

В. А. Федосєєв, А.М. Лісєна

ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА Й КОРЕКЦІЯ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

2015

ПРИНЦИПИ ПОБУДОВИ ПАТОПСИХОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ

Психологічне обстеження дітей – важливий та актуальний напрям психодіагностики, адже в дитинстві контроль за відповідністю нормам психічного розвитку є необхідним для раннього виявлення можливих відхилень, планування індивідуальних заходів корекції й профілактики, спрямованих на вирівнювання окремих сторін психічного розвитку дитини. Психодіагностика дітей має свою специфіку порівняно з обстеженням дорослих. Чим молодша дитина, тим більше значення мають особливості вікових проявів, що відображають патологічно змінені прояви нормального вікового розвитку. Саме тому насамперед необхідно досліджувати ті психологічні утворення, які на певному віковому етапі є визначальними у психічному розвитку дитини. У випадку розвитку патологічного процесу саме ці психологічні утворення будуть передусім насичені ознаками хворобливої симптоматики. Аналізуючи діяльність, що є головною для певного віку, можна виявити симптоми емоційних розладів (страхи, агресивні тенденції), інтелектуальні порушення (патологічні асоціації, неадекватність розумової діяльності).

Оскільки психіка дитини постійно розвивається, у психологічній характеристиці обстежуваного завжди слід розрізняти два види симптомів: первинні, тобто безпосередньо пов'язані зі шкідливим впливом (хворобою, травмою тощо), і вторинні, що є наслідком порушення розвитку під впливом хворобливого процесу (поточного або такого, що вже завершився).

Таким чином, при дослідженні порушення психічної діяльності дитини необхідно враховувати не тільки характер порушень, але й ту вікову фазу, у якій мав місце шкідливий вплив, а також вплив цього первинного дефекту на виникнення вторинних утворень, які верифікуються на момент дослідження.

Спираючись на зазначені принципи, дитячий психолог вирішує в процесі дослідження психіки дитини такі завдання:

- виявляє порушення психічної діяльності й дає їм патопсихологічну кваліфікацію;
- проводить структурний аналіз виявлених порушень, виділяє первинні й вторинні симптоми;
- розробляє програму корекційних заходів.

Одна із важливих особливостей консультування в дитячій психології полягає в тому, що під час консультування психологу доводиться орієнтуватися одночасно на двох суб'єктів – на дитину і на її батьків, адже безпосереднім отримувачем психологічної допомоги (клієнтом) є не дитина, а дорослий (один із батьків, педагог), що звернувся за допомогою.

Можна виділити два підходи до здійснення цієї діяльності психологом.

При **проблемному підході** до дослідження психіки дитини психолог має виконати такі завдання:

- 1) з'ясувати, чи існує проблема;

2) визначити, у кого проблема виражена більшою мірою (так, наприклад, порушення поведінки можуть зовсім не турбувати самого школяра, але серйозно хвилювати вчителів і батьків);

3) проаналізувати шляхи вирішення проблеми;

4) вибрати оптимальний шлях вирішення проблеми, ураховуючи інтереси всіх сторін;

5) здійснити розроблений план дій.

Джерелом подібного способу мислення є досвід, накопичений практикою виховання, і сучасні психотерапевтичні підходи. Проблемний підхід є ефективним при вирішенні завдань, пов'язаних із порушеннями поведінки, негативними й особистісними особливостями підлітків, тобто тоді, коли ймовірність того, що причиною звернення до психолога може бути порушення з боку розвитку психічних процесів, є незначною. Досить перспективним проблемний підхід є за умов необхідності діяльної психологічної корекції. У цьому випадку підхід дає змогу визначитися зі сферою докладання зусиль психолога, виявити позицію дитини та інших учасників проблемної ситуації, налагодити відносини співпраці. Головна перевага цього підходу – єдність психодіагностики й психокорекції.

При **психодіагностичному підході** до дослідження перед дитячим психологом постають такі завдання:

1) дослідження функцій психічних процесів і виявлення відхилень;

2) визначення можливості поліпшення результатів під час надання допомоги;

3) діагностика особистісних особливостей дитини;

4) співвіднесення отриманих результатів із «нормативними» і встановлення патопсихологічного діагнозу;

5) визначення можливостей оптимізації процесу розвитку дитини й шляхів вирішення його соціальних проблем.

Застосування цього підходу є доцільним у випадках вирішення експертних питань, насамперед проблем, пов'язаних зі здатністю дитини до навчання, вибором його виду й місця; у випадках, коли високою є ймовірність, що у дитини є відхилення в психічному розвитку; якщо необхідно вжити психотренінгових заходів; під час з'ясування причин соціальної дезадаптації дитини.

Підбір експериментальних методик

У сучасній патопсихології використовується безліч експериментальних методик дослідження психічних процесів і станів. Суть їх полягає в моделюванні проблемних ситуацій, вирішення яких потребує від обстежуваного використання того виду психічної діяльності, який вивчається в дослідженні.

Обстеження дитини раннього віку має кілька особливостей. Через швидкі темпи розвитку в період раннього дитинства непомічені або такі, що

здавалися незначними, відхилення від нормального розвитку в подальшому можуть призводити до виражених порушень у більш зрілому віці. У ранньому дитинстві, з іншого боку, є ширші можливості корекції завдяки великій пластичності, чутливості до впливів, спрямованих на оптимізацію психічного розвитку дитини. Методики діагностики психомоторного, емоційного, сенсорного розвитку дітей, особливо найбільш ранніх вікових груп (новонароджені, немовлята), мають такі особливості: більшість тестів для дітей молодше шести років є або тестами виконання елементарних дій, або тестами виконання усних інструкцій. Крім того, це можуть бути елементарні дії з олівцем і папером. Більшість тестів для немовлят призначено для дослідження сенсомоторного розвитку (здатність тримати голівку, маніпулювати з предметами, сидіти, обертатися, стежити за предметом очима тощо).

Вивчення психічних процесів і функцій у дитини молодшого й середнього шкільного віку має складатися з таких обов'язкових етапів:

1. Дослідження працездатності з метою виявлення показників гіпостенічної або гіперстенічної виснаженості, утрудненого впрацювання, фазових коливань працездатності.

2. Вивчення уваги – її обсягу, здатності до довільної концентрації, розподілу й переключення.

3. Дослідження процесів запам'ятовування й відтворення. Психолога цікавлять механічні й смислові, асоціативні види запам'ятовування (відмінність у їх успішності), вербальні й невербальні методи, відмінності між можливостями самостійного відтворення або впізнання. Бажано також виявити обсяг пам'яті й можливості тривалого утримання інформації.

4. Вивчення процесу зорового й фонематичного сприйняття (якщо виникає підозра на порушення цього процесу) ритмічних послідовностей тощо.

5. Визначення рівня інтелекту іноді перетворюється на самостійну задачу при таких станах, як розумова відсталість або затримка психічного розвитку. Тут важливо виявити рівень розвитку вербального й невербального інтелекту, формування шкільних умінь і навичок, життєвої орієнтованості, можливостей розвитку інтелекту в процесі навчання.

6. Дослідження процесу мислення, яке, на відміну від визначення рівня інтелекту, є спрямованим на пошук специфічних його феноменів, характерних для порушень психічного розвитку. Це такі явища, як конкретність, інертність або спотворення мислення. Вивчення процесу мислення має проводитися у всіх випадках, коли є підозра на порушення психічного розвитку й незалежно від встановленого рівня розвитку інтелекту.

7. Дослідження особливостей мови як одне із завдань патопсихологічного обстеження полягає у вивченні розвитку й збереження смислової, змістової структури мови, наявності порушень у вигляді фонетичних дефектів, заїкання, недостатності функцій читання й письма.

Більш докладне вивчення особливостей мовного розвитку дитини є компетенцією логопеда.

8. Вивчення емоцій має велике значення у виявленні причин поведінки дитини, дає змогу визначити її ставлення до світу. Необхідно знати такі особливості емоцій: переважний емоційний фон, наявність різких коливань емоцій, феномени страхів, тривожності взагалі й шкільної особливо, існування внутрішньоособистісних конфліктів і механізмів компенсації, реакції в стані фрустрації. У деяких ситуаціях визначають екстраверсію, нейротизм, особливості темпераменту тощо.

На основі отриманих даних психолог може дійти таких висновків:

- чи є у дитини порушення психічної діяльності, чи її проблеми пов'язані тільки з недоліками мікросоціальної ситуації розвитку;
- якщо у дитини є порушення психічної діяльності, то який тип порушення переважає, які механізми призвели до його формування (структура первинного і вторинного дефекту, явище ретардації, асинхронії тощо);
- чи потребують феномени, виявлені як психологічний діагноз, втручання, чи такої необхідності немає (наявною є соціальна дезадаптація, формується вторинний дефект, стан погіршення);
- ким і на якому рівні може бути проведена корекція порушень розвитку дитини (достатньо змінення виховного підходу; можливим є змінення місця й форми навчання; необхідна консультація фахівців іншого профілю: педіатра, логопеда; необхідні й можливі психокорекційні й психотренінгові заходи).

Психологічне обстеження підлітків має деякі відмінності. Крім проведення звичайного обстеження підлітків визначають наявність і тип акцентуації характеру, приділяють увагу мотиваційній структурі особистості, спрямованості, самооцінці. Існує кілька специфічних підліткових проблем і психічних станів, які потребують діагностики й корекції. До цієї групи належать реакції адаптації, порушення у формуванні потягів, особистісні кризи.

Велике значення має встановлення контакту з дитиною. Якщо при обстеженні дорослого позиція психолога може бути нейтральною, то спілкування з дитиною потребує від експериментатора активності. Слід створити не просто доброзичливу атмосферу, а й уміти зацікавити дитину (особливо маленьку) завданнями, створити позитивний емоційний тон, щоб дитині хотілося продовжити експеримент. Тому психологічне обстеження дітей дошкільного віку проводиться у вигляді гри. Для школярів більш прийнятною є ситуація, що відображає навчальний процес, коли дитина ніби демонструє дорослому свої знання, уміння та здібності.

Обстежуючи дітей підліткового віку, дуже важливо продумати стиль стосунків із підлітком під час бесіди, у тому числі заздалегідь вирішити, як пояснити їм цілі обстеження.

Для правильної організації психологічного обстеження дитини необхідно мати окреме приміщення, у яке не входитимуть під час експерименту сторонні люди, куди не проникатиме шум, де не буде яскравих предметів, які відвертають увагу. Патопсихологічне обстеження, природно, проводиться суворо індивідуально. Якщо дитині менше шести років, то допускається присутність матері (або особи, що її замінює). Не слід проводити обстеження, якщо дитина перевтомлена або, навпаки, перезбуджена, якщо голодна або, навпаки, тільки-но поїла, якщо відчуває нездужання, біль чи інші ознаки дискомфорту. Якщо необхідними є повторні обстеження, то їх призначають на одну й ту ж годину дня.

Патопсихологічне обстеження дітей проводиться у формі навчального експерименту. Якщо у дитини виникають труднощі, то їй треба надавати допомогу. Це можна зробити у вигляді загальної стимуляції (підбадьорювання, похвали), організації діяльності, навідних запитань, прямих підказок, демонстрації або навчання на матеріалі аналогічного завдання з подальшим контролем за перенесенням способу дії. Під час аналізу отриманих результатів слід урахувати, який вид допомоги і якою мірою було надано дитині і наскільки це допомогло йому впоратися із завданням.

Специфіка роботи з дітьми ускладнює питання протоколювання процесу експерименту. Безумовно, фіксація висловлювань та емоційно-рухових проявів дитини є необхідною, однак суто технічно здійснити це складно. Більшість інформації доводиться запам'ятовувати, а потім записувати відразу ж після закінчення експерименту. Це обумовлено тим, що спілкування психолога з дитиною має бути живим, невимушеним і психологу не слід відволікатися на тривалі записи.

Методи дослідження порушень психічних процесів і станів у дітей

Психічні властивості – це стійкі прояви у психіці індивіда, закріплені в структурі його особистості. Поняття «психічний стан» використовується для умовного виділення в психіці індивіда відносно статичного моменту на відміну від поняття «психічний процес», проте підкреслює динамічні моменти на відміну від психічних властивостей. Наприклад, стан афекту можна вважати і проявом властивостей особистості (запальності, гнівливості), і психічним процесом з огляду на стадіальність розвитку емоцій.

У патопсихології предметом вивчення є афективні стани, розумова працездатність, виснаженість, стани людини в умовах стресу, у ситуації фрустрації тощо.

Психічні процеси традиційно поділяють на три групи:

- пізнавальні;
- емоційні;
- вольові.

У межах дитячої патопсихології особливо важливим є ретельне дослідження пізнавальних процесів, оскільки вони значною мірою визначають успішність дитини в навчальній діяльності. У зв'язку з цим більшість експериментальних завдань для дітей спрямовано на вивчення уваги, пам'яті, мислення, сприйняття. Перебіг емоційно-вольових процесів у дітей зазвичай аналізується під час експерименту шляхом спостереження за їх поведінкою, реакціями на успіх і неуспіх, виходячи з даних, отриманих у результаті бесіди (зміст і форма висловлювань, міміка, інтонації тощо). У зв'язку з цим слід приділити особливу увагу методу спостереження й бесіди з дітьми.

Після експериментального дослідження проводиться заключний етап бесіди з дитиною (зазвичай нетривалий). Психолог з'ясовує, які завдання сподобалися дитині, а які ні, що було важко, а що легко, як оцінює свої успіхи дитина, як вона себе почуває. Виходячи з цього психолог уточнює свої враження про психічні особливості дитини, її емоційно-вольові прояви.

Метод спостереження застосовується протягом усього процесу патопсихологічного обстеження одночасно з експериментальними методами.

Діти, у яких немає порушень у розвитку психічної діяльності і відхилень у поведінці, під час обстеження поводяться серйозно, вони зібрані й активні. Їм цікавий процес роботи, оцінка результатів, вони радіють успіху і схваленням психолога. При невдачі діти засмучуються, але не втрачають самовладання, намагаючись подолати труднощі.

Треба враховувати, що якщо патопсихологічне обстеження проводять із дитиною, якій властиві відхилення в поведінці, то правильно оцінити її інтелектуальний розвиток можна тільки за умови хорошого контакту й значної мотивації до виконання завдань.

Має значення також порядок подання завдань за складністю. Якщо про дитину відомо, що вона погано засвоює програму навчання дитячого садка або школи, то треба почати з легких завдань, оскільки перша ж невдача може призвести до звичної негативної емоційної реакції на свою неспроможність. У той же час, якщо підлітку з девіантною поведінкою дати занадто легке завдання, то це може здатися йому підозрілим і навіть образливим. Крім того, дитина встигає втомитися, якщо перед завданнями середньої складності їй вже довелося виконати кілька більш легких завдань. Таким чином, порядок подання завдань залежить від особливостей психіки дитини, які виявляються на попередньому етапі обстеження або під час бесіди.

Підбиваючи підсумки викладеного вище, виділимо основні моменти, які необхідно враховувати при дослідженні психічних процесів і станів у дітей:

- 1) ставлення до психолога й до самого процесу обстеження;
- 2) ступінь цілеспрямованості діяльності, інтерес до неї, особливості реагування на успіх і неуспіх;

- 3) аналіз динаміки емоційно-вольових проявів;
- 4) аналіз спостережень зовнішнього вигляду й словесних проявів.

Патопсихологічне обстеження дітей дошкільного віку

Аналізуючи психічну діяльність дітей дошкільного віку, необхідно мати дані про рівень їх рухового й мовного розвитку, особливості функціонування пізнавальної та емоційно-вольової сфери.

Мовленнєвий розвиток дитини до трьох років досягає високого рівня. Дитина правильно будує прості речення (ураховуючи правила морфології й синтаксису) і починає використовувати складні. У три з половиною роки діти вже можуть вести діалог, підтримувати тему розмови, міркувати, пояснювати, самостійно перероблювати фразу, щоб дорослий краще зрозумів, про що йдеться. До чотирьох років малюки освоюють норми ввічливого поведіння, розуміють сенс непрямих прохань: наприклад, щоб випросити щось у дорослого, використовують не тільки «будь ласка», а й обхідні шляхи. Діти старше чотирьох років розуміють відмінність у стилі спілкування: з дорослими вони дотримуються дистанції, їх мова більш ввічлива; з дітьми старше себе вони говорять інакше, ніж з молодшими.

Якщо виявляється невідповідність цим нормам, то виникає питання про наявність у дитини психічного недорозвинення чи інші порушення психічної діяльності.

Експериментальна частина патопсихологічного обстеження проводиться в ігровій формі. Завдання, спрямовані на виявлення рівня розвитку пізнавальних процесів, доцільно об'єднати в один ігровий сюжет.

При нормальному розвитку дитини до кінця дошкільного віку розумові операції, що передують абстрагуванню (аналіз, порівняння, узагальнення), уже здійснюються стисло.

Труднощі у встановленні контакту зазначаються у дітей з підвищеним рівнем тривожності, уповільненості, з невротичними реакціями. Відхід від контакту спостерігається в аутичних дітей. Легкість контакту, що поєднується з поверхневістю (а звідси і його неповноцінність), може бути пов'язана з інтелектуальним недорозвиненням.

Серйозною причиною для більш поглибленого обстеження дитини є відсутність його реакції на схвалення. Це означає, що дитина або не розуміє змісту і значення схвалення, або байдужа до оцінки дорослого. Навпаки, різке поліпшення результативності виконання завдань після схвалення властиве невротизованим дітям, що пояснюється зниженням у них емоційного напруження. Відсутність реакції на зауваження свідчить або про інтелектуальне зниження (тобто дитина просто не розуміє сенсу зауваження й тому не сприймає його як вказівку дорослого), або про надмірну капризність, коли обмеження та вказівки незвичні для дитини.

Дуже інформативним є спостереження за реакцією дитини на труднощі й неуспіх у діяльності. У нормі діти самі виявляють свої помилки і,

відреагувавши на це у висловлюваннях («Ой!», «Неправильно!», «Не так!», «А як же?»), зосереджено переробляють завдання, намагаючись досягти правильного результату, і звертаються, якщо необхідно, по допомогу до дорослого.

Якщо дитина, перед якою постали труднощі у виконанні завдання (або після вказівки на помилку), починає хаотично перебирати варіанти рішень (що перешкоджає правильному орієнтуванню), але все ж прагне виконати завдання до кінця, то це свідчить про її невротизованість. Невиправдано гучний придуркуватий сміх або плач у цих випадках є характерним для дітей із невротичними реакціями, а також у капосних дітей.

Рухова розгальмованість, що виявляється у відповідь на невдачу, зазначається у дітей із мінімальними мозковими дисфункціями і більш серйозними церебральними порушеннями. Це виражається в тому, що дитина починає швидко й неадекватно маніпулювати з об'єктами, втрачає мету дій і не доводить виконання завдання до кінця.

Активна відмова дитини від виконання завдання (якщо постають труднощі) виявляється часто у формі агресивних дій, що руйнують експериментальну ситуацію. Такий тип реакції зазначається при органічній збудливості, відхиленнях в особистісному розвитку, патохарактерологічних особливостях. Пасивна відмова від виконання завдання (тобто коли дитина мовчки припиняє роботу й не робить навіть спроб виправити помилку) спостерігається у дітей з інертністю психічних процесів (тобто коли дитина розуміє свою помилку, але не може виконати завдання правильно, довго розмірковуючи, що ж робити далі). Якщо ж дитина старше трьох років постійно звертається до дорослого, весь час запитуючи, чи правильно вона діє, це може бути або ознакою інфантилізму, або наслідком виховання за типом гіперопіки.

Особливості емоційно-вольової регуляції у дошкільнят добре виявляються у грі. Починаючи з трьох років діти вже враховують функціональні властивості іграшок, використовують дії, що заміщають, можуть виконувати певну роль у грі. Під час колективних ігор виявляється здатність дитини засвоїти правила гри, її цілеспрямованість та активність, прагнення до домінування чи підпорядкованості. Для цілеспрямованого виявлення емоційних реакцій на неуспіх застосовуються ігри із програмованими виграшем і програшем. Створення таких стандартних умов чергування успіху й неуспіху дає можливість визначити ступінь толерантності дітей до негативних емоцій.

Дослідження психічних процесів у дітей шкільного віку

Обстеження дітей шкільного віку доцільно починати з орієнтаційних методів виявлення рівня шкільної зрілості. Застосовуючи ці методики, психолог визначає рівень розвитку довільної уваги дитини, рівень саморегуляції – уміння діяти за правилом, ступінь розвиненості сенсомоторних зв'язків і тонкої моторики рук, недоліки в мовному розвитку

(порушення фонематичного сприйняття), порушення зорово-просторової орієнтації.

Визначення рівня наочно-дієвого мислення, конструктивного праксису є особливо важливим у тому випадку, коли дитині погано вдається виконання завдань за іншими методиками або вона недостатньо володіє мовою.

Поряд з аналітико-синтетичними параметрами процесу мислення дуже важливим параметром є осмислення, тобто вміння вловлювати зміст, визначати внутрішні зв'язки між об'єктами.

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІДХИЛЕНЬ В ОСОБИСТІСНОМУ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ

Вивчаючи особистісний розвиток дитини, якій властиві відхилення в поведінці, психолог стає перед проблемами. По-перше, особистість уже являє собою складне утворення, і немає такого методу, який може повністю розкрити справжню сутність людини. Тому застосовуючи ті чи інші методики, психолог отримує відомості про особистісні прояви, на підставі яких (у міру своєї кваліфікації) складає цілісне уявлення про особистість дитини. По-друге, якщо поведінка дитини відхиляється від суспільно схвалюваних норм, то це може бути пов'язане з порушеннями в розвитку психіки, детермінованими, у свою чергу, ендогенними й екзогенними (як біологічними, так і соціальними) факторами. По-третє, ураховуючи, що процес становлення особистості дітей спрямовується дорослими (саме тому частіше кажуть про формування особистості), необхідно проводити дослідження особистості дитини в загальному контексті соціальної ситуації розвитку.

Вибір методів дослідження відхилень в особистісному розвитку дитини є більш складним, ніж аналогічна задача в роботі з дорослим пацієнтом.

Методи дослідження особистості:

1. Спостереження й подібні до нього методи (вивчення біографії, клінічна бесіда тощо).
2. Спеціальні експериментальні методи (моделювання певних видів діяльності, ситуацій, деякі апаратурні методики).
3. Особистісні опитувальники (методи, що базуються на самооцінці).
4. Проективні методи.

Виходячи з цього, розглянемо методи дослідження особистості, умовно поділивши їх на дві групи:

1) методи інтегральної оцінки особистості дитини в контексті соціальної ситуації розвитку, до яких належать насамперед проективні методи, спостереження, методи вивчення дитячо-батьківських відносин;

2) методи дослідження структурних компонентів особистості, призначені для вивчення конкретних особистісних проявів із допомогою

моделювання ситуацій, конкретних видів діяльності, застосування особистісних опитувальників тощо.

Це умовне розмежування не є класифікацією, а призначається для вирішення суто практичного завдання – допомогти психологу у виборі методів дослідження особистісного розвитку дітей.

Методи інтегральної оцінки особистості дитини в контексті соціальної ситуації розвитку

У процесі обстеження психолог шляхом спостереження складає уявлення про особистісні особливості дитини. Під час бесіди з дитиною (а також із його батьками і, якщо можливо, вчителями) відкриваються нові сторони особистості дитини, з'ясовуються різні параметри її відносин із мікросоціумом і світосприйняття в цілому. Існує кілька спеціальних методів дослідження особистості дитини.

Тест «Дім – дерево – людина», автором якого є американський психолог Дж. Бак, дає змогу виявити такі симптомокомплекси: почуття незахищеності, тривожність, невпевненість у собі, почуття неповноцінності, ворожість до оточуючих, наявність конфліктної (фруструючої) ситуації в житті дитини, труднощі у спілкуванні і встановленні контактів, депресивні тенденції. Обстежуваному пропонують намалювати будинок, дерево і людину. Цей тест належить до проєктивних, оскільки при невизначеності висунутого стимулу випробуваний проєктує своє уявлення про будинок (дерево, людину) і ставлення до того, що цей об'єкт символізує для нього.

Тест Люшера також належить до проєктивних методів. Суть його полягає в тому, що вибір людиною того чи іншого кольору відображає функціональний стан його психіки, головні потреби, прагнення й побоювання, а також стійкі риси особистості. У процесі тестування дитина вибирає або відкидає запропоновані тестові кольори, формує сім рядів. У них вона проєктує структуру своїх внутрішніх диспозицій на систему шкал, що оцінюють психічний стан, потреби й особистісні особливості. Психолог, у свою чергу, через цю систему шкал реконструює структуру внутрішніх диспозицій досліджуваного. У тесті виділяють структуру й функцію кольору. Структура – це об'єктивне значення кольору. Функція – його значення залежно від ставлення до нього обстежуваного, що визначається розташуванням кольору в ряду. При інтерпретації враховується не тільки розташування кольору в ряду, але і його зв'язок з іншими (сусідніми), переміщення кольору в наступному колірному ряду тощо.

Метод Роршаха – проєктивний метод, що дає можливість на основі тлумачення людиною випадкових зображень, «плям» досліджувати особистісні особливості обстежуваного. Слід зазначити, що метод Роршаха належить до найбільш складних прийомів дослідження особистості. Застосування його є можливим тільки за умов серйозного навчання

психолога, тривалого практичного досвіду роботи і солідних теоретичних знань в області психології особистості.

Тематичний аперцептивний тест (ТАТ) – проєктивний метод, стимульний матеріал якого складається з 29 картин і однієї білої карти, яку дають випробуваному для того, щоб він уявив на ній будь-яку картину.

Для дітей молодшого віку застосовують тест САТ, який є варіантом ТАТ. Тут замість 29 картин використовуються 10 малюнків невизначеного змісту, на яких зображено тварини.

Аналізуючи результати виконання завдань, дані бесіди і, особливо, спостереження за емоційно-руховими проявами дитини, психолог робить висновки про ступінь усвідомлення випробуваним себе як суб'єкта своєї життєдіяльності, з'ясовує його уявлення про причини й цільові зв'язки між подіями його життя, ставлення до свого майбутнього, оцінювання минулих подій і пережитої ситуації, світовідчуття в цілому.

Слід зазначити, що викладені вище методи дослідження особистості, як і всі проєктивні методи, не дають однозначної відповіді на запитання, що цікавлять психолога. Результати, отримані з їх допомогою, – завжди умовні, оскільки можуть відображати як актуальні, тимчасові стани випробуваного, так і його дійсну життєву ситуацію. Тому висновки, отримані на основі одного з методів, треба перевіряти іншими методами й зіставляти їх із результатами бесіди і спостережень за обстежуваним. Перевага ж проєктивних методів у процесі дослідження дитини полягає в тому, що вони виключають вплив на дитину установки на соціально схвалювані відповіді. Закріплені в нашій культурі ролі Старшого й Молодшого спонукають дитину у відповідь на прямі запитання дорослого казати не те, що вона думає, а те, що «має бути сказане», тобто вважається «пристойним». При невизначеності стимулу й мети методики (що завжди є наявним у проєктивних методах) дитина звільняється від контролю соціальних норм, її особистісні прояви стають більш безпосередніми.

Дослідження стосунків дитини з батьками та іншими представниками її найближчого оточення дає можливість оцінити її особистість у контексті соціальної ситуації розвитку. З огляду на це дуже інформативними є методи, що відображають реальну взаємодію дитини й дорослого й полягають у моделюванні експериментальної спільної діяльності.

Продуктивною є також методика сімейного прийому, коли до психолога приходять обоє батьків із дитиною. Спочатку психолог розмовляє з батьками, а дитина в цей час малює та грає в іншій кімнаті. Потім психолог працює з дитиною, далі – з кожним із батьків окремо. Підсумкова бесіда проводиться з обома батьками. Це дає змогу побачити проблему дитини з різних точок зору (думки матері, батька) і виробити загальний підхід до її вирішення.

Особливості сімейного виховання і ставлення до дитини виявляються також із допомогою опитувальників, які заповнюють батьки (мати і батько окремо). Виявляються такі типи взаємин:

- 1) оптимальний емоційний контакт;
- 2) зайва емоційна дистанція з дитиною;
- 3) надмірна концентрація на дитині.

Методика аналізу сімейного виховання (АСВ) – застосування опитувальника, призначеного для аналізу сімейного виховання і причин порушень цього процесу. Цей опитувальник необхідний батькам, які мають дітей підліткового віку. На основі аналізу результатів визначається тип неправильного виховання: гіперпротекція (дозволяюча й домінуюча) і гіпопротекція, емоційне відкидання, жорстоке поводження з дитиною, виховання в умовах підвищеної моральної відповідальності. Зазначені типи неправильного сімейного виховання призводять до появи непсихотичних патологічних порушень поведінки й відхилень у розвитку особистості підлітка.

Застосовувані методи дають змогу дати інтегральну оцінку особистості дитини в її відносинах зі своїм мікросоціумом. На основі отриманих даних психолог може орієнтуватися, які саме структурні компоненти особистості могли бути порушені, де ті «вузлові моменти» і «афектогенні зони», які детермінують поведінку дитини з відхиленнями. Для остаточного з'ясування цих питань застосовуються методи, що дають змогу більш конкретно, прицільно досліджувати ті чи інші особистісні властивості.

При узагальненні даних, отриманих у процесі вивчення особистості дитини, її психічних процесів і станів, психолог робить висновки про наявність порушення в психічному розвитку обстежуваного й розробляє програму психолого-педагогічної корекції.

Нагадаємо, що психолог не повинен виходити за межі своєї компетенції і ставити діагноз.

Висновки психолога:

1. Короткий виклад про причини звернення (хто звернувся до психолога, у чому полягає суть скарг).
2. Результати спостереження за дитиною під час обстеження.
3. Відомості про результати дослідження пізнавальної сфери й особистісних особливостей дитини. Тут бажано починати з опису головного порушення, виявленого під час обстеження. Необхідно показати також, із комплексом яких порушень воно пов'язане. Далі необхідно зазначити, які сторони психічної діяльності відповідають нормі або більш високому рівню розвитку. Вести опис за методиками недоцільно.
4. Дані про соціальну ситуацію розвитку дитини.
5. Рекомендації батькам (у тому числі й рекомендації про необхідність проконсультувати дитину у психіатра, логопеда тощо).
6. Програма психолого-педагогічної корекції.

Вплив відхилень у психічному розвитку на формування особистості

Порушення особистісного (проблеми з поведінкою, спілкуванням) і психічного (розлади інтелекту, пам'яті, уваги тощо) розвитку перебувають у складному й неоднозначному взаємозв'язку.

Частина особистісних проблем виникає як реакція на первинне ушкодження мозку, наявність органічної патології в тих чи інших його відділах. У деяких випадках не вдається виявити жодних істотних відхилень у функції ЦНС, однак у дитини особистісні розлади досягають такого рівня, що потребують лікування та спостереження психіатра.

Причини виникнення відхилень в особистісному розвитку

У вітчизняній і зарубіжній психології існує ряд концепцій, кожна з яких пояснює порушення особистісного розвитку як наслідок досить різноманітних причин: генетичних, фізіологічних (ускладнення процесу народження), соціальних (засвоєння неадекватних форм батьківської поведінки) та багато інших.

У біологічно орієнтованій психіатрії та психології особистісні й поведінкові розлади у дітей і підлітків розглядаються як наслідок впливу генетичних факторів. Так, наприклад, схильність до ризику, агресію, високу делінквентну активність у хлопчиків пов'язують із наявністю додаткової Y-хромосоми. Проводяться також серйозні дослідження для визначення впливу генетичних факторів у процесі формування психопатій, порушень потягів.

Останніми роками у вітчизняній і зарубіжній психології розвивається етологічний підхід, відповідно до якого форми порушеної поведінки й патологічних (з огляду на сучасні соціальні норми) особистісних реакцій досліджуються в контексті поведінкової активності, характерної для будь-яких біологічних істот. Наприклад, схильність до бродяжництва у підлітків розглядається в цій концепції як потреба в освоєнні нової території, вихід за межі «батьківського гнізда». Проводяться паралелі між реакціями групування у підлітків та аналогічною поведінкою у малят деяких видів птахів і ссавців (пінгвінів, вовків); реакції наслідування, імітації також властиві істотам інших видів і, можливо, диктуються однією й тією самою біологічною закономірністю.

У різних психотерапевтичних підходах особистісні порушення вважають наслідком впливу внутрішньоутробного розвитку, пологів, першого року життя й подальших соціальних впливів.

Станіслав Ґроф пов'язує особистісний розвиток дитини в міру його дорослішання з особливостями перебігу передпологового періоду й пологів. Він виділяє чотири базові перинатальні матриці, які відповідають стадіям пологів. Згодом на їх основі утворюються внутрішньоособистісні конфлікти й домінуючі потреби у дорослого. Перша перинатальна матриця (безтурботного внутрішньоматкового існування) пов'язана з виникненням почуття задоволення від розгойдування, купання і прагнення до того, щоб

оточуючі негайно задовольняли всі потреби, які виникають. Друга перинатальна матриця (період переймів) закладає сприйняття світу як джерела безперервних і невизначених страждань, схильність до депресії, прагнення до самогубства (але безкровними засобами). Третя перинатальна матриця (період потуг) може стати джерелом напруженості, полярності емоційних переживань, високої схильності до ризику, до кривавих засобів самогубства. На думку С. Грофа, такі форми порушень потягів, як прагнення до підпалів, бродяжництва, агресія, пов'язані з функцією третьої перинатальної матриці. Четверта перинатальна матриця (відразу після народження) пов'язана з почуттям радості, полегшення, прагнення до подолання перешкод. Формування таких сексуальних порушень, як ексгібіціонізм, жіночий гомосексуалізм, на думку вченого, пов'язане з функцією цієї матриці.

За теорією Отто Ранка, первинно перенесеною психотравматичною ситуацією вважається сам факт народження як перехід від ідеально сприятливих умов внутрішньоутробного існування до ворожого середовища. Це створює первинне відчуття тривоги. О. Ранк вважає відділення дитини від тіла матері основною травмою народження, що призводить надалі до страху самотності, розставання, втрати тощо.

Вплив на процес формування особистості негативних факторів розвитку дитини в ранньому віці, зокрема недостатньої уваги з боку матері, простежується і в роботах Зігмунда Фрейда. За Фрейдом, основою порушень особистісного розвитку й багатьох психопатологічних симптомів є конфлікт між несвідомими потребами й соціальними нормами. Основним періодом формування невротичних конфліктів Фрейд вважає вік від народження до п'яти років. У цей період дитина проходить фази дозрівання сексуальності. Перша – оральна (грудного вигодовування), під час якої рот немовляти функціонує як ерогенна зона. Пізніше, з привчанням дитини до туалету, основна увага переноситься на відчуття, пов'язані з дефекацією (анальна фаза) і сечовипусканням (уретральна фаза). У віці чотирьох років починає переважати інтерес до статевих органів (фалічна фаза).

З. Фрейд визначив залежність порушень міжособистісного спілкування й поведінки від пригнічення потягів. Зокрема, через неправильне сімейне виховання (надмірну суворість, прагнення до обмеження природної поведінки дитини) починається формування неврозу. При затримці особистісного та психосексуального розвитку на окремі з ранніх стадій виникають специфічні особливості характеру, поведінки, статевого потягу.

Анна Фрейд, продовжуючи розвивати теорії свого батька, описує особливості формування захисних механізмів особистості в дитячому віці. Вона вважає, що дитина має великий, порівняно з дорослим, діапазон реагування на конфлікт між свідомістю й несвідомим. Дитина здатна досягти задоволення своїх потягів під час фантазій, рольових ігор, а в разі, якщо ці компенсаторні механізми є недостатніми, відбувається формування неврозу. Навички витіснення або перенесення, які виникли в дитинстві, або

інші способи психологічного захисту від конфлікту, на думку А. Фрейд, переносяться в доросле життя хворого й продовжують там функціонувати «автоматично».

У сучасних концепціях гуманістичної психології великого значення набувають дитячо-батьківські відносини, особливо емоційний контакт матері з дитиною.

Із раннього віку, ще до того, як дитина починає усвідомлювати себе, вона вже відчуває ставлення до неї, сприймаючи себе такою, яку люблять, або, навпаки, відкинутою. Природно, що ці враження дитина отримує насамперед у стосунках із матір'ю, оскільки зв'язок з матір'ю – найбільш тісний (у перші місяці життя симбіотичний) та емоційно насичений. Любов матері, її схвалення й повне прийняття дитини, що виявляється в постійному контакті, ніжності і дбайливому догляді, є фундаментом формування гармонійної, емоційно стійкої особистості. Якщо ж мати внутрішньо відкидає дитину, то, незважаючи на хороший догляд і зовнішні прояви уваги (дитину вчать увічливості, пристойній поведінці, розвивають інтелект, контролюють спілкування, але не цікавляться її переживаннями, внутрішнім світом), тісного емоційного контакту не виникає. Якщо дитина не впевнена в постійності й надійності любові матері, у її незмінній підтримці й повному прийнятті, то згодом може виявитися спотворення її особистісного розвитку. Діти, які виростили в ситуації емоційного відкидання, стають нездатними до прихильності й любові, у них немає почуття спільності з іншими людьми, їм властиві холодність, відкидання інших і неприйняття себе. Ці якості виявляються в агресії, спрямованій або зовні (аж до асоціальної поведінки), або на власну особистість (схильність до самоушкодження). Таким чином, відсутність або нерозвиненість позитивних емоційних стосунків із найближчим сімейним оточенням (насамперед із матір'ю) може спричинити психопатичний розвиток особистості.

Інший варіант спотвореного особистісного розвитку формується внаслідок руйнування (або навіть загрози руйнування й розриву) раніше сформованого позитивного емоційного контакту. Якщо мати змушена тривало розлучатися з маленькою дитиною (від'їзд, необхідність госпіталізації, поміщення дитини в ясла), то це залишає незгладимий слід у розвитку психіки дитини. Причому гостра негативна реакція на розлуку виникає не просто як наслідок погіршення якості догляду за дитиною, а саме як емоційне переживання втрати абсолютно певної близької людини. У цьому випадку спотворення в особистісному розвитку формується за невротичним типом. Ці діти – невпевнені в собі, тривожні, полохливі, залежні, їм властива жага любові та нав'язливий страх утратити об'єкт прихильності. При найменших утрудненнях вони плачуть, ображаються, утрачають цільову орієнтацію, що призводить до дезорганізації діяльності.

Необхідно підкреслити, що такі відхилення в особистісному розвитку спостерігаються не тільки у дітей, які часто опинялися в ситуації розлуки з матір'ю, але й у тих, які виховувалися в ситуації постійної загрози розриву

позитивного емоційного зв'язку з нею. Це стосується таких випадків: коли батьки як основний дисциплінарний метод використовують загрозу кинути дитину («Припини плакати, а то зараз віддам тебе дядькам!») або розлюбити її («Припини нити та не приставай до мене, я тебе такого не люблю!»); коли дитину звинувачують, що через її поведінку захворіла мама або померла бабуся; коли дитину використовують як засіб впливу в сімейних сварках або під час розлучення; коли за непослух або неуспіхи в навчанні дитині оголошують тривалий бойкот або застосовують покарання, що принижує його особистість.

Постійна загроза розриву позитивних емоційних зв'язків із найближчими людьми, дефіцит постійної духовної близькості з ними ускладнюють ідентифікацію дитини з батьками, що змушує її шукати співчуття, співпереживання та зразків для наслідування поза сім'єю.

У концепції індивідуальної психології Альфреда Адлера такі особистісні особливості, як прагнення вищості й успіху, а також неврози розглядаються як реалізація потреби в гіперкомпенсації біологічної недостатності. Визначено тісну залежність аномалій особистісного розвитку від умов виховання в ранньому дитинстві – занадто сильної опіки або занедбаності або того й іншого по черзі.

У теоріях патохарактерологічного розвитку (К. Леонгард, А. Є. Личко) акцентуації сприймаються як наслідок поєднання певної генетичної і конституціональної схильності та несприятливих умов виховання й навчання.

Поведінковий підхід у дитячій патопсихології описав у своїх роботах Майкл Раттер, який особистісні порушення подає як наслідок засвоєння неправильних поведінкових стереотипів і формування шкідливих звичок. У зв'язку з цим завданням психолога є корекція неправильних форм поведінки незалежно від їх детермінант.

У трансактному аналізі (Ерік Берн) основна увага приділяється системі міжособистісних і внутрішньоособистісних відносин. У середині особистості людини умовно виділяють три частини: Батька, Дорослого і Дитини. Це означає, що в поведінці й особистісних особливостях дитини виявляються елементи як більш ранньої поведінки, так і здатність до раціонального оцінювання дійсності («маленький професор»), а також наслідування батьківським нормам і стереотипам. При несприятливих впливах з боку сімейного оточення у дитини можуть актуалізуватися форми поведінки, що є властивими більш молодшому віку. Так, наприклад, дитина в шість років може смоктати палець. Можливою є й така ситуація, коли у дитини актуалізується частина Дорослого, що оцінює й звинувачує. Це призводить до невпевненості, почуття провини й несвободи. Надалі, у міру зростання й особистісного розвитку підлітка, внутрішньоособистісний конфлікт між частинами Дитини, Батька й Дорослого може призвести до недостатньо адекватного оцінювання навколишнього, автоматичного слідування стереотипам поведінки, несвідомо засвоєним від батьків. Особливим

розділом теорії трансакційного аналізу є теорія «сценарію життя», який засвоюється в дитячому віці.

У концепції нейролінгвістичного програмування причиною особистісних порушень є спотворення комунікації членів сім'ї, неузгодженість між їх вербальними й невербальними «висловлюваннями», що призводить до почуття замішання у дитини й формування у неї порушених форм спілкування й неадекватного уявлення про себе. Так, наприклад, якщо мати каже дитині: «Ти кращий за всіх!» з гнівною інтонацією і відразливими рухами рук, то дитина не знає, на яке з цих повідомлень їй орієнтуватися, і при багаторазових повтореннях подібних ситуацій починає реагувати або тільки на мову, або на рухи й інтонацію. Надалі дитина сама засвоює подібні форми комунікації.

У своїх роботах Віктор Франкл і Бруно Беттенгейм прояви внутрішньоособистісних конфліктів у дітей і підлітків, невротичні реакції подають як наслідок психотравматичного впливу з боку батьків або суспільства в цілому (в умовах гетто, концтаборів тощо). Як механізм компенсації пропонується робота, спрямована на розуміння дитини, допомога підлітку в усвідомленні ним сенсу життя, спрямованість на творчу й пізнавальну активність особистості.

Більш синтетичним підходом до проблеми виникнення особистісних розладів і їх терапії є точка зору Дж. Грехема, який вважає невротичні розлади у дорослих наслідком психотравматичних впливів у момент пологів, у період грудного дитинства, у процесі конфліктних стосунків із батьками надалі, що призводить до спотвореного сприйняття свого «Я», оточення, почуття неповноцінності, пригніченості, страху. Дж. Грехем пропонує спосіб психогенетичної корекції цих порушень у дітей і дорослих шляхом повторного, більш усвідомленого проживання й «прогривання» психотравматичних моментів. Розуміння різноманіття і часто взаємодоповнення причин особистісних розладів дає можливість будувати більш гнучку систему психотерапії.

Існує також багато досліджень окремих феноменів особистісних порушень у дитячому й підлітковому віці. Це описано в роботах Ф. Зімбардо, Д. і Б. Байярдів, орієнтовані на ознайомлення батьків і педагогів із особливостями корекції небажаних особистісних реакцій.

У вітчизняній психології, на жаль, до останнього часу приділялося мало уваги причинам і динаміці формування порушень особистісного розвитку. Існують суто психіатричні підходи до порушень особистісного розвитку (неврозів, психопатії, адаптаційним реакціям тощо). У віковій психології описуються відхилення у формуванні, наприклад, морально-етичних норм (П. Я. Якобсон) або когнітивних функцій (Л. А. Венгер). Цілісним підходом до проблеми неврозів і невротичних реакцій у дитячому віці характеризуються дослідження О. І. Захарова, Д. І. Ісаєва та ін. Ці вчені розглядають динаміку формування цих розладів на рівні порушень з боку нейродинаміки (виснажуваності, лабільності функцій ЦНС), особливостей

внутрішньоособистісних конфліктів, самооцінки дитини, її реакції на свої досягнення і невдачі.

Значна роль у формуванні особистісних порушень традиційно відводиться помилкам сімейного виховання.

Відомо, що дитина, яка народилася цілком здоровою, може мати серйозні відхилення в особистісному розвитку внаслідок несприятливого сімейного оточення. Формування психопатичних рис особистості й невротичних проявів спричиняють внутрішньосімейні конфлікти, відсутність одного з батьків, неправильні виховні впливи, рання ізоляція дитини від сім'ї.

Порушення в поведінці у дітей спостерігаються вже в дошкільному віці. У хлопчиків дещо частіше, ніж у дівчаток, зазначаються підвищена збудливість, некерованість, розгальмування в поєднанні з агресивністю (забіякуватістю), конфліктність і неуживчивість. У дівчаток частіше переважають лякливість, боязкість, підвищене емоційне реагування, схильність ображатися, плакати й засмучуватися.

Коли дитина вступає до школи, до неї ставляться нові вимоги, що нерідко стає додатковим фактором виникнення відхилень в особистісному розвитку. Педагогічно неграмотні виховні впливи вчителя можуть стати причиною таких особливостей інтелектуальної діяльності учня, які часто сприймають як розумову відсталість. Буває, що діти, які не виконують миттєво й беззаперечно вимоги вчителя, викликають у нього нетерпіння, роздратування. Окрики, погрози, а часом і образи спричиняють у дитини стан загальмованості. Загальмований стан дитини – це мимоволі включене захисне гальмування, необхідне для того, щоб не допустити продовження впливу, руйнівного для психіки. Повторення таких стресових для дитини ситуацій закріплює «гальмівну реакцію» на зауваження й різке звернення вчителя. Потім такий спосіб реагування поширюється й на інші ситуації утрудненості у здійсненні, інтелектуальної діяльності. Паралельно з «гальмівною реакцією» на різкий тон учителя в учня закріплюється звичка до відмови від розумового зусилля. Так створюється враження, що дитина є розумово відсталою, оскільки знання вона майже не засвоює.

При високому рівні інтелекту, незважаючи на зазначені негативні фактори, дитина часто все ж справляється з навчальною програмою, проте у неї можуть спостерігатися відхилення в розвитку особистості за невротичним типом.

Таким чином, специфічними відхиленнями в особистісному розвитку дітей молодшого шкільного віку є різного роду психогенії: шкільна тривожність, психогенна шкільна дезадаптація тощо.

У підлітковому віці кількість невротичних проявів знижується. Захворюваність невротиками в підлітковому віці є значно нижчою, і відносно велика кількість (близько 15 %) підлітків, які перебувають на обліку в психоневрологічних диспансерах, формується за рахунок тих, хто хворіє на невротичні розлади з більш раннього дитинства. На перший погляд може здатися

дивним, що «кризовий» підлітковий вік, незважаючи на всю його складність і суперечливість, не дає різкого збільшення захворюваності невротичними. Однак, як справедливо зауважує А. Є. Личко, тут «справа в тому, що в цьому віці виявляється схильність до «заміни» невротичних, вегетативних і моторних симптомів порушеннями поведінки. Ті ж самі психогенні фактори, що у дітей і дорослих спричиняють невротичні (хоча і різний за клінічною картиною проявів), у підлітків у період становлення характеру ведуть до девіантної поведінки».

Тому необхідним є втручання психолога й психотерапевта з метою попередження або вже корекції небажаних форм особистісного розвитку (невротичних, психопатичних, стійких неадекватних поведінкових реакцій).

Останнім часом зусиллями психологів, психіатрів, психотерапевтів створюється найбільш синтезований, багатоплановий підхід до діагностики й корекції порушень психічного й особистісного розвитку дітей. Це відображає необхідність багаторівневого аналізу проблем кожної конкретної дитини: вивчення його генетичної обтяженості, особливостей перебігу вагітності й пологів у його матері, її емоційного стану в цей період, перенесених шкідливих впливів у перші дні й місяці життя дитини; особливості її сімейного виховання та мікросоціального середовища. При патопсихологічному обстеженні психолог виявляє особливості порушень психічних процесів і функцій, структуру дефекту, специфіку особистісного реагування й розвитку компенсаторних механізмів. Поряд з цим необхідно вивчати особистісні особливості дитини, способи її взаємодії в сім'ї та інших групах. Такий підхід дає змогу визначити найбільш оптимальні напрями й форми подальшої роботи.

ПЕРВИННІ Й ВТОРИННІ ДЕФЕКТИ

Досліджуючи проблему порушення психічного розвитку в межах концепції Л. С. Виготського, слід розрізняти дві групи дефектів.

До первинних дефектів належать вогнищеві й загальні порушення функції центральної нервової системи, а також невідповідність рівня розвитку віковій нормі (недорозвинення, затримка, асинхронія розвитку, явища ретардації, регресу й акселерації), порушення міжфункціональних зв'язків. Первинний дефект є наслідком таких порушень, як недорозвинення або пошкодження мозку. Можливим є їх поєднання – при пошкодженні підкіркових утворень виникає недорозвинення з боку кори. Виявлення первинного дефекту й робота з його можливого зменшення є завданням невропатолога, психіатра, патопсихолога. Виявляється первинний дефект

у вигляді порушень слуху, зору, паралічів, порушень розумової працездатності, мозкових дисфункцій тощо.

Вторинний дефект виникає в процесі розвитку дитини з порушеннями психофізичного розвитку в тому випадку, якщо соціальне оточення не компенсує цих порушень, а, навпаки, детермінує відхилення в особистісному розвитку.

Вторинні дефекти мають різні механізми виникнення:

1. Вторинному недорозвиненню піддаються функції, безпосередньо пов'язані з пошкодженою. Наприклад, за цим типом виникає порушення формування мови у глухих, конструктивного праксису при дитячому церебральному паралічі.

2. Вторинне недорозвинення є характерним і для тих функцій, які під час пошкодження перебували в сенситивному періоді розвитку. Унаслідок цього різні шкідливі фактори можуть призводити до подібних результатів. Так, наприклад, у дошкільному віці в сенситивному періоді розвитку перебуває довільна моторика. Тому різні шкідливі фактори (перенесений менінгіт, черепно-мозкова травма) можуть спричиняти явища затримки у формуванні цієї функції, що виявляється як рухове розгальмування.

3. Найважливішим фактором виникнення вторинного недорозвинення є соціальна депривація. Дефект, що перешкоджає нормальному спілкуванню дитини з однолітками й дорослими, гальмує засвоєння ним знань і навичок. Напрямок вторинного недорозвинення – від елементарних функцій до більш складних. Так, недорозвинення функцій сприйняття й пам'яті при деяких органічних ураженнях головного мозку призводить до затримки в розвитку інтелекту. Але можливим є і протилежний напрямок формування вторинного дефекту. Так, наприклад, при олігофренії недорозвинення мислення спричиняє вторинне недорозвинення потенційно більш збереженого праксису.

Особливе місце в групі вторинних дефектів посідають особистісні реакції на первинний дефект. Можна виділити кілька типів особистісного реагування:

- ігнорування – тип реагування, який має місце при олігофренії й виявляється недорозвиненням мислення й недостатньою критикою успішності своєї діяльності;

- витіснення – невротичний тип реагування на дефект, який виявляється у свідомому невизнанні його існування при підсвідомому конфлікті, накопиченні негативних емоцій;

- компенсація – такий тип реагування, при якому відбувається усвідомлення дефекту й заміщення втраченої функції більш збереженими;

- гіперкомпенсація – посилений розвиток збережених функцій, що поєднуються з прагненням довести, що дефект не призводить до яких-небудь проблем;

- астеничний тип – тип реагування, що характеризується заниженим рівнем прагнень, низькою самооцінкою, фіксацією на усвідомленні своєї неповноцінності.

Необхідність у якомога ранній корекції вторинних порушень пов'язана з особливостями дитячого віку. Пропущені сенситивні періоди в навчанні й вихованні призводять до поглиблення явищ недорозвинення в підлітковому віці.

Якщо у дитини визначається неможливість засвоєння звичайної програми при навчанні в молодших класах, то існує дуже мала ймовірність самостійної компенсації цього стану надалі. Труднощі в навчанні детермінують не тільки педагогічну занедбаність, а й стійке негативне ставлення до школи, призводять до відхилень у поведінці.

У підлітковому віці часто вже не сам первинний дефект, а явища вторинного недорозвинення й особистісні реакції на цей стан спричиняють виражені порушення соціальної адаптації.

Не треба забувати, що первинним дефектом, який «породжує» такий набір наслідків, може бути не тільки олігофренія або важке органічне ушкодження, а й такі відносно «незначні» особливості, як заїкання, енурез, тики тощо. Тому завданням шкільного психолога є виявлення дітей із різного роду порушеннями, своєчасне направлення їх до фахівців, а також психолого-педагогічна корекція вторинних порушень.

СПЕЦІАЛЬНІ Й ЗАГАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ РОЗВИТКУ

Порушення психічного розвитку можуть мати спеціальний і загальний характер. Спеціальні порушення пов'язані з недостатністю процесів сприйняття, праксису, мови тощо, а загальні порушення – з порушенням регуляторних систем.

Спеціальні порушення – це насамперед порушення в діяльності аналізаторів: зору, слуху, пропріоцептивної чутливості. Якщо порушення локалізується на периферії (дитина зі слабким зором, така, що слабо чує, така, що хворіє на параліч), то цей розлад помічається відносно рано, і дитина вчасно потрапляє під нагляд спеціаліста (офтальмолога, невролога). Психологу частіше доводиться стикатися з дефектами аналізаторів, локалізованими на рівні кори головного мозку. Так, специфічні ураження в області потиличних відділів кори можуть спричинити недостатність зорового впізнання букв. Це порушення виявляється тільки в процесі навчання дитини читання й письма і призводить до неможливості освоєння цих навичок за загальноприйнятою системою навчання.

Локальні ураження кори головного мозку спричиняють порушення функцій окремих психічних процесів. Докладні дослідження локалізації описано в роботах О. Р. Лурії. Чітко виявити місце ураження можна при використанні спеціального нейропсихологічного обстеження, розробленого в дитячому варіанті І. Ф. Марківською.

Причинами локального ураження головного мозку є травми черепа (у процесі пологів і подальшого розвитку дитини), пухлини, дистрофічні змінення мозкового субстрату, інтоксикації. У зв'язку з цим при виявленні локального ураження слід уточнити час його виникнення. Якщо має місце не недорозвинення якоїсь функції, а її втрата, то обов'язковою є консультація лікаря-спеціаліста – невропатолога або психіатра.

При локальних ураженнях найбільш типовими є такі порушення:

1. Ураження лівоскроневих відділів кори головного мозку призводить до порушення смислової частини мови: фонематичного аналізу й синтезу; порушень читання й письма у зв'язку з цими розладами. При ранньому (протягом перших років життя) ураженні цих відділів у дитини зазначається недорозвинення мови різного ступеня тяжкості. При ураженнях у більш пізньому віці порушується вже сформована мова.

2. Ураження правоскроневих відділів кори головного мозку спричиняє порушення інтонаційної структури мови, недостатність у сприйнятті ритму, тональності, емоційного забарвлення.

3. Ураження потиличних відділів призводить до недостатності зорового сприйняття. При нормальній гостроті зору у дитини порушується процес аналізу й синтезу зорових образів, особливо якщо ця діяльність не може бути підкріплена рухом (обмацуванням предмета, обведенням контурів).

4. Ураження передньотім'яних відділів спричиняє порушення довільних рухів дитини, уповільнення формування рухових стереотипів і навичок.

Таким чином, виявивши будь-які спеціальні порушення функцій, психолог має або самостійно провести нейропсихологічне обстеження, або направити дитину до відповідного фахівця.

Загальні порушення функцій головного мозку пов'язані з діяльністю регуляторних систем. Ураження мозку на підкірковому рівні призводять до постійного або фазового зниження працездатності, можуть спричинити порушення простих потягів (посилення або ослаблення статевого, харчового рефлексів). На цьому ж (підкірковому) рівні уражень зазначаються порушення елементарних емоцій – безпричинні спалахи люті, почуття загальної туги, тривоги тощо.

При ураженнях головного мозку на рівні кори відбувається специфічне порушення інтелектуальної діяльності: недостатність функцій цілепокладання, програмування й контролю.

Ураження будь-яких відділів головного мозку призводить до порушення довільності цілеспрямованої діяльності (особливо інтелектуальної). Дитина відчуває труднощі з плануванням виконання кількох завдань, зазначається нестійкість довільної уваги, втрачається функція контролю й критичного ставлення до результатів діяльності.

Загальні й спеціальні порушення мають певну ієрархію. Недостатність з боку регуляторних систем впливає так чи інакше на всі стадії психічного

розвитку й залежно від тяжкості ураження знижує здатність дитини до виконання цілеспрямованої інтелектуальної діяльності.

Порушення спеціальних функцій є більш парціальними, при сприятливих умовах можуть компенсуватися діяльністю інших збережених аналізаторів і регуляторної системи. Так, при недостатності фонематичного аналізу й синтезу багато дітей навчаються письма й читання шляхом синтетичного зорового й моторного запам'ятовування правильного написання слів.

При дослідженні будь-яких відхилень у розвитку дитини необхідно провести вивчення спеціальних і загальних порушень, а також механізмів їх компенсації і (якщо можливо) причин і часу виникнення. При виявленні будь-якого порушення треба провести повторне обстеження для уточнення органічного або функціонального характеру змінення. У випадку функціональних змінень з боку кори головного мозку можливим є значне поліпшення результатів при повторних обстеженнях. При погіршенні цих показників необхідно терміново звернутися до лікаря.

Крім порушення функції головного мозку (унаслідок ураження кори, підкіркових структур) у дитини може бути наявною нерівномірність розвитку різних функцій і систем. Так, дитина вже до кінця першого року життя досить адекватно сприймає навколишній світ, її аналізатори розвиваються з деяким випередженням. Разом з тим, регуляторні системи дозрівають значно пізніше і продовжують формуватися в молодшому шкільному віці.

Успішне своєчасне дозрівання кіркових аналізаторів сприяє розвитку лобових регуляторних систем. У той же час слабкість підкіркових активаційних структур може значною мірою заморозити або спотворити розвиток спеціальних функцій.

Наступний параметр порушень психічного розвитку пов'язаний із часом ураження. Оскільки дитина перебуває в процесі розвитку, однакові ушкодження, що мали місце у різний час, призводять до неоднакових наслідків. Чим раніше сталося ураження, тим імовірнішими будуть прояви недорозвинення психіки. При більш пізніх ураженнях характерними є пошкодження й розпад раніше сформованих функцій.

Кожна функція в своєму розвитку проходить сенситивний період із найбільшою інтенсивністю. У цей же період функція є найбільш уразливою до шкідливих впливів. Так, періодом формування фразової мови є вік від двох до трьох років, коли відбувається бурхливе накопичення словникового запасу, освоєння основних лексико-граматичних конструкцій. Психічні травми, а іноді й соматичні захворювання, перенесені в цей період, можуть призвести до виникнення заїкання.

У віці від п'яти до семи років відбувається формування основних морально-етичних почуттів: дитина в цей період розвиває навички довільної регуляції емоцій. Ушкодження можуть спричинити виникнення органічної психопатії. Саме тому в цьому ж віці часто виникають і виявляються

психопатичні особливості характеру – злостивість, дратівливість, схильність до раптових коливань настрою.

У молодшому шкільному віці відбувається становлення логічного мислення: у дитини формуються поняття про збереження числа, маси, об'єму, автоматизуються навички читання й письма (Л. С. Виготський, Ж. Піаже). Недорозвинення будь-якої спеціальної функції, що не дає можливості освоїти певний обсяг інформації, соціальна й педагогічна занедбаність можуть призвести до недостатності або затримки у формуванні логічного мислення, функції прогнозу.

У підлітковому віці відбувається складна гормональна перебудова організму й розвиваються дуже істотні функції. У сфері мислення – розвиток логічно-абстрактного мислення, здатність до встановлення віддалених зв'язків. У сфері емоцій – проходження стадії платонічної любові, розширення сфери почуттів та емоцій. У сфері мотивації – змінення основних мотивів діяльності, формування самостійної самооцінки, шкали цінностей, розв'язання проблем спілкування з однолітками й встановлення дорослого стереотипу спілкування з батьками. У фізіологічному плані підлітковий вік характеризується великою інтенсивністю потягів, сильним впливом гормонального фону на діяльність головного мозку.

Таким чином, через значне різноманіття функцій, що бурхливо розвиваються в підлітковому віці, несприятливі соціальні й біологічні впливи в цей період призводять до різних відхилень. Це можуть бути значні змінення й спотворення з боку мислення, які можна вважати початком шизофренічного процесу. Порушення з боку емоцій і потягів закладають фундамент майбутніх сексуальних девіацій. Недостатня допомога з боку дорослих при формуванні світоглядних установок може призвести до тяжких особистісних криз щодо втрати сенсу життя, метафізичної інтоксикації (А. Є. Личко). Труднощі спілкування з однолітками або надлишкові реакції групування також можуть відбитися на подальшому житті людини в суспільстві. Можливою є поява характерних для підліткового віку невротичних реакцій у вигляді нервової анорексії, дисморфоманії.

Корисним для нормального розвитку особистості є деякий розрив зв'язків із батьками, перегляд їх цінностей, установа індивідуальних стереотипів відносин з оточуючими. Затримки або порушення на цьому етапі розвитку дитини спричиняють формування інфантильної, недостатньо адаптованої особистості.

Слід ураховувати також, що крім сенситивних періодів розвитку окремих функцій існують етапи, значущі для психічного розвитку дитини в цілому. У ці моменти більшість психофізичних систем перебуває у сенситивному стані, а загальний баланс є нестійким.

До основних сенситивних періодів дитинства належать проміжки віку 0 – 3 та 11 – 15 років. У ці періоди особливо великою є ймовірність прояву психічних порушень. Необхідно враховувати і той факт, що виявлення психічного порушення в певний віковий період не завжди означає, що цей

розлад виник щойно. Це може бути й реалізацією генетичних програм (при наявності кількох генетично обумовлених психічних аномалій), і проявом (в умовах нової діяльності) порушення психічного процесу, наявного ще з моменту народження.

Відомо, що в дитячому віці психічні функції ще не стабілізувалися. Недостатня стійкість психічних функцій може зумовити явища регресу – тимчасового або стійкого повернення функції на більш ранній віковий рівень. Різного роду події, що викликають стрес і мобілізацію зусиль організму на боротьбу за виживання, призводять до явищ тимчасового регресу, тобто до тимчасової втрати сформованих раніше навичок. Так, при важких соматичних захворюваннях діти перших років життя втрачають навички ходьби, охайності, перестають вимовляти слова. Аналогічну дію має і психологічний стрес, особливо розрив з матір'ю (початок відвідування ясел, перебування в лікарні).

У дітей старшого віку, школярів, явища тимчасового регресу зачіпають насамперед інтелектуальну й мотиваційну сферу особистості. Так, у дітей, які пережили шоківі психічні травми (після землетрусів, залізничних катастроф), зазначалося повернення до більш примітивних форм малюнка, втрата потреб та інтересів, властивих віку, і поява емоційних форм реагування й потреб, характерних для більш молодшого віку (страх темряви, самотності, потреба у фізичному контакті тощо).

Подібні явища тимчасового регресу можливі у дітей, які перенесли важкі соматичні захворювання, особливо якщо лікування було пов'язане з тривалим перебуванням в умовах лікарні та ізоляцією від однолітків. Унаслідок цього можливими є тимчасова втрата інтелектуальних інтересів, сформованих раніше навичок, повернення до більш примітивних ігор і форм прояву емоцій. У такому стані необхідно поступово, повільно збільшувати інтелектуальне навантаження, пояснювати педагогам і батькам стан дитини. Психолог має проводити повторні дослідження функції мислення у такої дитини з метою спостереження за процесом відновлення. Можливі також тимчасові, функціональні зниження результативності з боку окремих психічних процесів, насамперед уваги й пам'яті.

Стійкий регрес – це стійке повернення на більш ранній віковий рівень через істотне пошкодження функції. Такий стан зазвичай пов'язаний з важкими психічними захворюваннями. Найчастіше регресу піддаються менш зрілі функції, які виникли нещодавно. Так, більш імовірно є втрата навичок читання й письма, ніж утрата навичок ходьби й прийому їжі.

Явища регресу слід відрізнити від розпаду психічних функції – грубої їх дезорганізації й випадіння.

Розпад психічних функцій часто спричиняє нерівномірно глибоку втрату раніше сформованих навичок. Цей стан може бути при органічних ураженнях головного мозку (пухлинах, дистрофічних процесах).

Одним із завдань патопсихологічної діагностики є диференціація явищ розпаду й регресу психічних функції. Діагностичними критеріями в цьому випадку є такі параметри:

1. Вікова відповідність функції: якщо те, що в цей момент спостерігається у дитини, було властивим їй у більш ранньому віці, то найімовірніше має місце регрес; якщо функція не здійснюється ні на якому рівні, то найімовірніше це розпад.

2. Рівномірність порушення: регресу піддаються більш-менш рівномірно всі нещодавно буті функції; у разі розпаду можливе повне руйнування однієї-двох функцій при збереженні всіх інших.

Таким чином, при патопсихологічному обстеженні вкрай рідко визначається рівномірне, однорідне відставання в розвитку. При загальному ураженні нервової системи насамперед страждають ті функції, які перебувають у цей час у сенситивному періоді.

Іншими словами, результати патопсихологічного обстеження дитини, якій властиві відхилення в психічному розвитку, можуть відобразити зберігання, пошкодження та різний ступінь затримки розвитку функції психічних процесів.

Порушення міжфункціональної взаємодії

Наступний параметр порушеного розвитку пов'язаний із міжфункціональними взаємодіями. У нормі існує три типи міжфункціональних зв'язків: явища тимчасової незалежності функцій, асоціативні й ієрархічні зв'язки.

1. Явища тимчасової незалежності функцій виявляються в ранньому віці (до двох років). Так, наприклад, на ранньому етапі становлення мови спостерігається незалежний розвиток фонетичної і смислової функцій, що має відносний характер і досить швидко припиняється. При патології тимчасова незалежність перетворюється на ізоляцію. Ізольована функція не піддається впливу з боку інших функцій і стереотипізується. Ізоляції може піддаватися як порушена, так і збережена функція. Зокрема, при деяких видах олігофренії може бути добре розвиненою механічна пам'ять, але використання цієї функції обмежується через недорозвинення мислення. Можуть бути також ізольовані здібності у дітей з вираженими формами олігофренії – музичний слух, іноді здатність до швидкої лічби. При патопсихологічному обстеженні необхідно проводити комплексне дослідження функцій психічних процесів, оскільки добре розвинені механічна пам'ять і наслідувальна мова можуть маскувати інтелектуальні дефекти при короткочасному спілкуванні з дитиною.

2. Другий тип нормальних зв'язків – асоціативні. Як головний цей тип взаємодії виявляється в перші роки життя. При цьому розрізнені чуттєві враження об'єднуються на основі тимчасової просторової близькості. Ці асоціативні комплекси можуть бути різного ступеня складності, але усі

характеризуються малою диференційованістю психічних процесів. Асоціативні зв'язки при органічному ураженні нервової системи мають підвищену інертність. Виникають труднощі переходу до інших типів зв'язку, тобто має місце патологічний механізм фіксації. У пізнавальній сфері це виявляється у вигляді стереотипності мислення, труднощів у формуванні нових інтелектуальних навичок. Зазначається також фіксація в емоційній сфері – фіксація страхів, почуття гніву тощо.

3. Третій тип зв'язків – ієрархічні, які є характерними для більш старшого віку й формуються в процесі предметної діяльності та спілкування.

У процесі ієрархізації виділяються основні (регуляторні) і фонові рівні, які з певною автономністю виконують свої завдання. Це дає змогу ускладнювати і вдосконалювати всі рівні, успішно компенсувати порушення, що виникають на одному з фонових рівнів.

Нові типи міжфункціональних зв'язків виникають у нормі в певній послідовності; у випадку ж порушення психічного розвитку виникає явище асинхронії розвитку (Е. Кречмер, Г. Штут, Р. Заззо, В. В. Лебединський).

Явище асинхронії розвитку може виявлятися:

1. У вигляді ретардації, тобто незавершеності окремих періодів розвитку, збереження більш ранніх форм. Ретардація є характерною для олігофренії й затримки психічного розвитку. Можливою також є ретардація, що впливає на окремі функції (недорозвинення мови, емоційно-мотиваційна незрілість у межах інфантилізму тощо).

2. У вигляді патологічної акселерації окремих функцій, наприклад, ранній прояв сексуального потягу при передчасному статевому дозріванні органів.

3. При поєднанні явищ ретардації й акселерації. Це явище є характерним для різних порушень, насамперед спостерігається при ранньому дитячому аутизмі, дисгармонічному інфантилізмі, психопатіях.

Асинхронія розвитку породжує виражену дисгармонію в формуванні психічних процесів та особистості, у зв'язку з чим насамперед страждають процеси контролю й саморегуляції.

Під час психологічного обстеження проводять диференційоване дослідження функцій психічних процесів. Патопсихолог повинен прагнути не до усередненого погляду на порушення у вигляді певного коефіцієнта (типу IQ), а до виявлення механізмів ізоляції, патологічної фіксації, тимчасових і стійких регресій. Такий підхід дає змогу знаходити раціональні методи психологічної корекції, змінення соціальної ситуації розвитку.

Порушення темпу психічного розвитку

Порушення темпу психічного розвитку виявляються в тому, що дитина не засвоює необхідні вміння, знання й навички в ті самі терміни, що його однолітки. Однак якщо при затримці психічного розвитку (особливо через

педагогічну занедбаність) правильне виховання й навчання можуть сприяти нормалізації життя й навчання дитини, то при недорозвиненні (розумовій відсталості) педагогічні фактори є менш значущими. Точний діагноз і розуміння структури ураження дають змогу спрямувати зусилля психолога, педагога, батьків у потрібне русло – на подолання затримки психічного розвитку або соціальну адаптацію розумово відсталі дитини.

Затримка психічного розвитку – це уповільнення темпу розвитку психіки дитини, яке виявляється в недостатності загального запасу знань, незрілості мислення, переважанні ігрових інтересів, швидкій тенденції до пересичення в інтелектуальній діяльності.

Затримка психічного розвитку є граничним станом між нормою й дебільністю. Практичною проблемою стає розрізнення вікової норми й затримки психічного розвитку при вступі дитини до школи, а також протягом навчання в молодших класах і в підлітковому віці. Часто виникає необхідність у проведенні судово-психологічної експертизи для визначення відповідності рівня психічного розвитку підлітків віковій нормі.

Існує безліч тестів, орієнтованих на визначення рівня інтелектуальних досягнень дитини й відповідності цього рівня звичайному (усередненому) для цього віку. До таких належать тести Стенфорд – Біне, Векслера, Гудінафа та багато інших, унаслідок застосування яких вимірюється коефіцієнт інтелекту (IQ) і визначається його відповідність віковій нормі. На жаль, ці методики значною мірою пов'язані з рівнем навченості дитини. Крім того, вони складаються з безлічі субтестів і тому вкрай важко адаптуються до масового обстеження школярів, але можуть бути використані, якщо необхідно, для ретельної діагностики в умовах стаціонару.

При масовому відборі до перших класів школи слід звертати увагу на рівні розвитку основних психічних процесів і моторики, а також на особистісні й емоційні особливості дитини.

Мова. До шести років здорова дитина володіє активним словниковим запасом від 3 000 до 7 000 слів. У нормі вона здатна до усвідомленого аналізу мови: виділення в слові звуків і складів, установлення їх порядку, доступний переказ розповіді, складання сюжетного оповідання за картинками й серією картин.

Сприйняття. Дитина може легко визначити й назвати форму, колір, величину предметів, установити ідентичність предметів та еталону, може розуміти перспективу на малюнку.

Мислення. Дитина має виражену пізнавальну активність, спрямовану здебільшого на властивості й закономірності предметного світу. У віці шість-сім років уже мають бути вироблені поняття про збереження числа, розуміння аналогових відносин, зв'язку й послідовності подій у серіях із чотирьох-п'яти картин. Дитина здатна до узагальнень на основі різних ознак (як конкретно-наочних, так і більш абстрактних). Запас знань про себе й навколишній світ складається із знань про свою стать, вік, імена й прізвища батьків, їх спеціальність або місце роботи, рід занять.

Пам'ять. Дитина здатна на довільне запам'ятовування. Опосередковане запам'ятовування має бути кращим за механічне. Можливе запам'ятовування кількох слів у заданій послідовності.

Увага. Дитина віком шість-сім років має здатність зосереджувати увагу протягом 35–45 хвилин при досить різноманітній діяльності. При одноманітній діяльності цей термін скорочується. Можливою є організація діяльності без егоцентричної мови (проговорювання послідовності дій уголос).

Емоції дитини цього віку чітко диференційовані. Доступними є почуття гумору, задоволення від жартів, розуміння безглуздості. Інтенсивно розвиваються моральні якості – розуміння відповідальності за свій вчинок незалежно від того, чи знають про нього інші.

Самооцінка. Дитина здатна порівнювати свої досягнення із досягненнями інших дітей, вирізняти позитивні й негативні риси характеру. Дитина може також диференціювати ставлення до себе оточуючих, має виражене прагнення до досягнень.

Гра. Критерієм вікової норми є здатність до сюжетно-рольової гри з правилами. Навчальна діяльність також сприймається дитиною як бажана, важлива.

Моторика. До початку шкільного навчання дитина має вміти правильно тримати ручку та олівець, копіювати прості й більш складні зображення (тест Керна—Ірасека). Моторика повинна бути координованою, без зайвих рухів.

При затримці психічного розвитку можливе відхилення, відставання дитини за всіма або лише за деякими переліченими вище параметрами. Від дебільності затримка психічного розвитку відрізняється меншою глибиною недорозвитку, більшою «зоною найближчого розвитку». Діти із затримкою психічного розвитку (ЗПР) здатні до навчання, засвоєння й перенесення набутого досвіду.

Виділяються такі типи затримки психічного розвитку: гармонійний психофізичний інфантилізм, органічний інфантилізм, церебрально-органічна затримка, соматогенна затримка, педагогічна й мікросоціальна занедбаність.

Гармонійний психофізичний інфантилізм — затримка психічного розвитку конституціонального походження. Часто інфантилізм властивий і іншим членам сім'ї, але не досягає патологічного рівня. У деяких випадках затримка зачіпає не тільки психіку, а й фізичний розвиток дитини. При гармонійному психофізичному інфантилізмі дитина дещо відстає у розвитку зо зростом і масою тіла від своїх ровесників, відрізняється від них жвавістю моторики й емоцій. Коло інтересів обмежується ігровою діяльністю. Гра – розвинута, сюжетно-рольова; під час гри дитина виявляє багато витримки і творчості.

Водночас навчально-пізнавальна діяльність для цих дітей є малопривабливою, при виконанні навчальних завдань настає швидка

пересиченість. Емоції й мотивація відповідають молодшому вікові. Самооцінка слабо диференційована. При цьому не спостерігається істотних порушень психічних процесів. Затримка здебільшого впливає на емоційно-вольову сферу особистості, призводить до недостатності довільної регуляції діяльності, мислення, запам'ятовування, зосередження уваги. При наданні організуючої допомоги й постійному заохоченні ці діти під час обстеження показують достатні досягнення в інтелектуальній сфері. У подальшому можливе постійне вирівнювання до норми дітей з інфантилізмом, переведення їх у масову школу зі школи для дітей із ЗПР.

Органічний інфантилізм виникає внаслідок перенесених у ранньому дитинстві органічних ушкоджень (травм, інфекцій). При цьому відхиленні наявними є ознаки незрілості емоційно-вольової сфери: нездатність до довільного зосередження під час інтелектуальної діяльності, переважання ігрової мотивації. Але в дітей цього типу спостерігаються й риси органічного ураження ЦНС: інертність психічних процесів, незграбність моторики. При психопатологічному обстеженні в них спостерігаються висока орієнтація на реакцію дорослого, прагнення заслужити похвалу експериментатора. При цьому дитина мало зацікавлена змістом завдання, не може самостійно оцінити успішність своєї діяльності.

Яскраво вираженими є такі особливості емоційно-вольової сфери: при переважанні підвищеного фону настрою спостерігаються непосидючість, рухова розгальмованість. Дитина нездатна на вольове зусилля й самоорганізацію під час діяльності. Батьки та вчителі скаржаться на таких дітей як на розгальмованих і недисциплінованих. При дослідженні інтелекту зазвичай визначається нижня межа вікової норми.

Самооцінка звичайно висока, ставлення до навчання негативне («нудно», «важко», «краще погратися»). У дітей із переважанням рис гальмування й тривожності легко виникає шкільна тривожність. Вони важко переживають свої невдачі в навчанні, хоч у них і переважають ігрові інтереси. На уроках ці діти підкоряються вимогам дисципліни, але бояться відповідати біля дошки, перед класом. Інертність і повільний темп сенсомоторики призводять до того, що дитина не може зрозуміти й виконати завдання одночасно з іншими учнями. Усвідомлення своїх недоліків ще більше гальмує особистісний розвиток дитини. Причиною звернення до лікаря часто є неуспішність у навчанні.

У дітей з органічним інфантилізмом може значно поліпшитися поведінка й успішність завдяки регулярному лікуванню й оздоровленню. Крім консультацій із психіатром для дітей цього типу рекомендуються заняття з розвитку пам'яті, довільної уваги, абстрактного мислення, які проводяться в ігровій формі. Це дає змогу зменшити наслідки органічного інфантилізму.

У підлітковому віці можуть бути порушення соціальної адаптації, втечі з дому та зі школи, тому обов'язковим є динамічне спостереження цих дітей психологом протягом усього навчання в школі.

Церебрально-органічна затримка психічного розвитку сильніше впливає на пізнавальну діяльність, ніж на емоційно-вольову сферу. При патопсихологічному дослідженні спостерігаються рухова розгальмованість, недостатнє розуміння інструкцій, знижена працездатність, виражена виснажуваність психічних процесів за гіпостенічним або гіперстенічним типом.

Обсяг і довільна концентрація уваги недостатні, різко знижена здатність до розподілу уваги. Пам'ять також розвинена слабо, особливо це стосується запам'ятовування вербального матеріалу. Темп сенсомоторики уповільнений, порушена точна координація рухів.

Спостерігаються затримка мовного розвитку, бідність словникового запасу. У дітей часто мають місце дефекти вимови, недостатність звуко-літерного аналізу й синтезу. Мова меншою мірою, порівняно з нормою, виконує функцію регуляції діяльності.

Можуть бути й часткові ураження мозку: порушення зорового й слухового сприйняття, стереотипи й повтори в процесі діяльності, труднощі просторової орієнтації.

При дослідженні інтелекту в дітей цієї групи фіксуються низькі показники за вербальними й невербальними субтестами. Загальний рівень інтелекту є проміжним між нормою та розумовою відсталістю. Характерною є конкретність мислення. Проте, на відміну від хворих з дебільністю, спостерігається нерівномірність рівня досягнень. Із наданням допомоги в дитини поліпшуються досягнення. Можливими є засвоєння й перенесення нового досвіду при неодноразових навчальних спробах.

Емоційна сфера особистості також страждає. Можливі прояви грубості, імпульсивності, розгальмованості потягів. Вольова регуляція діяльності розвинена вкрай недостатньо.

Самооцінка й критичність щодо результатів діяльності в дітей цієї групи утруднені. Наявною є реакція на заохочення з боку експериментатора. Гра стереотипна, ігри з правилами відсутні. До початку шкільного віку доступні досить прості сюжетно-рольові ігри. За умов ранньої діагностики, регулярного лікування й навчання за спеціальною програмою можна досягти хорошої соціальної адаптації дітей з органічною затримкою психічного розвитку.

У зв'язку з органічним характером порушень рекомендовано навчання спочатку в школі з програмою ЗПР, а потім у школі санаторного типу.

При частих соматичних захворюваннях у дітей може виявлятися соматогенна затримка психічного розвитку. При тяжких соматичних захворюваннях (пневмонії, захворюваннях, що потребують хірургічних операцій) у дітей дошкільного віку можуть виникнути явища ретардації психічного розвитку. При цьому дитина втрачає недавно засвоєні навички, повертається до більш ранніх форм поведінки. Якщо ці захворювання повторюються часто, то до шкільного віку дитина не засвоює необхідних умінь і навичок. Крім того, соматичні захворювання впливають і на нервову

систему, призводячи до емоційної лабільності, виснаженості, коливань активної уваги.

Слід особливо дослідити явище госпіталізму. Якщо дитина потрапляє в стаціонар без матері або перебуває в умовах дитячого будинку, то вона піддається впливу багатьох несприятливих факторів. При розриві з матір'ю дитина зазнає почуття страху, самотності. Активні реакції протесту через певний час змінюються пасивним, апатичним станом. За відсутності емоційних стимулів розвивального й навчального впливу в дитини розвивається явище сенсорної депривації. Унаслідок цього в дітей молодшого віку виникає потреба аутостимуляції: вони стереотипно розгойдуються, смокчуть палець або ковдру; можлива поява мастурбації. Ці прояви значною мірою гальмують психічний, а іноді й фізичний розвиток дитини. У подальшому, при поверненні дитини в більш сприятливі умови, засвоєні навички аутостимуляції можуть залишатися ще тривалий час.

Перед проведенням патопсихологічного обстеження дитини необхідно з'ясувати в батьків, як часто хворіє дитина, як довго триває гострий період хвороби й чи перебуває дитина в цей час у лікарні, чи є в дитини хронічні соматичні захворювання.

Під час обстеження в дитини спостерігається виснаженість, частіше за гіпостенічним типом. Порушені концентрація й розподіл уваги. Пам'ять та інтелектуальні здібності значно не порушені. Яскраво вираженою є емоційна лабільність: при найменших невдачах у виконанні завдань діти плачуть, довго не можуть приступити до виконання наступного завдання. Самооцінка занижена. Переважають ігрові інтереси, деякі ігри можуть бути стереотипними і такими, що є захистом від страху. Легко формується шкільна тривожність.

Затримка психічного розвитку може виникати через педагогічну й мікросоціальну занедбаність. Унаслідок несприятливих обставин виховання цей тип ЗПР формується і в дітей зі здоровою нервовою системою, нормальними передумовами інтелектуального розвитку. Насамперед це відбувається з дітьми, які виховуються в сім'ях розумово відсталих, психічно хворих батьків або в умовах бездоглядності й гіпоопіки, що часто буває у випадках, коли батьки зловживають алкоголем або/і наркотиками. Результатом розвитку дитини в таких умовах є соціальна незрілість особистості, порушення системи інтересів та ідеалів, недостатність почуття обов'язку. Крім того, у дитини не вистачає запасу знань, спостерігається бідність словникового запасу.

При патопсихологічному обстеженні виявляються нормальні працездатність, увага, пам'ять. Діти орієнтуються в побутових питаннях, у деяких із них поінформованість навіть більша, ніж у ровесників. Проте не мають знань, необхідних у школі: 7-річна дитина не знає літер, геометричних форм, не вміє лічити. При наданні допомоги діти з мікросоціальною занедбаністю здатні до нормального для свого віку рівня узагальнення. Показники невербального інтелекту також у межах норми.

Надалі у цих дітей можуть виникати порушення поведінки: відмова відвідувати школу, небажання вчитися, прагнення до негайного задоволення потреб. При правильному навчанні й вихованні дитина здатна засвоїти необхідні навички і нормально справлятися зі шкільними завданнями.

Загалом для дітей із затримкою психічного розвитку характерною є особистісна й емоційно-вольова незрілість, що поєднується з вираженою залежністю від думки дорослих і ровесників. Через затримку розвитку, недостатність умінь і навичок ці діти з перших місяців навчання потрапляють до розряду неуспішників. Це спричиняє негативне оцінювання дитини вчителем та однокласниками, вони сприймають її як дурну, ліниву. Ситуація систематичного неуспіху, у яку потрапляють діти в школі, не тільки негативно впливає на подальший розвиток інтелектуальної сфери, але й сприяє аномальному розвитку особистості. У дитини формується занижений рівень вимог до себе як у сфері навчання, так і щодо будь-яких завдань, що містять оцінні моменти. Прагнучи гіперкомпенсації, діти із ЗПР ще дужче фіксуються на більш ранніх етапах розвитку, зокрема на грі, унаслідок чого виникають вторинні порушення поведінки й невротичні розлади. Завдання шкільного психолога насамперед полягає у виявленні дітей із затримкою психічного розвитку, визначенні типу затримки й постановці питань про раціональні методи навчання такої дитини.

Питання щодо специфіки навчання тісно пов'язане з типом затримки. При гармонійному інфантилізмі, мікросоціальній занедбаності й соматичній затримці психічного розвитку оптимальним є навчання в так званих класах вирівнювання (тобто в класах підвищеної педагогічної уваги) із програмою, що передбачає ігрові методи навчання, і з меншою наповненістю класів.

У своїй роботі з учнями цих класів психолог має застосовувати ігри, спрямовані на формування вольової регуляції, здатності планувати діяльність, регулювати емоції.

Для дітей з органічним інфантилізмом і церебрально-органічною затримкою психічного розвитку доцільнішим може бути навчання в школах-інтернатах для дітей із ЗПР. У цих школах менша наповненість класів, програма трьох років засвоюється за чотири роки, передбачаються додаткові заняття з логопедом, ЛФК, ретельний медичний нагляд. Якщо протягом навчання в цій школі дитина успішно засвоює програму, то її переводять до звичайної масової школи.

Діти із ЗПР протягом усього навчання в школі повинні бути під контролем шкільного психолога, бажано навіть лікаря (невропатолога або психіатра). У підлітковому віці в цих дітей можливими є порушення поведінки, формування нестійкої акцентуації, неврозоподібні прояви. Якщо затримка психічного розвитку супроводжується недорозвиненням мови, то обов'язково слід звернутися до логопеда за консультацією й допомогою.

Недорозвинення психічних процесів

Олігофренія — це стан загального недорозвинення психіки через спадкову зумовленість або внаслідок внутрішньоутробного ураження головного мозку. Залежно від ступеня порушення вирізняють дебільність, імбецильність та ідіотію. Розумова відсталість може виявлятися як самостійно, так і в поєднанні з будь-яким іншим психічним або соматичним розладом. Разом з тим, особи з розумовою відсталістю можуть мати будь-які без винятку психічні розлади, частота прояву яких у них, щонайменше, у 3-4 рази вища, ніж у осіб звичайної популяції. Крім того, розумово відсталі особи піддаються більшому ризику експлуатації, а також ризику фізичного або сексуального насильства. Адаптивна поведінка у них завжди порушується, проте в таких соціальних ситуаціях, коли забезпечуються захист і підтримка, це порушення у хворих з легкою розумовою відсталістю може зовсім не виявлятися.

Діагностичні критерії розумової відсталості:

- 1) клінічний – наявність органічного ураження головного мозку;
- 2) психологічний – стійке порушення пізнавальної діяльності;
- 3) педагогічний – низька здатність до навчання й засвоєння знань.

Олігофренія виявляється в тотальному нервово-психічному недорозвиненні, яке впливає не тільки на інтелект дитини, а й на всі інші функції й психічні процеси. У дітей з олігофренією спостерігається уповільнене формування рухових навичок – порівняно з нормою вони пізніше починають сидіти, ходити. У подальшому часто спостерігається неточність зорово-моторної координації й зниження швидкості реакцій. Порушується довільна увага, у деяких випадках недостатніми є обсяг, розподіл і перенесення уваги. Сприйняття в цих дітей характеризується бідністю і недостатністю: меншим порівняно з нормою обсягом, утрудненнями в сприйнятті зорово-просторових співвідношень, матеріалу й форми предметів.

Специфічним для олігофренії є порушення пам'яті. Механічне запам'ятовування порушується незначно або взагалі не порушується (при олігофренії на рівні дебільності). При деяких формах олігофренії, пов'язаних з гідроцефалією або синдромом Дауна, зазначається хороше механічне запам'ятовування цілих речень без розуміння смислу. Опосередковане асоціативне запам'ятовування розвинене значно гірше.

Порушення функції мови виявляються по-різному, залежно від ступеня тяжкості й причин олігофренії. Мають місце порушення мовної моторики, що призводить до неправильної вимови звуків, низька змістовність мови (недостатній словниковий запас, порушення граматичної будови мови). Пасивний словниковий запас дещо більший за активний, проте характерним є звужене розуміння слів і виразів, які виходять за межі повсякденного життя.

Порушена регулювальна функція мови, її використання дитиною для саморегуляції (самоорганізації) діяльності є утрудненим.

Інтелект при олігофренії теж уражений тотально й рівномірно. Спостерігаються недостатність формування понять, нездатність до самостійного узагальнення й виокремлення. Порушена також функція предметного аналізу. Під час досліджень вербального й невербального інтелекту визначено, що істотної відмінності між їх рівнями немає.

Загальна незрілість особистості виявляється в пасивності, сильній навіюваності, недорозвиненні пізнавальних інтересів і вольової регуляції.

Таким чином, психічне недорозвинення при олігофренії має тотальний характер, охоплюючи всі сфери психіки: моторику, сенсорику, пам'ять, мову, інтелект, емоції та особистість у цілому.

Важливою особливістю психічного недорозвинення при олігофренії є ієрархічність: пізніші вищі форми психічних процесів уражені сильніше, ніж елементарні. Наприклад, при відносному збереженні елементарних функцій моторики (ходьби, хапальних рухів тощо) порушуються координація рухів, дрібна моторика кисті.

Залежно від тяжкості дефекту виділяють такі ступені олігофренії.

1. Ідіотія – найбільш глибоке вроджене слабоумство. При цій формі олігофренії майже повністю відсутня мова й інші психічні функції. Ознаки ураження головного мозку (різко збільшена або зменшена голова й інші спотворення внаслідок патології внутрішньоутробного розвитку) при ідіотії звичайно виявляються одразу ж після родів. Через велику патологію мозку життя ідіотів рідко триває до 20 років, вони не можуть набути навіть елементарних життєвих навичок. При ідіотії вкрай послаблені або спотворені реакції на навколишній світ. Сприйняття слабо диференційоване, фіксація уваги неможлива; ідіоти фактично не можуть навчатися. Їхні рухи погано координовані, виконання планомірних актів є практично неможливим. Вони не можуть самостійно пересуватись, їх не вдається привчити до дотримання елементарної гігієни. Навіть досягаючи підліткового та юнацького віку, хворі виразною мовою так і не оволодівають; вони не розуміють змісту зверненої до них мови, хоч іноді правильно починають реагувати на інтонацію. Хворі або залишаються нерухомими, або протягом багатьох годин виконують стереотипні рухи (розгойдуються, смокчуть пальці, плещуть у долоні тощо), при цьому вираз обличчя залишається тупим, рот відкритим. Іноді цей стан змінюється спонтанним збудженням. Під час такого безмотивного збудження хворі можуть хаотичними рухами нанести тілесні пошкодження особам, які здійснюють нагляд за ними. Однак, зважаючи на виразну наявність психічної хвороби, стосовно ідіотів кримінальні справи ніколи не порушуються, і судово-психіатрична експертиза проводиться дуже рідко. Хворі залишаються повністю безпомічними, не усвідомлюють своєї неповноцінності й потребують постійного догляду.

2. Імбецильність – менш глибока ступінь вродженого слабоумства. Серед інших форм олігофренії імбецильність становить менше 10 %. На відміну від ідіотів, імбецили можуть виявляти елементарні, але все-таки

диференційовані й різноманітні реакції на навколишнє середовище. Вони можуть орієнтуватися в уже опанованій ними ситуації, однак зовсім розгублюються в новій ситуації. Мова при імбецильності – примітивна, аграмтична, невиразна, хоч словниковий запас хворих іноді становить 200–300 слів; імбецили можуть вживати нескладні фрази й розуміти їх. Для них доступними є елементарні узагальнення, вони володіють деякими відомостями в межах простих побутових знань, здатні орієнтуватись у нескладних питаннях побутової обстановки. Однак утворення абстрактних понять є недоступним для них, логічні операції здійснюються на дуже низькому рівні, мислення – надто конкретне, тугорухоме. Логічна пам'ять при імбецильності відсутня, але механічна пам'ять імбецилів може бути задовільною, і вони можуть засвоювати деякі елементарні знання й навички, які правильно, хоч і стереотипно, використовують в звичній ситуації. У випадках менш тяжкої імбецильності, незважаючи на низький розвиток інтелекту, безпосередні емоційні реакції можуть бути відносно розвиненими. Це дає змогу навіть визначити певні індивідуальні характерологічні відмінності. Зазначаються й розвиток ознак особистісного самоусвідомлення, емоційно диференційоване ставлення до оточуючих. Багато імбецилів є надзвичайно прихильними до близьких, можуть співчувати іншим людям, охоче намагаються наслідувати хорошим прикладам. Загалом же для імбецилів характерними є збідненість, одноманітність емоцій, безініціативність, нездатність до самостійної організації своєї поведінки.

Хворі на імбецильність підвищено навіювані, схильні до сліпого наслідування, нерідко в них відбувається сексуальне перезбудження. Усе це може зумовити вчинки, які формально відповідають кримінальним: підпали, крадіжки, нанесення тілесних ушкоджень, відкрите оголення статевих органів і маніпулювання ними та навіть згвалтування. Усі ці дії характеризуються імпульсивністю, відсутністю якої-небудь усвідомленості і, тим більше, розуміння протиправності. У рідкісних випадках, коли з міркувань юридичного порядку (наприклад, для оформлення закриття справи, пов'язаної зі знищенням матеріальних цінностей унаслідок підпалу) проводиться судово-психіатрична експертиза, олігофрени завжди визнаються неосудними. Вони також не можуть бути дієздатними, над ними завжди встановлюється опіка.

3. Дебільність – найлегша і найпоширеніша форма олігофренії. Для судової психіатрії вона має особливе значення. Це пояснюється тим, що серед усіх хворих на олігофренію по суті лише хворі на дебільність становлять значну частину осіб, що підлягають судово-психіатричній експертизі.

Вираженість психічного недорозвинення при дебільності може бути різною: від тяжкої, близької до імбецильності, до легкої, що межує з практичною нормою, тобто рівнем психічно здорових осіб із низьким інтелектом. Цим визначаються велика неоднорідність клінічних проявів,

різний темп психічного розвитку і різний рівень (ступінь) вираженості психічного дефекту, який спостерігається у хворих із різним життєвим досвідом. У цьому сенсі розрізняють глибоку, помірно виражену й легку дебільність.

Чим більше вираженою є дебільність, тим раніше вона виявляється. Глибока дебільність виявляється вже в ранньому дитинстві. Характерною є зовнішність – непропорційна будова тіла, погана координація рухів, дурнувятий вираз обличчя; хворі пізно (після 3–5 років) починають ходити й розмовляти, їх мова часто залишається недорозвиненою, вони некітливі, не вловлюють змісту найпростіших дитячих розваг, позбавлені дитячої допитливості. Темп психічного розвитку в таких хворих низький, їм рідко вдається закінчити навіть допоміжну школу. Хворі залишаються безпомічними й потребують постійного догляду.

Легка (помірна) дебільність виявляється дещо пізніше. Такі хворі ходять до школи, але з самого початку не здатні повноцінно засвоїти навіть відносно легкий навчальний матеріал, будь-які звичайні педагогічні зусилля покращити успішність не мають успіху. Зазвичай після другого – четвертого класів цих хворих переводять у спеціальні школи або інтернати для розумово відсталих дітей. Там із допомогою спеціальних методів навчання хворі навіть із середнім (помірно вираженим) ступенем дебільності набувають навичок читання, лічби, письма, а дехто – навіть більш складного пізнання. У процесі навчання чітко виявляється слабкість абстрактного мислення. Хворі визначають відмінність між предметами та явищами лише за зовнішніми ознаками, не здатні передати прихований зміст прислів'їв і метафор. Осмислювання й логічне запам'ятовування підмінюються механічним заучуванням, сліпим наслідуванням. Зазначається слабкість активної цілеспрямованої уваги – увага тяжко привертається, погано фіксується, легко розсіюється. Переважає пасивна увага з бездумною реєстрацією навколишнього. Мова характеризується збідненим запасом слів; відомі слова вживаються в елементарних зв'язках, узагальнення значень слів є малодоступним. Характерним є неправильне за змістом уживання слова, переважають мовні штампи й короткі, примітивно побудовані фрази. У допоміжних школах хворі нерідко набувають простих виробничих навичок (зазвичай спеціальності, що потребують механічної стереотипної праці) і надалі працюють або в трудових майстернях психіатричних установ, або навіть за отриманим фахом на загальних умовах. Однак після закінчення допоміжної школи дебільні особи явно вирізняються бідним запасом знань, вузьким колом інтересів, відсутністю ініціативи й самостійності, уповільненістю й інертністю психічних процесів. Основна складність для цих хворих – пристосування до нових незвичних ситуацій, коли усталені схеми-шаблони поведінки вже є недостатніми, не підходять і стають необхідними не тільки осмислення, а й елементи творчого підходу до вирішення завдань і труднощів, які виникли.

Хворі з найменшою вираженістю слабоумства (легка дебільність) виявляються пізніше за інших у зв'язку зі зміною звичного для них життєвого стереотипу. Багатьом із них все-таки вдається закінчити дев'ятирічну загальноосвітню школу або навіть ПТУ. Дебільність у цих випадках зазвичай виявляється при намаганні продовжити освіту, під час проходження медичних комісій (найчастіше в зв'язку з призовним віком), у перші тижні служби в армії, на новому місці роботи, а також при судово-психіатричному обстеженні. У таких дебільних осіб часто непогано розвинена мова, їх поведінка є практично адекватною й самостійною, якщо порівнювати з глибокою дебільністю; здатність наслідувати й механічна пам'ять певною мірою маскують слабкість мислення.

Тільки ретельніше дослідження спеціальними методами виявляє у хворих при легкому ступені дебільності недостатність абстрактного мислення, переважання конкретних асоціацій. Абстрактні поняття в них пов'язані не стільки з певним змістом, скільки зі словесним запозиченням, наслідуванням. Перехід від простих до складніших узагальнень (від конкретних до абстрактних) для них є утрудненим. Вищий рівень узагальнення, пов'язаний із переходом від чуттєвого пізнання до абстрактного мислення, навіть при легкій дебільності є неможливим.

Незважаючи на загальну ознаку олігофренії – недорозвиненість психіки загалом, особи, які страждають на дебільність, мають свою індивідуальність як за характерологічними особливостями, так і за соціальними, що, на відміну від імбецильності і тим більше від ідіотії, свідчить про особистісні особливості хворих. Ці особливості виявляються в різних ступенях вираженості між двома основними варіантами: з одного боку, крайньою розгальмованістю, рухливістю, збудженістю, настирливістю, конфліктністю, гіперсексуальністю хворих, а з іншого – постійною загальмованістю, в'ялістю, апатичністю, байдужістю до всього оточуючого. Часто всі прояви виражені помірно, у деяких випадках характерологічні особливості дебільних осіб нагадують окремі варіанти патології характеру при психопатіях, а іноді вони виражені настільки дисгармонійно, що можна говорити про емоційно-вольові порушення, які відповідають рівню хворобливих розладів.

Основою олігофренії є усталена неповноцінність головного мозку, що спостерігається з народження або з перших років життя, тому при олігофреніях не існує тієї динаміки, яка є характерною для процесуальних захворювань (наприклад, шизофренії), коли можна казати про початок захворювання, його розвиток, змінення синдромів і вихід у видужання або в кінцевий стан. В олігофренів можуть відбуватися тимчасові погіршення психічного стану через неповноцінність мозку, що зазвичай виявляється в сильних головних болях, розладах настрою (дисфоріях). Через це вони мають підвищену чутливість до різних інтоксикацій (алкоголю, наркотиків, інфекцій), у них легко виникають короточасні психотичні стани з можливими галюцинаціями, афектом страху, психомоторним збудженням.

Динаміка при олігофреніях іноді виявляється і в тому, що під впливом несприятливих факторів у цих хворих може відбутися декомпенсація – тимчасові або більш стійкі погіршення психічного стану. Короткочасне, але таке, що може привернути до себе увагу, поглиблення інтелектуальної недостатності може відбутися під впливом сильного афекту страху, переляку в психотравматичній ситуації. Такі хворі протягом кількох днів (іноді кількох годин) мають вигляд глибоко слабоумних (до ступеня тяжкої імбецильності), тоді як у звичайному стані є неглибокими дебілами. У суб'єктивно складних психотравматичних ситуаціях хворі на олігофренію нерідко заходять у стани гострої розгубленості. Своєрідною патологічною реакцією цих хворих буває сум за домівкою (ностальгія), що виникає при зміні звичного життєвого стереотипу. Ностальгія характеризується наростаючим відчуттям нуді, суму й тривоги, внутрішнім неспокоєм, недостатньо чітким і диференційованим сприйняттям того, що відбувається, суб'єктивним прагненням до розрядки. Однак бажання покинути нову обстановку, піти додому позбавлене продуктивних планів реалізації. Так, наприклад, один із хворих, потрапивши на віддалений від дому призовний пункт, несподівано вийшов зі строю і зі словами "хочу додому, до мами", не звертаючи уваги на оточуючих, побіг, хоча дороги додому не знав. У деяких дебілів після арешту виникають інші тимчасові хворобливі стани: реактивні психози, кататоноподібні стани, істеричні реакції, пуерилізм (дитяча поведінка), тривожно-депресивний стан.

ОРГАНІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПСИХІКИ

Розвиток дитини з органічним ураженням ЦНС завжди відрізняється від розвитку його здорових однолітків. Тут постає безліч питань перед педагогами й батьками, оскільки в деяких випадках окремі функції відповідають віку або навіть дещо випереджають, а інші – розвинені значно гірше норми. Це створює своєрідну «мозаїчну» картину розвитку і може справляти враження неслухняності або невихованості дитини. Тому завданням психолога є виявлення того, чи не стоїть за «фасадом» неухважності, упертості, пустощів симптоматика органічних порушень головного мозку, а отже, потреба в педагогічній і медикаментозній корекції.

Ушкоджений психічний розвиток – це розвиток дитини з органічним ураженням центральної нервової системи. До ушкодженого психічного розвитку можна віднести такі стани, як мінімальна мозкова дисфункція, порушення міжкульової взаємодії, локальні ураження головного мозку, епілепсія, прогресуючі органічні ураження ЦНС.

Мінімальна мозкова дисфункція

Мінімальна мозкова дисфункція – біологічно зумовлена недостатність функцій нервової системи, що призводить до легких розладів поведінки й зниження здатності до навчання.

Причини цієї дисфункції – різноманітні шкідливі впливи, перенесені в період внутрішньоутробного розвитку (токсикоз, інфекційні захворювання у матері, алкогольна інтоксикація в пізні терміни вагітності), травми під час пологів, захворювання протягом перших років життя. Унаслідок цих впливів виникають більш або менш локальні ураження мозку в кіркових або підкіркових ділянках. Прояви мінімальної мозкової дисфункції є різноманітними й залежать від локалізації ураження. Найчастіше виявляються затримка й порушення розвитку моторики: незграбність, тики, гримасування, рухова розгальмованість або занадто повільні рухи, а також порушення сну, збудженість, некерованість поведінки.

У подальшому розвитку дитини з мінімальною мозковою дисфункцією відбувається поступова компенсація порушень. За умов сприятливої системи навчання, виховання й лікування до підліткового віку нівелюються наявні раніше симптоми, і виявити залишкові явища органічного ураження можна тільки під час спеціального нейропсихологічного й електроенцефалографічного обстеження. Але в разі приєднання інших додаткових шкідливих факторів (травм, хірургічних операцій, соматичних захворювань, перевтоми, несприятливих соціальних умов розвитку) мінімальна мозкова дисфункція може призвести до розвитку таких захворювань, як епілепсія, психопатія, розлад мовної системи, а також до виникнення неврозоподібних розладів. У зв'язку з цим важливим є виявлення органічних уражень ЦНС і спостереження за розвитком дитини з боку фахівців – невропатолога, психолога, логопеда.

Звичайне патопсихологічне дослідження дітей із мінімальною мозковою дисфункцією при церебростенічних станах виявляє виснаженість психічних процесів, порушення обсягу й концентрації уваги, недостатність механічного запам'ятовування. Спостерігається значна відмінність між рівнями досягнень при виконанні різноманітних інтелектуальних тестів. Саме рівень досягнень є критерієм відмінності органічних уражень ЦНС від олігофренії. Простежуються емоційна лабільність, висока чутливість до оцінки експериментатора.

При деяких формах органічного ураження більшою мірою порушуються психічні процеси (пам'ять, увага), а особистісний розвиток залишається в межах вікової норми. Такі діти важко переживають свою неспроможність, у них легко виникають вторинні порушення: заїкання, тики, страхи, розлади сну й апетиту. Самооцінка занижена, дитина чітко диференціює ставлення до себе з боку значущих для неї осіб.

При інших ураженнях відбуваються переважно порушення розвитку емоційно-вольових механізмів, формування психопатоподібного синдрому. Це виявляється в підвищеній збуджуваності, психічній неврівноваженості, уразливості. Такий тип порушень часто супроводжується посиленням або

зміненням потягів: схильністю до бродяжництва, агресивністю, сексуальною розгальмованістю тощо. Під час обстеження виявляються недостатня критичність щодо своїх досягнень, екстернальний локус контролю, часто завищена або недиференційована самооцінка. Від дітей і підлітків із психопатією цю групу відрізняють порушення психічних процесів, нерівномірне зниження інтелекту.

Розлади мови

Алалія — відсутність або недорозвиненість мовлення внаслідок органічного ураження мовних зон кори головного мозку у внутрішньоутробному або ранньому періоді розвитку дитини. Діагностику алалії проводять у віці трьох років. При алалії відбувається затримка в дозріванні нервових клітин переважно в скронево-тім'яно-потиличних ділянках, у лобно-скроневої і скроневої ділянках домінантної півкулі. Алалія являє собою системну недорозвиненість мовлення, коли порушується фонетико-граматичний і лексико-граматичний склад мови. Виділяються моторна й сенсорна форми алалії.

При моторній алалії утруднюється вимова окремих звуків і їх злиття під час промовляння в слова. Це призводить до перестановки звуків та складів, спрощення й перекручування структури слова. У дитини з хорошим слухом і достатнім розумінням мови не розвивається самостійне мовлення, протягом тривалого часу воно залишається на рівні окремих звуків і слів. Мова для такої дитини не є повноцінним засобом спілкування й організації поведінки. Замість відсутнього мовлення використовуються міміка, жестикуляція, інтонація.

При патопсихологічному обстеженні дітей з алалією спостерігаються порушення координації рухів (особливо точної моторики кисті руки). Зазнає ураження слухо-мовна пам'ять, зорова пам'ять – у межах норми. Фіксуються виснаженість, коливання уваги. Інтелект дітей з алалією є первинно збереженим; діти виявляють пізнавальну цікавість, з успіхом справляються з невербальними пробами, здатні відтворювати зв'язок і послідовність подій, аналогії, узагальнення. Але через недостатність спілкування це призводить до випадіння з дитячого колективу, формується вторинна затримка інтелектуального розвитку, яка, у свою чергу, спричиняє недостатність вищих рівнів спілкування, проблеми в поінформованості. Самооцінка дітей з алалією є заниженою, спостерігаються емоційна лабільність, вторинні невротичні реакції.

За умов своєчасного лікування, надання логопедичної й педагогічної допомоги у дітей з трьох-чотирьох років можливими є формування зв'язного й діалогічного мовлення, розвиток пізнавальної активності. Важливо своєчасно розрізнити алалію й дебільність, основні критерії тут – наявність хорошого розуміння зверненої мови, розвинутої ігрової діяльності, вираженої реакції на надання допомоги й заохочування при алалії.

Сенсорна алалія — порушення розуміння мови внаслідок ураження скроневої частки домінантної півкулі. Слух у таких дітей без порушень, недостатнім є аналіз мовних звуків. У деяких випадках це супроводжується підвищеним реагуванням на немовні звуки: шурхотіння паперу, крапання води. Посилення гучності мовлення погіршує її розуміння в дітей з алалією й поліпшує в дітей із дефектами слуху.

Залежно від ступеня ураження дитина може взагалі не відрізнити мовлення від немовних шумів або відчувати утруднення в розумінні висловлювання поза ситуацією. При патопсихологічному обстеженні виявляються складність концентрації й переключення уваги, виснажуваність. Може бути наявною вибірковість у сприйнятті мовлення: дитина розуміє тільки матір і не розуміє мови сторонніх дорослих.

Діти користуються для спілкування жестами, мімікою, слухають музику й розрізняють мелодії. Якщо вони оволоділи мовленням, то спостерігається підвищена мовна активність на фоні зниженої уваги до мовлення оточуючих і відсутності контролювання свого мовлення. Розуміння мовних інструкцій утруднене, але під час показу діти можуть виконати достатньо складні вербальні завдання. Регулярні логопедичні заняття сприяють значному поліпшенню стану хворих.

Діти з алалією потребують раннього виявлення, навчання у спеціалізованих логопедичних дитсадках і школах.

Дислексія — часткове специфічне порушення засвоєння процесу читання, яке зумовлене несформованістю або порушенням вищих психічних функцій і виявляється в повторюванні стійких помилок на письмі. Спричинити цей стан можуть найрізноманітніші фактори: генетична обтяженість, черепні травми в ранньому віці, мінімальна мозкова дисфункція. У деяких випадках дислексія може бути пов'язана із функціональними розладами – тривалими соматичними захворюваннями, порушеннями вимови в батьків тощо.

При нескладних формах дислексії можлива самостійна компенсація розладу читання, але в дитини може закріпитися негативне ставлення до читання. При переході в середні класи залишкові явища дислексії перешкоджають ефективному засвоєнню інших дисциплін: дитина погано розуміє тексти в підручниках, задачі. При складніших формах дислексії необхідними є спеціальні заняття з логопедом або навчання у спеціалізованій школі-інтернаті.

Дискалькулія – специфічне порушення у формуванні навичок лічби, пов'язане з недостатністю просторового гнозису. Визначається наприкінці першого класу.

Ранній дитячий аутизм

Ранній дитячий аутизм – клінічний синдром (уперше описаний Лео Каннером 1943 року), основними ознаками якого є:

- уроджена нездатність дитини до встановлення контакту з допомогою погляду, міміки, жестів, не зумовлена низьким інтелектуальним рівнем (феномен інкапсуляції);

- стереотипність поведінки (прагнення до сталості, прихильність до певних об'єктів, опір зміненням в оточенні);

- незвичайні реакції на подразники (дискомфорт або поглиненість враженнями);

- особлива характерна затримка в розвитку мовлення поза зв'язком із рівнем інтелектуального розвитку;

- ранній прояв перших симптом – до 30-го місяця життя.

Особливо яскраво аутизм виявляється у віці трьох-п'яти років і супроводжується страхами, негативізмом, агресією. Надалі гострий період змінюється порушеннями інтелектуального й особистісного розвитку.

Інкапсуляція виявляється у вираженому порушенні контактів. Ставлення до оточуючих, до подій і предметів відрізняється від норми. Практично відсутні всі ознаки нормального контакту дитини з батьками, особливо з матір'ю: немає усмішки, зорового контакту, дитина не відрізняє батьків від інших людей, відсутні звичні жести (наприклад, дитина не простягає руки, щоб її високо підняли). І, навпаки, діти часто активно контактують із неживими предметами. Коли вони стають старшими, чітко виявляється небажання брати участь у колективній грі й нездатність встановлювати дружні взаємини з іншими дітьми, а також нездатність співчувати іншим людям.

Прагнення дотримуватися звичного порядку, обумовлене тривогою, виявляється в розвитку у дітей станів страху й паніки, якщо в їх звичному оточенні щось змінюється.

Серед порушень мовлення слід виділити уповільнений мовленнєвий розвиток приблизно у половини дітей, а також схильність до утворення нових слів і до ехолалій (повторення слів або складів слідом за оточуючими, на зразок луни). При аутизмі ехолалія є відстроченою. Відстрочена ехолалія характеризується все тим же повторенням почутих слів або фраз, але не відразу, а через якийсь проміжок часу – кілька хвилин, днів і більше. Фрази дитина може повторювати в будь-який час і в будь-якій ситуації.

Діти, які страждають на аутизм, говорять про себе в третій особі і лише пізніше вчаться говорити про себе "я". Майже у всіх дітей спостерігаються мовні й рухові стереотипії, а також низка ехо-симптомів. У них не настає або запізнюється "вік запитань", причому вони стереотипно ставлять одні й ті ж самі запитання, відповіді на які їм уже відомі. Багато дітей-аутистів, що навчилися говорити, не можуть використовувати мовлення в комунікативних цілях, а роблять це лише механічно. В їх мовленні багато граматичних помилок, деякі діти придумують нові слова (неологізми), що мають для них особливе значення.

Для багатьох дітей з аутизмом характерними є порушення інтонацій: мовлення мало модульоване, інтонаційне оформлення слів або фраз часто неадекватне, голос монотонний, а ритміка має скандований характер.

У деяких дітей виявляються нав'язливі ідеї та декілька інших симптомів, наприклад інтерес до певних ігор, агресія й аутоагресія, а також відсутнє почуття страху перед реальними небезпеками.

У процесі розвитку в багатьох дітей з раннім дитячим аутизмом спостерігається трансформація симптоматики: знижується особлива чутливість до звуків, рідше турбують напади страху, психомоторне збудження, порушення сну, слабшає звичка торкатися до предметів і людей.

Клініко-психологічна класифікація раннього дитячого аутизму, розроблена О. С. Нікольською, дає змогу виділити чотири основні форми хвороби за такими критеріями:

- характер і ступінь порушень взаємодії із зовнішнім світом;
- характер і ступінь первинних розладів.

Перша форма – повна відчуженість від оточення й подій, що відбуваються. Характеризується відсутністю мовлення й майже повною неможливістю організувати дитину: уловити погляд, домогтися посмішки у відповідь, отримати відгук на поклик, звернути увагу дитини на інструкцію, домогтися виконання доручення. При цьому діти не відгукуються на прохання та натомість нічого не просять самі, часто не реагують навіть на біль і значні подразнювальні фактори (голод і холод). Діти із раннім дитячим аутизмом першої форми не виявляють жодного переляку в ситуаціях, які спричиняють страх у будь-якої іншої дитини. У відповідь на спробу домогтися уваги, змусити щось зробити в дитини може виникнути виражена негативна реакція – крик, самоагресія. Аутизм таких дітей – максимально глибокий, він виявляється в повній відчуженості від зовнішнього світу.

Друга форма – активне відкидання. Діти цієї групи є більш активними й трохи менше вразливими в контактах з оточенням. Зовні це діти, що найбільше страждають: обличчя їх зазвичай напружене, спотворене гримасою страху, характерною для них є скутість у рухах, вони користуються ехолоалічними відповідями, їх мовлення напружено скандоване. Для них властива вибірковість в одязі, їжі, смаках. Рухи напружено-скуті, «механічні», взаємодія рук і ніг погано скоординована; часто перетинають простір кімнати зігнувшись, перебіжками, як ніби це небезпечне місце. Навчати простіше, діючи їх же руками, видаючи ззовні готові інструкції

Третя форма – захопленість аутистичними інтересами. Дітей з третьою формою хвороби найлегше відрізнити за зовнішніми проявами: обличчя дитини зберігає вираз ентузіазму, блискучі очі, застигла посмішка, дитина розмовляє швидко й без сенсу. Такі діти мають вигляд уже не усунутих, а скоріше понадміру захоплених своїми власними стійкими інтересами, що виявляються в стереотипній формі. Для таких дітей

характерною є екстремальна конфліктність. Своєрідність таких дітей особливо виявляється в їхньому мовленні (багатослівність, великий словниковий запас) і нездатності враховувати присутність співрозмовника.

Четверта форма – надзвичайна трудність організації спілкування та взаємодії. Це найбільш легкий варіант аутизму. На перший план тут виступають уже не захист, а підвищена ранимість, загальмованість у контактах на фоні нерозвиненості самих форм спілкування, граматичного мовлення. Наявними є труднощі зосередження й організації дитини: педантизм, підвищена пристрасть до порядку. Спостерігається затримка психічного розвитку в цілому. Усі відносини зі світом дитина прагне будувати через дорослу людину.

Ранній дитячий аутизм слід насамперед відрізнити від синдрому Аспергера (аутистичного розладу особистості). Синдром Аспергера – форма аутизму, при якій здатність функціонувати є відносно збереженою. Аутистичні розлади цього синдрому характеризуються слабкою вираженістю клінічних проявів. Діти мають нормальний інтелект, але нестандартні або слаборозвинені соціальні здібності. Наявними є якісні порушення в соціальній взаємодії й обмежені, повторювані й стереотипні особливості поведінки, інтересів і занять. Надалі в онтогенезі дитини спостерігається формування особливої особистості, що є подібною до особистості шизоїдного типу.

Об'єктивне оцінювання порушень афективної сфери дитини із раннім дитячим аутизмом потребує спостереження динаміки її розвитку, ступеня зростання або зменшення проявів аутистичних ознак, а також змінення способів адаптації дитини. Позитивна динаміка характеризується виникненням у психіці дитини ознак афективних механізмів більш високого рівня організації емоційно-вольової сфери та спрощенням способів компенсаторної аутостимуляції. При регресі дитина стає більш відлюдною й відчуженою, наявні зв'язки й контакти зі світом порушуються. Дитина переходить до групи дітей з більш елементарною й ригідною організацією емоційно-вольової та комунікативної сфер.

Вивчення ж особливостей пізнавальної сфери аутичних дітей спрямоване на виявлення рівня їх знань і навичок і визначення програм навчання, адекватних їх можливостям. Загалом процедура обстеження повинна скластися природно, плавно перейшовши зі стадії встановлення контакту з дитиною в гру з ним. Деякі завдання можуть бути запропоновані у вигляді тестів, наприклад, коректурна проба, шифрування тощо. Основна ж частина діагностики будується у вигляді продовження гри з дитиною. Припинення роботи може відбутися не через перевтому, а через неадекватні реакції на стимульний матеріал, невмотивований страх перед ним, тому рекомендується заздалегідь покласти деякі посібники й тестові завдання в різних місцях кабінету, щоб дитина до них звикла і вони не здавалися їй ворожими й невідомими.

Зараз існує велика кількість опитувань, шкал і методик спостереження, спрямованих виключно на діагностику раннього дитячого аутизму, які розроблено здебільшого в англomовних країнах. Деякі з цих методик перекладено на українську мову, серед них: Опитування для діагностики аутизму, адаптований варіант (Autism Diagnostic Interview – ADI-R) Lordetal., 1994; Шкала спостереження для діагностики аутизму (Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS) Lordetal., 1989; Шкала спостереження для діагностики аутизму, спільний варіант (Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic; ADOS-G) Lordetal., 1997.

ДИСГАРМОНІЙНИЙ РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ

Порушення емоційної регуляції як основа дисгармонійного розвитку

До дисгармонійного психічного розвитку можна віднести такі варіанти розвитку особистості, як психопатії та невротичний розвиток особистості. Найчастіше проявами цих станів є стійкі порушення поведінки. Поєднання динамічних розладів емоційної сфери, а саме підвищеної збудливості, лабільності, інертності, в'язкості афекту і переважної модальності емоцій (страху, гніву, печалі тощо), породжує різноманіття конкретних варіантів дисгармонійного розвитку особистості.

Дисгармонійний психічний розвиток – це така форма порушень розвитку, коли зазначається недостатність розвитку емоційно-вольової й мотиваційної сфер особистості при відносній збереженості інших структур.

Психопатії – це аномалії розвитку емоційно-вольової й мотиваційної сфер особистості. У патопсихології виділяють три критерії, що характеризують психопатію: тотальність патологічних рис характеру, відносна стабільність їх проявів протягом життя й соціальна дезадаптація.

Походження психопатій може бути пов'язане з впливами або генетичних, спадкових факторів, або зовнішніх факторів у ранньому дитинстві (пологові травми, тяжкі інфекційні захворювання). Психопатії можуть також виникати як реакції на тривалі несприятливі дії з боку батьків, що створюють неадекватні стереотипи емоційного реагування.

При психопатіях відбувається посилення або ослаблення функціонування одного з рівнів базальної системи емоційної регуляції. Базальна система емоційної регуляції створює і інтенсивність, і спрямованість несвідомого оцінювання впливів навколишнього середовища (наскільки певний подразник сприймається як сильний або слабкий, приємний або неприємний, що зумовлює прагнення до уникнення, наближення або агресію). Надалі залежно від цього базального тону відбувається побудова мотиваційних структур особистості й вольової регуляції (як можливість реалізації мотиву, досягнення мети). Нерівномірність, дисгармонійність розвитку емоційної регуляції з вираженим посиленням або ослабленням функцій одного з рівнів при

недостатності компенсаторних можливостей з боку інших рівнів призводять до формування психопатії.

Психопатії можна класифікувати залежно від посилення або ослаблення функцій і рівнів емоційної регуляції. Базальні рівні емоційної регуляції (В. В. Лебединський, О. С. Нікольська, М. М. Ліблінг) виникли внаслідок необхідності активного контакту людини із зовнішнім світом і в нормі забезпечують йому успішне уникнення небезпек й досягнення цілей, задоволення потреб. Виділяють чотири рівні базальної афективної організації, кожний із яких вирішує властиве йому завдання адаптації.

Перший рівень (польової реактивності) пов'язаний із попередньою оцінкою допустимості контакту з об'єктом зовнішнього світу. Ефективне орієнтування на цьому рівні проводиться поза активним виборчим контактом з навколишнім світом як цілісне сприйняття інтенсивності й тяжіння – відштовхування з боку об'єкта.

Другий рівень (стереотипів) регулює процеси задоволення тілесних потреб. Завдання — відпрацювання емоційних стереотипів сенсорного контакту зі світом. Відбувається оцінювання якості вражень — відповідність чи невідповідність потребам організму. Емоційно забарвлюються відчуття усіх модальностей: смакові, нюхові, зорові, дотичні та ін. Найбільшою є чутливість до ритмічних, повторюваних дій. Затримка виконання бажання спричиняє різке невдоволення.

Третій рівень (експансії) забезпечує активну адаптацію до нестабільної ситуації. Відбуваються досягнення значущої мети й подолання перешкод. Визначаються не тільки об'єкти бажання, а й бар'єри. Для цього рівня характерними є стенічні й астенічні переживання. Висока чутливість до переживань контрастних емоцій, ситуацій боротьби, ризику, досягнень.

Четвертий рівень (емоційного контролю) відповідає за організацію емоційної взаємодії з іншими людьми. Оцінювання навколишнього світу починає залежати від оцінювання іншої людини або групи. Значущим стимулом стає похвала, оцінка тощо. Важлива емоційна впевненість у силі й значущості інших людей.

Посилення або послаблення функції кожного рівня змінює сприйняття суб'єктом самого себе й навколишнього світу. На базі цього сприйняття формуються основні мотиви діяльності. Надалі під впливом виховання, навчання, набуття досвіду виникають індивідуальні засоби реалізації своїх головних потреб. Конкретна поведінка, спрямована на реалізацію потреб, може тією чи іншою мірою відхилятися від загальноприйнятих норм. Успішне функціонування відносно більш збережених рівнів емоційної регуляції сприяє успішній компенсації й соціальній адаптації особистості. Посилення неузгодженості рівнів емоційної регуляції спричиняє тотальність змінень емоційно-мотиваційної сфери особистості, стабільність цих змінень і соціальну дезадаптацію — формується психопатія.

Психологічна структура психопатів

Деякі форми психопатій залежать не тільки від порушень емоційно-мотиваційної регуляції, але й від динамічних характеристик вищої нервової діяльності (ВНД): сила – слабкість, рухливість – ригідність, темп психічних процесів. Так, наприклад, формування епілептоїдної і параноїдної (значною мірою) психопатій пов'язане з ригідністю психічних процесів. Переважання збудження, гальмування, лабільності психічних процесів зумовлює різноманітність форм психопатії при порушеннях другого й третього рівнів емоційної регуляції.

Виділяють такі види психопатії (за Шостаковичем):

- збудлива психопатія;
- істероїдна психопатія;
- паранояльна психопатія;
- шизоїдна психопатія;
- астенична психопатія;
- істеро-збудливі особистості;
- епілептоїдні особистості;
- експансивні особистості;
- психастенічні особистості;
- сенситивні особистості.

Крім перелічених існують ще нестійка (за Сухаревим) і циклоїдна (за Ганнушкіним) психопатії.

Ядерну групу психопатій становлять так звані конституціональні психопатії, до яких належать шизоїдні, епілептоїдні, циклоїдні, психастенічні й істероїдні, що залежать більшою мірою від генетичної схильності, ніж від особливостей виховання.

Шизоїдна психопатія, яка може виявлятися ще в дошкільному й молодшому шкільному віці у вигляді порушень контакту з однолітками й незвичності інтересів, пов'язана з недостатнім розвитком першого рівня базальної регуляції. Дитина цього типу сприймає навколишній світ (і особливо своїх однолітків) як потенційну небезпеку, як щось, що намагається проникнути в її внутрішній світ і змінити його. Унаслідок цього виникає прагнення до усамітнення, зменшення обсягу емоційно значущої сенсорної інформації. У дитини цього типу змінюється сприйняття світу, звичайні подразники (гучні слова рідних, ігри дітей, дотики) сприймаються як дуже сильні, ворожі. Через це відбувається захисне гальмування, що призводить до уявної сухості, неемоційності контактів з близькими або уникнення контактів зі сторонніми людьми.

Для багатьох дітей із шизоїдною психопатією характерним є виражене прагнення до логічного, абстрактного пізнання навколишнього світу. У них рано виникають інтелектуальні інтереси: до читання, фізики, математики. Як механізм компенсації у дітей і підлітків з'являються своєрідні захоплення (малювання карт і схем, колекціонування, розведення комах). У

підлітковому віці може виникнути дружба з підлітками або дорослими на основі загальних захоплень.

При патопсихологічному обстеженні дітей із шизоїдною психопатією можна помітити кілька особливостей їхньої поведінки. При достатньому формальному контакті з дітьми цього типу зазначається виражена негативна емоційна реакція на спробу скорочення дистанції, установлення більш неформальних стосунків. Пози обстежуваного часто відображають суперечливість мотивації його поведінки. Самооцінка є суперечливою, однак стабільно виділяються риси відлюдності, сором'язливості.

Коло інтересів може значно відрізнятись від вікової норми, відбиваючи особливості компенсаційних механізмів. Вольова регуляція діяльності також має своєрідний характер: дитина неохоче виконує нав'язані ззовні інструкції, але власної мети може досягати з великою наполегливістю, незважаючи на перешкоди й думку оточуючих.

Епілептоїдна психопатія може виявлятися у віці двох-трьох років (А. Є. Ємельянов, 1992) у вигляді бурхливих і затяжних негативно забарвлених емоційних реакцій. Надалі відбувається поступове наростання емоційної в'язкості, напруженості емоцій, іноді сильних проявів злості. Виникнення цього типу психопатії пов'язане з порушенням третього й четвертого рівнів базальної емоційної регуляції в поєднанні з інертністю психічних процесів. Інертність психічних процесів, характерна для дітей цієї групи, призводить до вираженого накопичення негативних емоційних станів, розрядка ж цього напруження може відбуватися навіть із зовні незначного приводу.

Діти й підлітки, у яких формується епілептоїдна психопатія, відчують себе добре й упевнено тільки за умови достатньо стабільного оточення, чіткого режиму дня й стійкого обсягу вимог. Змінення, які вносяться оточуючими, навіть якщо вони самі по собі є приємними для дитини (свято, екскурсія), але потребують швидкого переключення на інший вид діяльності, спричиняють начебто невмотивовану впертість. Прагнення дотримуватися своїх правил, нормативів і цінностей зумовлює в таких дітей потребу в лідерстві, володарюванні. Непідкорення інших дітей ставить епілептоїда в нові умови, коли необхідно швидко прийняти рішення, а неможливість це зробити породжує вибухи гніву, агресії. Можливий розвиток гіперкомпенсаційних механізмів: формування педантичності, підвищеної орієнтованості на соціальні норми й правила, іноді виражена тривожність з приводу свого здоров'я.

Під час патопсихологічного дослідження епілептоїдні діти й підлітки поступово входять у контакт, прагнуть точно й правильно виконувати завдання, однак потребують постійного схвалення їх діяльності. Якщо такі діти зазнають невдачі під час виконання завдання, то намагаються виконати його ще кілька разів, не змінюючи способу дії, після чого роздратовуються й обвинувачують у невдачі психолога («Що за дитячі кубики Ви мені показуєте, нехай їх у дитсадку складають!»).

Вольова активність не порушена, зазначаються незначні коливання рівня домагань залежно від успіхів і невдач.

Циклоїдний тип психопатії характеризується невмотивованими коливаннями настрою від зниженого (субдепресивного) до підвищеного (маніакального). Циклоїдний тип психопатії рідко фіксується в дитячому віці. Звичайно він виявляється в середньому шкільному віці. Частіше буває гіпертимний варіант із переважанням підвищеного фону настрою. У дітей цього типу спостерігається посилення функцій другого рівня базальної емоційної регуляції, що забезпечує задоволення соматичних потреб та адаптацію до оточуючого. Збільшений діапазон приємних зовнішніх сенсорних вражень, задоволення зумовлюють голосні, ритмічно повторювані звуки, яскраві кольори, нові смакові враження. Ці діти схильні до жартів, пустощів, ризику. Через певне прискорення темпу психічних процесів виникає прагнення отримати задоволення «тут і зараз», нестерпність обмежень і заборон. Дитина цього типу не висловлює відверто свій протест проти обмежень, а спокійно ігнорує їх, займаючися більш привабливою діяльністю. Спілкування дає їй велике задоволення, але глибока емоційна прихильність виникає рідко. Однолітки сприймаються переважно як партнери по спільній грі та розвагах. У 10—12-річному віці в дітей із циклоїдною психопатією можуть виникати досить тривалі періоди (днями й тижнями), протягом яких вони відчують спади настрою, лінощі, іноді безпідставну сльозливість і роздратованість. Такі стани лякають дитину, вона гостро переживає зміни свого настрою. Нерівномірність емоційного тону позначається і на успіхах у навчанні, і на стосунках з батьками й однолітками. Діти з циклоїдним типом психопатії часто піддаються підвищеному травматизму через високу схильність до ризику в періоди підвищення настрою й підсвідомих прагнень до самопокарання при депресії. Самостійна компенсація циклоїдної психопатії в дитячому віці є неможливою, у підлітковому — усвідомлення тимчасовості депресивних фаз дещо поліпшує стан.

Поведінка й ставлення до обстеження у таких дітей залежать від їх стану під час дослідження. Якщо дитина перебуває в цей час у гіпоманіакальній фазі, то у неї спостерігається підвищений фон настрою, прискорений темп мовлення, мислення, простих сенсомоторних реакцій. Зазначається виснажуваність психічних процесів за гіперстенічним типом (прискорення діяльності зі збільшенням кількості помилок). Механічне запам'ятовування зазвичай є успішним, але може бути нерівномірним унаслідок коливань уваги. Рівень узагальнення й вилучення не знижений, однак наявними є покvapливі рішення, які легко піддаються корекції, коли звертається увага. При описуванні картин ТАТ — оптимістичне завершення сюжетів, нерідко декілька варіантів відповіді з однієї картини. Самооцінка є завищеною, як основну властивість особистості досліджувані демонструють енергійність. Якщо дитину цього типу вдається залучити до виконання

завдань, то вона показує достатньо високий рівень досягнень, але при цьому потребує організаційної допомоги.

У разі депресивної фази циклоїдної психопатії контакт із дитиною є утрудненим через значне зниження фону настрою. Найменші, навіть уявні невдачі у виконанні завдань або згадки про власні проблеми спричиняють сльози. Темп простих сенсомоторних реакцій уповільнений. Виснаженість — за гіпостенічним типом (уповільнення темпу виконання завдань). Пам'ять і мислення — у межах норми, однак самі обстежувані оцінюють їх як украй погані. Самооцінка є заниженою, досліджувані приписують собі лінощі, пасивність, відлюдність, іноді холодність. При описуванні картин ТАТ мають місце сюжети з вираженою проекцією туги, збентеження, іноді суїцидальні висловлювання. У дітей дошкільного й молодшого шкільного віку депресивні фази можуть виявлятися переважно скаргами на свої фізичні відчуття («Болять очі, живіт, руки, ...»), зниженням рухової активності, утратою значущості попередніх інтересів.

Діти із *психастенічним типом* психопатії схильні до тривожності, що часто виявляється вже в три-чотири роки. У дошкільному віці в цих дітей спостерігаються страхи за життя та здоров'я (своє та близьких), тривожні побоювання, острах перед новим, незнайомим. Унаслідок недорозвинення другого рівня емоційної регуляції виникає підвищена чутливість суб'єкта до зовнішніх вражень. Нові подразники сприймаються як занадто сильні, загрозливі, легко виникає стан тривоги. Порушення порядку й режиму зумовлюють емоції жаху й тривожності. На вступ до школи, переведення до нового класу діти цього типу часто реагують звичною рвотою, підвищенням температури тіла. У підлітковому віці нерідко виникають нав'язливі сумніви щодо стану свого здоров'я, зовнішньої непривабливості, завершеності дії («Чи вимкнув світло, газ...?»). Як захисні механізми розвиваються система стереотипних дій, ритуалів, педантична схильність до порядку й режиму. Під час патопсихологічного дослідження діти цього типу важко вступають у контакт, неодноразово цікавляться метою дослідження, чому обстежують саме їх, але відмови від роботи практично не буває. Темп мовно-розумової діяльності — дещо уповільнений, темп простих сенсомоторних реакцій — у межах норми. Недостатніми є обсяг і переключуваність уваги. Працездатність рівномірна, механічне запам'ятовування переважно успішне, але можливі деякі труднощі через високу тривожність досліджуваного. Якщо спитати його про причини поганого відтворення в цій пробі, то часто можна почути: «Ой, я в цей час про інше думав.»

Мислення не порушене, рівні узагальнення й вилучення не знижені, можливі утруднення в поясненні рішень через сумніви в їх правильності. Описи картин ТАТ можуть бути насиченими переживаннями тривоги або мати захисно-формальний характер (українськи лаконічні, односкладові).

Істероїдна психопатія частіше буває в дівчаток, ніж у хлопчиків. Характерною для таких дітей є жадоба визнання. У дошкільному віці це виявляється у вигляді капризування, вигадок, підвищеного фантазування. У

своїх фантазіях істероїдна дитина завжди є героєм або жертвою, але ніколи стороннім спостерігачем. У шкільному віці додається своєрідність одягу, зачіски. Поведінка дітей спрямована на привернення уваги оточуючих. Вираженим є конфлікт між високим рівнем домагань, жадобою визнання й нездатністю до тривалого вольового зусилля. Загалом світ сприймається як зал для глядачів, і головне прагнення — домогтися його реакції.

Підвищення тону третього рівня емоційної регуляції приводить до потреби в активній адаптації до нових, нестабільних ситуацій. Для дитини велику цінність становить зіткнення з перешкодами, орієнтування в межах своїх можливостей. У дитини диференціюються бажання «хочу — не хочу» і можливості «можу — не можу». За неможливості реального здійснення бажання воно легко реалізується у фантазії або грі. Висока активність дитини спрямована на самоствердження. Одним із найголовніших джерел насолоди для дитини цього типу може стати емоційна реакція інших людей, причому важливою є сама інтенсивність реакції, а не її характер.

Під час декомпенсації в дітей цього типу можуть виникнути патологічні нахили: звичне блювання, істеричні паралічі, мутизм та ін. При вираженій схильності до фантазування їх фантазії часто сприймаються як наслідок галюцинацій. Механізмом компенсації є можливість творчої самореалізації (у театральних і художніх студіях та ін.).

Під час патопсихологічного обстеження діти з істероїдною психопатією охоче, часто самостійно вступають у контакт, із задоволенням повідомляють про свої успіхи, іноді скаржаться на невдачі, перекладаючи провину за них на оточуючих.

Нестійка психопатія, яка частіше виявляється в молодшому шкільному віці, пов'язана з підвищенням тону першого рівня емоційної регуляції (комфорт — дискомфорт). При цьому знижується вимогливість до зовнішніх умов, яскраво вираженим є прагнення до нових відчуттів і вражень. Діти отримують задоволення від швидкої їзди в транспорті, що нерідко є причиною втеч із дому, школи, схильності до бродяжництва. Незважаючи на збережений інтелект, вираженими є прояви польової поведінки — предмети навколишнього світу викликають імпульсивне тяжіння або відштовхування, що призводить до імпульсивних, нерозважливих дій.

Для дітей цього типу характерними є незрілість інтересів, поверховість мислення, легка навіюваність, через що вони можуть бути втягнутими до соціальних угруповань.

Загалом діти з нестійкою психопатією сприймають світ як джерело розваг і насолоди. Для успішної компенсації потребується багатство вражень і спілкування з позитивно орієнтованими однолітками.

Під час патопсихологічного обстеження діти цього типу охоче вступають у контакт, беруться за виконання завдань (особливо якщо інструкція має форму гри). При виконанні завдань спостерігаються виражені явища пересиченості. Обсяг і переключуваність уваги — зазвичай у межах

норми, довільна концентрація уваги дещо утруднена. Механічне й смислове запам'ятовування є успішним. Мислення зазвичай є послідовним, вилучення й узагальнення робляться за суттєвими ознаками, можливе прийняття поспішних рішень за конкретно-ситуативними й конкретно-наочними ознаками, які легко піддаються корекції. Коло інтересів є дещо примітивним і відповідає інтересам, що переважають у мікрооточенні дитини. При описуванні картин ТАТ — точно сприйняття емоційних станів, побудова сюжету, нерідко пов'язаного з якимось діями, спрямованими на отримання насолоди або уникнення небезпеки, поєднується з суттєвими труднощами в прогнозуванні розвитку й завершення ситуації. Така само недостатня здатність до прогнозування своїх дій виявляється й у житті дитини, що можна з'ясувати при опитуванні її самої та батьків.

Самооцінка — часто непевна, слабо диференційована, при з'ясуванні якихось особливостей їх самооцінки обстежувані часто посилаються на думку оточуючих («Я лінивий, тому що мама так завжди каже»).

Настрій у процесі обстеження зазвичай є радісним, з деякою роздратованістю з приводу невдач, обмежень, монотонних завдань. Звертає на себе увагу сила емоційних та орієнтувальних реакцій на яскраві нові предмети в кабінеті, звуки, що долинали із вулиці, тощо.

Збудливу психопатію, яка належить до групи органічних психопатій (Г. Сухарєва, 1989; О. Кербіков, 1971; В. Лебединський, 1985), пов'язують із раннім ураженням нервової системи у внутрішньоутробному періоді, під час пологів, у перші роки життя. Це призводить до змінення функції ВНД, посилення процесів збудження при недостатності процесу гальмування.

Уже в два-три роки ці діти привертають до себе увагу легкістю виникнення емоційних реакцій люті, агресії. Обмеження дитини, неможливість негайного задоволення її потреби провокують ці спалахи, що є характерними для гіперфункції другого рівня емоційної регуляції. Такі стани збудження виникають раптово, відразу ж при відчутті незадоволеності потреби або внаслідок виснаження психічних процесів. Не відбуваються накопичення емоційного стану й відстрочення реакції.

У деяких випадках у дітей цього типу під час збудливих реакцій змінюються сприйняття, пороги чутливості: вони (буквально!) не чують зверненої до них мови, через силу бачать (скарги на «червону пелену перед очима»), дещо успішніше сприймають безпосередній дотичний контакт. Іноді вдається на самому початку припинити збудливу реакцію різким переключенням уваги. Часто збудлива реакція розвивається за механізмом самонакручування: при виникненні гніву дитина обвинувачує оточуючих у провокуванні цього стану, що посилює емоцію; зовнішні її прояви (крики, стискування кулаків тощо) також посилюють гнів. Для компенсації можна сформувати механізм фіксації збудливої реакції та поступової релаксації.

Під час патопсихологічного обстеження діти зі збудливою психопатією важко втягуються в дослідження, виконують тільки ті завдання, що є привабливими для них, у яких розраховують на успіх. Виражені реакції

пересиченості. Настійливі вимоги виконати якесь завдання або перешкода у виконанні бажаної дії можуть спричинити збудливу реакцію — крик, мало диференційовану агресію. Працездатність — нерівномірна.

Достатній обсяг уваги й її переключуваність можуть поєднуватися зі слабкістю довільної концентрації уваги.

Механічне запам'ятовування — зазвичай успішне, однак може бути «обернена крива» запам'ятовування — 7, 9, 7, 3 — унаслідок падіння інтересу до діяльності, швидкої пересиченості. Мислення — у звичайному або дещо прискореному темпі, логічне, послідовне. Виключення й узагальнення робляться за суттєвими ознаками. Загалом рівень досягнень, особливо в невербальних тестах, відповідає віковій нормі.

При описуванні картин ТАТ нерідко проєціюються переживання гніву, агресії, дії оточуючих сприймаються як такі, що обмежують прагнення основного персонажа. Завершення оповідання — перемога персонажа, подолання труднощів. Працездатність є нерівномірною. Достатній обсяг й переключення уваги можуть поєднуватися зі слабкістю довільної концентрації уваги.

У промові, навіть при згоді зі співрозмовником, часто звучить слово «ні» («Ні, ти правильно кажеш ...»). Зображення «неіснуючої тварини» насичене ознаками агресії й захисту: кігтями, зубами, шипами, панцирами.

До дисгармонійного розвитку особистості можна віднести й так звану невропатію — порушення емоційно-вольової сфери, зумовлене нестійкістю регуляції вегетативних функцій (Г. Сухарева, 1955; В. Ковальов, 1979). Ці порушення вегетативної нервової системи нерідко мають природжений, конституціональний характер, але можуть виникати і внаслідок захворювань, перенесених у перші місяці життя.

Невропатія виявляється вже в ранньому дитячому віці у вигляді порушень сну, апетиту, нестійкості температури, чутливості до погодних змін. Таке нестійке самопочуття спричиняє вторинні емоційно-вольові зміни, на базі яких або формуються психопатії гальмівного кола (шизоїдна, психастенічна та ін.), або при відповідній психологічній травматизації виникає невроз і невротичний розвиток особистості, або прояви обмежуються неврастенією за несприятливих умов виховання. Можливим є згасання явищ невропатії в молодшому шкільному віці.

Неврастенія формується на базі невропатії або внаслідок астенизуючих впливів (частих соматичних захворювань, хронічних осередків інфекції тощо). Виявляється неврастенія у вигляді підвищеної втомлюваності, дратівливості, порушень сну, головного болю. Нерідко неврастенія стає помітною в молодшому шкільному віці. Розрізняють два типи неврастенії (Г. Сухарева, 1955) — гіперстенічна та астено-іпохондрична. Переважання того або іншого типу пов'язане зі слабкістю процесу гальмування (гіперстенічна неврастенія) або збудження (астено-іпохондрична неврастенія).

Суперечність між вимогами батьків і можливостями дітей призводить до страху не виправдати їх сподівань, «бути не тим», кого сприймають і поважають. Цей внутрішньоособистісний конфлікт є основою для розвитку неврастенії.

Гіперстенічна неврастенія виявляється у вигляді дратівливості, яка посилюється при втомі, напруженості. Спалахи роздратування можуть бути спрямовані на всіх оточуючих і швидко закінчуються сльозами та каяттям.

Діти цього типу гостро реагують на сильний шум, яскраве світло, різкі запахи. При хвилюванні посилюється потовиділення, може підвищуватися температура, вираженим є почервоніння або блідість.

Нерідко дитина важко засинає, бачить тривожні сни, прокидається протягом ночі. У таких дітей часто болить голова, причому головний біль відчутніший у вранішні години. Діти погано зосереджуються на уроці (особливо після бурхливої перерви або уроку фізкультури), скаржаться на погану пам'ять.

Під час патопсихологічного обстеження спостерігається виснажуваність психічних процесів за гіперстенічним типом: при коригувальній пробі підвищується швидкість виконання завдань з одночасним різким збільшенням кількості помилок. Діти важко переносять монотонну діяльність. Обсяг і довільна концентрація уваги є недостатніми. Унаслідок цього має місце утруднене механічне запам'ятовування при достатньо успішному смислового. Мислення відповідає віковій нормі. Вираженими є явища зниження рівня домагань. Самооцінка — часто занижена. При згадці про «образи» з боку оточуючих дитина легко плаче, але й швидко заспокоюється.

Період продуктивної діяльності є обмеженим, іноді становить 15—25 хвилин, після цього в дитини зростає збудження, вона відмовляється від виконання завдань, виявляються примітивні польові орієнтувальні реакції.

Таким чином, при обстеженні на перший план виступають виснажуваність, порушення уваги, емоційна лабільність. Астено-іпохондрична неврастенія виявляється в підвищеній утомлюваності, млявості, слізливості. Поряд із труднощами засинання має місце виражена сонливість протягом дня. Численними є соматичні скарги на біль у серці, шлунку, різних частинах тіла. Ці болі посилюються при хвилюванні (перед контрольними, іспитами), при зміні оточення, утомі. Швидка втомлюваність часто поєднується з недостатньою концентрацією уваги й невмінням продуктивно організувати діяльність.

Діти приступають до виконання домашніх завдань тільки ввечері, у присутності батьків, швидко втомлюються й різко уповільнюють темп роботи. Неуспішність у навчанні зумовлює слізливість, головний біль та ін., унаслідок чого при достатніх можливостях інтелекту в цих дітей виникають труднощі з навчанням уже в молодших класах.

Під час патопсихологічного обстеження в дітей цього типу виявляється виснажуваність за гіпостенічним типом: уповільнення темпу діяльності з

незначним збільшенням кількості помилок. Недостатніми є обсяг та переключення уваги. Механічне запам'ятовування дещо утруднене. При вираженій виснаженості можливою є «обернена крива» запам'ятовування 4, 6, 8, 6, 5.

Смислове запам'ятовування — успішне, мислення — не порушене.

Самооцінка є заниженою, особливо за факторами «здоров'я», «працездатність». Рівень вимог — низький. Емоційні реакції — лабільні. Довільна регуляція діяльності є недостатньою, при труднощах переважає пасивна відмова від тієї або іншої діяльності. При виконанні завдань за методикою «Неіснуюча тварина» — зменшення розміру й кількості деталей, переважання елементів захисту.

Невроз як прояв внутрішньособистісного конфлікту

Існує ще одна група дисгармонійного психічного розвитку особистості – неврози.

Неврози – психогенні нервово-психічні розлади, що виникають унаслідок порушення особливо значущих життєвих відносин людини й виявляються в специфічних клінічних феноменах за відсутності психотичних симптомів (Б. Д. Карвасарський). Невроз — хронічне тривале порушення вищої нервової діяльності, спричинене перенапруженням нервових процесів у корі великих півкуль дією неадекватних за силою й тривалістю зовнішніх подразників. Це захворювання, яке виникає під впливом важких психотравматичних обставин, спрямованих на блокаду або знищення найважливіших особистісно-значущих цінностей та орієнтацій (Ю. В. Саєнко). Термін багато разів переглядався і досі не отримав однозначного формулювання.

Видатний німецький психіатр Карл Ясперс підкреслював, що невроз відповідає трьом основним критеріям психогенних захворювань:

- невроз спричиняється психічною травмою;
- зміст травми відображається в клінічній картині хвороби;
- невроз виникає зазвичай слідом за психічною травмою й найчастіше зменшується або взагалі припиняється після зникнення або дезактуалізації психотравматичних моментів.

Клінічна картина дитячих неврозів має характерні ознаки, якими відрізняється від картини неврозів дорослих:

- 1) переважання сомато-вегетативних і рухових розладів;
- 2) відсутність особистісного переживання хвороби;
- 3) переважання моносимптомних неврозів, загальні симптоми спостерігаються лише з 10—12 років;
- 4) найчастіший симптом — страх, який може тривати два-три роки, набуваючи інтенсивності фобії;
- 5) часті компульсивні прояви — кусання нігтів, трихотілломанія (висмикування волосся);

- 6) тики та генералізовані тики;
- 7) заїкання (логоневроз);
- 8) невротичний енурез.

Тик є мимовільним, раптовим, швидким, повторюваним, неритмічним, стереотипним рухом або вокалізацією. На розвиток тиків впливають як генетичні, так і психогенні фактори. У сім'ях дітей із тиками в родичів у декількох поколіннях зазначаються тикові порушення й порушення мови.

До психогенних факторів належать дисфункціональні відносини в сім'ї, коли обидва батьки дотримуються примусових методів виховання: один (частіше батько) дотримується впливів, що обмежують самостійність дитини; інший — демонструє зовні покірність і пасивність, але внутрішньо не погоджується з чоловіком. Основою транзиторного тика є пригнічена агресивність у дитини. Помічено, що існує зворотна залежність між тиками й агресивною поведінкою. Посилення агресивності супроводжується редукцією тиків. Появу епізодів тиків спричиняють стресові ситуації, які стимулюють збудливість дитини. Частіше тики є руховими — тремтіння або інший рух лицьових м'язів, язика, нижньої щелепи, м'язів шиї. Більш рідкісними є тикові рухи верхніх кінцівок, ще більш рідкісними — тулуба та нижніх кінцівок. Крім того, бувають дихальні й вокальні тики, які починаються у віці 5—10 років, але найперші епізоди виявляються і в два роки. Здебільшого з роками тики проходять, виникаючи лише в стресових ситуаціях.

Заїкання — це порушення ритму, темпу й плавності мови, пов'язане з судомною збудливістю м'язів мовного апарату, коли порушуються мовне дихання й комунікативна функція мови.

Зараз умовно виділяють дві групи симптомів, тісно зв'язаних між собою: біологічні (фізіологічні); соціальні (психологічні). До фізіологічних симптомів належать мовні судоми, порушення ЦНС і фізичного здоров'я, загальної і мовної моторики, до психологічних — мовні запинки та інші порушення експресивного мовлення, феномен фіксованості на дефекті, логофобії та інші психологічні особливості.

Клініка невротичного заїкання характеризується основним синдромом заїкання з переважанням у початковому періоді захворювання тонічної судоми в дихально-вокальній мускулатурі з поступовим приєднанням тоніко-клонічних судом в артикуляційній мускулатурі, поряд з якими часто зазначаються приховане підвищення тону вокальних м'язів, виражене порушення мовного дихання, додаткові рухи в м'язах обличчя, шиї та кінцівок. При цьому порівняно швидко, через кілька місяців або один-два роки після виникнення заїкання, виявляється більш-менш виражена реакція дитини на дефект мови: дитина починає помічати його, соромиться говорити в присутності сторонніх, відмовляється від усних виступів. Пізніше, у шкільному віці, особливо часто у підлітків виникає страх мовлення — логофобія, коли значно посилюється заїкання при хвилюванні й психічному напруженні, зокрема при виклику до дошки в школі. Виражена логофобія,

яка спостерігається в основному в пубертатному віці, може спричинити повну відмову підлітка від усних відповідей у школі, що є джерелом шкільної дезадаптації, знижує рівень засвоєння шкільної програми і стає додатковим джерелом переживань неповноцінності у підлітка.

Невротичне заїкання майже завжди поєднується з іншими невротичними розладами: страхами, коливаннями настрою, розладами сну, тиками, енурезом, які нерідко передують виникненню заїкання. Динаміка заїкання може бути різною. На початковому етапі заїкання може мати форму гострої невротичної реакції, яка виникає після виходу з афективно-шокової реакції, пов'язаної із сильним переляком, особливо в разі розвитку реактивного мутизму. До структури невротичного стану (логоневрозу) крім заїкання входять астеничні, фобічні, субдепресивні, соматовегетативні компоненти. Перебіг логоневрозу має хвилеподібний характер із періодичним посиленням заїкання й супутніх невротичних розладів під впливом різних психотравматичних впливів та емоційного напруження, наприклад на початку шкільного навчання, у період іспитів. Таким чином, для невротичної форми заїкання характерними є такі особливості:

1. Виявлення у віці від двох до шести років.
2. Наявність розгорнутого фразового мовлення до появи порушення.
3. Переважно психогенний початок мовної патології (психічна гостра або хронічна травматизація).
4. Велика залежність ступеня судомних запинок від емоційного стану й умов мовного спілкування.
5. Можливість плавного мовлення за певних умов (мовлення наодинці з собою, в умовах емоційного комфорту, при відверненні активної уваги від процесу мовлення тощо).

Невротичне заїкання потребує проведення диференціальної діагностики разом із заїканням органічним, яке пов'язане з органічним ураженням головного мозку (резидуальним або прогресуючим). Виявляється гіперкінезом: мимовільним скороченням артикуляційних м'язів шиї, кінцівок, обличчя, з порушенням фонації й дихання, дизартрією. Органічне заїкання — стійке, резистентне до терапії та логопедичної корекції. Реакції особистості зазвичай немає, зазначаються симптоми вираженого органічного психосиндрому.

Енурез — стан неусвідомленого випускання сечі переважно під час нічного сну. Поширеність енурезу в дітей і підлітків становить 10 %. Найчастіше до захворювання схильні хлопчики (хлопці — 12 %, дівчатка — 7 %). Виділяють такі форми енурезу:

- неврозоподібний (первинний) — залишкове явище внутрішньоутробних або ранніх постнатальних порушень (органічних);
- невротичний (вторинний) — наслідок психотравматичних ситуацій, іноді пов'язаний із перенесеними інфекційними або соматичними захворюваннями, черепно-мозковою травмою.

Первинний дитячий енурез — монотонний, із раннього дитинства, без проміжного етапу. При вторинному енурезі, пов'язаному з основним захворюванням, психотравматичною ситуацією, існують проміжки часу не менше шести місяців, коли дитина не страждає на енурез.

Клініка невротичного енурезу характеризується вираженою залежністю від ситуації й обстановки, у яких знаходиться дитина, від різних впливів на його емоційну сферу. Нетримання сечі зазвичай різко частішає при загостренні психотравматичної ситуації, наприклад у випадку розриву стосунків між батьками, після чергового скандалу, учиненого п'яним батьком, у зв'язку з фізичним покаранням тощо. З іншого боку, тимчасове вилучення дитини з психотравматичної ситуації часто супроводжується помітним рідшанням або припиненням енурезу. У зв'язку з тим, що на невротичний енурез хворіють діти з такими рисами характеру, як боязкість, тривожність, вразливість, невпевненість у собі, занижена самооцінка, такі діти порівняно рано, уже наприкінці дошкільного віку та в молодшому шкільному віці, починають болісно переживати свою ваду, соромляться її, у них виникає відчуття неповноцінності, а також тривожне очікування нового випускання сечі. Останнє нерідко призводить до порушень засипання й тривожного нічного сну, який, однак, не забезпечує своєчасного пробудження дитини при виникненні позиву до сечовипускання під час сну. Тривожне очікування може досягати виразності неврозу.

За результатами спостережень можна виділити два клінічні варіанти невротичного енурезу. При першому варіанті нетримання сечі виникає гостро, безпосередньо або незабаром після переляку, нерідко на виході з афективно-шокової реакції. Спочатку захворювання виявляється у формі невротичної моносимптомної реакції з порівняно рідкісним (один раз на один-два тижні) нічним нетриманням сечі. У багатьох випадках через один-три місяці хворі видужують. Однак у частини дітей, особливо за наявності супутніх розладів (невропатія, риси гальмування в характері, резидуально-органічна церебральна недостатність), до нічного нетримання сечі приєднуються розлади сну, пригнічений настрій, плаксивість, зниження апетиту. Поступово відбувається перехід від невротичної реакції до невротичного стану, складнішого за клініко-психопатологічною структурою й більш затяжного. На цьому етапі захворювання поряд із нічним нетриманням сечі, яке стає частішим (до двох-трьох разів на тиждень), спостерігаються астеничні симптоми, дистимічний настрій, іпохондричні скарги й побоювання, підвищена дратівливість, нестриманість, порушення поведінки. Подальший перебіг захворювання має хвилеподібно-рецидивний характер. Під час загострень нетримання сечі може ставати щонічним.

При другому варіанті невротичного енурезу захворювання розвивається поступово в дошкільному й молодшому шкільному віці під впливом хронічної психотравматичної ситуації. Різні поліморфні невротичні розлади (страхи, порушення сну, розлади апетиту, тики) зазначаються за

кілька місяців до появи нетримання сечі під впливом будь-якої додаткової травматичної події. Спочатку нетримання сечі відбувається рідко (один-два рази на місяць), проте через чотири-вісім місяців поступово частішає, доходячи до чотирьох-шести разів на тиждень. Разом з тим можливими є інтервали різної тривалості, пов'язані з тимчасовим поліпшенням ситуації або вилученням дитини з психотравматичної обстановки. Уже з моменту виникнення енурезу при цьому варіанті зазначаються різні супутні хворобливі прояви, яких не було раніше: виражені астеничні прояви, порушення поведінки, що нагадують психопатоподібні стани. У дітей середнього шкільного віку й підлітків відбувається відносно стійке субдепресивне порушення настрою з появою в одних випадках невдоволення собою, відлюдності, відгородженості, невпевненості в собі, а в інших — підвищеної афективної збудливості, нестриманості, озлобленості, схильності до реакцій активного протесту з агресивними проявами.

Одним із найбільш частих проявів неврозу в дитячому віці є страхи перед чим-небудь, що може зашкодити життю й здоров'ю (страх зараження, гострих предметів, смерті). Іншою формою страхів є страх діяльності в певній обстановці (відповідати біля дошки, спілкуватися з незнайомими людьми тощо). У дітей страхи характеризуються конкретністю, образністю уявлень і відчуттів. При неврозі страху основою порушень є психологічна суперечність між вираженим інстинктом самозбереження і слабкістю захисних механізмів, що виявляється страхом «бути нічим», не існувати. Страх супроводжується почервонінням або зблідненням обличчя, тремтінням, потовиділенням, припиненням дії. Страх виникає після конкретної психотравматичної ситуації й чітко усвідомлюється самою дитиною. Емоційна реакція на цей стан зумовлює «страх страху». Прагнення позбутися цього в поєднанні з примітивними, символічними формами мислення породжує ритуали.

Ритуали — певні дії, що здійснює дитина з метою уникнути переживання страху. Часто важко зрозуміти, яким чином ритуальна дія може вплинути на ситуацію виникнення страху, але вона заспокоює дитину, знижує напруженість фобії.

СПЕЦИФІКА ПОРУШЕНЬ У ПСИХІЧНОМУ РОЗВИТКУ ПІДЛІТКІВ

Для підліткового віку характерними є деякі специфічні відхилення у психічному розвитку. Якщо будь-яке порушення психічного розвитку мало місце в молодшому віці, то до підліткового віку воно може дещо видозмінитися. Підлітковим віком вважається період від 11 до 16 років. У цей час відбувається багаторівнева перебудова організму, завершується формування особистості. На гормональному рівні активізується робота гіпофіза, статевих залоз, щитовидної залози, що призводить до значного збільшення росту й маси тіла, появи вторинних статевих ознак. У цьому віці

відбувається подальший розвиток пам'яті, особливо смислової, довільної уваги, моторики. Активно розвивається логічне й абстрактне мислення. Підліток уже є цілком здатним до сприйняття математичних, фізичних і філософських абстрактних понять.

Змінюється мотиваційна сфера особистості — поряд із навчальною мотивацією починають переважати потреба в спілкуванні з однолітками, засвоєння цінностей і норм підліткового середовища. У ставленні до батьків виявляються ознаки реакції емансипації в діапазоні від відстоювання своєї точки зору з тих чи інших питань до втеч із дому. У зв'язку з активним формуванням особистості в цей період загострюються особливості характеру, його акцентуації. Це пов'язано з тим, що в підлітковому віці відбувається інтенсивне формування як організму, так і особистості, метою якого є перехід з дитячого стану в дорослий. Залежність від батьків та інших дорослих поступово змінюється орієнтацією на однолітків, а в подальшому – на самого себе.

Ця трансформація висуває великі вимоги як до центральної нервової системи підлітка, так і до системи його цінностей, норм і переконань, що сформувалася раніше.

У підлітків з органічним ураженням ЦНС настає відносна компенсація інтелектуальних порушень, але можуть посилюватися явища астенії та порушення поведінки. Якщо дитина хворіла з дитинства на епілепсію, то (при несвоєчасному лікуванні) до підліткового віку у неї наростають інтелектуальний дефект, зміни особистості, посилюються прояви жорстокості.

При патопсихологічному обстеженні підлітків слід приділяти велику увагу рівню розвитку інтелекту, особливостям структури мислення, особистісним особливостям. Це дуже важливо в тих випадках, коли перед психологом, що обстежує підлітка, поставлено питання судово-психологічної, військової й трудової експертизи.

При патопсихологічному обстеженні підлітків з акцентуаціями і психопатичним розвитком слід приділяти особливу увагу діагностиці типу акцентуації, визначенню ймовірності її переростання в психопатію, схильність до делінквентності й алкоголізації. Необхідним також є вивчення самооцінки обстежуваного, його рівня прагнень, особливостей прогнозу подальшого розвитку особистості й планування життєвого шляху. Бажано виявити особливості реакцій у ситуації фрустрації, наявність ознак тривожності й агресії. Під час бесіди з батьками уточнюють тип сімейного виховання, наявність психотравматичних факторів. Це дає змогу провести диференціальну діагностику акцентуації і психопатії та визначити шляхи подальшої корекційної роботи.

АКЦЕНТУАЦІЇ І ПСИХОПАТІЇ

Акцентуації характеру — це граничні варіанти норми, коли окремі риси характеру є надмірно посиленими.

При цьому в підлітків зазначається підвищена чутливість до певних психотравматичних впливів при відносній стійкості до інших. Кожний тип акцентуації має "слабкі місця", які є властивими тільки йому.

Акцентуації зазвичай виявляються в підлітковому віці, у період становлення характеру й дещо згладжуються в міру дорослішання. Дослідження акцентуацій описали в своїх роботах К. Леонгард, А. Є. Личко та інші вчені. На відміну від психопатій, акцентуації не є захворюваннями, а належать до варіантів норми.

Критеріями, за якими розрізняють акцентуації й психопатії:

1) акцентуації яскраво виявляються тільки в підлітковому віці, а психопатії — протягом усього життя;

2) особливості характеру при акцентуаціях виявляються в певних ситуаціях, а при психопатіях — незалежно від ситуацій;

3) при акцентуаціях рідко виникає соціальна дезадаптація й можливим є повернення до норми, при психопатіях соціальна дезадаптація буває значно частіше;

4) при акцентуаціях порушення поведінки, декомпенсації виникають як відповідь виключно на певний тип психотравматичної ситуації, при психопатіях — при будь-яких психотравмах, а іноді й без видимих причин.

Для діагностики акцентуацій у підлітковому віці рекомендується методика психодіагностичного опитувальника (ПДО) (А. Є. Личко), але можна застосувати й методику опитувальника Шмішека.

Типи підліткової акцентуації (А. Є. Личко):

- гіпертимна;
- циклоїдна;
- лабільна;
- астено-невротична;
- сенситивна;
- психастенічна;
- шизоїдна;
- епілептоїдна;
- істероїдна;
- нестійка;
- конформна.

Типи акцентуєваних особистостей (К. Леонгард):

- гіпертимні;
- афективно-лабільні;
- афективно-екзальтовані;
- емотивні;
- тривожні;
- педантичні;
- інтровертовані;

- збудливі;
- демонстративні;
- екстравертовані;
- застрягаючі;
- дистимічні.

Існують і змішані типи акцентуації.

За такими показниками, як тяжкість, тривалість і частота декомпенсацій і фаз, психогенних реакцій, відповідність цих реакцій силі й особливостям патогенних факторів, ступінь вираженості граничних форм порушень поведінки, оцінка соціальної дезадаптації, глибина порушень самооцінки, виділяють різні ступені тяжкості психопатії й акцентуації характеру: тяжка, виражена й помірна психопатії, явна й прихована акцентуації.

Наведемо короткі характеристики кожного з основних типів акцентуації.

Гіпертимна акцентуація. Характерними рисами підлітків із цією акцентуацією є гарний настрій, високий життєвий тонус, нестримна активність. У них сильно виражені екстраверсія, прагнення до неформального лідерства в компанії однолітків. Висока рухливість нервових процесів сприяє тому, що вони легко адаптуються до нової обстановки або такої, що швидко змінюється. Самооцінка є дещо завищеною, плани на майбутнє є оптимістичними й швидко змінюються.

Порушення адаптації виникають при спробі ввести таких підлітків у строго регламентований режим, обмежити їх активність, а також під час виконання монотонної діяльності на самоті й виявляються в порушеннях поведінки.

Для циклоїдної акцентуації характерними є короткочасні (протягом одного-двох тижнів) коливання настрою – від підвищеного до депресивного. У фазі зниженого настрою зазначаються зниження працездатності, утрата інтересу до школи, захоплень, компанії. Невдачі й незначні конфлікти важко переживаються і можуть призвести до думок про свою неповноцінність. У цій фазі погано переноситься зміна життєвих стереотипів (переїзд, зміна школи тощо). У маніакальній фазі циклоїдні підлітки схожі на гіпертимних. Самооцінка може здатися на перший погляд суперечливою: підліток оцінює себе як активного й пасивного, товариського й відлюдного водночас. При більш ретельному опитуванні визначають тривалість перепадів настрою.

Лабільна акцентуація. Головна риса цього типу — гранична мінливість настрою, який може змінюватися кілька разів протягом дня з незначних і непомітних, як на думку оточуючих, приводів. Підлітки цього типу тонко відчувають ставлення до себе з боку інших людей і гостро на нього реагують. Мають велику потребу в співчутті, співпереживанні з боку близьких. До лідерства ці підлітки не прагнуть, цінують теплі емоційні контакти з невеликою групою друзів. До декомпенсації може призвести емоційне відкидання з боку значущих осіб, утрата родичів. Декомпенсація

виявляється в посиленні емоційної лабільності, нападах плачу, спадах настрою, можливими є спроби самогубства, втечі з дому.

Підлітки із *сенситивною акцентуацією* мають дві головні риси — велику вразливість і занижену самооцінку. Серед сторонніх, у незвичній обстановці діти виявляють відлюдність, тривожність. Із незнайомими для них важкими є навіть поверхневі, формальні контакти. Зі знайомими бувають досить товариськими й відвертими. Під час самооцінювання підлітки цього типу знаходять у собі безліч різноманітних недоліків, особливо в області вольових якостей. До декомпенсації може призвести ситуація несправедливого звинувачення, негативної уваги з боку оточуючих. Це призводить до депресивних переживань, іноді порушень поведінки.

Підліткам з *психастенічним типом акцентуації* властиві нерішучість, схильність до тривалих і безплідних міркувань, побоювання за майбутнє — своє і своїх близьких, схильність до самоаналізу. Нерішучість виявляється особливо сильно, коли треба зробити самостійний вибір. До декомпенсації призводить необхідність швидко приймати рішення, відповідати за інших (призначення старостою, керівником групи однолітків). При посиленні тривоги легко виникають нав'язливості й ритуали. Самооцінка є дещо заниженою, іноді суперечливою й містить не тільки реальні риси, але й бажані.

Астено-невротична акцентуація. Головними рисами є підвищена стомлюваність, дратівливість, тривога щодо стану свого здоров'я. Стомлюваність особливо виявляється при розумових навантаженнях і в обстановці змагань. До декомпенсації призводить необхідність досягати високих результатів (заняття в престижних ліцеях, гімназіях). При втомі можуть бути напади дратівливості з незначного приводу, посилюється занепокоєння щодо стану свого здоров'я, може виникнути невроз.

Шизоїдна акцентуація характеризується відлюдненістю й браком інтуїції в процесі спілкування. Труднощі у встановленні неформальних емоційних контактів, особливо з однолітками. Емпатія розвинена недостатньо. Внутрішній світ підлітка майже завжди закритий для інших і заповнений фантазіями, захопленнями. Найважче підлітки переживають ситуації, пов'язані з необхідністю встановлення емоційних неформальних контактів (перебування в оздоровчому таборі, санаторії) або з прагненням батьків вторгнутися у внутрішній світ підлітка або обмежити його захоплення. Самооцінка є адекватною. На відміну від психопатії, ніколи не виникають розлади мислення.

Епілептоїдна акцентуація. Головною рисою є схильність до поступового накопичення роздратування й пошуку об'єкта, на якому можна було б «зірвати зло». Бувають приступи злобно-тужливого настрою. Емоційні вибухи — часті й тривалі. Лідерство виявляється як прагнення панувати над однолітками. У всіх видах діяльності спостерігається інертність психічних процесів. Компенсацією інертності можуть бути

педантичність, схильність до підвищеної акуратності. До декомпенсації може призвести зміна обстановки (зміна місця проживання, школи), народження молодших дітей у сім'ї. Декомпенсація часто виявляється в посиленні жорстокості, ревнощів до молодших членів родини.

Основними рисами *істероїдної акцентуації* є постійне прагнення уваги, егоцентризм. Зовнішня виразність і театральність переживань не завжди відповідають реальній інтенсивності почуттів. Такі підлітки часто схильні до надмірного фантазування як спроби привернути до себе увагу. Декомпенсація виникає при ігноруванні з боку дорослих та однолітків і виявляється в порушеннях поведінки, іноді в демонстративних втечах з дому.

Нестійка акцентуація. Головна риса цього типу — постійне прагнення розваг, задоволень, змінень вражень. При необхідності виконання обов'язків, досягнення цілей (поставлених батьками) підлітки недостатньо наполегливі. Нестійкі підлітки часто потрапляють у делінквентні компанії, у яких перебувають у підлеглому стані. До свого майбутнього ці підлітки байдужі, у них порушена здатність до прогнозування подальшого розвитку ситуації. Виражена декомпенсація й порушення поведінки виникають в умовах бездоглядності й виявляються у бродяжництві, прогулах.

Підлітки з *конформною акцентуацією* прагнуть до надмірного пристосування до навколишнього. Вони живуть за правилом: думати «як усі», діяти «як усі», нічим не виділятися в середовищі однолітків. Декомпенсація настає, якщо підліток потрапляє в делінквентне середовище. Вони через силу переносять нове оточення, руйнування життєвих стереотипів; персональні судження доступні їм тільки з опорою на думку оточуючих.

Акцентуації характеру в умовах негативної ситуації розвитку підлітка можуть переходити в психопатії. Цей процес у підлітків сильно залежить від умов виховання, сімейної ситуації, зусиль самого підлітка, спрямованих на компенсацію патологічних особливостей особистості. Оскільки в підлітковому віці компенсаторні механізми часто сформовані недостатньо, виникає загострення психопатичних рис. У підлітків зі збудливою психопатією частішають і стають інтенсивнішими напади гніву, іноді виникає схильність до самоагресії. У циклоїдних і шизоїдних підлітків частішають депресивні спади настрою. При епілептоїдній психопатії частішими й інтенсивнішими стають напади зміненого настрою (похмурість, злість, агресія супроти слабких). Для гіпертимних і нестійких підлітків підвищується (порівняно з дитячим віком) ризик приєднання до асоціальної компанії. Можливим є вживання алкоголю й наркотиків.

За сприятливих (для кожного типу психопатії) умов навколишнього середовища можливою є відносна компенсація особливостей особистості, наприклад: заняття в туристичній або військово-спортивній секції для гіпертимних підлітків, можливість обмежити спілкування з однолітками для шизоїдів, заняття в драматичному гуртку для істероїдів тощо.

Завданням психолога при роботі з такими підлітками є пошук найбільш сприятливого виду діяльності, правильна профорієнтація, нормалізація сімейних відносин.

НЕВРОЗИ У ПІДЛІТКІВ

У підлітковому віці неврози бувають значно рідше, ніж у дитячому, а фактори, які зумовлюють неврози в дитячому віці, у підлітків частіше спричиняють порушення поведінки. Незважаючи на це, неврози зазначаються у 12 % підлітків звичайних шкіл.

У підлітків виділяються такі самі форми розладів, що й у дорослих: неврастенія, дисоціативно-конверсійний розлад (істеричний невроз), невроз нав'язливих станів (обсесивно-фобічний невроз), а також заїкання. Крім цього мають місце специфічні для підлітків граничні стани: дисморфоманія, нервова анорексія, надцінні інтереси й захоплення.

Неврастенія виявляється підвищеною стомлюваністю й дратівливістю. Спостерігаються розлади сну, головні болі, зниження настрою. Підлітки важко (через перевтому) справляються зі шкільною програмою, зазначаються дратівливість і плаксивість. Можуть бути соматичні скарги — відчуття в'ялості, сонливості, болі в серці й животі, запаморочення тощо. При патопсихологічному обстеженні зазначається виражена виснажуваність психічних процесів за гіпостенічним або гіперстенічним типом. Пам'ять та увага — зазвичай у межах норми, іноді незначно знижені. Порушень з боку мислення й інтелекту не зазначено. Самооцінка здебільшого є низькою, особливо за факторами «здоров'я», «емоційна стійкість». При обстеженні із застосуванням проєктивних методів насамперед виявляються переживання з приводу стану свого здоров'я. Часто зазначається акцентуація астено-невротичного або лабільного типу. Якщо не проводити своєчасного лікування, то можливими є невротичний розвиток особистості з фіксацією на соматичних розладах і виникнення страху смерті. При виявленні ознак неврастенії у підлітків бажано після консультації невролога або психіатра провести раціонально-роз'яснювальну корекційну роботу.

Обсесивно-фобічний невроз у підлітковому віці зазвичай виникає під впливом певної психотравматичної ситуації, але іноді може виявлятися як загострення рис сенситивної або психастенічної акцентуації. Зміст страхів залежить від віку: якщо у дошкільнят переважає страх темряви, самотності, собак, то у підлітків — страх смерті й тривога, пов'язана з ситуаціями спілкування. У підлітковому віці спілкування з однолітками посідає одне з перших місць в ієрархії цінностей, важливим є також бажання бути «таким, як усі»: якщо підліток невпевнений у собі, то може бути достатньо одноразової незначної ситуації конфлікту з однолітком, щоб виник страх спілкування. Це можуть бути різноманітні страхи: страх мовлення, публічних виступів тощо. У деяких випадках ці побоювання спрямовані на своє тіло — підліток боїться, що він може почервоніти або почнетесь бурчання в животі.

Унаслідок цього підліток починає уникати ситуацій спілкування з однолітками, а потім і з дорослими, якщо ж необхідно спілкуватися, поводить ся скуто, напружено й за реакцією оточуючих переконається в тому, що він «дійсно не такий, як усі», що «усі звертають на нього увагу». Це ще більше посилює невротичний стан підлітка.

При патопсихологічному обстеженні не зазначається істотних порушень з боку психічних процесів. Самооцінка є заниженою, але, на відміну від депресивних станів, це зниження не є рівномірним, а зачіпає саме ті особливості особистості, які пов'язані з неврозом. Під час описування картин ТАТ виявляються проєкції страху спілкування при збереженій потребі в контактах. За результатами обстеження з допомогою ПДО здебільшого зазначається акцентуація рис характеру сенситивного або лабільного типу. Найчастіше страхи спілкування минають з віком, але інколи вони можуть зберігатися протягом усього життя. При виявленні такого типу страхів після консультації з психіатром бажано вжити психокорекційних заходів.

До іншої групи фобічних станів належить страх смерті. Він може бути спрямований на себе — підліток боїться заразитися, занедужати на СНІД або онкологічні захворювання. Найчастіше страх спрямований на інших людей — підліток боїться смерті матері з якої-небудь причини або боїться своїми діями завдати шкоди здоров'ю оточуючих. Ці страхи часто супроводжуються захисними ритуалами: миттям рук, усілякими «охоронними діями» (постукуванням по меблях, ходінням по певних лініях підлоги тощо). Ці ритуальні дії підліток виконує «щоб нічого не сталося», а якщо виконати їх не вдається, то виникає інтенсивне почуття тривоги. При патопсихологічному обстеженні цих підлітків виявляється, що їх психічні процеси перебувають у межах норми. Іноді зазначається легка інертність, недостатність переключення уваги. При обстеженні за методикою ПДО переважає психастенічний тип акцентуації, іноді шизоїдний або сенситивний. Опис картин ТАТ дає змогу уточнити зміст страхів.

За відсутності лікування й психокорекційної роботи ритуали можуть закріплюватися й зберігатися на все життя. При посиленні почуття тривоги вони можуть змінюватися, ставати більш химерними, помітними для оточуючих. У всіх випадках неврозу з ритуальними діями обов'язковою є консультація психіатра для диференціальної діагностики з дебютом шизофренії.

До специфічних підліткових станів належать такі явища, як нервова анорексія (завзяте прагнення до схуднення) і дисморфоманія (упевненість у наявності каліцтва, дефекту зовнішності). Ці стани є ознаками інших психічних захворювань (насамперед шизофренії), але також можуть бути й граничними станами. Їх виникнення пов'язане з природним для підлітків бажанням бути зовні привабливим, відповідати ідеальним уявленням про людину. Відхилення від цього ідеалу (надлишкова маса тіла, великі вуха, криві ноги тощо) сприймаються як страшне каліцтво, і підліток докладає всіх

зусиль щодо «виправлення» наявного (або уявного) дефекту. Велике значення у розвитку цих станів мають необережні зауваження з боку значущих для підлітка людей — педагогів, батьків, іноді однолітків.

Нервова анорексія характеризується наполегливим прагненням до схуднення, переконаністю в зайвій масі тіла. Нервова анорексія зазвичай виникає у дівчаток 12—15 років з дещо прискореним темпом статевого дозрівання. Для цих підлітків характерним є поєднання епілептоїдного типу акцентуації з рисами демонстративності, високою конформністю. Завдяки такому типу особистості, дівчатка зазвичай добре вчаться, відрізняються від інших великою старанністю й наполегливістю. У підлітковому віці через швидке статеве дозрівання у таких дівчаток зазначається дещо надлишкова маса тіла. Для виникнення анорексії досить буває жартів однолітків, висловлювань учителя про те, що повнота як явище — потворна. У деяких випадках не вдається виявити таких психотравматичних факторів, а дівчинка сама доходить висновку про те, що її зовнішність не відповідає ідеалу. Після цього підліток починає прагнути до схуднення, обмежує себе в їжі. Якщо на початку ці обмеження стосуються здебільшого калорійної, вуглеводної їжі, то потім поширюються на всі страви. Іноді дієта буває досить дивною, наприклад, одна з дівчаток приймала «тільки рідку їжу», харчувалася кавою та бульйоном. При деяких видах анорексії кількість їжі не обмежується, але після їжі викликається рясна блювота. Крім дотримання режиму харчування дівчатка старанно виконують виснажливі фізичні вправи: годинами присідають, бігають тощо. Це призводить до швидкого зниження маси тіла, але, незважаючи на це, вони не припиняють голодування й заняття фізкультурою. Апетит на початку захворювання є нормальним, потім дещо знижується. Через фізичне виснаження у дівчаток припиняються менструації, порушується робота ендокринних залоз, посилюється ріст волосся по всьому тілу. Хоча маса тіла значно зменшується (при зрості 160 см вона може становити до 28 кг), дівчатка продовжують сприймати себе як повних, після кожного прийому їжі відчувають, що «жиріють». При патопсихологічному обстеженні зазначається виснаженість психічних процесів у поєднанні з деякою інертністю. Порушень пам'яті й інтелекту зазвичай немає. У таких випадках потрібно досліджувати процес мислення, оскільки анорексія може бути і при інших захворюваннях (зокрема, при шизофренії). Самооцінка є різко заниженою за параметром «зовнішність» при адекватній самооцінці за всіма іншими параметрами. Проекції «минулого», «сьогодення», «майбутнього» пов'язані тільки зі зміненням маси тіла й красою. Під час опиування картин ТАТ іноді зазначаються недостатнє ототожнення з жіночими персонажами й деяка інфантильність мотивації. У картині сімейних відносин переважає холодність, формальність взаємовідносин з матір'ю при великій емоційній насиченості й конфліктності відносин із батьком.

За умов лікування в стаціонарі, коли систематично проводиться психокорекційна робота, удається змінити уявлення дівчаток про красу, добитися збільшення маси тіла до норми. Надалі деякі дівчата продовжують зберігати вагу на нижній межі норми, деякі повністю одужують, але бувають випадки різкого збільшення ваги з супутньою депресією. Після лікування дівчатка потребують періодичного спостереження психолога, адже психотравми, періоди депресій можуть призвести до відновлення анорексії. Якщо ознаки анорексії виникають у хлопчиків, то необхідною є термінова консультація психіатра, оскільки здебільшого це є симптомом психічного захворювання.

За механізмами, подібними до анорексії, виникає дисморфоманія. Як уже зазначалося, іноді вона ґрунтується на реальних, але малопомітних недоліках зовнішності (ластовиння, відстовбурчені вуха тощо), але буває й не пов'язаною з реальними причинами. Підлітки залежно від своєї наполегливості й наявності спотворень мислення винаходять різні способи боротьби з «дефектами» зовнішності. Іноді це спеціальні зачіски, одяг. У деяких випадках підліток може прагнути до хірургічного виправлення «дефекту». У більш важких випадках боротьба зі своїм недоліком набуває безглузлого, химерного характеру: підліток перестає виходити з дому, бо «всі звертають на нього увагу», закриває обличчя хусткою, надягає на ніс прищіпки («для виправлення його форми») тощо. Раціональному поясненню переконаність у наявності дефекту практично не піддається. При зверненні підлітка або його батьків зі скаргами такого роду необхідною є термінова консультація психіатра.

При патопсихологічному обстеженні порушення з боку пам'яті й уваги зазвичай не виявляються. Обов'язковим є ретельне дослідження процесів мислення, бо досить часто мають місце його розлади. Самооцінка занижена. При обстеженні з ПДО зазначається шизоїдний, сенситивний, іноді лабільний або психастенічний тип акцентуації. При описі картин ТАТ іноді зазначаються порушення емоційного сприйняття, проєкції ідей відносин.

При граничному рівні розладів за умов своєчасного лікування можливе благополучне одужання. При психотичному рівні потребується тривале лікування й динамічне спостереження психіатра.

Таким чином, одним із завдань психолога в такому разі є консультування підлітків та їх направлення на обстеження до психіатра (у разі виявлення проявів психічних захворювань).

СУЧАСНІ МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ І КОНСУЛЬТУВАННЯ

Цілі й принципи консультативно-корекційної роботи

Консультативно-корекційна робота — неминучий елемент діяльності практичного психолога. Вона може бути успішною й плідною за наявності

точних уявлень як у клієнта, так і у терапевта про цілі й суть роботи, що проводиться.

На відміну від класичної ситуації «клієнт — терапевт», багаторазово описаної у літературі, у ситуації реальної взаємодії «психолог – дитина» звичайно залучається третя особа — замовник. Це один із батьків, педагог, завуч, лікар, що лікує, а іноді й представник правоохоронних органів. Кожен із них ставить свої вимоги до дитини й психолога: «Зробіть, щоб він ...». Для психолога в цій ситуації важливо зберегти власні цілі, уявлення про результати й методи своєї праці.

Перший крок – визначитися щодо виду роботи:

- консультативна;
- корекційна;
- психотерапевтична.

Консультативна робота психолога спрямована на те, щоб із допомогою спеціально організованого процесу спілкування актуалізувати додаткові психологічні ресурси й здібності клієнта, які можуть забезпечити йому знайдення виходу з важкої життєвої ситуації. При цьому типі надання допомоги увага приділяється не стільки наявним проблемам і порушенням, скільки ресурсам особистості клієнта, його можливостям.

Психологічна корекція — метод комплексного психологічного впливу на цілі, мотиви й структуру поведінки клієнта, а також розвиток його деяких психічних функцій: пам'яті, уваги, мислення. Основними завданнями є навчання й тренінг, набуття нових навичок поведінки, спілкування, запам'ятовування тощо.

Психотерапія — це комплексний лікувальний вербальний і невербальний вплив на емоції, судження й самосвідомість людини при психічних, нервових і психосоматичних захворюваннях. Методи клінічної психотерапії спрямовані на пом'якшення або ліквідацію хворобливої симптоматики.

Психологу часто доводиться проводити психокорекційну роботу. Важко виокремити загальні принципи цього виду діяльності, оскільки залежно від досвіду психолога, місця й умов праці, контингенту застосовуються різні методи й методики психологічної корекції.

Одним із найважливіших принципів корекційної роботи є конфіденційність: усе, що розповідає дитина психологу під час бесіди, не може бути повідомлено педагогам і навіть батькам дитини. Винятком із цього правила можуть бути тільки ті вкрай рідкісні випадки, коли інформація має загрозливий характер для життя й здоров'я оточуючих, наприклад, підліток повідомляє про підготовку вбивства тощо. Якщо інформація стосується здоров'я самого обстежуваного (вагітність, венеричне захворювання, уживання наркотиків, прагнення до самогубства), то необхідно разом із підлітком прийти на консультацію до лікаря відповідного профілю і, якщо можливо, переконати його розповісти про те, що трапилося, батькам.

Залежно від віку клієнта бажаним є укладання з ним договору про мету корекційної роботи й методи перевірки її досягнення. Важливим моментом є встановлення певного довірливо-ділового стилю спілкування з дитиною, що відрізняється від системи відносин учитель — учень, дитина — батько, обстежуваний — психолог рівністю партнерів, більшою свободою творчого самовираження. Цьому можуть сприяти й суто технічні моменти робочої обстановки кабінету, часу роботи.

Якщо психокорекційна робота не є частиною психодіагностичного обстеження, то слід досить інтенсивно розрізняти (для себе й клієнта) ситуації діагностики й корекції. Це допомагає змінити стиль спілкування й поведінки під час роботи. Діагностичне обстеження проводиться за робочим столом психолога. «Робоче місце» обстежуваного повинне бути розташоване так, щоб йому було зручно розглядати стимульний матеріал запропонованої методики, читати, писати, малювати. Під час корекційної роботи бажано, щоб дитина сиділа в м'якому кріслі так, щоб психологу було добре видно все тіло клієнта. Для дітей молодшого віку нормою може бути положення клієнта й психолога сидячи на підлозі.

Залежно від виду корекційної роботи може знадобитися спеціальне обладнання кабінету: магнітофон, відеоманітофон із відеокамерою, спеціальні іграшки й посібники, м'яке покриття підлоги.

Тривалість одного сеансу психокорекційної роботи зазвичай становить близько однієї години, але залежно від віку дитини, його індивідуальних особливостей, складності проблеми може варіюватися в досить широких межах. Необхідно, щоб кожний сеанс був позитивно завершений: клієнт справився з проблемою або якоюсь її частиною, навчився чомусь новому. Не можна припиняти сеанс, якщо дитина є засмученою, розгубленою, відчуває напад гніву або горя, особливо якщо робота ведеться не в стаціонарі, а в режимі амбулаторних візитів.

Індивідуальна й групова психологічна корекція

Корекційна робота має такі завдання:

- корекція неадекватних методів виховання дитини з метою подолання її мікросоціальної занедбаності;
- допомога дитині або підлітку у вирішенні психотравматичних ситуацій;
- формування продуктивних видів взаємин дитини з оточуючими (у сім'ї, у класі);
- підвищення соціального статусу дитини в колективі;
- розвиток у дитини або підлітка компетентності в питаннях нормативної поведінки;
- формування й стимуляція сенсорно-перцептивних та інтелектуальних процесів у дітей;
- розвиток і вдосконалення комунікативних функцій;

- формування адекватних батьківських установок на захворювання й соціально-психологічні проблеми дитини шляхом активного залучення батьків до психокорекційного процесу.

Розрізняють індивідуальну й групову психокорекцію.

Індивідуальна психокорекційна робота проводиться в найпростішому варіанті в процесі психодіагностики: дитина заохочується при правильному виконанні завдань, виробляється оптимальна стратегія навчання, робляться спроби корекції самооцінки.

Існують такі показання для індивідуальної (а не групової) психокорекційної роботи:

- дошкільний вік дитини;
- наявність істотних дефектів зовнішності або тяжких соматичних захворювань;
- ситуації «швидкої допомоги» (виявлені під час обстеження інтенсивні агресивні й аутоагресивні тенденції);
- інтимний характер проблеми (потерпілі від сексуального насильства, дисморфоманія тощо);
- кризи втрати сенсу життя;
- шизоїдна акцентуація й психопатія.

Якщо підліток має психічне захворювання, то проводити психокорекційні заходи повинен висококваліфікований фахівець у тісному контакті з лікарем, що лікує хворого, при постійному обговоренні результатів. Спроби психологічної корекції таких станів, як марення, виражена депресія, немотивована агресія, сексуальні девіації, в умовах роботи шкільного психолога є неприпустимими. При неврозах і психопатіях бажаним є поєднання лікування й спостереження у психіатра з психологічною корекцією. Якщо порушення поведінки, проблеми спілкування, кризи тощо виникають у межах акцентуації або повного здоров'я дитини, то це пряме показання для корекційної роботи.

Індивідуальна психокорекція може проводитися в межах різних теоретичних підходів: ігрової терапії, психодрами, когнітивної терапії, логотерапії, нейролінгвістичного програмування (НЛП), психоаналізу. Застосування голотропного дихання, а також деяких видів тілесно-орієнтованої терапії є недоцільним у роботі з дітьми й підлітками, оскільки може призвести до дуже негативних психологічних наслідків. Такого роду методи потребують високої кваліфікації психолога.

На думку багатьох авторів, дитяча психотерапія бере свій початок від 1909 року, коли З. Фрейд опублікував свою роботу «Аналіз фобії у п'ятирічного хлопчика». Це перша робота, у якій психологічні труднощі дитини та його захворювання пояснюються емоційними причинами. Проте спроба безпосереднього перенесення психоаналізу дорослих у дитячу психотерапію була піддана критиці, зокрема, у зв'язку з тим, що дитина, на відміну від дорослих, не може повноцінно описувати словами свій стан і не здатна зрозуміти зв'язок свого справжнього стану з біографічним досвідом.

Методи й підходи дитячої психотерапії вдосконалювалися паралельно з аналогічними розробками для дорослих, проте практично з самого початку зародження ця галузь психотерапії мала свою специфіку.

Уже від 1919 р. М. Кляйн стала використовувати ігрові прийоми як засіб аналізу при роботі з дітьми. Вона вважала, що дитяча гра так само зумовлена прихованими й несвідомими мотиваціями, як і поведінка дорослих. Саме тому, особливого значення в корекційній роботі з дітьми набуває ігрова терапія, яка застосовується при роботі з дітьми дошкільного й молодшого шкільного віку (3—10 років), а також із підлітками за наявності у них затримки психічного розвитку або тяжких порушень спілкування. А термін «ігрова терапія» пов'язують із її засновниками — М. Кляйн, А. Фрейд, які застосовували цей метод у роботі з дітьми.

В організації терапевтичного процесу з допомогою ігрової терапії виділяють діагностичну, терапевтичну й навчальну функції гри:

1. Діагностична функція полягає в уточненні особливостей характеру дитини й міжособистісних стосунків. Спостереження за грою дає змогу отримати додаткову інформацію. У грі дитина на сенсомоторному рівні демонструє те, що вона колись переживала. Діти більш повно й безпосередньо виражають себе в спонтанній грі, яку самі ініціювали, ніж у словах.

2. Терапевтична функція гри полягає в наданні дитині емоційного і моторного самовираження, відзеркалення напруження, страхів і фантазій. В процесі гри зміцнюються й розвиваються психічні процеси, підвищується фрустраційна толерантність і створюються адекватні форми психічного реагування.

3. Навчальна функція гри полягає в перебудові відносин, розширенні діапазону спілкування й життєвого кругозору, реадaptaції й соціалізації.

Ігрова терапія допомагає при порушеннях спілкування, агресивній поведінці, порушеннях емоційного стану після стресу, труднощах у навчанні і в мовному розвитку, заїканні, високій тривожності, корекції заниженої самооцінки.

Ігрова терапія потребує спеціального обладнання: іграшок, ємностей із піском і водою, ляльок, що зображують членів сім'ї, лялькового будиночка, фарб, олівців тощо.

Іграшки й матеріали, необхідні для ігрової психотерапії, можна згрупувати в три великі класи:

- іграшки з реального життя: лялькове сімейство, ляльковий будиночок, дитячий посуд, машини, медичний набір тощо;
- іграшки, що допомагають відзеркалити агресію, страх: іграшкові солдатики, зброя, маски вовка, бандита, чудовиська;
- засоби для творчого самовираження: пластилін або глина, фарби, олівці, фломастери, конструктори, дитяча мозаїка.

Тривалість занять — 30—45 хвилин. Мета занять — дати можливість дитині в ігровій формі розрядити свої переживання, знайти вихід

накопиченим агресивним емоціям, сформувати оптимальні навички спілкування і взаємодії.

Найважливішим у процесі терапії є позиція психолога та його стиль спілкування. Психолог повинен:

- створити для дитини атмосферу безпеки;
- розуміти й приймати світ дитини;
- заохочувати вираження емоційного ставлення й не оцінювати почуттів дитини;
- створити відчуття вседозволеності;
- полегшити прийняття рішень дитиною, але не приймати їх за неї;
- забезпечити дитині можливість брати на себе відповідальність і розвивати почуття контролю.

Ігротерапія використовується як в індивідуальній, так і в груповій формі. Головною перевагою групової ігротерапії є наявність у дитини соціальної потреби в спілкуванні, яка формується на ранній стадії дитячого розвитку.

До структури ігрової терапії може входити й спільний тренінг дітей і батьків, під час якого батьки навчаються безоцінному відкритому спостереженню за діяльністю дитини, а дитина — ефективної комунікації з батьками.

Ще один різновид терапії, що активно використовується в роботі з дітьми й підлітками — арт-терапія. Це спеціалізована форма психотерапії, яка ґрунтується на використанні засобів мистецтва, зазвичай образотворчого, із метою гармонізації розвитку особистості через розвинення здатності до самовираження й самопізнання. Образотворча діяльність, подібно до гри, дає змогу більш глибоко осмислювати сюжети, що цікавлять дитину. Крім того, арт-терапія сприяє природному розвиненню моторики, уяви, гнучкості й пластичності мислення. Малюючи, дитина дає вихід своїм почуттям і переживанням, бажанням і мріям.

Виділяють кілька аспектів експресивної, образотворчої діяльності дитини, а саме: діагностичний, терапевтичний, катарсичний, біхевіоральний, розвивальний.

Діагностичний аспект: у результатах образотворчої діяльності дитини міститься цінна інформація про психологічний розвиток, емоційний стан, наявність внутрішніх конфліктів і переживань дитини.

Терапевтичний аспект полягає в тому, що процес емоційної експресії дає можливість працювати не тільки з думками, але й з почуттями дитини.

Катарсичний аспект характеризується розумінням творчості як безпечного способу розрядки напруження, зняття фрустрації, послаблення почуття неповноцінності.

Біхевіоральний (поведінковий) аспект — можливість програвати допустимі рішення, аналізувати ситуації й проблеми в процесі творчої активності.

Розвивальний аспект — образотворча діяльність сприяє розвиненню уяви, гнучкості й пластичності мислення.

Індивідуальні варіанти психодрами також можуть використовуватися в роботі з дітьми й підлітками.

Психодрама (синонім – спонтанний театр) – метод психотерапії, що полягає в розігруванні учасниками сцен із їхнього життя, у яких відтворюються конфліктні ситуації й створюється можливість вільно відреагувати на них. Уперше цей метод описав у 20—30-х роках ХХ століття австрійсько-американський психолог і психіатр Якоб (Джекоб) Леві Морено.

Застосовується психодрама в груповому й індивідуальному варіантах. Оптимальним є її використання в роботі з дітьми й підлітками віком від 3 до 17 років. Психодраматичні техніки допомагають при конфліктних ситуаціях із батьками, страхах, які супроводжують спілкування, шкільній тривожності, внутрішньоособистісному конфлікту, нервовій анорексії. Якщо наявними є психопатія, висока агресивність, імовірність шизофренії, знижений інтелект, то застосування психодрами можливе тільки в тому випадку, якщо її проводить дуже досвідчений психолог. Наслідком технічно безграмотного виконання психодрами може бути актуалізація прихованих конфліктів, посилення внутрішнього діалогу, стан депресії.

Спеціального устаткування цей вид психокорекційної роботи зазвичай не потребує, достатньо двох стільців і кабінету.

Метою психодрами є вираження й усвідомлення дитиною своїх емоцій, здатність по-новому оцінити ситуацію. У деяких випадках удається змінити мотивацію поведінки або знайти нові способи досягнення мети.

Специфікою роботи з дітьми й підлітками є те, що вони легко сприймають умовності психодраматичної ситуації, прагнуть до зображення самих себе та інших персонажів. У той же час брак досвіду співпереживання, а іноді й тактовності у підлітків не дає змоги розігравати ситуації в групі. Тому прийоми психодрами частіше використовуються в індивідуальному варіанті або за умови, якщо партнером є сам психолог.

Гештальт-терапія — гуманістичний і цілісний підхід до вирішення психологічних проблем, пов'язаних із життєдіяльністю в минулому й досвідом, що заважає в досягненні цілей. Підхід орієнтований на досвід клієнта, який виявляється під час терапії, у безпечній обстановці.

Кінцева мета діяльності психолога й клієнта — здорове, адекватне самовираження й вирішення проблем. Засновником гештальт-терапії є Ф. Перлз.

Впливаючи з досвіду роботи з дорослими, дитяча гештальт-терапія має свою специфіку і є самостійним напрямом завдяки дослідженням В. Оклендер, П. Ван Дамма, Н. Кедрової.

Гештальт-терапія застосовується в основному в роботі з підлітками, які хворіють на неврози, невротичні розвитки особистості. Відносним протипоказанням є наявність психотичних станів, збудливої психопатії, схильність до самогубства або аутоагресії.

Особливого устаткування при проведенні в індивідуальному варіанті цей стиль терапії не потребує.

Методи, що використовуються в роботі дитячого гештальт-терапевта, дуже різноманітні як за формою роботи (групові й індивідуальні), так і за ресурсами (малюнкові, скульптурні, ігрові, методи з розвитку сенсорного досвіду тощо). Однак більшість методик, що використовуються в роботі з дітьми, ґрунтуються на явищі проєкції (малювання, ліплення, розповідання історій, розігрування сцен, робота з метафорами й т. ін.), завдяки чому дитина може висловити свої почуття й завершити гештальти.

Нейролінгвістичне програмування (НЛП) — метод корекційної роботи, створений у 70-х роках ХХ століття Р. Бендлером і Д. Гріндером як узагальнення досвіду найбільш ефективних психотерапевтів В. Сатир і М. Еріксона. Спеціального обладнання не потребує. Може застосовуватися для роботи з дітьми й підлітками будь-якого віку при різних формах особистісних порушень. При вираженій розумовій відсталості НЛП є неефективним, але при нормальному інтелекті успішно застосовуються деякі НЛП-техніки уже з 4—5-річного віку.

Метою цього виду корекційної роботи є змінення напрацьованих дитиною стереотипів (спілкування, навчання, сприйняття, емоційного реагування) для того, щоб вони були більш ефективними. Існує безліч різноманітних НЛП-технік різної складності, які докладно описано в спеціальній літературі.

Ще одним методом терапії, який застосовується для лікування дітей та підлітків, є дитячий психоаналіз. Якщо підсумувати практичну роботу А. Фрейд, М. Кляйн та інших дитячих психоаналітиків, то аналітик має дотримуватись таких правил: аналітик не повинен бути безособистісним у стосунках із маленьким пацієнтом, потрібна велика емоційна відкритість та емпатія; замість тлумачення вільних асоціацій і вчинків дитині аналітик повинен запропонувати метод малюнків та ігрової активності й спрямувати свою увагу на ті моменти, де «розігруються невротичні реакції», а також пов'язати їх із домашнім середовищем, стосунками між її батьками і її ставленням до них, насамперед до матері. Психоаналіз будується переважно на спонтанній дитячій грі у спеціально створених умовах. Терапевт дає дитині масу дрібних іграшок, «цілий світ у мініатюрі», і дозволяє вільно діяти протягом години. Для психоаналітичної ігрової техніки застосовують прості немеханічні іграшки: чоловічі й жіночі фігурки різних розмірів, тварини, будинки, огорожі, дерева, різні транспортні засоби, кубики, м'ячі й набори кульок, пластилін, папір, ножиці, негострий ніж, олівці, крейда, фарби, клей і мотузка. Завдяки різноманітності, великій кількості й мініатюрності іграшок дитина має змогу розповідати про свої фантазії й використовувати наявний досвід конфліктних ситуацій. Простота іграшок і людських фігурок забезпечує їх легке включення в сюжетні ходи, вигадані або підказані реальним досвідом дитини. Попереднє знання історії розвитку дитини й наявних у неї симптомів і порушень допомагає терапевту в

інтерпретації значення дитячої гри. Слід особливо зазначити, що, незважаючи на оманливу простоту підходу, спеціалісти, які працюють у царині дитячого аналізу, мають пройти тривалу й інтенсивну підготовку.

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК

Базова література

Глозман, Ж. М. Нейропсихология детского возраста : учеб. пособие / Ж. М. Глозман. – М. : Академия, 2009.

Жигорева, М. В. Дети с комплексными нарушениями в развитии: педагогическая помощь : учеб. пособие / М. В. Жигорева. – М. : Академия, 2008.

Зверева, Н. В. Патопсихология детского и юношеского возраста : учеб. пособие / Н. В. Зверева, О. Ю. Казьмина, Е. Г. Каримулина. – М. : Академия, 2008

Карвасарский, Б. Д. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский. – СПб. : Питер, 2007.

Клиническая психология / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2010.

Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте : учеб. пособие / В. В. Лебединский. - 4-е изд., стер. - М. : Академия, 2007.

Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич. – М. : МЕДпресс-Информ, 2008

Орлова, Е. А. Клиническая психология : учебник / Е. А. Орлова, Н. Т. Колесник ; отв. ред. Г. И. Ефремова. – М. : Юрайт, 2011.

Перре, М. Клиническая психология / М. Перре. – СПб. : Питер, 2007.

Психологические особенности детей и подростков с проблемами в развитии. Изучение и психокоррекция : учеб. пособие / под ред. У. В. Ульенковой. – СПб. : Питер, 2007.

Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста : метод. пособие : / под ред. Е. А. Стребелевой. – М. : Просвещение, 2009.

Стребелева, Е. А. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития детей раннего возраста и дошкольного возраста : пособие для учителя-дефектолога : учеб. пособие / Е. А. Стребелева, Г. А. Мишина. – М. : ВЛАДОС, 2008.

Хомская, Е. Д. Нейропсихология: учебник / Е. Д. Хомская. – СПб. : Питер, 2008.

Додаткова література

Блейхер, В. М. Толковый словарь психиатрических терминов : в 2 т. / В. М. Блейхер И. В. Крук. – Ростов н/Д : Феникс, 1996.

Лурия, А. Р. Дефектология и психология / А. Р. Лурия – М. : Междунар. пед. акад., 1995.

Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич. – М. : МЕДпресс-Информ, 2008.

Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 1998.

Сидоров, П. И. Клиническая психология / П. И. Сидоров, А. В. Парняков. – Екатеринбург : Деловая книга, 2001.

ЗМІСТ

ПРИНЦИПИ ПОБУДОВИ ПАТОПСИХОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ..3	
Підбір експериментальних методик.....4	4
Методи дослідження порушень психічних процесів і станів у дітей....7	7
Патопсихологічне обстеження дітей дошкільного віку.....9	9
Дослідження психічних процесів у дітей шкільного віку.....11	11
Методи дослідження відхилень в особистісному розвитку дітей.....11	11
Методи інтегральної оцінки особистості дитини в контексті соціальної ситуації розвитку.....12	12
Вплив відхилень у психічному розвитку на формування особистості..15	15
Прийчини виникнення відхилень в особистісному розвитку.....15	15
ПЕРВИННІ Й ВТОРИННІ ДЕФЕКТИ.....22	22
СПЕЦІАЛЬНІ Й ЗАГАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ РОЗВИТКУ.....23	23
Порушення міжфункціональної взаємодії.....28	28
Порушення темпу психічного розвитку.....30	30
Недорозвинення психічних процесів.....36	36
ОРГАНІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПСИХІКИ.....42	42
Мінімальна мозкова дисфункція.....42	42
Розлади мови.....43	43
Ранній дитячий аутизм.....45	45
ДИСГАРМОНІЙНИЙ РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ.....48	48
Порушення емоційної регуляції як основа дисгармонійного розвитку..48	48
Психологічна структура психопатів.....50	50
Невроз як прояв внутрішньособистісного конфлікту.....59	59
СПЕЦИФІКА ПОРУШЕНЬ У ПСИХІЧНОМУ РОЗВИТКУ ПІДЛІТКІВ.....63	63
АКЦЕНТУАЦІЇ І ПСИХОПАТІЇ.....64	64
НЕВРОЗИ У ПІДЛІТКІВ.....69	69
СУЧАСНІ МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ І КОНСУЛЬТУВАННЯ...72	72
Цілі й принципи консультативно-корекційної роботи.....72	72
Індивідуальна й групова психологічна корекція.....74	74
БІБЛІОГРАФІЧНИЙ СПИСОК.....81	81
Базова література.....81	81
Додаткова література.....81	81