії.

В. Орфінська (1963) розробила лінгвістичну класифікацію, виділяючи за провідним типом порушення мовних систем 10 форм алалії з первинним або вторинним порушенням мовних систем: 4 форми моторної, 4 форми сенсорної недостатності та 2 форми, пов'язані з рухово-зоровими розладами, які лежать в основі недорозвинення мовлення.

За В. Ковшиковим (1985), зустрічаються імпресивні (сенсорні) та експресивні (моторні) форми алалії. Під експресивною алалією розуміється мовний розлад, що характеризується порушенням засвоєння мовних одиниць та правил їх функціонування, що проявляється у неможливості граматичних, лексичних та фонематичних операцій при відносній збереженості смислових та артикуляційних операцій.

Є. Соботович (1985), аналізуючи порушення з урахуванням психолінгвістичної структури та механізмів мовленнєвої діяльності, виділяє алалії: з переважними порушеннями засвоєння парадигматичної чи синтагматичної систем мови. При моторній алалії відзначається порушення оволодіння знаковою формою мови (правилами поєднання та використання знаків у процесі породження мовлення).

З точки зору класичних поглядів на дане порушення виділяють сенсорну (з переважанням порушеного сенсорного рівня слухового сприймання/перцептивного рівня) та моторну (аферентна(кінестетична)/еферентна (кінетична), з переважанням порушення синтагматичних мовних систем/парадигматичних мовних систем) алалію.

За Т. Візель (2021)
У рамках гностичних слухових процесів алалія виступає у таких видах.
– агностична «немовленнєва» алалія
Позначення «немовленнєва» по відношенню до мовленнєвого розладу, яким є алалія, умовно; воно вжито так, щоб показати, що у основі можуть лежати немовленнєві причини (нерозрізнення природних, предметних звуків). В основі груба немовленнєва слухова агнозія.

алалія

Сенсорна алалія

– первинне недорозвинення імпресивного мовлення центрального органічного генезу у дітей з достатнім рівнем сформованості тонального слуху (за М. Шеремет)

– порушення розуміння мовлення внаслідок недостатньої сформованості мовленнєвослухового аналізатору при переважному ураженні скроневої долі домінантної півкулі (за Л. Волковою)
У дитини не формується зв'язок між звуковим образом і позначуваним ним предметом. Тому дитина чує, але не розуміє звернене мовлення.

На сенсорному рівні слухового сприймання забезпечується розрізнення фонем за фізичними акустичними ознаками. Це допомагає дитині в процесі імітації. Проте на цьому рівні вимовлена фонема різними людьми буде сприйматися як різне звучання.

На перцептивному рівні відбувається розпізнавання фонем та на цьому рівні забезпечується виділення в мовленні різних людей стабільних елементів.

Моторна алалія

– це первинне порушення експресивного мовлення центрального органічного генезу (за М. Шеремет)
– системне недорозвинення мовлення, при якому первинно страждає експресивне (частина мовленнєвої функції, що об'єднує здатність повторювати і прочитувати слова/фрази/тексти і спонтанно висловлювати думки в словах/фразах/текстах як в усному говорінні, так і в письмовому форматі) мовлення з відносно збереженою здатністю до імпресивного (частина мовленнєвої функції, яка об'єднує здатності чітко розрізняти на слух і прочитувати слова/фрази/тексти і розуміти усне і письмове мовлення, тобто зображене графічно) мовлення (за Л. Волковою, І. Смирновою)
Центральний симптом – апраксія.

– апраксічна алалія

Зумовлена нездатністю перешифрувати чутні звуки мовлення у слова. Вона може обмежуватися нездатністю вимовляти звуки мовлення і позначатися відповідно як аферентна ппраксічна алалія, а може виявлятися у труднощах вимови звукових рядів (слів) і позначатися відповідно як еферентна апраксічна алалія.

У дітей з такою алалією не розвивається здатність не лише говорити, як це роблять нормотипові діти, а й повторювати слова, оскільки в них відсутня здатність перешифрувати окремі звуки мовлення та їх серії в артикулеми.

У межах порушень мовних процесів алалії постає як:

1) фонематична (сенсорна) алалія (нерозуміння слів, і, отже, нерозуміння мовлення в цілому. У цьому випадку страждають провідникові зв'язки між третинною корою)

2) фонематична (моторна) алалія (нездатність говорити «від себе» (спонтанно) при здатності до повторення звуків мовлення та слів)
– лексична алалія (нездатність називати предмети словами. У цьому випадку порушені провідникові зв'язки між: 1) зоровою (потиличною) часткою мозку 2) третинними полями лівої слухової фонематичної системи).

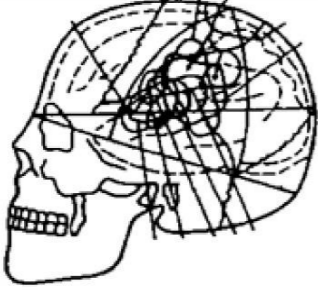
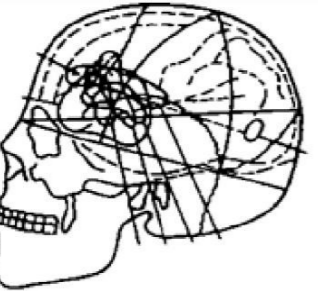
– морфологічна алалія (труднощі оволодіння словотвірними та словозмінними операціями)

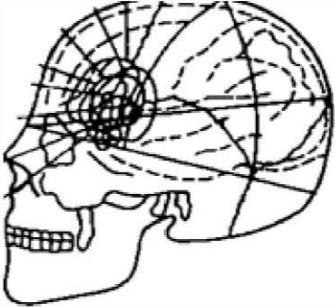
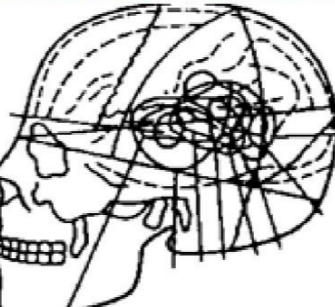
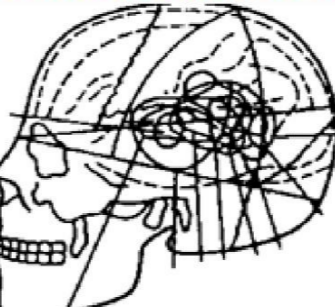
– синтаксична алалія (труднощі оволодіння фразовим мовленням. Страждають провідникові зв'язки між задньолобними частками лівої півкулі).

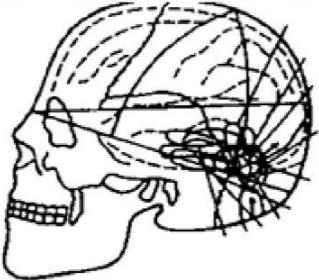
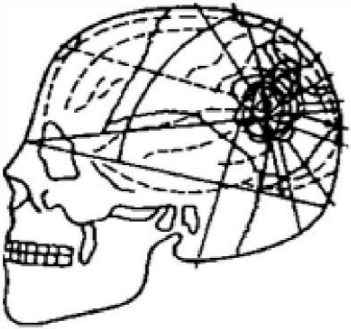
Критерій	Мовленнєва слухова агнозія	Сенсорна алалія
Локалізація	Вторинні поля кори головного мозку	Третинні поля кори головного мозку
Механізм порушення	Порушений процес диференціації звуків мовлення (зниження розуміння мовлення у зв'язку з її «нерозбірливістю», дитина чує мовлення викривлено)	Порушення когнітивних процесів (здатність розуміти мовлення знижена, бо дитина не може поєднати звукову оболонку слова та узагальнений досвідом образ, або розуміє окремі слова, проте не може зрозуміти зв'язки між словами)
Фонетичний бік мовлення	Нетипові заміни та викривлення	Звуковимова, як правило, не порушується

Класифікація афазії (за О. Лурія)

9.4.7. АФАЗІЯ

Форма афазії	Вогнище ураження	Симптоми
Моторна афазія еферентного типу		<p>За О. Лурія є два варіанта цього порушення:</p> <p>1) порушується просторовий, симультанний синтез рухів органів артикуляційного апарату, повна відсутність ситуативного мовлення при грубому вираженні порушення</p> <p>2) «провідникова афазія» – розлад при якому значно збережене ситуативне, шаблонне мовлення, але грубі прояви порушення повторного мовлення, називання та інших довільних видів мовлення. При цьому варіанті порушується диференційований вибір способу артикуляції та симультанного синтезу звуків і складових комплексів, які входять в слово.</p> <p>На ранніх етапах може грубо порушуватись здатність розуміти мовлення. Це пояснюється тим, що для цього необхідний кінестетичний контроль, прихована вимова сприйнятого мовлення. Після етапу повного нерозуміння може настати етап розуміння ситуативного розмовного мовлення, а також людина може зрозуміти зміст нескладної інструкції. Ступінь порушень читання та письма варіюється в залежності від важкості артикуляційної апраксії.</p> <p>При другому варіанті порушення виникають труднощі збереження порядку літер в слові, часте їх дзеркальне написання, пропуски.</p>
Моторна афазія еферентного типу		<p>Артикуляційна апраксія має прояв втрати здатності повторювати серію звуків/складів. У випадку цієї форми афазії підказка першого складу лише утруднює ситуацію, бо людина зісковзує на вимову взагалі іншого слова, яке має аналогічний перший склад.</p> <p>В другому варіанті формується виражений експресивний аграматизм.</p> <p>В третьому випадку спостерігається крайня інертність у виборі слів, під час вимови спостерігаються тривалі паузи, повтори, мовлення розтягнуте.</p> <p>Спостерігається також виражена аграфія. Людина може записати слово чи фразу лише у випадку її проговорювання по складах.</p> <p>В складних випадках читання характеризується вгадуванням.</p> <p>Порушення письма та читання пояснюється труднощами програмування звукобуквенного складу слова.</p>

Форма афазії	Вогнище ураження	Симптоми
Моторна афазія еферентного типу		<p>Відмічається порушення відчуття мови, тому спостерігається порушення розуміння мовлення. Людина може розуміти деякий зміст зверненого мовлення за умов дотримання значних пауз між словами.</p> <p>Вторинно порушується слухомовленнєва пам'ять. Труднощі впізнавання граматичного правильних та неправильних мовленнєвих конструкцій, фраз з переносним значенням.</p>
Динамічна афазія		<p>Спостерігаються труднощі/повна втрата формування активного мовленнєвого висловлювання.</p> <p>В основі лежить порушення внутрішнього програмування висловлювання. Спостерігаються труднощі планування при складанні окремих фраз. Спонтанне мовлення може бути відсутнім. При переказі на основі сюжетного малюнку людина вимовляє окремі фрази, не виокремлює основні смислові компоненти.</p> <p>При легкому протіканні порушення розуміння повільного елементарного ситуативного мовлення може бути збереженим. Проте пришвидшення мовленнєвого темпу може порушувати процес розуміння.</p> <p>При виражених порушеннях може спостерігатися втрата відчуття мови. Читання та письмо збережені. Елементарний рахунок збережений</p>
Сенсорна (акустико-гностична афазія)		<p>Порушується акустичний аналіз та синтез звуків мовлення, тому виникають труднощі звукорозуміння (слово втрачає свою сталість, через це розуміння та повторення слів/фраз утруднене).</p> <p>Порушується слуховий контроль за власним мовленням.</p> <p>Можливі спроби пояснити значення слова через використання фразеологізмів.</p> <p>Під час читання проявляються н парафазії, труднощі визначення наголосу, тому порушується розуміння прочитаного. Але читання є найбільш збереженою функцією.</p> <p>Ступінь порушення письмового мовлення залежить від стану фонематичних процесів. Порушення рахунку спостерігаються лише на початкових етапах.</p>

Форма афазії	Вогнище ураження	Симптоми
Сенсорна (акустико-мнестична афазія)		<p>В основі лежить зниження слухомовленнєвої пам'яті, тому людина сприймаючи одне слово втрачає попереднє. Це явище спостерігається і при повторенні серії складів/слів. Людина може повторити кожне окреме слово, але при повторенні серії слів називає частіше всього перше і останнє. У людей підвищується мовленнєва активність. Проте порушується розуміння багатослівних висловлювань. В письмовому мовленні більше проявляється експресивний аграматизм. Письмо під диктовку утруднене, людина часто просить повторити те, що треба записати. Також виявляються труднощі розуміння прочитаного тексту. Це пов'язано з тим, що друкований текст має значний об'єм, який треба утримувати в пам'яті.</p>
Семантична афазія		<p>Виникають труднощі в пошуку потрібного слова, тому може виникати явище заміни одного слова іншим (вербальні парафазії) або навіть цілою фразою. Проявляється імпресивний аграматизм, тобто порушення розуміння складних змістових і граматичних взаємовідношень слів, проте розуміння простих висловлювань не порушується. Утруднюється розуміння метафор, приказок, крилатих висловів, не розуміється в них переносне значення. Експресивне мовлення відрізняється збереженістю артикуляційної сторони мовлення. Проте можуть виражатися амнестичні труднощі, а підказка першого складу/слова допомагає людині. Письмове мовлення бідне, стереотипне. Рахункові операції грубо порушені, бо змішується напрямок рахунку при розв'язанні математичних виразів, порушується рахунок з переходом через десяток. Труднощі виявляються і в розумінні змісту задач, логічних елементів (більше, менше, далі, ближче, на скільки та ін.)</p>

Порушення мовлення у підлітків та дорослих

Форма афазії	Аналог за класифікацією О. Лурія	Характеристика
Фонологічна (фонетична)	Сенсорна	Розпадаються навички розуміння слів через порушення фонематичних процесів. Людина чує слово, може його повторити, але відсутнє розуміння його сенсу та відношення
Лексична	Акустико-мнестична	Розпад номінативної функції мовлення та уявлень про місце слова в класифікаційній парадигмі. Людина забуває слова, тому часто виникають пошуки назв предметів з задіяванням різних асоціацій зі значенням, перебором здатностей та властивостей предмета
Морфологічна	Семантична	Розпадаються навички словотворення та словозміни, порушуються кількісно-просторово-часові образи відношень предметів. Також порушується здатність розуміти мовлення, яке включає саме ці слова та логіко-граматичні конструкції
Синтаксична	Динамічна	Шаблони фраз, яка використовувались раніше розпадаються на словоформи. Розпадається навичка програмування словесне висловлювання. Номінативна функція не порушується, тому людина просто все перераховує, що веде до аграматизму телеграфного стилю. Письмове самостійне мовлення порушується, під диктовку – без змін

9.4.8. ДИСЛЕКСІЯ

ДИСЛЕКСІЯ

Операції процесу читання

- зорове сприймання букв, їх розрізнення та впізнавання за оптико-просторовими ознаками
- співвіднесення літер з відповідними звуками
- відтворення звуковимовного образу слова, його прочитування
- розуміння прочитаного

Класифікації дислексії

- за проявами: літеральна (нездатність/труднощі засвоєння літер) та вербальна (труднощі читання слів).
- в залежності від порушення аналізаторів (О. Токарева): акустична, оптична та моторна
- на основі порушених механізмів (Р. Лалаєва):
 - 1) оптична: труднощі засвоєння та змішування графічно схожих літер та їх взаємозаміни
 - 2) мнестична: труднощі засвоєння літер, що обумовлено порушенням встановлення взаємозв'язків між звуком та літерою, порушенням мовленнєвої пам'яті
 - 3) фонематична: порушення функцій фонематичного сприймання, аналізу, синтезу, що виражається в змішуванні прочитаних літер за фонематичними ознаками, пропуски, вставки і перестановки юукв/складів
 - 4) семантична: труднощі розуміння прочитаного, що може бути обумовлено крайньо низькою технікою читання та дефіцитом лексико-граматичних структур мовлення, з труднощами сприймання синтаксичної організації тексту
 - 5) граматична: порушення граматичної будови мовлення, морфологічних та синтаксичних узагальнень. Порушення читання відображають порушення граматичної будови усного мовлення
 - 6) тактильна: може виявлятися у дітей з порушенням зору

9.4.9. ДИСГРАФІЯ

ДИСГРАФІЯ

Мозкова організація процесу письма

- потилична ділянка: центральний апарат зору (сприймання зорових подразнень, їх переробка. Зоровий образ літер: аналіз елементів букв, розрізнення друкованих і рукописних літер)
- скронева ділянка: слухові відчуття та аналіз (сприймання звуків мовлення, утримання в короточасній пам'яті матеріалу)
- тім'яна ділянка: тактильні і пропріоцептивні відчуття (оптико-кінестетична організація складних рухів; співвіднесення звуків та букв через промовляння та виконання написання)
- тім'яно-скронево-потилична підділянка: засвоєння зорово-просторового образу літер
- передні ділянки кори головного мозку: відпрацювання та збереження рухових навичок
- премоторна область: тонкі диференційовані рухи руки
- лобна ділянка: ініціація написання

Операції процесу письма

- аналіз звукового складу слова (мовно-слухова пам'ять, слуховий аналіз, пропріоцептивний (кінестетичний) аналіз, слуховий контроль)
- переведення фонем у зорову графічну схему, тобто співвіднесення звука і букви (зоровий аналізатор, зорово-просторові уявлення, аналіз, пам'ять, контроль)
- перетворення оптичних знаків – букв – у потрібні графічні накреслення за допомогою диференційованих рухів руки, тобто співвіднесення букви з відповідною кінемією (дрібна моторика, зорово-моторна координація, руко-руховий контроль та пам'ять)

Класифікації дисграфії

- М. Хватцев (1959): дисграфія на основі акустичної агнозії та порушень фонематичного слуху, внаслідок порушень усного мовлення, на основі порушень вимовного ритму, оптична, при моторній та сенсорній афазії.
- О. Токарева (1969): акустична, оптична, моторна.
- Р. Лалаєва (1989):
- артикуляторно-акустична: відображення на письмі неправильної звуковимови. Заміни та пропуски літер, які відповідають замінам та пропускам звуків в усному мовленні
 - на основі порушень фонемного розпізнавання/акустична: заміна літер, які позначають фонетично близькі звуки. Проте в усному мовленні звуки вимовляються правильно
 - внаслідок порушень мовного аналізу та синтезу: проявляється у спотворенні звуко-буквеної/морфологічної структури слова та речення
 - аграматична: пов'язана з порушенням граматичної будови мовлення (системи морфологічних та синтаксичних уявлень)
 - оптична: порушення зорового гнозису, аналізу й синтезу, просторовий уявлень, зорової пам'яті, які близькі між собою за оптико-просторовими ознаками

КОМБІНОВАНІ ПОРУШЕННЯ РОЗВИТКУ

ТЕМА 10

КОМБІНОВАНІ ПОРУШЕННЯ РОЗВИТКУ

Складні порушення - це поєднання 2-х або, 3-х або більш психофізичних порушень (зору, слуху, мови, розумового розвитку і ін.) у однієї дитини



Складне порушення розвитку може бути викликане однією або декількома причинами, різними або однаковими за походженням

два дефекти виникли в результаті дії одного і того ж екзогенного чинника

обидва порушення є різними проявами одного і того ж спадкового синдрому;

обидва дефекти обумовлені різними генетичними чинниками, що діють незалежно один від одного (наприклад, порушення слуху дитина наслідує по лінії батька, а порушення зору по лінії матері);

один дефект має генетичне, а другий екзогенне походження і навпаки (наприклад, дитина наслідує виражену короткозорість по лінії матері, а порушення рухової сфери придбала в результаті родової травми);

кожен дефект обумовлений різними екзогенними чинниками, що діють незалежно (наприклад, дитина придбала порушення слуху в результаті перенесеної скарлатини, а порушення рухів настало від травми хребта);

КОМБІНОВАНІ ПОРУШЕННЯ РОЗВИТКУ

Групи

1 група	діти з 2 вираженими психофізичними порушеннями
2 група	що мають 1 істотне психофізичне порушення інше порушення, виражене в слабкому ступені, але що помітно обтяжує розвиток
3 група	діти з так званими множинними порушеннями, коли є 3 або більш порушення (первинних), виражені різною мірою і що приводять до значних відхилень в розвитку

Класифікації СПР*

За вираженістю поєднаних порушень зору і слуху дітей з цим видом складного порушення можна розділити на:	Дітей з поєднаними порушеннями зору і мовлення можна розділити на:	Дітей з порушеннями зору і рухів можна розділити на:	Поєднання порушень слуху і рухів можна розділити на:
тотально або практично сліпоглухих;	сліпих алаліків;	сліпих, що не пересуваються самостійно;	легкі форми ДЦП і приглухуватість;
сліпих, що недочувають; слабкозорих глухих; слабкозорих, що недочувають;	слабкозорих алаліків;	слабкозорих із залишковими порушеннями ДЦП;	легкі форми ДЦП і глухота;
	слабкозорих дітей з ЗНМ;	сліпих з порушеннями рухів (залишкові явища ДЦП);	важкі форми ДЦП і приглухуватість;
		слабкозорих, що не пересуваються самостійно;	важкі форми ДЦП і глухота;

КЛАСИФІКАЦІЯ СЛІПОГЛУХИХ ДІТЕЙ

сліпоглухі, у яких втрата зору і слуху настала в дошкільному віці і пізніше, коли у дитини вже була сформована мова (придбана сліпоглухота);

сліпоглухонімі від народження або ті, що втратили зір і слух в ранньому дитинстві, до опанування і закріплення словесної мови (природжена сліпоглухота);

сліпоглухі розумово відсталі діти: усі попередні варіанти, ускладнені розумовою відсталістю

* - СПР - складні порушення розвитку

КОМБІНОВАНІ ПОРУШЕННЯ РОЗВИТКУ

етіологія сліпоглухоти/ сліпоглухонімоти	Етіологія дефекту поєднання сенсорного і інтелектуального дефекту	Симптоматика дефекту поєднання сенсорного і інтелектуального дефекту гострі прояви	поєднання сенсорного і інтелектуального дефекту
пологові черепно-мозкові травми	резус конфлікт	слабке сприймання педагогічної допомоги	зниження рівня функціонування або недорозвинення вищих психічних функцій
перенесені у дошкільному віці захворювання головного мозку: менінгіти, менінгоенцефаліти	внутрішньоутробні ураження плоду внаслідок застосування матер'ю на перших місяцях вагітності речовин для зриву вагітності	низька критичність	порушення розумової працездатності
генетичні фактори	тяжкі захворювання дитини у ранньому віці (пневмонія менінгіт при яких застосовувались великі дози ліків)	зниження стійкості уваги й цілеспрямованості діяльності	недорозвиненість мовлення і словесно-логічного мислення
захворюванням вагітної на краснуху	пологові травми	труднощі у створенні нових зв'язків та в перебудові вже сформованих	зниження рівня функціонування ЦНС
вроджена катаракта		тугорухомість мислення	недорозвиненість компенсаторних можливостей
ураження внутрішнього вуха та слухових нервів, що призводить до глухоти з поєднанням атрофії зорового нерва, що призводить до сліпоти			

Основні коморбідні розлади у дитинстві

Розлади поведінки (40-60%): опозиційна поведінка, антисоціальна

Розлади розвитку мови та шкільних навичок (25-40%)

Погранична інтелектуальна недостатність

Тривожні розлади (21-40%), соматоформні розлади

Депресія (16-26%), біполярний розлад

Тики (у тому числі синдром Жілья де ля Турета)

Розлад розвитку координації рухів (близько 50%)

Розлади спектру аутизму, розумова відсталість

Обсесивно-компульсивний розлад

Енурез, розлади сну

КОМБІНОВАНІ ПОРУШЕННЯ РОЗВИТКУ

Диференційна діагностика РДУГ*

Нормальний розвиток дитини

Розлади спектру аутизму

Порушення інтелектуального, мовленнєвого розвитку, розвитку шкільних навичок

Тікозний розлад

ПТСР

Депресія

Тривожні розлади

Психотичний розлад

Біполярний розлад

Соматичні розлади

Та ін.

Нове розуміння природи РДУГ

Розлад контролю уваги

Розлад аналізу інформації

Розлад імпульс-контролю

Розлад контролю емоцій

Розлад прогнозування та планування

Розлад передбачення та самомотивування

Розлад розвитку внутрішньої мови

Розлад контролю над власною руховою активністю

Розлад контролю та організації власної поведінки відповідно до правил, соціальних норм, віддалених наслідків та цілей

Дисоціація знань, досвіду та актуальної поведінки

Розлад розвитку самоконтролю

* - РДУГ - Розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю

КОМБІНОВАНІ ПОРУШЕННЯ РОЗВИТКУ

Критерії диференційної діагностики*

Критерії диференційної діагностики

Порушення	Моторика	Пам'ять	Увага	Сприймання	Мислення	Емоційно-вольова та особистісна сфери
Інтелектуальне порушення	Порушення дрібної моторики, рухова незграбність	Загальмованість та нетвердість процесу запам'ятовування. Відтворення характеризується неточністю та недостатньою повнотою, періодичне забування інформації. Переважає механічність запам'ятовування, порушується опосередкованість запам'ятовування	Зниження довільності, концентрації та об'єму уваги. При переключенні може попомічати окремі елементи завдання	Затримка формування	При аналізі завдання виділяються знайомі елементи, найбільш яскраві. Відсутній детальний аналіз завдання, пропуски важливих якостей та ознак. Синтез ускладнений, не встановлюються зв'язки між окремими елементами. Узагальнення викликає труднощі. Спостерігається загальна інертність мислення. Наочно-дійове мислення є найбільш сформованим. Досить часто порушена критичність мислення	Яскраво виражена полярність емоцій. Труднощі розуміння емоційні стани оточуючих. Стійкість прив'язаності. Зниження емоційної експресії. При значному зниженні інтелекту порушується мотиваційна сфера
Затримка психічного розвитку	Моторна незграбність при органічному інфантилізмі, церебрально-органічному ЗГП. Порушення розвитку дрібної моторики	Повільно формується здатність до довільного запам'ятовування. Переважає механічне запам'ятовування. Краще запам'ятовується матеріал, який підкріплюється наочною. Зниження об'єму запам'ятовування	Стійкість та довільність уваги знижені. Труднощі переключення уваги	Труднощі у сприйманні конфігурації, сюжетів, окремих явищ. Уповільненість темпу сприймання. Важкість орієнтування	Краще розвинене наочно-дійове та наочно-образне мислення. Здатність використовувати отримані знання в нових ситуаціях. На зниження рівня розумової діяльності впливає загальна виснаженість, імпульсивність та труднощі побудови програми дії	Недостатня стійкість емоцій, підвищення тривожності, можливі прояви агресії. Іноді виникають труднощі встановлення емоційних контактів з однолітками та близькими дорослими. Труднощі орієнтації у морально-етичних нормах. Страждає вольовий контроль

* - Князев В., Мілютіна К., Дубашидзе Н., Рубель Н. Робоча книга корекційного психолога, с. 285–291

КОМБІНОВАНІ ПОРУШЕННЯ РОЗВИТКУ

Порушення	Моторика	Пам'ять	Увага	Сприймання	Мислення	Емоційно-вольова та особистісна сфери
Дитяча шизофренія	Моторика наближена до вікової норми	Можливі порушення вербальної та невербальної пам'яті. Асоціативне запам'ятовування та об'єм короткочасної пам'яті значно порушені. Перехід інформації до довготривалої пам'яті ускладнений. При прогресуючому варіанті захворювання порушується пам'ять на біографічні події	Труднощі переключення і концентрації. Зниження об'єму та швидка виснаженість	Порушена вибірковість сприймання. В першу чергу сприймаються другорядні елементи. Викривлене сприймання різномодальної інформації через наявні галюцинації/псевдогалюцинації	Аналіз не спирається на значимі ознаки предметів та об'єктів. Абстрактні поняття розвиваються гіпертрофовано. Узагальнення відбувається за формальними і незначними ознаками. Найкраще розвивається вербально-логічне мислення	Виявляється емоційна холодність, емоційна неадекватність
Розлади аутистичного спектра	Затриманий розвиток моторики, тонічні порушення	У порівнянні з нормотиповим розвитком виявляється збільшення об'єму пам'яті. Порушується опосередковане запам'ятовування. Переважає механічний тип запам'ятовування	Знижується довільність та об'єм уваги. Перемикання та концентрація порушені	Підвищена чутливість до сенсорних подразників. Можлива довготривала концентрація на певних стимулах різної модальності або їх непереносимість	Розвиток наочно-дійового та наочно-образного мислення не відповідає віковим нормам. Гіпертрофованість вербально-логічного мислення. Ігрова діяльність характеризується стереотипністю, відсутністю ігрового сюжету	Спостерігається відстороненість, слабкість емоційних реакцій. Формування емоційних зв'язків відбувається зі значними труднощами. Можливі прояви агресії та аутоагресії. Знижується розуміння особливостей встановлення міжособистісної комунікації
Епілепсія	Можливі порушення моторики, тонусу	Знижується здатність до запам'ятовування. Спостерігається підвищення деталізації зображень. Можуть бути наявні порушення епізодичного запам'ятовування, що можна пов'язати з епілептичними нападами	Об'єм уваги звужується. Застрягання на емоційно значимих стимулах та утруднення довільної регуляції	Може бути наявне порушення сприймання на фоні приступів	Розумова діяльність характеризується інертністю, конкретністю. Здатність до узагальнення знижується. Аналіз та синтез формуються з затримкою. Наявне резонерство	Може виявлятися депресивність, тривожність, панічні напади, фобії чи obsесивно-компульсивні розлади. При прогресуючих формах захворювання можуть формуватися незворотні зміни емоційно-вольової та особистісної сфер

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Авраменко О. Українська мова: підруч. для 5 кл. закл. загальн. середн. освіти. Київ, 2022. 208 с.
2. Айрес Е. Джин, за участю Джеффа Робінса. Дитина і сенсорна інтеграція. Розуміння прихованих проблем розвитку з практичними рекомендаціями для батьків і спеціалістів. 3-тє видання. Київ, 2022. 327 с.
3. Аутологія : навчально-методичний посібник / В. Й. Бочелюк, М. С. Панов, А. В. Турубарова. – Запоріжжя 2022. – 320 с.
4. Богуш А.М. Мовленнєвий розвиток дітей від народження до 7 років: монографія. Київ, 2004. 376 с.
5. Бондар В. І. Проблеми корекційного навчання у спеціальній педагогіці: навч. посіб. Київ, 2005. 176 с.
6. Бочелюк В., Панов М., Позднякова О. Особливості психологічної допомоги сім'ям, які виховують дітей раннього віку з аутизмом. Перспективи та інновації науки. 2022. (6 (11)). URL : <http://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/view/1556>.
7. Бочелюк В. И., Турубарова А. В, Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. Київ, 2011. 264 с.
8. Вавіна Л.С. Розвиваємо у дитини вміння бачити: Від народження до 6 років: [поради батькам]. Київ, 2008. 128 с., іл.
9. Варій М. И. Загальна психологія: підр. для студ. вищ. навч. закл. 3-тє вид. Київ, 2009. 1007 с.
10. Вержиховська О. М. Теорія і спеціальна методика виховання дітей з особливостями інтелектуального розвитку: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський, 2013. 372 с.
11. Вступ до абілітації та реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності: [навчально-методичний посібник] / Л.Б. Люндквіст, В.В. Бурлака, А.Г. Шевцов [та ін.]. Київ: Герб, 2007. 288 с.
12. Гаврилова Н. С. Класифікації порушень мовлення. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна. 2012. Вип. 20 (1). С. 293–315.
13. Горшкова Г. В. Логопедичні техніки: корекція психомоторного розвитку дітей із загальним недорозвитком мовлення: навчально-методичний посібник. Запоріжжя, 2019. 230 с.
14. Деменція: навчально-методичний посібник / О. А. Козьолкін, М. В. Сікорська, І. В. Візір, Ю. М. Нерянова. Запоріжжя, 2015. 90 с.
15. Дивитися і бачити: путівник для батьків дітей із порушеннями зору: навч.-метод. посіб. / упор. І. О. Калініченко. Полтава, 2016. 88 с.
16. Дидактичні основи навчання дітей з порушеннями інтелектуального розвитку: методичний посібник / укл. Л. О. Прядко, О. О. Фурман. Суми, 2015. 114 с.
17. Дидактичні основи навчання дітей з порушеннями інтелектуального розвитку / укл. Л. О. Прядко, О. О. Фурман. Суми, 2015. 114 с.
18. Дитина із сенсорними порушеннями: розвиток, навчання, виховання. Збірник наукових праць. Київ, 2012. 412 с.
19. Єременко І.Г. Основи спеціальної дидактики. Київ: Рад. школа, 1975. 210 с.
20. Зелінська-Любченко Київ Фізіологічні механізми мовленнєвої діяльності. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Педагогічні науки. № 1 (52), лютий 2016. С. 277–281.
21. Ілляшенко Т.Д. Корекція психосоціального розвитку дітей з церебральним паралічем у реабілітаційному центрі (Дошкільний і молодший шкільний вік) / Т.Д. Ілляшенко, А.Г. Обухівська, О.В. Романенко, Н.С. Скрипка. Київ, 2003. 155с.
22. Князев В., Мілютіна Київ, Дубашидзе Н., Рубель Н. Робоча книга корекційного психолога. Київ, 2019. 308 с.
23. Кобильченко В. В., Омельченко І. М. Спеціальна психологія: підручник. Київ, 2020. 224 с.
24. Колишкін О. В. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта»: навч. посіб. Суми, 2013. 392 с.
25. Конопляста С. Ю. Ринолалія від А до Я: монографія. Київ, 2015. 312 с.
26. Костенко Т. М. Дитина з порушенням зору. Харків, 2018. 40 с.
27. Крановиц К. С. Разбалансированный ребенок. Как распознать и справиться с нарушениями процесса обработки сенсорной информации. Киев, 2019. 384 с.
28. Лепетченко М. В. Логопедія. Дислалія: навчально-методичний посібник для студ. спец. 6.010105 Корекційна освіта. Дніпропетровськ, 2015. 36 с.
29. Логопедія: [підручник] / За ред. М.К. Шеремет. Київ: Видавничий Дім "Слово", 2010. 375 с.
30. Логопсихологія: навч. посіб. / Конопляста С. Ю., Сак Т. В.; за ред. Шеремет М. К. Київ, 2013. 293 с.
31. Максименко С. Д. Загальна психологія. Видання 3-є, перероблене та доповнене. Навчальний посібник. Київ, 2008. 272 с.
32. Максимова Н.Ю. Основи дитячої патопсихології: [навч. посібник]. Київ: Перун, 1996. 464 с.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

33. Малярчук А.Я. Дидактичний матеріал для виправлення мовленнєвих недоліків: [навчальний посібник]. Київ: Літера ЛТД, 2005. – Ч. I. 272 с.
34. Малярчук А.Я. Дидактичний матеріал для виправлення мовленнєвих недоліків: [навчальний посібник] / Антоніна Яківна Малярчук. Київ: Літера ЛТД, 2005. – Ч. II. 184 с.
35. Малярчук А.Я. Обстеження мовлення дітей: [дидактичний матеріал]. Київ: Літера ЛТД, 2003. 104 с.
36. Мамічева О.В. Корекція затримки психічного розвитку засобами фізичного виховання. Слов'янськ, 2008. 168 с.
37. Манько Н.В. Діагностика та корекція мовленнєвого розвитку дітей раннього віку: [науково-методичний посібник]. Київ: КНТ, 2008. 256 с.
38. Марк В. Даренд. Тяжкі поведінкові проблеми: функціонально-комунікативний підхід. Львів, 2018. 192 с.
39. Мартинчук О. В. Основи корекційної педагогіки: навч.-метод. посіб. для студентів напряму підготовки «Дошкільна освіта». Київ, 2010. 288 с.
40. Маруненко І.М. Роль спадковості та навколишнього середовища в генезі захворювань: [науково-методич. посіб.]. Київ: Вітас, 2010. 64 с.
41. Методичні рекомендації щодо визначення освітніх труднощів і рівня підтримки в освітньому процесі.
URL: <https://mon.gov.ua/ua/osvita/inklyuzivne-navchannya/dlya-fahivciv/metodiki-inkluzia>.
42. Миронова С. П. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка. Кам'янець-Подільський, 2015. 245 с.
43. Миронова С. П. Методика корекційної роботи при порушеннях пізнавальної діяльності: підручник. Кам'янець-Подільський, 2014. 260 с.
44. Миронова С. П. Олігофренопедагогіка. Компактний навчальний курс: навчальний посібник. Кам'янець-Подільський, 2008. 204 с.
45. Навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами: сучасні підходи: [навчально-методичний посібник] / укл. В.Войтко. Кропивницький, 2016. 84 с.
46. Нейропсихологія: лекції та додатковий матеріал курсу / О. С. Чабан, М. М. Гуменюк, В. А. Вербенко. Тернопіль, 2014. 92 с.
47. Нечипоренко В. В. Підготовка фахівців для корекційної роботи з аутичними дітьми дошкільного віку. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Вип. 39. Київ, 2020. С. 81–90.
48. Основи загальної і медичної психології / за ред. І. С. Вітенко, О. С. Чабан. Тернопіль, 2003. 344 с.
49. Пахомова Н. Г., Кононова М. М. Спеціальна психологія: навчальний посібник для студентів спеціальності 6.010105 «Корекційна освіта». Полтава, 2015. 357 с.
50. Проблеми розвитку та корекція емоційної сфери молодшого школяра / Упоряд. О. А. Атемасова. Харків, 2010. 176 с. (Бібліотека шкільного психолога).
51. Рібцун Ю. В. Дитина з порушеннями мовленнєвого розвитку. Харків, 2018. 40 с.
52. Сак Т.В. Особлива дитина: Від народження до 6 років: [поради батькам]. Київ: Літера ЛТД, 2008. 144 с., іл.
53. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Ч. I. Загальні основи корекційної психопедагогіки (олігофренопедагогіки). Київ, 2007. 238 с.
54. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Ч. 2. Навчання і виховання дітей. Київ, 2009. 224 с.
55. Синьов В. М. Психологія розумово відсталості дитини: підручник. Київ, 2008. 359 с.
56. Синьов В.М. Основи дефектології: [навч. посібник]. Київ: Вища школа, 1994. 143 с.
57. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму: монографія. Київ, 2010. 320 с.
58. Скрипник Т. Сенсорна інтеграція як підґрунтя цілісного розвитку дітей з аутизмом. Особлива дитина: навчання і виховання. 2016. 4 (80). С. 24–31.
59. Спеціальна педагогіка: [понятійно-термінологічний словник] / За ред. акад. В. І. Бондаря. Луганськ: Альма-матер, 2003. 436 с.
60. Стадненко Н.М. Методика діагностики відхилень у розумовому розвитку молодших школярів та старших дошкільників. Київ, 1998. 144 с.
61. Сухар В.Л. Розвиток звукової культури мовлення дітей молодшого дошкільного віку / Упоряд. В.Л. Сухар. Харків, 2008. 80 с.
62. Тарасун В. Аутологія: теорія і практика. Підручник. Київ, 2018. 590 с.
63. Тищенко В. В. Класифікація порушень мовленнєвого розвитку: сучасний стан, протиріччя та шляхи усунення.
URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/12732/Tyshchenko72003.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
64. Ткач Х. Обстеження мовленнєвого розвитку у дітей з аутизмом та тяжкими порушеннями мовлення на основі поведінкового підходу: практичний посібник. Дрогобич, 2020. 160 с.
65. Трикоз С. В. Дитина з порушеннями інтелектуального розвитку. Харків, 2018. 40 с.
66. Туріщева Л. В. Діти з особливостями розвитку в звичайній школі. Харків, 2011. 111 с.
67. Фаласеніді Т. М., Козак М. Я. Порушення сенсорної інтеграції у дітей з особливими потребами. Молодий вчений. 2017. № 9 (49).

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

68. Федорович Л. О. Постановка звуків у вимові дітей дошкільного віку. Методичні рекомендації для логопедів, учителів і вихователів загальноосвітніх і спеціальних навчальних закладів. Кременчук, 2007. 72 с.
69. Хрестоматія з логопедії: Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринологія: [навчальний посібник] / За заг. ред. М.К. Шеремет, І.В. Мартиненко. Київ: КНТ, 2008. 380 с.
70. Чеботарьова О. В. Дитина із церебральним паралічем. Харків, 2018. 40 с.
71. Шеремет М.К. Логопедія: підручник, четверте видання, перероблене та доповнене. Київ, 2017. 856 с.
72. Шеремет М.К. Боряк О. В. Неврологічні основи логопедії: навч. посіб. Суми, 2016. 252 с.
73. Шульженко Д. І. Освітньо-психологічна інтеграція (інклюзія) дітей із аутизмом : монографія. Київ : НПУ імені М.П. Драгоманова, вид-во Хортицької національної академії, 2017. 444 с.
74. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics.
URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F34423054>.

КОРОТКИЙ ПОНЯТІЙНО-ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК*

Абілітація соціально-психологічна дітей і підлітків – формування особистості з такими властивостями, що дають змогу не лише інтегруватися у трудову діяльність, але й налагодити продуктивні стосунки з іншими людьми.

Агнозія – порушення процесів сприймання та впізнавання за умови збереженої чуттєвості й свідомості. Розрізняють агнозію зорову, слухову, тактильну тощо.

Аграфія (дисграфія) – неможливість (аграфія), або часткове специфічне порушення процесу письма (дисграфія).

Адаптація (лат. *adaptare* – пристосовувати) – пристосування фізичне і психічне до умов мінливого середовища з метою досягнення гомеостазу, сталості внутрішнього середовища, що забезпечує виживання. Є різні способи тлумачення цього терміна: 1) в еволюційній теорії – будь-яка зміна структури і поведінки, необхідна для виживання; 2) у соціології – зміни, необхідні для самозбереження в новому суспільному оточенні; 3) у психофізіології – зміна чутливості аналізаторів.

Алалія – брак або недорозвинення мовлення при збереженому слухові й первинно збереженому інтелекті.

Алалія виникає у домовленнєвий період життя людини внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку.

Алексія (дислексія) – неможливість (алексія), або часткове специфічне порушення процесу читання (дислексія) у зв'язку з ураженням кори головного мозку.

Амнезія – порушення пам'яті.

Анамнез – детальні відомості про умови виникнення і перебігу хвороби, історію розвитку дитини на всіх етапах її життя. За змістом анамнез поділяється на медичний, психолого-педагогічний і соціально-психологічний тощо.

Аномальний розвиток – значне відхилення від умовно-вікових норм фізичного та психічного розвитку, спричинене значними вродженими або набутими дефектами, що, у свою чергу, зумовлює потребу спеціальних умов виховання, навчання, життєдіяльності.

Аутизація – зменшення потреби у спілкуванні, погіршення контактів з оточенням.

Афазія – повна або часткова втрата мовлення, зумовлена локальними ураженнями головного мозку.

Афект – уроджена елементарна докультурна форма переживань. Будь-яке психічне явище має два аспекти: інтелектуальний та афективний.

Брока центр (зона) – центр моторного мовлення, розташований у задній частині нижньої лобної звивини лівої півкулі.

Вербальний – словесний. У психології цей термін використовується для означення знакового матеріалу, а також процесів оперування ним. Вербальному матеріалу протиставляється невербальний – геометричні фігури, малюнки, предмети тощо.

Виховання – систематичне і цілеспрямоване управління процесом формування особистості.

Вищі психічні функції – складні системні психічні процеси (свідомі форми психічної діяльності), що відбуваються під час розвитку людини під впливом суспільства, пов'язані з уживанням знаків, що забезпечують пластичність й адаптивність поведінки.

Внутрішня картина мовленнєвого дефекту – механізм психічної адаптації, що виявляється усвідомлено або несвідомо, у відповідь на виникнення мовленнєвого дефекту; до його складу входять сенситивний, емоційний, раціональний і вольовий компоненти.

Внутрішня картина хвороби (ВКХ). Відповідно до визначення Р.О. Лурія (1939), це "все те, що випробує та переживає хворий, усі його відчуття його загальне самопочуття, самоспостереження, його уявлення про свою хворобу, її причини – весь той величезний світ хворого, що складається з дуже складних поєднань сприйняття і відчуття, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань і травм".

Гіперопікування – система взаємостосунків у родині, коли дитиною занадто опікуються і контролюють її.

Госпіталізм – зумовлені хронічною недостатністю спілкування тимчасові зміни психічного стану й поведінки дитини, що симптоматично подібні до виявів аутизму.

Групові норми – правила, зразки поведінки, способи мислення і переживання, прийняті як норми в певній соціальній групі, що приймаються й активно захищаються більшістю її членів.

Деадаптація – порушення у процесі пристосування живого організму до дії факторів навколишнього і внутрішнього середовища.

Депривація – психічний стан людини, що є результатом тривалого обмеження задоволення основних потреб, необхідних для повноцінного життя і розвитку. Наслідком депривації в дитячому віці є виявлені відхилення в емоційному, інтелектуальному, соціальному розвитку.

Детермінізм (від лат. *determinare* – визначити) – філософська концепція, згідно з якою визнається об'єктивна закономірність і причинна зумовленість усіх явищ природи та суспільства. У спеціальній психології – закономірна й необхідна залежність психічних явищ від факторів, що їх спричиняють.

Дефект – фізичний або психічний недолік, що зумовлює порушення в нормальному розвитку дитини.

Дефектологія (від лат. *defectus* – недолік і грец. *logos* – учення) – наука про психофізіологічні особливості розвитку дітей із порушеннями психічного, фізичного і/або розумового розвитку; про закономірності їх навчання, виховання, освіти.

Дефект-центризм – підхід до випробуваного (клієнта) як до носія певного симптому або синдрому, що протиставляється ціннісному й цілісному підходу до особистості, системи її стосунків.

Дизартрія – порушення мовленнєвої діяльності, зумовлене недостатністю інервації мовленнєвого апарату.

Дизонтогенез у широкому розумінні – індивідуальний розвиток, що не збігається з умовно прийнятою нормою; психічний дизонтогенез – порушення розвитку психіки загалом та її окремих складових зокрема, а також стійке порушення співвідношення темпів і термінів розвитку окремих психічних сфер і різних компонентів усередині них.

Дислалія – порушення звуковимови за нормального слуху та збереженої інервації мовленнєвого апарату.

* – на основі рекомендованої літератури с.128-130

КОРОТКИЙ ПОНЯТІЙНО-ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

Дисоціація – порушення взаємозв'язку психічних процесів.

Дисфорія – настрій, що характеризується роздратованістю, озлобленістю, похмурістю, підвищеною чутливістю до дій оточення зі схильністю до спалахів агресії, Дисфорія притаманна при органічних захворюваннях головного мозку, епілепсії, деяких формах психопатій.

Дисфункція – порушення функцій будь-якого органа або системи, переважно якісного характеру.

Діагностика (від грец. *diagnostikos* – здатний розпізнавати) – 1) розділ медицини, в якому вивчається сутність, методи, послідовні ступені розпізнавання хвороби; 2) процес розпізнавання хвороби й оцінювання індивідуальних біологічних і соціальних відмінностей суб'єкта, що полягає в цілеспрямованому медичному обстеженні, трактуванні отриманих результатів та їх узагальненні у вигляді діагнозу.

Діагностика психічного розвитку – визначення індивідуальнопсихологічних особливостей особистості з метою оцінювання їх стану і прогнозування подальшого розвитку.

Діяльність, за визначенням А.Н. Леонтьєва, на психологічному рівні – це одиниця життя, опосередкована психічним відображенням, функція якого полягає в тому, що воно орієнтує суб'єкта в предметному світі. Тобто діяльність – це не реакція й не сукупність реакцій, а система, що має структуру, внутрішні перетворення, розвиток.

Діяльність провідна – діяльність, здійснення якої визначає виникнення і формування основних психологічних новоутворень людини на певному етапі розвитку її особистості.

Егоцентризм (від грец. *ego* – я) – специфічна орієнтація духовного світу людини на саму себе, власне "Я". Це зосередження уваги на своїх переживаннях, думках, потягах у зв'язку з обмеженою здатністю об'єктивно сприймати і розуміти стани інших людей.

Егоцентризм слід відрізнити від егоїзму (егоїст чітко усвідомлює прагнення та переживання інших, але навмисно нехтує ними). Егоцентризм властивий людям із певними психічними захворюваннями (шизофренія, психопатія, істерія), є характерним симптомом РДА (раннього дитячого аутизму).

Екзогенний – зовнішнього походження, той, що зумовлений зовнішніми причинами (біологічними та соціальними).

Емоційна лабільність (емотивність) – легка зміна настрою, короткочасність і нестійкість переживань. Чим меншого віку дитина, тим вищою буде її емоційна лабільність. Для дорослої людини висока емоційна лабільність є ознакою інфантильності.

Емпатія (від грец. *empathia* – співпереживання) – здатність проникати в емоційний стан іншої людини.

Ендогенний – внутрішнього походження, той, що зумовлений внутрішніми причинами.

Етіологія (від грец. *aitia* – причина, *logos* – вчення) – учення про причини й умови виникнення хвороби, недуги, патологічного стану.

Заїкання – порушення темпоритмічної організації мовлення, зумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату.

Затримка мовленнєвого розвитку (ЗМР) – гальмування темпу, коли рівень мовленнєвого розвитку не відповідає віковій дитині.

Затримка психічного розвитку (ЗПР) – тимчасове відставання розвитку психіки загалом або окремих її функцій конституціонального, соматогенного, психогенного, церебрально-органічного походження.

Зона потенціального (найближчого) розвитку – приховані можливості у психологічному саморозвитку дитини, що виявляються за умови надання їй мінімальної підказки чи цілеспрямованої зовнішньої допомоги; визначається змістом тих завдань, які дитина ще не може вирішити самостійно, але здатна вирішувати за допомогою дорослого, оскільки те, що виконується дитиною під керівництвом дорослого, потім стає її власним надбанням. Цей термін увів Л.С. Виготський.

Інтелект (лат. *intellectus* – розуміння, розум) – термін, який спочатку використовувався для позначення лише раціональних форм мислення, але на сьогодні має широке розуміння і означає всю пізнавальну діяльність людини.

Інтеріоризація (лат. *interior* – внутрішній) – формування внутрішніх структур людської психіки шляхом засвоєння структур зовнішньої соціальної діяльності.

Інтровертність – замкненість, висока вибірковість у спілкуванні.

Інтроверт з труднощами входить у новий колектив, зав'язує знайомства. Разом із тим відносини інтроверта зазвичай глибші й серйозніші, ніж у екстраверта.

Інфантилізм (незрілість, "дитячість") – збереження у психіці людини особливостей характеру, притаманних більш раннім стадіям розвитку. Поняття інфантилізму стосується переважно особистісного й емоційного розвитку. Особливим є явище психофізичного інфантилізму, що характеризується затриманим розвитком організму в цілому.

Катамнез – сукупність даних, отриманих після закінчення курсу лікування або психолого-педагогічної роботи з дитиною.

Кваліфікація дефекту (симптому) – якісний аналіз, вивчення структури порушення, визначення фактора (первинного дефекту), що спричинив виникнення цього симптому.

Когнітивні процеси – пізнавальні психічні процеси, спрямовані на пізнання навколишнього світу. До цих процесів належать: відчуття, сприймання, мислення, уява. Пам'ять і увагу слід розглядати як такі, що забезпечують когнітивні процеси.

Комбінований мовленнєвий дефект – поєднання двох або більше мовленнєвих патологій.

Компенсація порушення (дефекту) – відновлення, вирівнювання, розвиток порушених або недосформованих функцій; перебудова збережених функцій з метою заміни ушкоджених; створення у процесі навчання і виховання тих способів діяльності й поведінки, що сприяють соціальній адаптації й інтеграції.

Компенсація психічна – процес заміщення втрачених чи ослаблених властивостей психіки іншими подібними або взаємопов'язаними з ними з метою усунення недоліку. А. Адлер запропонував термін "надкомпенсація", який він використовував на позначення надмірного розвитку яких-небудь характеристик особистості у відповідь на переживання власної неповноцінності.

КОРОТКИЙ ПОНЯТІЙНО-ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

Комплекс неповноцінності – відчуття власної неповноцінності, невідповідності, зумовлене справжніми або надуманими фізичними або психічними недоліками.

Конформність – намагання "бути таким, як усі", відсутність власної думки і некритичне підпорядкування більшості.
Корекція (лат. correctio – виправлення) – виправлення порушень, повернення до норми психічних властивостей, що відхилилися від неї.

Латентний – прихований, який зовнішньо не виявляється (патологічний процес), початок захворювання.

Лексикон – словник, запас слів, яким володіє людина.

Лепет – голосові реакції дитини на позитивні подразники; виявляється на другому місяці життя у вигляді різноманітних нескладних звукових комплексів (починаючи з гуління) і поступово ускладнюється (багаторазове повторення складів); при тяжких мовленнєвих вадах з'являється у дітей із запізненням.

Логоманія – патологічна балакучість.

Логопатія – загальна назва мовленнєвих порушень.

Логопед – корекційний педагог, діяльність якого спрямована на попередження і подолання порушень мовлення у дітей, підлітків та дорослих.

Логопедія – спеціальна педагогічна наука про порушення мовлення, методи їх попередження, виявлення й усунення за допомогою засобів спеціального навчання і виховання.

Логопсихологія – галузь спеціальної психології, в якій вивчається психічний розвиток осіб з порушеннями мовлення.

Механізм порушення мовлення – відхилення у процесах та операціях, що забезпечують виникнення і розвиток мовленнєвої діяльності.

Мова – система знаків, яка є засобом спілкування, мисленнєвої діяльності, передачі інформації від покоління до покоління та її зберігання.

Мовні одиниці (фонеми, морфеми, лексеми, словосполучення, речення) та зв'язки між ними утворюють складну органічну структуру мовної системи.

Мовленнєва діяльність – специфічна форма психічної діяльності людини, що забезпечує розуміння мовлення оточення і власні висловлювання. Це активний, цілеспрямований, мотивований (як будь-яка довільна дія) предметний (змістовний) процес висловлення і прийому сформованої та сформульованої за допомогою мови думки, інформації, спрямованої на задоволення комунікативно-пізнавальної потреби людини у процесі спілкування. Мова та мовлення є двома ланками мовленнєвої діяльності.

Мовлення – це оволодіння та застосування особистістю певної мови в процесі її спілкування з іншими людьми, тобто в процесі мовленнєвої діяльності.

Мовлення – діяльність спілкування за допомогою мови. Це мова в дії.

Мотиви діяльності – спонукальні умови дій і вчинків людини. Спонукають людину до дії її потреби. Багатоплановість людських потреб зумовлює багатоплановість мотивів діяльності. Вони поділяються на дві категорії: первинні та вищі (духовні й матеріальні). Мотиви є найважливішою складовою спрямованості особистості.

Мутизм (від грец. mutus – німий) – припинення мовленнєвого спілкування внаслідок тяжкої психічної травми. Мутизм має тимчасовий характер і належить до групи невротичних реакцій.

Научування у загально психологічному розумінні – набуття сенсомоторного й інтелектуального досвіду, нових форм поведінки. У педагогічній психології научування – засвоєння особою, яка навчається, соціального досвіду, знань, умінь і навичок, вироблених людством протягом тисячоліть; у соціальній психології результатом научування є соціалізація особистості.

Невроз – зворотне порушення психічної діяльності. Розрізняють три його основні форми: неврастенія, істерія, невроз нав'язливих станів.

Невропатія – стан підвищеної збудливості нервової системи у поєднанні з підвищеною виснажливістю.

Негативізм – протидія вимогам, або немотивована відмова від контактів.

Недорозвинення мовлення – якісно низький рівень сформованості порівняно з нормою тієї чи іншої мовленнєвої функції або мовленнєвої системи загалом.

Норма (від лат. norma – керівне начало, правило, зразок) – 1) узаконене встановлення, визнаний обов'язковим порядок, устрій чого-небудь; 2) встановлена міра, величина чого-небудь.

Онтогенез (від грец. ontos – ество, genesis – походження) – процес розвитку індивідуального організму, тобто сукупність послідовних морфологічних, фізіологічних та біохімічних перетворень організму від його зародження до кінця життя.

Онтогенез дитячого мовлення – розвиток мовлення дитини в різні вікові періоди.

Операції мислення – перехід від фактів до розкриття їх сутності; узагальнення висновків відбувається за допомогою розумових і практичних дій.

Розумові дії – це дії об'єктів, що відображаються в образах, уявленнях і поняттях про них; дії по думки за допомогою мислення. Розумові дії забезпечуються такими операціями мислення, як порівняння, аналіз, синтез, абстрагування, узагальнення, конкретизація, класифікація та систематизація.

Оптимізація – 1) процес вибору найкращого варіанта з можливих; 2) процес приведення системи у найкращий (оптимальний) стан.

КОРОТКИЙ ПОНЯТІЙНО-ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

Особистість – людина як суспільний, соціалізований індивід. Особистістю не народжуються, вона формується у процесі набуття соціально-культурного досвіду. Фактором, що консолідує особистість, є утворення уявлення про себе як самостійну частину суспільства, усвідомлення власного Я, що вперше виникає майже у три роки і завершується офіційним визнанням суспільства у вигляді різних громадянських прав (видача паспорта, право голосування, право на шлюб). Людина, яка стає особистістю, має певний рівень психічного розвитку, у зв'язку з чим вона здатна керувати власною поведінкою, діяльністю. Особистість характеризується спрямованістю, характером, здібностями й темпераментом.

Пам'ять – процеси організації та збереження людиною її попереднього досвіду. Це необхідна умова психічного розвитку людини. Основними процесами пам'яті є: запам'ятовування, зберігання, відтворення і забування. Залежно від матеріалу, що запам'ятовується, розрізняють образну, словесно-логічну, емоційну, рухову пам'ять тощо. За тривалістю утримання матеріалу пам'ять може бути короткочасною, довготривалою, оперативною.

Парціальний – частковий, належить до окремих частин.

Патогенез (від грец. pathos – страждання, хвороба, genesis – походження) – 1) учення про загальні закономірності розвитку, перебігу та кінця хвороби; 2) механізм розвитку конкретної хвороби, патологічного процесу або стану.

Патогенез порушень мовлення – розділ патології, в якому досліджуються механізми виникнення і розвитку порушень мовленнєвої діяльності.

Патологія – наука, що вивчає закономірності виникнення і розвитку хвороб, окремих патологічних процесів і станів.

Патопсихологія – галузь психології, в якій досліджуються закономірності змін психічної діяльності та характеристики особистості під час хвороби; аналіз патологічних змін здійснюється на основі зіставлення з характером формування і перебігу психічних процесів, станів та якостей особистості у нормальному розвитку.

Педагогіка корекційна – наука про закономірності й особливості освіти, виховання і навчання осіб переважно дитячого віку з порушеннями психофізичного, емоційного і/або розумового розвитку. Згідно з державною класифікацією наукових спеціальностей в Україні корекційна педагогіка є самостійною галуззю педагогічних наук і складається з низки спеціальних педагогічних дисциплін (сурдопедагогіка, олігофренопедагогіка, тифлопедагогіка, логопедія тощо).

Педагогічна занедбаність – стійке відхилення у свідомості й поведінці дитини, зумовлене негативним впливом середовища, недоліками виховання, прогалинами у навчанні.

Персеверація – нав'язливе повторення одних і тих самих попередніх рухів, слів, фраз, образів, думок. Розрізняють моторну, сенсорну й інтелектуальну персеверацію.

Підсвідоме – 1) сукупність психічних процесів, актів, станів, зумовлених явищами дійсності, вплив яких суб'єкт не усвідомлює; 2) форма психічного відображення, в якій образ дійсності та ставлення до неї суб'єкта не є предметом спеціальної рефлексії. У підсвідомому неможливий довільний контроль здійснюваних суб'єктом дій та оцінювання їх наслідків.

Поведінка – сукупність дій, здійснюваних індивідом у процесі взаємодії з середовищем, тобто це зовнішній вияв психічної діяльності.

Постнатальний – післяпологовий, післяродовий.

Потреба – стан організму особистості, соціальної групи, суспільства в цілому, який залежить від об'єктивних умов їх існування і розвитку. Потреби класифікують за походженням як природні (біологічні) та культурні; за предметом – матеріальні та духовні. Виховання потреб, властивих гуманній, високодуховній людині, є одним із основних завдань формування особистості в сучасних умовах.

Працездатність – здатність індивіда виконувати цілеспрямовану діяльність за заданим рівнем ефективності протягом певного часу. Розрізняють максимальну, оптимальну та знижену працездатність.

Проблема – складне, наукове або практичне питання, що потребує вирішення, і всі попередні спроби розв'язання якого не можна визнати цілком задовільними.

Процес (лат. processus – просування вперед) – термін, що вживається у психології в різноманітних значеннях. Найзагальніше його тлумачення таке: це суть психічного, що є вищою формою організації матерії, яка постійно рухається. В інших визначеннях увага приділяється окремим аспектам цього руху, наприклад, способу досягнення якого-небудь результату (научуваність, розуміння, адаптація та ін.); або в когнітивній психології – пізнанню, увазі, пам'яті, мисленню та ін.

Психіка (від грец. psuchikos – душевний, psuche – душа) – форма активного відображення суб'єктом об'єктивної реальності. У психіці представлені й упорядковані події минулого, теперішнього та можливого майбутнього. На рівні людини події минулого відображаються у пам'яті, теперішнього – у сукупності образів, переживань, розумових дій, майбутнього – у намаганнях, потягах, бажаннях, мріях, фантазіях тощо.

Психічні процеси – окремі вияви психічної діяльності людини, які умовно можуть бути самостійними об'єктами досліджень (відчуття, сприймання, мислення тощо).

Психічні явища – будь-який вид психічної діяльності людини.

Психічні якості – індивідуальні особливості психіки людини, певне її ставлення до дійсності й відповідно до форми поведінки, що мають стійкий характер (див. інтерес, здібності, темперамент, характер).

Психодіагностика – галузь психології, в якій розробляються методи виявлення та визначення індивідуально-психологічних особливостей особистості. Основними завданнями психодіагностики у дефектології є: встановлення первинного дефекту, що спричинив порушення розвитку дитини, передбачення перспектив розвитку.

Психокорекція – вид діяльності психолога, спрямованої на виправлення психічних недоліків, переважно симптоматичну допомогу.

КОРОТКИЙ ПОНЯТІЙНО-ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

Психолінгвістика – наука, в якій вивчаються мовленнєва діяльність, її сутність, внутрішня структурна організація (мовленнєві дії, розуміння та виникнення мовленнєвого висловлювання), взаємодія та взаємозумовленість понять "мова" та "мовлення", місце і роль мовленнєвої діяльності у загальному контексті інтелектуального процесу.

Психолінгвістика взаємопов'язана з лінгвістикою та психологією, зокрема, з психологією мовлення.

Психологічне консультування – сфера діяльності практичного психолога, пов'язана з наданням психологічної допомоги людям у вигляді консультацій і порад.

Психологічний статус – становище суб'єкта у системі міжособистісних стосунків, що визначає його права, обов'язки та привілеї.

Психологія – наука про закономірності розвитку і функціонування психіки як особливої форми життєдіяльності.

Психологія мовлення – галузь психології, що вивчає мовлення як вищу специфічну форму психічної діяльності людини, його види, психофізіологічні механізми, взаємозв'язок мислення, мови і мовлення, а також закономірності формування мовленнєвої функції в процесі онтогенезу.

Психотерапія – галузь практичної психології, спрямована на лікування й корекцію поведінки шляхом психічного впливу на хворого. У широкому розумінні психотерапія – це надання психологічної допомоги здоровим людям з метою подолання життєвих психологічних проблем. Основними сферами застосування є: психіатрія, особливо невротологія, психосоматична медицина і загальномедична практика.

Реабілітація – 1) відновлення у правах; 2) відновлення доброго імені, репутації; 3) відновлення або компенсація порушених функцій організму та працездатності хворих й інвалідів. Тобто це повернення хворого до нормального життя в межах його психофізичних можливостей.

Реабілітація – комплексна, багатоетапна-157 насистема медичних, соціально-психологічних, педагогічних заходів, спрямованих на усунення чи пом'якшення вад розвитку дітей-інвалідів і дітей з обмеженими фізичними та розумовими можливостями, інтеграцію в соціум, залучення до громадського життя і праці.

Реабілітація психічна (лат. rehabilitation – відновлення) – відновлення втрачених психічних здібностей особистості; у деяких випадках відновлення вихідного стану.

Ригідність (від лат. rigidus – жорсткий, твердий) у психології – недостатність пластичності або повна неспроможність, нездатність корегувати програму власної діяльності відповідно до вимог ситуації. Розрізняють: 1) когнітивну ригідність, що характеризується труднощами перебудови сприймання і уявлень у новій ситуації; 2) афективну, для якої властива скутість афективних, емоційних відгуків на нові об'єкти емоцій; 3) мотиваційну, яка виявляється у зв'язку з труднощами за необхідності перебудови системи мотивів в умовах, що потребують гнучкості та змін поведінки.

Риси особистості – стійкі елементарні, індивідуальні психологічні властивості людини, що характеризують її як особистість. Риси особистості можуть бути визначеннями характеру, мотивами поведінки та ін.

Розвиток – видозміни від простого до складного, від нижчого до вишого внаслідок накопичення кількісних змін, що зумовлюють якісні перетворення. У фізичному та психічному розвитку людини розрізняють онтогенез (розвиток від народження до кінця життя) і філогенез (розвиток, який відбувається під час біологічної еволюції під впливом умов життя). В онтогенетичному розвитку вирізняють такі етапи: пренатальний (ембріонатальний) та постнатальний (немовля, переддошкільний, дошкільний і шкільний – молодший, середній, старший вік, зрілість, старість).

Розвиток дитини – підрозділ дитячої психології. Ключове слово розвиток означає, що в центрі уваги перебувають аспекти фізіології, пізнання і поведінки, що демонструють якісні й кількісні зміни в міру розвитку дитини від народження до зрілого віку.

Розгальмованість – процес, який виявляється у надмірній рухливості, метушливості, незібраності, непосидючості дитини. Психомоторна розгальмованість часто поєднується з нестійкістю уваги, відволіканням, підвищеною виснажливістю, імпульсивністю. Розгальмованість особливо характерна для дошкільного та молодшого шкільного віку, спостерігається у дітей з різними проявами інфантилізму, затримкою психомоторного розвитку, загальним психічним недорозвитком тощо.

Розум – узагальнена характеристика пізнавальних можливостей людини. У вузькому розумінні – індивідуально-психологічна характеристика розумових здібностей людини. Рівень розумового розвитку дитини є основою ефективності її навчання і виховання; водночас навчання та виховання впливають на розумовий розвиток.

Розумовий розвиток – процес удосконалення інтелектуальної сфери та пізнавальних здібностей людини.

Самоконтроль – усвідомлення й оцінювання людиною власних психічних процесів, станів, поведінки та діяльності з метою забезпечення їх відповідності до поставлених цілей, вимог, правил, зразків. За допомогою самоконтролю людина здатна попереджувати і виправляти помилкові дії, операції, реалізовувати запропонований або самостійно прийнятий план діяльності.

Самосвідомість – відносно стійка, усвідомлена система уявлень індивіда про себе, орієнтуючись на яку, він формує взаємодію з іншими людьми. Самоаналіз, самооцінка є компонентами самосвідомості, вони пов'язані переважно з пізнавальним аспектом психічної діяльності, з емоційним аспектом пов'язані такі складові самосвідомості, як самолюбство, скромність, почуття відповідальності, власної гідності. Вольовими компонентами є володіння собою, самоконтроль, самодисципліна.

Самостійність – узагальнена характеристика особистості, що виявляється у критичності, ініціативності, адекватній самооцінці та почутті особистої відповідальності за діяльність і поведінку.

Свідомість – вища, притаманна лише людині, форма відображення дійсності, її об'єктивних сталих властивостей, що відіграє регулятивну роль стосовно поведінки. У психічному аспекті свідомість є процесом усвідомлення людиною навколишнього світу і себе, власних процесу пізнання та діяльності.

КОРОТКИЙ ПОНЯТІЙНО-ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

Сензитивний період – етап найінтенсивнішого розвитку певних психічних функцій, оптимальний для засвоєння відповідних видів діяльності. У дефектології вивчаються оптимальні терміни педагогічного впливу з метою досягнення найефективнішого корекційного ефекту. Для корекції порушеного розвитку переддошкільний і дошкільний вік є найбільш сензитивними.

Сенсорний (від лат. sensus – почуття, відчуття) – чуттєвий, пов'язаний із відображенням дійсності за допомогою відчуттів і сприймань.

Сигнальні системи – способи регуляції поведінки живих істот у навколишньому середовищі, властивості якого сприймаються головним мозком у вигляді сигналів, що сприймаються органами чуття як відчуття кольору, звуку, запаху тощо (перша сигнальна система), або подаються у знаковій системі – мова, звуки музики, малюнки, схеми, виразні рухи тощо (друга сигнальна система).

Симптом – характерний вияв, ознака психічних або органічних порушень і захворювань, що свідчать про зміни нормального функціонування організму або психіки.

Синдром – комплекс симптомів хвороби, пов'язаних однаковим походженням.

Система (від грец. systema – ціле, складене з частин) – цілісна сукупність взаємодіючих елементів. Розрізняють системи за рівнем складності, відкриті й закриті. Виокремлюють складні ієрархічно організовані системи, в яких передбачена супідрядність різних так званих рівнів.

Системності принцип (від грец. systema – складене з частин, з'єднання) у психології – методологічний підхід до аналізу психічних явищ, за якого відповідне явище розглядається як система.

Системогенез – процес послідовного розвитку у віковому плані симптомів відхилення.

Складний дефект – поєднання двох або більше дефектів розвитку, що є не лише сумою дефектів, а й зумовлюють якісно своєрідну структуру психічного дефекту.

Соціалізація – процес, за допомогою якого індивід здобуває знання, цінності, соціальні навички та соціальну чутливість, що дає йому змогу інтегруватися у суспільство і поводитися у ньому адаптовано. Це визначення стосується людей будь-якого віку, оскільки у широкому значенні соціалізація – життєвий досвід.

Соціальна роль – система норм, форм і правил поведінки, очікуваних від людини, що займає в суспільстві чи соціальній групі визначене положення.

Структура дефекту – психічний синдром, що складається з первинного синдромуутворювального симптому (фактора) і вторинних, які виникають унаслідок взаємозалежності елементів психічної системи.

Структура мовленнєвого дефекту – сукупність мовленнєвих і надмовленнєвих симптомів у їх зв'язку.

Субтест – частина психологічного тесту або його підпікала, що має самостійне значення й за допомогою неї оцінюється та чи інша окрема властивість.

Темперамент – динамічний аспект психічних реакцій людини: їх темп, швидкість, ритм, інтенсивність. Темперамент разом із характером і здібностями характеризує індивідуальні особливості особистості. Є такі типи темпераменту: меланхолічний, сангвінічний, флегматичний, холеричний.

Тривожність – психологічний стан підвищеного занепокоєння, емоційної напруги людини.

Труднощі спілкування – невідповідність комунікативної поведінки до ситуації й умов досягнення її мети. Такі труднощі зумовлені нестриманістю, внутрішньою напругою, несміливістю, невпевненістю, тривожністю, агресивністю, грубістю, недостатньою соціально-психологічною компетентністю. Виникнення труднощів спілкування впливає із внутрішнього взаємозв'язку спілкування та психіки.

Фенотип – сукупність усіх ознак і властивостей організму, що сформувалися у процесі його індивідуального розвитку (онтогенезу). Фенотип визначається взаємодією генотипу, тобто спадкової основи організму, з умовами середовища, в яких відбувається його розвиток.

Фрустрація (від лат. frustratio – марне сподівання, невдача, обман) – психічний стан, який виникає внаслідок реальної чи уявної перешкоди, що заважає досягненню мети. Виявляється у відчуттях напруги, тривоги, гніву тощо. Сила фрустрації залежить від ступеня значущості заблокованої поведінки.

Функціональний розлад – загальний термін для позначення будь-якого розладу певної функції, причиною якого не є органічна патологія. У практиці це поняття використовується для позначення: а) тих розладів, під час яких не виникає жодної відомої органічної патології; б) порушень, за яких відомо, що немає специфічної органічної патології, яка могла б безпосередньо відповідати за ці симптоми.

Характер (від грец. character – риса, особливість) – сукупність стійких індивідуально-психологічних особливостей конкретної людини, що виявляються в різних видах її діяльності та поведінки, підструктура особистості.

Церебральний – мозковий.