

Тема 2. Етіологія порушень психофізичного розвитку

1. Визначення дефініції «аномальна дитина».
2. Особливості розвитку дітей з аномаліями.
3. Чинники психічного розвитку дитини та параметри дизонтогенезу.

Завдання для самостійної роботи

1. Підготувати доповідь на тему: «Причини виникнення порушень психофізичного розвитку» (нозологія за вибором студента).

1. Визначення дефініції «аномальна дитина»

У психолого-педагогічній науці та практиці серед назв осіб (зокрема дітей) з порушеннями психофізичного розвитку використовувались такі терміни, як "дефективна дитина", "аномальна дитина", "дитина з вадами (чи порушеннями) розвитку". Нині в усьому світі ведеться пошук найгуманнішої термінології стосовно дітей, які мають порушення в розвитку. Це широко вживані, але досить невизначені терміни: "діти групи ризику" (at risk), "діти з особливими освітніми потребами" (children with special educational needs), "діти, що погано адаптуються" (maladjusted children), "діти, котрі мають особливі права" (children with special rights), "діти з обмеженими можливостями здоров'я". У сучасній літературі все більше використовується термін "діти з особливими освітніми потребами" (children with special educational needs). Найбільш усталеним на сьогодні у вітчизняній літературі та державних документах є поняття "діти з порушеннями психофізичного розвитку".

Як би не називалася дитина з порушеннями психофізичного розвитку, слід сказати, що в кожному терміні єдина суть: *така дитина – це не менш розвинена, а своєрідно, інакше розвинена дитина*. У зв'язку з цим видатний психолог Л.С. Виготський писав, що дефективна дитина – якісно відмінний своєрідний тип розвитку. Як з кисню та водню виникає не суміш газів, а вода, так само особистість дитини з розумовими вадами є щось якісно інше, ніж звичайна сума недорозвинених функцій та властивостей. Дитина, розвиток якої ускладнений дефектом, не є просто менш розвинена, ніж її нормальні однолітки, діти, а інакше розвинена [1]. Тобто коли використовують терміни "аномальна дитина", "дитина з вадами чи порушеннями розвитку", то це означає, що дитина має своєрідний розвиток.

Відповідно до порушення чи дефекту, що переважає, особи з порушеннями психофізичного розвитку поділяються на категорії, а їхні назви конкретизуються. У зв'язку з цим необхідно розглянути класифікацію порушень психофізичного розвитку.

Одна з перших класифікацій порушень розвитку, яка пов'язувалася з уявленням про локалізацію пошкодження у рефлекторній дузі за І.П. Сеченовим, була представлена у працях Л.С. Виготського. Він зазначав, що "будь-який дефект слід розглядати з огляду на його відношення до центральної нервової системи та психічного апарату дитини. У діяльності нервової системи розрізняють три окремі апарати, які виконують різні функції: сприймальний апарат (пов'язаний з органами чуття), робочий (пов'язаний з робочими органами тіла, м'язами, залозами) та центральна нервова система. Недоліки кожного з трьох апаратів по-різному впливають на розвиток дитини та її виховання. Відповідно до цього слід розрізнити три основні типи дефектів: пошкодження чи недостатність сприймальних органів (сліпота, глухота, сліпоглухота), пошкодження чи недостатність частин робочих органів (каліки) та недостатність чи пошкодження центральної нервової системи (розумова відсталість) [2].

Традиційно в дефектології вирізняють дітей з такими порушеннями психофізичного розвитку:

- з порушеннями аналізаторів;
- розумово відсталих дітей та із затримкою психічного розвитку;
- тяжкими порушеннями мовлення;
- порушеннями опорно-рухового апарату;
- комбінованим дефектом;
- викривленим розвитком.

Окрім того, виділяються також педагогічно запущені діти та з порушеннями емоційно-вольової сфери психіки.

В.В. Лебединський усі порушення розвитку поділяє на шість видів дизонтогенезу (тобто порушення онтогенезу – розвитку людини упродовж життя):

1. *Стійкий недорозвиток*. Характеризується раннім пошкодженням, незрілістю мозкових структур. Прикладом стійкого недорозвитку є олігофренія.

2. *Затриманий розвиток*. Характеризується затриманим темпом розвитку пізнавальної та емоційно-вольової сфер. Приклад затриманого розвитку – затримка психічного розвитку (ЗПР),

варіантами якої є: конституційна (гармонійний інфантилізм), соматогенна, психогенна, церебральна (церебрально-органічна).

3. *Пошкоджений розвиток*. Характеризується пошкодженням розвитку після 2 – 3 років. Прикладом пошкодженого розвитку є органічна деменція.

4. *Дефіцитарний розвиток*. Характеризується тяжкими порушеннями окремих аналізаторних систем: зору, слуху, мовлення, опорно-рухового апарату.

5. *Викривлений розвиток*. Спостерігається поєднання загального, затриманого, пошкодженого та прискореного розвитку окремих психічних функцій. Прикладом викривленого розвитку є дитячий аутизм.

6. *Дисгармонійний розвиток*. Характеризується диспро-порційністю розвитку в емоційно-вольовій сфері. Прикладом дисгармонійного розвитку є психопатія, патологічне формування особистості.

Усі ці види дизонтогенезу поділяються на *три основні групи дизонтогенезу*:

I група – відхилення за типом ретардації (затриманий розвиток) та дисфункції дозрівання. Цю групу становлять:

- загальний стійкий недорозвиток (розумова відсталість);
- затриманий розвиток.

II група – відхилення за типом пошкодження. Групу становлять:

- пошкоджений розвиток (органічна деменція);
- дефіцитарний розвиток (тяжкі порушення аналізаторних систем: зору, слуху, опорно-рухового апарату, мовлення; розвиток в умовах хронічних соматичних захворювань);

III група – відхилення за типом асинхронії з перевагою емоційно-вольових порушень. До неї належать:

- викривлений розвиток (ранній дитячий аутизм);
- дисгармонійний розвиток (психопатії).

Залежно від того, з якими порушеннями розвитку вивчається дитина, спеціальна психологія поділяється на відносно самостійні галузі спеціальної психології. **Спеціальна психологія** вивчає психіку дітей з різноманітними порушеннями, тобто різними видами дизонтогенезу. До того ж найбільш поширеними є поділ спеціальної психології на такі складові:

- **психологія особи з порушенням інтелектуального розвитку.** Сюди належать розумово відсталі діти, а також діти із ЗПР;
- **тифлопсихологія** – психологія осіб з порушеннями зору;
- **психологія осіб з мовленнєвими порушеннями;**
- **психологія осіб з порушеннями опорно-рухового апарату;**
- **психологія осіб з порушеннями емоційно-вольової сфери і соціальної поведінки.**

Відповідно різні галузі спеціальної психології вивчають своєрідність психіки осіб з порушеннями психофізичного розвитку різних категорій. Своєрідність розвитку особи з порушеннями значною мірою визначається структурою його дефекту.

2. Особливості розвитку дітей з аномаліями

Дефект розвитку та його структура. Структура дефекту при різних дизонтогеніях

Поняття дефекту та питання про його структуру розглядається у працях Л.С. Виготського, погляди якого залишаються актуальними і для сьогодення.

Дефект розвитку – *це психічна чи фізична вада, що викликає суттєві порушення нормального розвитку.* Основними видами дефекту розвитку є вади зору, слуху, розуму, мовлення, емоційно-вольової сфери, поведінки, опорно-рухового апарату.

За Л.С. Виготським, *дефект розвитку становлять ядерні порушення та їхні симптоми – ускладнення первинного, вторинного та подальших порядків.* Первинні ускладнення є наслідком ядерного (органічного) пошкодження аналізаторів, центральної нервової системи. Вторинні та подальші ускладнення постають з первинних і є наслідком аномального розвитку.

Відсутність звичної опори для становлення функції, необхідність використання інших збережених функцій створює своєрідну картину розвитку. *При різних дизонтогеніях, зважаючи на відмінність ядерних порушень, спостерігається різна структура дефекту розвитку.*

У людей з порушеннями слуху первинним ускладненням у структурі дефекту є вади слухового сприймання; вторинним – порушення чи відсутність мовлення; третинним – розлади словесно-логічного мислення та пам'яті, особливості характеру.

У людей з порушеннями зору первинне ускладнення – це порушення зорового сприймання; вторинне та подальші – недоліки просторового орієнтування, обмеженість конкретних предметних

уявлень, зміни у моториці та ході, невиразна міміка, характерологічні особливості, вербалізм та формалізм знань.

У людей з порушеннями розумового розвитку первинне ускладнення – це порушення елементарних інтелектуальних функцій; вторинне та подальші – недорозвиток вищих, довільних форм сприймання, пам'яті, словесно-логічного мислення, характеру та особистості загалом (наприклад, завищений рівень самооцінки, негативізм, недорозвиток волі, невротичні реакції тощо).

Усі складові дефекту взаємопов'язані: не лише первинні ускладнення впливають на виникнення подальших, а й спостерігається зворотний зв'язок. Наприклад, дитина з частково збереженим слухом не буде ним користуватися, якщо в неї не розвивається усне мовлення. Тобто первинне ускладнення (порушення слуху) буде посилюватися.

У структурі дефекту сформованість нижчих (елементарних) функцій зумовлюється органічними пошкодженнями. А недорозвиток вищих психічних функцій особистості, які характеризуються усвідомленістю, довільністю, врегульованістю, найчастіше виникає як похідне, вторинне явище, що надбудовується над первинним у несприятливих умовах виховання дитини.

Найменш виховуваними, тими, що найменше піддаються корекційному впливові, є нижчі психічні функції як симптоми, які безпосередньо залежать від органічного пошкодження. Вони настільки пов'язані з ним, що подолати їх неможливо, доки не буде усунуто першопричину передусім шляхом медичного втручання.

У зв'язку з цим вищі психічні функції – це та сфера, що має найбільше значення для подолання наслідків дефекту. Вона найбільше піддається корекції, навчанню та вихованню, тобто цілеспрямованому педагогічному впливові. Завдяки впливу на вищі психічні функції, їхньому формуванню досягається корекція елементарних психічних функцій і формується психіка загалом.

Загальні та специфічні закономірності розвитку особи з психофізичними порушеннями.

Спеціальна психологія вивчає закономірності розвитку осіб з різними дизонтогеніями. Як зазначалося, психічний розвиток аномальної, як і нормальної, особи охоплює становлення пізнавальної, емоційно-вольової сфер психіки особистості, діяльності та спілкування. В осіб з особливими освітніми потребами зберігаються найзагальніші закономірності розвитку психіки людей, які не мають відхилень. Зокрема, також мають місце:

— усі стадії онтогенезу (немовля, ранній, дошкільний, молодший шкільний, підлітковий, юнацький вік тощо);

— *сензитивні*, тобто найсприятливіші для становлення певних психічних функцій, *періоди*;

— *провідні види діяльності та їхня послідовність* – гра, учіння, праця.

Однак до того ж змінюються:

1) *темп розвитку*;

2) *його терміни*;

3) *якісні та кількісні характеристики*.

Визначальним у психічному розвитку аномальної, як і нормальної, дитини є соціальний фактор, її навчання та виховання, опора на зону актуального та найближчого розвитку, на сензитивний період.

Водночас розвиток аномальних дітей характеризується своєрідністю, зумовленою органічним чи функціональним порушенням їхньої нервової системи або аналізатора, ступенем пошкодження, часом виникнення дефекту, його структурою, соціальною ситуацією розвитку (час виявлення дефекту, своєчасність і наявність спеціального педагогічного впливу, компенсаторний шлях розвитку) тощо.

Своєрідний, якісно відмінний від нормального, психічний розвиток людей з різними порушеннями, тобто аномальний розвиток, характеризується загальними закономірностями, зокрема, зниженням обсягу та швидкості сприймання й переробки інформації; порушеннями розумової та фізичної працездатності, виникненням компенсаторних і псевдокомпенсаторних пристосувань; своєрідністю взаємодії з іншими людьми тощо.

Водночас *аномальні особи*, які становлять групи з певними порушеннями (аналізаторів чи інтелекту), категорії (з порушеннями слуху, зору, інтелекту, мовлення, опорно-рухового апарату), типологічні групи у межах категорії, *мають свої специфічні закономірності розвитку психіки*.

Наприклад, у людей з вадами слуху порушення слухового аналізатора негативно позначається на збережених функціях: у них знижений рівень кінестетичних і тактильних відчуттів; вони мають труднощі у зоровому сприйманні. Такі люди характеризуються своєрідністю як образної, так і словесної пам'яті (що пов'язано з недостатністю розвитку мовлення та словесно-логічного мислення).

У людей з порушеннями зору провідними видами сприймання є дотик і слух. У них спостерігається недостатність в утворенні наочних образів довкілля, що негативно позначається на

їхній пізнавальній діяльності загалом. Вони мають вади образної пам'яті та мислення; логічні види цих процесів є важливими засобами компенсації сліпоти. Розвиток мовлення у таких дітей випереджає накопичення конкретних образів, що може бути причиною формалізму знань.

Розумово відсталі особи мають недостатність щодо основних характеристик сприймання (уповільненість, вузькість, недиференційованість, порушення просторового сприймання та орієнтування тощо). У них спостерігається скорочений обсяг пам'яті, не вміють використовувати раціональні прийоми запам'ятовування. У таких осіб порушене не лише логічне, а й наочне мислення.

У дітей із затримкою психічного розвитку не виявляється порушень елементарних психічних процесів, хоча сприймання у них уповільнене. Порушення адекватного сприймання спостерігається лише в ускладнених умовах. Такі діти мають труднощі й в запам'ятовуванні матеріалу, особливо словесного.

3. Чинники психічного розвитку дитини та параметри дизонтогенезу

Чинники розвитку – це постійно наявні обставини, умови, що викликають стійкі зміни у психофізичному розвитку.

До умов нормального розвитку індивіда (за Г.М. Дульневим та О.Р. Лурія) належать:

- 1) нормальна робота головного мозку та його кори;
- 2) нормальний фізичний розвиток дитини та пов'язане з ним збереження нормальної працездатності, нормального тонуусу нервових процесів;
- 3) збереженість органів чуття, які забезпечують нормальний зв'язок із зовнішнім світом;
- 4) систематичність і послідовність навчання дитини у сім'ї та закладах освіти.

Відповідно брак кожної з зазначених умов призводить до порушення нормального розвитку дитини.

Розвиток аномальної дитини, як і нормальної загалом визначається поєднанням біологічних та соціальних умов

Л.С. Виготський наголошував, що «врошення» дитини у цивілізацію становить єдине ціле із процесами її органічного дозрівання. Обидва аспекти розвитку – природний і культурний – збігаються та зливаються воедино. Природа та культурні зміни є взаємопронизуючими й утворюють єдине середовище соціально-біологічного формування особистості дитини.

Зазначимо, що до біологічних умов виникнення порушень у розвитку належать, передусім, патогенні впливи на організм людини, її головний мозок, аналізатори, здоров'я тощо, а також їхній результат – пошкодження кори головного мозку, центральної нервової системи, аналізаторів, стан здоров'я тощо. До соціальних – передусім, такі умови зростання дитини, як умови її перебування в сім'ї та ставлення до неї, навчання та виховання у спеціальних освітніх закладах, наявність спеціального педагогічного впливу, коло й особливості спілкування. Розглядаючи перелік наведених умов нормального розвитку, за Г.М. Дульневим та О.Р. Лурія, сформованість головного мозку, нормальний стан здоров'я і працездатності, збереженість органів чуття можна віднести до біологічних умов розвитку; систематичність і послідовність виховання дитини у сім'ї та закладах освіти – до соціальних умов.

Отже, серед найбільш значущих біологічних чинників нормального психічного розвитку розглядається стан сформованості головного мозку – необхідна нейробіологічна готовність з боку різних мозкових структур та всього мозку загалом як системи.

Зокрема, дослідження О.Р. Лурія [5] довели, що психічна діяльність забезпечується роботою трьох функціональних блоків головного мозку:

- 1) регуляцією тонуусу та неспання;
- 2) сприйманням, переробкою та збереженням інформації, що надходить із зовнішнього світу;
- 3) програмуванням та контролем психічної діяльності.

Кожен блок представлений відповідними відділами головного мозку.

За перший функціональний блок відповідають утворення верхніх відділів стовбуру головного мозку. Захворювання чи пошкодження цих відділів призводить до зниження тонуусу кори головного мозку людини, що виявляється у зниженні уваги, підвищеній виснаженості, швидкому засипанні. Змінюється афективна сфера – спостерігається апатія чи патологічна стурбованість; порушується і селективність мислення.

За другий – задні відділи обох півкуль головного мозку, тім'яні, скроневі, потиличні відділи кори головного мозку. Якщо тім'яні відділи пошкоджені, то у людини порушується тактильна та пропріоцептивна чутливість: вона не може за допомогою обстеження пальцями рук упізнати предмет,

у неї втрачається відчуття положення тіла та рук, чіткість рухів загалом. Якщо пошкоджені скроневі відділи, то погіршується слух, якщо потиличні – зір.

За третій – передні відділи півкуль головного мозку. У разі їхнього пошкодження відбувається порушення рухів, дій та діяльності загалом. Ушкоджується також самоконтроль їхнього виконання.

Л.С. Виготський також зазначав, що "розвиток вищих форм поведінки потребує певної міри біологічної зрілості, певної структури як передумови" [4]. Однак слід враховувати, що формування мозкових систем людини відбувається у процесі її предметної та соціальної активності, а "своєрідність дитячого розвитку полягає у переплетінні культурного та біологічного процесів розвитку" [5]. Таким чином наголошується на значенні соціальних умов для становлення біологічної основи психофізичного розвитку людини.

Розмежовуючи сутність біологічних та соціальних чинників важливо зауважити, що біологічні чинники є природною, а соціальні – провідною умовою розвитку дитини; це доведено дослідженнями. Відповідно до причин, чинники порушеного розвитку можуть бути пов'язані з кожною з цих умов, які починають діяти на дитину ще до її народження.

До біологічних чинників виникнення порушень психофізичного розвитку в дитини належать:

- 1) хромосомно-генетичні відхилення в організмі дитини;
- 2) ендокринні захворювання матері (наприклад, діабет);
- 3) інфекційні та вірусні захворювання матері під час вагітності (краснуха, токсоплазмоз, грип);
- 4) венеричні захворювання батьків (гонорея, сифіліс);
- 5) розбіжність реус-факторів;
- 6) біохімічні шкідливі впливи:

— радіація;
— екологічні забруднення навколишнього середовища важкими металами (ртуть, свинець);
— використання харчових добавок, неправильне використання медичних препаратів;
— споживання фруктів, овочів, зелені, вирощених на землі, надміру удобрений штучними добривами. Особливо шкідливими ці впливи є для батьків до вагітності жінки, на жінку під час вагітності та дитину в постнатальний період;

- 7) алкоголізм і наркоманію батьків, особливо матері;
- 8) гіпоксію (кисневу недостатність);
- 9) токсикоз матері під час вагітності, особливо у другій її половині;
- 10) патологічний перебіг пологової діяльності жінки, особливо травматизацію головного мозку дитини;

11) серйозні відхилення у соматичному здоров'ї матері (у тому числі недоїдання, загальна соматична ослабленість, гіповітаміноз);

12) мозкові травми у дитини, тяжкі інфекційні та токсико-дистрофічні захворювання у постнатальний період;

13) хронічні захворювання дитини у ранньому та дошкільному віці (діабет, захворювання крові, серцево-судинні хвороби, астма, туберкульоз) тощо.

Соціальні впливи на розвиток дитини також мають місце ще до її народження. Сучасними дослідженнями доведено, що у внутрішньоутробний період на дитину негативно впливають не лише патогенні біологічні чинники, а й несприятливі соціальні ситуації, в яких перебуває мати дитини і які спрямовані проти самої дитини (наприклад, бажання позбутися вагітності, негативні чи тривожні почуття, пов'язані з майбутнім материнством тощо). Найбільш патогенними є довготривалі негативні переживання матері, що позначається на звуженні судин плода, відповідно – на утрудненні живлення головного мозку киснем; плід розвивається в умовах гіпоксії, може розпочатися відшарування плаценти та передчасні пологи. Не менш патогенними є сильні короткочасні стреси. Велике значення має і психологічний стан матері під час пологів. Тому важливо дозволяти присутність найближчих, не забирати одразу дитину, а покласти на живіт матері тощо. Вплив соціальних умов розвитку дитини зростає ще більше, коли вона народжується.

Водночас із визнанням впливу біологічних та соціальних умов на розвиток дитини у спеціальній психології розглядають також параметри дизонтогенезу, тобто *чинники, які впливають на виникнення певного виду дизонтогенезу*. За даними Г.Є. Сухаревої, М.С. Певзнер, В.В. Лебединського, Е.Г. Симерницької та інших, характер дизонтогенезу визначається такими параметрами:

- 1) часом патогенних впливів;
- 2) етіологією порушень;
- 3) розповсюдженістю порушення;
- 4) ступенем порушення міжфункціональних зв'язків.

Розглянемо сутність кожного з параметрів дизонтогенезу.

Час патогенних впливів

Виявлено, що ступінь порушення розвитку залежить від часу впливу патогенного чинника. Патогенні впливи можуть відбуватися у пренатальний період (до початку пологової діяльності у жінки), натальний (під час пологової діяльності), постнатальний (після пологів жінки і до трьох років дитини).

Найбільший недорозвиток викликають патогенні впливи на початку вагітності жінки, а саме у першій її третині. Найуразливішими періодами дитинства є період "первинної незрілості" організму в період до трьох років, а також період перебудови організму під час статевого дозрівання, коли вже гармонійно сформовані системи дитячого організму втрачають стан рівноваги, перебудовуючись на «доросле» функціонування.

У період дошкільного і молодшого шкільного віку (3 – 11 років) дитячий організм становить систему, більш стійку до незворотніх відхилень.

Слід також зазначити що, кожен віковий період відрізняється характером реагування у випадку патогенного впливу. У зв'язку з цим кажуть про *рівні нервово-психічного реагування дітей на різноманітні патогенні впливи*, а саме:

1. *Сомато-вегетативний (від 0 до 3 років)*. На тлі незрілості усіх систем організм у цьому віці на будь-який патогенний вплив реагує комплексом сомато-вегетативних реакцій, таких як загальна та вегетативна збудливість, підвищення температури тіла, порушення сну, апетиту, шлунково-кишкові розлади.

2. *Психомоторний (4 – 7 років)*. Інтенсивне формування коркових відділів рухового аналізатора, зокрема, лобних відділів головного мозку, сприяє виникненню гіпердинамічних розладів різного походження (психомоторна збудливість, тики, заїкання, страхи). Зростає вплив факторів психогенного характеру – несприятливих стосунків у сім'ї, що травмують психіку дитини, реакцій на звикання до дитячих освітніх закладів, складних міжособистісних стосунків.

3. *Афективний (7 – 12 років)*. На будь-який патогенний вплив дитина реагує з виразним афективним компонентом (від виразної аутизації до афективної збудливості з виявами негативізму, агресії, невротичних реакцій).

4. *Емоційно-ідеаторний (12 – 16 років)*. Характеризується патологічним фантазуванням, винятковими іпохондричними ідеями (пов'язаними із занепокоєнням про своє здоров'я) психогенними реакціями протесту, опозиції, емансипації.

Переважає симптоматика кожного вікового реагування не виключає симптомів попередніх рівнів, але їм відводиться менш помітне місце в характеристиці дизонтогенії.

Однак одні і ті самі зовнішні впливи, залежно від спадкової схильності, яка визначає чутливість мозкових структур до тих чи інших впливів, можуть зумовити відхилення у розвитку різної тяжкості. До неоднакових результатів може призвести збігання у часі різних впливів.

Серед причин, які викликають порушення психічного розвитку в дитини, перше місце посідає пошкодження центральної нервової системи, друге – хронічні соматичні захворювання.

Розповсюдженість порушень

Розрізняють **локальні** та **системні порушення**. До локальних – належать дефекти різних аналізаторних систем: зору, слуху, мовлення, рухової сфери. До системних – порушення інтелектуальної сфери: розумову відсталість та затримку психічного розвитку.

Ступінь порушення міжфункціональних зв'язків

Відставання в розвитку не має рівномірного характеру. У результаті загального пошкодження нервової системи страждають, передусім ті функції, які перебувають у сензитивному періоді, потім – пов'язані з ними. Тому профіль психічного розвитку аномальної дитини може складатися зі збережених, пошкоджених та різною мірою затриманих у своєму формуванні психічних функцій.

Наприклад, дефекти зору та слуху виникають унаслідок пошкодження чи недорозвитку периферійних ланок відповідного аналізатора. До того ж центральні відділи аналізатора, коркові структури у багатьох випадках залишаються збереженими, а зміни у їхньому функціонуванні можуть мати вторинний характер, зумовлений невикористанням.

Розглядаючи питання про чинники порушень розвитку, слід сказати і про таке явище, як депривація. **Депривація** – це різноманітні порушення у формуванні та функціонуванні психіки внаслідок відносно тривалого блокування значущих потреб людини, обмеження в їхньому задоволенні. Особливо це стосується перцептивних служб (у відчуттях і сприйманні), потреб у спілкуванні, емоційній підтримці, самореалізації, повазі, безпечності, творчості, ідентичності, інтимності тощо.

Наприклад, при дефіциті інформації, сенсорно-перцептивній ізоляції у людини виникають порушення сприймання часу, простору, схеми власного тіла, контролю мислення, активізується

внутрішній діалог, спостерігаються емоційні порушення. А довготривалість перцептивної ізоляції зумовлює незворотність цих порушень.

Розрізняють деприваційні ситуації та деприваційні феномени. *Деприваційні ситуації* – це об'єктивні обставини, що обмежують, блокують задоволення потреб. *Деприваційні феномени* – суб'єктивне явище, суть депривації.

Розрізняють **види** депривації залежно від потреб, задоволення яких блокується. До них належать:

- сенсорно- перцептивна;
- комунікативна;
- кінестетична;
- емоційна.

Особливо актуальними, з огляду на психічний розвиток людини, є комунікативна та емоційна депривації. Саме у зв'язку з цим було виявлено "синдром госпіталізму" у дітей з емоційною депривацією. Він полягає в тому, що у дитини, яка в перші роки життя була позбавлена можливості спілкування з матір'ю чи особою, яка її заміняє, спостерігаються значні відхилення у темпах фізичного, розумового та емоційного розвитку. У них спостерігаються також поведінкові порушення та труднощі соціально-психологічної адаптації.

Деприваційні ситуації – це серйозна причина відхилень у розвитку дитини, а *деприваційні феномени* розглядаються як особлива форма дизонтогенезу – "*деприваційні пошкодження*".

Слід ураховувати, що деякі відхилення у психофізичному розвитку також можуть стати причиною деприваційних феноменів. Наприклад, порушення зору, слуху, рухів, мовлення є особливими формами сенсорної та комунікативної депривації й створюють деприваційні ситуації. Тобто депривація може бути як причиною, так і наслідком дизонтогенезу.