



УДК 376-056. 262: 376.21

# ЗАКОНОМІРНОСТІ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ В ОНТОГЕНЕЗІ Й ДИЗОНТОГЕНЕЗІ: МЕДИЧНИЙ ТА ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТИ

**Вадим КОБИЛЬЧЕНКО, Ірина ОМЕЛЬЧЕНКО**, Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка Національної академії педагогічних наук України, м. Київ, Україна; vadimvk@ukr.net, iraoemel210781@ukr.net

Встановлено, що типовий розвиток – онтогенез, у психології традиційно розглядається стосовно дитинства. Однак сучасна психологія розширює межі онтогенезу, охоплюючи увесь час життя людини від зародження й до смерті. Натепер виокремлюють пренатальний (до народження) і постнатальний (після народження) онтогенез. Констатовано, що його ключовою складовою частиною є психічний онтогенез, найбільша інтенсивність якого спостерігається у дитячому та підлітковому віці, коли формуються окремі психічні функції й особистість. З методологічних позицій поняття «онтогенез» пов'язане з комплексом проблем психології розвитку: соціальною ситуацією розвитку; віковою періодизацією й кризами розвитку; тимчасовими рамками розгортання онтогенезу і його етапів; впливом фактора індивідуальності на специфіку проявів онтогенезу на різних етапах; методами дослідження проявів онтогенезу в різні вікові періоди. Констатовано, що у клінічній психології «дизонтогенез» розглядається як порушення психічного розвитку, що виникає в будь-якому віці й триває упродовж життя людини, а дизонтогенії можуть проявлятися як хворобливі стани, обумовлені порушенням розвитку організму й особистості (на різних вікових етапах). Встановлено, що головним критерієм дизонтогенезу є дефект, викликаний генетичними (хромосомними змінами, генними мутаціями) або негенетичними (інфекціями, інтоксикаціями, травмами тощо) факторами. Доведено, що категорією, яка характеризує всі типи розвитку – і типового, і атипового, є загальні закономірності психічного розвитку.

**Ключові слова:** закономірності психічного розвитку, онтогенез, дизонтогенез.

**Vadym Kobylchenko, Iryna Omelchenko**, Mykola Yarmachenko Institute Of Special Education And Psychology Of The National Academy Of Educational Sciences Of Ukraine, Kyiv, Ukraine

**Regularity of mental development in ontogenesis and disontogenesis: medical and psychological aspects**

It is established that normal development – ontogenesis, in psychology is traditionally considered in relation to childhood. However, modern psychology expands the boundaries of ontogenesis, covering the entire life of man from birth to death. Now distinguish prenatal (before birth) and postnatal (after birth) ontogeny. It is stated that its key component is mental ontogenesis, the greatest intensity of which is observed in childhood and adolescence, when certain mental functions and personality are formed. from a methodological point of view, the concept of «ontogenesis» is associated with a set of problems of developmental psychology: the social situation of development; age periodization and development crises; time frame for the development of ontogenesis and its stages; the influence of the factor of individuality on the specifics of the manifestations of ontogenesis at different stages; methods of studying the

© Кобильченко В., Омельченко І., 2021



manifestations of ontogenesis at different ages. It is stated that in clinical psychology «dysontogenesis» is considered as a disorder of mental development that occurs at any age and lasts throughout life, and dysontogenesis can manifest itself as a painful condition caused by impaired development of the body and personality (at different ages). It is established that the main criterion of dysontogenesis is a defect caused by genetic (chromosomal changes, gene mutations) or non-genetic (infections, intoxications, injuries, etc.) factors. It is proved that the category that characterizes all types of development – both normal and abnormal, is the general patterns of mental development.

**Keywords:** regularity of mental development, ontogenesis, dysontogenesis.

**Актуальність дослідження.** У психології зазвичай типовий розвиток – онтогенез, традиційно розглядається стосовно дитинства. Однак сучасна психологія розширює межі онтогенезу, охоплюючи увесь час життя людини від зародження й до смерті. Натепер виокремлюють пренатальний (до народження) і постнатальний (після народження) онтогенез.

Як зазначає І. Шаповал [16], ключовою складовою частиною останнього є психічний онтогенез, найбільша інтенсивність якого спостерігається у дитячому та підлітковому віці, коли формуються окремі психічні функції й особистість.

У дослідженнях психологів і фізіологів доведено, що ступінь зрілості окремих функціональних систем на певних вікових етапах має значні відмінності. Кожна функціональна система і її окремі ланки мають власну програму розвитку, однак, незважаючи на це, мозок працює як єдине ціле. Його інтегративна діяльність включає найтіснішу взаємодію різних систем, їхню взаємну обумовленість.

З методологічних позицій поняття «онтогенез» пов'язане з комплексом проблем психології розвитку: соціальною ситуацією розвитку; віковою періодизацією й кризами розвитку; тимчасовими рамками розгортання онтогенезу і його етапів; впливом фактора індивідуальності на специфіку проявів онтогенезу на різних етапах; методами дослідження проявів онтогенезу в різні вікові періоди (розгорнуті діагностичні процедури й експрес-діагностика).

Періодизація розвитку психіки людини орієнтована на виокремлення структурних одиниць і визначення хронологічних рамок етапів онтогенезу. Сучасна психологія переважно зосереджує увагу на кризах, особливо на початку життя, оскільки вони є найбільш значущими й революційними.

У диференціальній психології, зазначають Н. Зверева та інші автори [6], вивчається різноманіття індивідуальних проявів дитини, пов'язаних з віковими кризами, оскільки «фактор індивідуальності» як структурний компонент будь-якої кризи розвитку має неоднакове значення в різні вікові періоди.

Для позначення різних форм порушення онтогенезу, що виникають у дитячому віці, коли морфофункціональні системи організму ще не досягли зрілості, представниками клінічної медицини був уведений термін «дизонтонія». Здебільшого це, так звані, непрогресивні хворобливі стани – вади розвитку, його патологічна модифікація. Вони підпорядковуються тим же законам, що й типовий розвиток, але ускладнюють розвиток дитини без відповідної спеціальної психолого-педагогічної, а в деяких випадках, – і медичної допомоги.



Поряд із терміном «дизонтогенії» широко вживається термін «дизонтогенез», який уперше з'явився ще у 1927 році в роботах Й. Швальбе для позначення відхилення внутрішньоутробного формування структур організму від типового розвитку. У клінічній психології «дизонтогенез» розглядається як порушення психічного розвитку, що виникає в будь-якому віці й триває протягом життя людини, а дизонтогенії можуть проявлятися як хворобливі стани, обумовлені порушенням розвитку організму й особистості (на різних вікових етапах).

Головним критерієм дизонтогенезу є дефект, викликаний генетичними (хромосомними змінами, генними мутаціями) або негенетичними (інфекціями, інтоксикаціями, травмами тощо) факторами.

**Мета статті.** Натепер, перед спеціальною психологією як самостійною науковою галуззю постають завдання методологічної рефлексії, осмислення власного наукового тезаурусу, трактування основних закономірностей розвитку людини в онтогенезі/дизонтогенезі в психологічному, а не медичному (клінічному) дискурсі.

**Результати дослідження.** Категорією, що характеризує всі типи розвитку – і типового, і атипового, стверджують О. Слепович та ін. [14], є загальні закономірності психічного розвитку. До них належать:

1) нерівномірність – неоднаковість, мінливість у розвитку окремих психічних функцій, процесів, властивостей, його коливальний характер. Виділяються стадії підйому, стабілізації й спаду в розвитку індивіда;

2) гетерохронність – різночасність, асинхронність, розбіжність у часі фаз розвитку окремих органів і функцій;

3) нестійкість розвитку – зміна динаміки розвитку, яка проявляється в кризах розвитку;

4) сензитивність розвитку – наявність окремих періодів підвищеної сприйнятливості розвитку психічних функцій до зовнішніх впливів (навчання й виховання);

5) кумулятивність розвитку – нагромадження результатів розвитку кожної попередньої стадії, при якому вони включаються в наступну стадію, певним чином трансформуючись. Прикладом може слугувати процес переходу від наочно-дійового до наочно-образного й словесно-логічного мислення;

6) дивергентність-конвергентність перебігу розвитку – диференціація й підвищення розмаїтості психічних функцій, з одного боку, і їхня інтеграція, згортання – з іншого.

Згідно з Л. Виготським [4], будь-яке відхилення в розвитку спотворює відносини дитини з навколишнім світом й, у першу чергу, – з іншими людьми. Це найважливіша загальна закономірність атипового розвитку. Вона має конкретне вираження в п'ятьох, виділених В. Лубовським [10], закономірностях.

1. Зниження пізнавальної активності (мотивації). Дитина з відхиленнями в розвитку проявляє слабку активність і зацікавленість у пізнанні навколишнього середовища. Така закономірність може бути пов'язана з порушеннями нейродинаміки, дефіцитом одержуваної інформації, її фрагментарністю.

2. Порушення прийому, переробки, збереження й відтворення інформації, зниження їхньої швидкості. Закономірність проявляється в обмеженні, у порів-



нянні з типовим розвитком, можливостей пізнавальних функцій (у підвищенні порогів відчуттів; порушеннях константності сприймання; просторового орієнтування; збільшенні часу, потрібного для переробки інформації; зниженні розумової працездатності й порушеннях уваги, звуженні обсягу запам'ятовуваної інформації та ін.). Так, наприклад, у глухих дітей відзначається уповільненість сприймання зорових сигналів (з віком вона збільшується й наближається до норми). Дефіцитарність розвитку одного аналізатора негативно позначається на розвитку діяльності іншого. Крім того, при дефіцитарному розвитку (порушеннях слуху, зору) всупереч розповсюдженому уявленню пороги відчуттів підвищуються, а не знижуються. У дітей з порушеннями розумового розвитку виявлені труднощі зорового сприймання, що проявляються в сповільненості, звуженні його обсягу (одночасному сприйманні меншої, майже удвічі, кількості об'єктів), недиференційованості (глобальності, синкретичності), зниженні колірної чутливості (поганому розрізненні відтінків кольорів), поганому впізнаванні добре знайомих об'єктів у незвичайному ракурсі (наприклад, у перевернутому зображенні), недоліках просторового сприймання й просторового орієнтування.

3. Недостатність представленості знаків у структурі свідомості (порушення словесного опосередкування). Ця закономірність віддзеркалює порушення в роботі свідомості, розвиток якої передбачає оволодіння знаково-символічними засобами, що проявляється в недорозвиненні свідомості сприймання, розумової операції узагальнення, довільної й вольової регуляції діяльності, словесно-логічного мислення тощо. Наприклад, при затримці психічного розвитку діти можуть назвати менше слів, що належать до родового поняття (квіти, тварини), а з іншого боку, неадекватно розширюють словесні категорії (меблі – це й оздоблення кімнати, і електротехніка, і радіоапаратура), часто заміняють родові поняття описом дії (те, на чому слухають музику, – це програвач). У даній категорії дітей ця закономірність проявляється й у недорозвиненні функції заміщення в ігровій діяльності. При порушенні інтелектуального розвитку словесно-логічне мислення має свої особливості: діти розуміють зміст текстів приблизно, не вловлюють контексти й підтексти; важко осмислюють послідовність подій, причинно-наслідкові, тимчасові, умовні й інші зв'язки; відзначається стереотипія мислення). Крім того, порушення знаково-символічної діяльності знаходять вираження в побудові граматично правильних висловлювань без розуміння їхнього змісту («ефект магнітофона»), частих аграматизмів, труднощах переносу способів вирішення завдань.

4. Знижений темп психічного розвитку. Закономірність проявляється в уповільненій, у порівнянні з типовим розвитком, динамікою. Уявлення про темп психічного розвитку знайшли відображення в таких поняттях, як «розумовий вік» і «соціальний вік». Відповідно, зниження темпу розвитку можна проінтерпретувати як невідповідність психічного розвитку індивіда нормативам його віку. Така невідповідність може виявлятися як за кількісними показниками (відповідність рівня розвитку більш ранньому віку), так і за якісними (невідповідність віку нормі за структурою й змістом). У пострадянській психологічній традиції більшою мірою прийнятий останній підхід до оцінки психіч-



ного розвитку. Так, наприклад, при затримці психічного розвитку спостерігається відставання у формуванні сюжетно-рольової гри, словесно-логічного мислення, опосередкованого запам'ятовування, мовлення.

5. Більша, ніж за умов типового розвитку, взаємозалежність психічних функцій. Дана закономірність пов'язана із труднощами формування системних зв'язків і взаємодії окремих психічних функцій. У результаті виникає проблема опосередкування діяльності окремих функцій. Психіка працює як нероздільна цілісність. По суті, дану закономірність можна зрозуміти як порушення дії закономірності загального психічного розвитку, пов'язаної з диференціацією й інтеграцією психічних функцій. Прикладами даної закономірності можуть служити несформованість взаємодії різних видів сприймання (наприклад, зорового й дотикового, що призводить до порушення сприймання простору), порушення опосередкування пам'яті мисленням (проблеми розвитку значеннєвої й опосередкованої пам'яті), поведінки й емоційної сфери мовлення (труднощі довільної регуляції) при затримці психічного розвитку й порушенні розумового розвитку.

Отже, психічні процеси, стани, властивості осіб з порушеннями зору, слуху, мовлення, опорно-рухової системи мають загальні типові особливості, які отримали у спеціальній психології таке визначення, як «дефіцитарний розвиток особистості» (В. Ковальов, В. Лебединський та ін.).

М. Государев [5], на основі результатів власних досліджень, виділив ряд послідовних причинно-наслідкових ланок дефіцитарного розвитку особистості:

1) порушення одного з аналізаторів являє собою умову порушення норми психічного розвитку в результаті дефекту сенсомоторної основи психічного відображення світу;

2) позаяк в цілісному психічному відображенні взаємодіють усі аналізатори й усі психічні процеси, то порушення функціонування хоча б в одному аналізаторі призводить до порушення всіх психічних процесів;

3) основний механізм порушення уваги – ослаблення інтересу до навколишнього світу, згасання орієнтовно-дослідницького рефлексу внаслідок втрати одного з каналів психічної інформації. Недолік довільної уваги утруднює процес навчання, скорочує «зону найближчого розвитку»;

4) основний механізм порушення сприймання – порушення образів відображення: перекручування реальних параметрів у первинних зонах ушкоджених аналізаторів відчуттів; несформована модальність (звукова, зорова, рухова) психічних образів у вторинних зонах перцепції; відсутність цілісності психічних образів (їхня фрагментарність) унаслідок неповноти взаємодії всіх аналізаторів у третинних зонах перцепції;

5) основний механізм порушення пам'яті – порушення уваги, які передують надходженню й збереженню інформації, неповнота й перекручування психічних образів сприймання;

6) основний механізм порушення мислення – недоліки уваги, неповна й перекручена інформація сприймання і пам'яті, тобто істотні проміжки й помилки первинної інформації, які ускладнюють роботу мислення. У цьому зв'язку страждає насамперед наочно-дійове мислення. Порушення першого щабля мислення,



базового для формування наступних, стає першопричиною утруднень у розвитку, заснованих на наочно-дійовому мисленні більш складних форм образного й словесно-логічного мислення. У результаті з'являється цілісна картина відставання психічного розвитку в пізнавальній сфері. Вона характеризується розладом взаємодії інформаційних кодів дії з предметом (наочно-дійове мислення), способів дії з предметом (образне мислення), словесного позначення предметів й абстрактних дій з ними (словесно-логічне мислення);

7) у результаті компенсації первинного дефекту того або іншого аналізатора (зорового, слухового, рухового) розвитком мовлення, вербальним мисленням часто спостерігається формалізм мислення, тобто не підкріплення словесного позначення предмета і явища сенсомоторним образом, не підкріплення теорії практикою, ідеального Я (хочу) реальним Я (можу);

8) недолік адекватного відображення світу реалістичним, об'єктивним, раціональним способом компенсується суб'єктивним, емоційним, ірраціональним способом психічного відображення. У структурі особистості відбувається істотне зрушення афективно-когнітивної пропорції психічного відображення у бік афекту;

9) особистість, що формується в результаті дефіцитарного розвитку, набуває рис так званої «нарцисичної особистості», якій притаманні:

- інфантильність, егоцентризм;
- завищена самооцінка ідеального Я, неадекватні претензійні запити порівняно з нерозвиненим реальним Я (уміннями, здатністю реалізувати претензії на винятковість);
- надмірна афективність, що заміщає недоліки інтелекту, вищих духовних почуттів, вади моральних якостей;
- потужний психологічний захист, що компенсує слабо розвинене реальне Я.

Без спеціальної профілактичної роботи медиків, психологів, педагогів, робить висновок М. Государев [5], виникаючі різноманітні акцентуації характеру в процесі дефіцитарного розвитку особистості призводять до психопатії, до патологічного завершення дизонтогенезу.

Схожу думку висловлює І. Шаповал [16]. Авторка зазначає, що показники, які характеризують нормальну психічну діяльність, обмежені певними параметрами, вихід за межі яких дозволяє говорити про її порушення. При цьому настрої людини, її емоції, судження, рішення виникають не внаслідок відповідних зовнішніх стимулів, а в результаті зміненої вищої нервової діяльності. Сприймання організується й упорядковується головним мозком, при цьому його важлива функція – фільтрація зовнішніх сигналів. У людей з порушеннями слуху, зору, інтелекту, які спотворено сприймають і оцінюють зовнішні стимули, формується неадекватне уявлення про навколишній світ, і нерідко – неправильна адаптація до нього.

Одним із провідних джерел запозичень у психології є понятійний апарат медицини, зокрема, психіатрії. У психіатрії поняття «норми» традиційно існує у вигляді дихотомії «норма-патологія».

Патологія (від грецького слова *pathos* – страждання, хвороба) – термін, протилежний за своїм змістом поняттю «норма». Важливим імпульсом до розвитку



поняття «норма» послужили соціально-психологічні методи вивчення людської психіки, у результаті чого було з'ясовано, що зміст понять «норма» й «патологія» залежить від культури, в умовах якої живе людина.

В. Ковальов [8] виділяє рівні (вікові періоди, нервово-психічні типи) патологічного реагування дітей і підлітків: соматовегетативний (до 3 років), психомоторний (4–7 років), афективний (5–10 років), емоційно-ідеаторний (11–17 років).

Соматовегетативний рівень характеризується невротичним синдромом (підвищена загальна й вегетативна збудливість, порушення харчування, навичок охайності тощо). Психомоторний рівень проявляється синдромом гіперактивності: системними невротичними й неврозоподібними руховими розладами (тики, заїкання, мутизм і т. ін.). Афективний рівень характеризується страхами, бродяжництвом. Для емоційно-ідеаторного рівня властиві надцінні захоплення, синдроми дисморфобії, нервової анорексії, патологічні реакції пубертатного віку (протесту, емансипації). Таким чином, існують певні біологічні умови, генетично закладений певний біологічний ґрунт для появи конкретних форм нервово-психічного реагування на несприятливе соціальне середовище розвитку в онтогенезі.

На думку, М. Государєва [5], якщо психічні порушення розвитку відбуваються на органічно змінній основі, їх відносять до так званої резидуально-органічної патології, що характеризується непрогресивним плином (непроцесуальними синдромами). Він також зазначає, що психічний дизонтогенез прогресивного характеру (процесуальний розвиток симптомів психічного розладу) під впливом несприятливого навколишнього середовища в психіатрії відомий як патологічне формування особистості, коли відбувається загострення окремих її властивостей або набуття інших патологічних особливостей при відсутності психопатичної конституційної (генетичної) основи.

Зарубіжні психіатри воліють говорити у цьому зв'язку про «недиференційовану групу розладів поведінки», тоді як Г. Сухарева віднесла патологічне формування особистості до психогенії. Відповідно до уявлень клініцистів Г. Сухаревої і М. Певзнер, а також до досліджень в царині нейропсихології, проведених В. Лебединським та іншими дослідниками, прийнято виділяти наступні фактори, що впливають на тип дизонтогенії: час і тривалість патогенного впливу (вікова обумовленість дизонтогенії); її етіологія; поширеність хворобливого процесу – локальність або системність патогенного впливу; ступінь порушення міжфункціональних зв'язків [7].

У науково-практичному аспекті проблема визначення меж норми й патології, природно, набуває більш конкретних обрисів, однак і тут вона залишається вкрай складною і неоднозначною.

На думку В. Ковальова і Г. Ушакова [8, 15], основними клінічними типами психічного дизонтогенезу є: ретардація, тобто уповільнення або стійке психічне недорозвинення, як загальне, так і парціальне; асинхронія як нерівномірний, дисгармонійний розвиток, що включає ознаки ретардації й акселерації.

Г. Сухарева з позицій патогенезу порушення розвитку особистості розрізняє три види психічного дизонтогенезу: затриманий, ушкоджений і перекручений розвиток, а Л. Каннер – недорозвинення й перекручений розвиток.



Класифікація психічного дизонтогенезу, розроблена Г. Козловською [7], включає чотири основних типи:

1) дисгармонію психофізичного розвитку – парціальна затримка й рідше, – акселерація дозрівання;

2) дисрегулярність (нерівномірність) розвитку – відсутність плавності й послідовності переходу від одного щабля розвитку до іншого, короткочасні зупинки, «псевдозатримки», «стрибки» розвитку;

3) дисоціацію розвитку:

а) співіснування в психофізичному стані дитини різних за ступенем розвитку функцій;

б) парадоксальність розвитку у вигляді поєднання надчутливості до одних подразників і нечутливості до інших;

в) амбівалентність – суперечливість усіх психічних проявів;

4) дефіцитарність психічної організації загалом – нівелювання усіх психічних реакцій: емоційно-вольових, комунікативних, пізнавальних тощо.

В. Лебединський [9] виділяв наступні різновиди психічного дизонтогенезу:

– *ретардація* (затримка темпу психічного розвитку або недорозвиток як окремих, так і всіх його сторін);

– *ушкоджений розвиток* (порушення психічної діяльності внаслідок ушкодження тієї або іншої структури головного мозку після тривалого, не менше одного – трьох років, часу нормального дозрівання – деменція);

– *асинхронія* (диспропорційний розвиток при вираженому відставанні соціально-психічної зрілості з боку емоційно-вольової сфери психіки). Перекручений розвиток – дитячий аутизм, шизофренія й т.ін. Дисгармонійний розвиток – акцентуація й психопатія;

– *дефіцитарний розвиток* (дизонтогенез в умовах важких порушень аналізаторних систем і важких хронічних соматичних хвороб – пороки серця, кістковий туберкульоз і т. ін., що супроводжуються дефіцитом сенсорної інформації, дефіцитом здоров'я, працездатності для нормальної соціалізації).

Як показують клінічні дані, навіть при одному й тому самому захворюванні можуть співіснувати різні варіанти дизонтогенезу.

В. Лебединський [9] визначив також ряд параметрів, що характеризують тип порушення психічного розвитку.

*Перший параметр* пов'язаний з функціональною локалізацією порушення й визначає його вид – загальний дефект, викликаний порушенням роботи регуляторних систем (кіркових і підкіркових), або частковий дефект, обумовлений недостатністю окремих функцій підкіркових і кіркових систем.

*Другий параметр* – час ураження – визначає характер порушення психічного розвитку. Чим раніше відбулось ураження, тим імовірнішим буде явище недорозвинення психічних функцій; чим пізніше виникло порушення, тим більш можливі явища ушкодження з розпадом структури психічних функцій.

*Третій параметр* впливає з ідеї Л. Виготського про системну будову порушення й характеризує взаємини між первинними і вторинними дефектами.





*Четвертий параметр* – порушення міжфункціональних взаємодій. У патології розвитку відзначається порушення міжфункціональних зв'язків, спостерігаються диспропорції, порушення своєчасності розвитку різних психічних функцій. У результаті виникають асинхронії розвитку. В їхній основі лежать два явища: ретардація й акселерація.

Н. Семаго і М. Семаго [11] зробили спробу створити власну типологію розвитку, що відхиляється, на основі його психологічних показників. Вони поєднують власне психологічний підхід із нейропсихологічним, обґрунтовуючи це тим, що такі параметри, як кваліфікація актуального психічного стану дитини, визначення часу й місця «поломки», співвіднесення ситуації розвитку з віковими нормативами й «ідеальною програмою розвитку» вимагають звертання до принципів і закономірностей нейропсихологічного аналізу. У результаті, на їх переконання, визначається інтегративний статус розвитку, що дає змогу вибрати адекватні корекційні програми, які відповідають характеру розвитку дитини, у тому числі й необхідну послідовність їхньої реалізації.

В базових варіантах розвитку, що відхиляється, вони виділяють чотири підгрупи.

1. Недостатній розвиток:

– тотальне недорозвинення (простий урівноважений, афективно-нестійкий і загальмовано-інертний типи) характеризує різні форми порушення розумового розвитку;

– затриманий розвиток (гармонійний і дисгармонійний інфантилізм) характеризується уповільненням темпу формування когнітивної й емоційно-особистісної сфер, включаючи регуляторні механізми діяльності; варіантами клінічного діагнозу тут можуть бути ЗПР або психічний інфантилізм;

– парціальна несформованість вищих психічних функцій (ВПФ): а) регуляторного компонента; б) вербального і вербально-логічного; в) змішаний тип. На відміну від затриманого розвитку тут є наявною несформованість базових передумов психічної діяльності, такі діти не можуть наздогнати своїх однолітків, можна лише якоюсь мірою компенсувати їхні втрати.

2. Асинхронний розвиток:

– дисгармонійний (екстрапунітивний, інтрапунітивний й апатичний типи) визначається специфікою формування окремих рівнів базової афективної регуляції при збереженості її загальної структури та ієрархії самої системи рівнів, а також зрушенням пропорцій у розвитку всіх рівнів; клінічні діагнози – психопатії й патохарактерологічний розвиток особистості в різних їхніх варіантах;

– перекручений (переважно емоційно-афективний або когнітивний розвиток, а також мозаїчні типи) характеризується змінами у формуванні не тільки системи афективної регуляції, але й інших базових складових (просторових і просторово-часових уявлень, довільності психічної активності). У сукупності ці зміни спотворюють пропорції розвитку когнітивної, мотиваційно-вольової й афективної сфер. Клінічні діагнози – ранній дитячий аутизм, аутичні розлади, синдром Аспергера тощо.



3. Дефіцитарний розвиток. Він визначається недостатністю сенсорних, опорно-рухових та інших систем. Залежно від часу їхнього ушкодження виділяють варіанти раннього дефіцитарного й пізнього дефіцитарного розвитку. Психологічні профілі специфічні як для кожного варіанта дефіцитарного розвитку, так й усередині цих варіантів, що пов'язано із впливом опосередковуючих чинників порушення.

4. Ушкоджений розвиток. Він виникає при органічних ураженнях мозку внаслідок черепно-мозкових травм, нейроінфекцій, захворювань мозку у віці від трьох-чотирьох років, коли морфологічні структури мозку вже сформовані:

– локально ушкоджений тип розвитку спостерігається при меншому обсязі загальномозкових проявів, для нього характерні «мозаїчність» пізнавальної діяльності й уповільнення темпу розвитку;

– дифузно ушкоджений тип розвитку характеризується змінами операціонально-технічних характеристик психічної діяльності (зниження її темпу, нерівномірність, коливання психічного тону й працездатності) і вираженими ушкодженнями регуляції. У важких випадках відбувається розпад окремих, уже сформованих ВПФ у сполученні із грубим недорозвиненням ще не сформованих, у більш легких випадках спостерігається зниження темпу формування ВПФ. Клінічний діагноз – набуте порушення розумового розвитку органічного, епілептичного, шизофренічного генезу.

Отже, основними факторами, що визначають характер дизонтогенезу, є походження, локалізація, ступінь поширеності й виразності порушення, час його виникнення й тривалість впливу, а також умови виховання та навчання дитини. Однак, основна модальність дизонтогенезу обумовлюється тим, що первинними є порушення зору, слуху, моторики, інтелекту тощо.

Крім того, у спеціальній освіті стосовно дизонтогенезу усе ще використовується термін «аномалія розвитку», що розуміється як патологічне відхилення від норми у функціях організму, відхилення від загальних закономірностей розвитку.

Поняття «аномалія» (від грец. *anomalía* – відхилення) означає відхилення від норми, від вікових закономірностей розвитку, що виникає внаслідок органічних і функціональних порушень, а також – під впливом факторів зовнішнього середовища. У такому значенні це поняття існує і в психологічній науці.

«Аномальні діти» – це діти, що мають значні відхилення від типового фізичного або психічного розвитку. Психічний дизонтогенез – це порушення розвитку психіки загалом або окремих її складових, а також порушення співвідношення темпів і термінів розвитку окремих сфер психіки й різних компонентів усередині цих сфер.

Як зазначалось, у медицині, психології, педагогіці існують свої показники, параметри, характеристики норми. Проблема «норма-аномальність» виходить далеко за межі медицини і є однією з актуальних проблем людинознавства, зазначає І. Шаповал.

К. Беккер та М. Совак [1] визначають аномальність (дефективність) як порушення цілісності людини, її зв'язків і відносин із суспільством, у тому числі в сфері виховання й освіти, професійної діяльності. При цьому дефективність характеризують п'ять ознак:



1) зміни в структурі особистості через порушення вищої нервової діяльності, що відображають вплив первинних органічних, функціональних або соціальних порушень;

2) тривалість стану;

3) порушення зв'язків аномальних осіб стосовно суспільства здорових людей;

4) зміну ставлення до аномальних осіб, коли суспільство почуває себе обтяженим, зобов'язаним піклуватися про них і займає певну позицію, за якою судять про його гуманність (суспільство виключає аномальних людей зі свого кола, ізолює їх або навпаки, проявляє гіпертрофовану турботу);

5) мінливість стану дефективності, який піддається змінам як у кращий, так і у гірший бік.

У цих ознаках мова йде про два психологічні феномени: про почуття неповноцінності, яке може виникнути як наслідок первинних порушень, і проблему соціальної адаптації «аномальних людей до суспільства здорових».

М. Бреслав [3] розглядає відхилення в розвитку виходячи з аналізу типового розвитку. У цьому випадку, під відхиленням у розвитку, вважає автор, варто розуміти невідповідність рівня розвитку та поведінки дитини системі висунутих до неї соціальних вимог і очікувань, що не виходять за межі «низької норми», та не обумовлених органічним ураженням центральної нервової системи, тобто відхилення в розвитку неорганічної етіології.

Проте ця позиція суперечить іншій, при якій саме при виражених порушеннях зазвичай використовується визначення «діти з відхиленнями в розвитку», позаяк, на що звертає увагу О. Соколова [12], традиційно це визначення поширюється саме на дітей із вираженими відхиленнями, такими як порушення інтелектуального розвитку, сенсорні дефекти (порушення зору, слуху), порушення опорно-рухового апарату, психічні захворювання тощо.

Проте питання про аномалії в розвитку психічних процесів, у поведінці людини може розглядатися тільки в контексті знань про нормальні параметри цих процесів.

За твердженням М. Государєва [5], обов'язковими ознаками психічної патології медицина раніше вважала емоційний дискомфорт, причина якого криється в морфофункціональному порушенні біологічного механізму регуляції психічної діяльності. У цьому зв'язку медична діагностика патології розвивалася як наука «нозологія», що виділяє в тій або іншій назві захворювання властиві йому симптоми і його причини. На сьогодні, уявлення про етіологію й патогенез психічних порушень змінилося, але зміст терміна «патологія» залишився колишнім, а в розширеному тлумаченні про випадки порушення норми говорять як про розлади психічної діяльності (психічні, особистісні, поведінкові). Змінилися й пріоритети діагностики. На доповнення до нозологічної (постановки діагнозу захворювання) розвивається діагностика функціональна, покликана відслідковувати зміни параметрів організму, поведінки та діяльності людини, не обмежуючись поняттями в системі «норма – патологія», зосереджуючи увагу на перехідних станах.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Зазвичай під нормою розуміється баланс сил, середня величина між «багато» й «мало», баланс, завдя-



ки якому системи приходять у рівновагу, створюючи певну гармонію. Патологія – це крайня протилежність норми, тоді як норма – це такий стан системи, що характеризує її, як щось середнє між надлишком і недоліком. Аномалія являє собою таке відхилення від цієї величини, яке може порушити існуючий баланс, але не переходить меж патології.

На думку М. Государєва, психологічна норма може розглядатися з погляду такого обмеження ступенів свободи в реалізації психічної активності, яке обумовлено гармонійним співвідношенням потреб у системі «людина – суспільство». Крім потреб окремо взятої людини існують потреби суспільства як цілісного психічного організму, і ці потреби можуть перебувати як у злагоді, так й у конфронтації. Відповідно до цього розрізняють соціальні норми – обмеження, правила поведінки, закони, загальні для всіх членів даного співтовариства, та індивідуальні норми самосвідомості в межах совісті й сприятливого психічного самопочуття індивідуума.

Таким чином, проблема психологічної норми – міждисциплінарна. Нею займаються різні галузі психологічної науки: нейропсихологія, диференціальна психологія, клінічна психологія, психологія розвитку, педагогічна психологія, психологія особистості тощо. Відповідно існують і різні підходи до цієї проблеми.

Визначення ступеня «нормативності» розвитку завжди було наріжним каменем психологічної науки, оскільки поняття «норма», динамічні зміни не тільки психічних процесів, психологічних станів, але й показників їхньої взаємодії є предметом дискусії.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Беккер К. П., Совак М. Логопедия. Учебное пособие. Перевод с немецкого Барышниковой Г.В. Под редакцией проф. Власовой Н.А. М.: Медицина, 1981. 288 с.
2. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 301 с.
3. Бреслав Г.Э. Психологическая коррекция детской и подростковой агрессивности: учебное пособие для специалистов и дилетантов. СПб.: Речь, 2006. 144 с.
4. Выготский Л.С. Основы дефектологии. М.: Педагогика, 1983. 367 с.
5. Государев Н.А. Специальная психология: учебное пособие. М.: Ось-89, 2008. 288 с.
6. Зверева Н.В., Кузьмина О.Ю., Каримулина Е.Г. Патопсихология детского и юношеского возраста. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2008. 208 с.
7. Кобильченко В.В., Омельченко І.М. Спеціальна психологія : підручник. Київ : ВЦ «Академія», 2020. 224 с. (Серія «Альма-матер»).
8. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1979. 607 с.
9. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М., 2003. Издательский центр «Академия» 144 с.
10. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей : монография. Москва : Педагогика, 1989. 104 с.
11. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. М.: АРКТИ, 2000. 208 с.



12. Соколова Е.В. Отклоняющееся развитие: причины, факторы и условия преодоления: монография. Новосибирск: Изд. «Наука», 2003. 284 с.

13. *Специальная психология*: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений (В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева и др.); Под ред. В.И. Лубовского. 2-е изд., испр. М.: Изд. центр «Академия», 2005. 464 с.

14. *Специальная психология*: учеб. пособие под ред. Е.С. Слепович, А.М. Полякова. Минск: Выш. шк., 2012. 511 с.

15. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973. 392 с.

16. Шаповал И.А. Специальная психология: учебное пособие. М.: ТЦ Сфера, 2005. 224 с.

#### REFERENCES (TRANSLATED AND transliterated)

1. Bekker K. P., Sovak M. (1981). Logopediya. Uchebnoe posobie. Perevod s nemetskogo Baryishnikovoy G.V. Pod redaktsiey prof. Vlasovoy N.A. M.: Meditsina. 288 s. [In Russian].

2. Bratus B.S. (1988). Anomalii lichnosti. M.: Myisl. 301 s. [In Russian].

3. Breslav G.E. (2006). Psihologicheskaya korrektsiya detskoj i podrostkovoy agressivnosti: uchebnoe posobie dlya spetsialistov i diletantov. SPb. : Rech. 144 s. [In Russian].

4. Vyigotskiy L.S. (1983). Osnovy defektologii. M.: Pedagogika. 367 s. [In Russian].

5. Gosudarev N.A. (2008). Spetsialnaya psihologiya: uchebnoe posobie. M.: Os-89., 288 s. [In Russian].

6. Zvereva N.V., Kuzmina O.YU., Karimulina E.G. (2008). Patopsihologiya detskogo i yunosheskogo vozrasta. Ucheb. posobie dlya stud. vyssh. ucheb. zavedeniy. M.: Izdatelskiy tsentr «Akademiya». 208 s. [In Russian].

7. Kobylchenko V.V., Omelchenko I.M. (2020). Spetsialna psykholohiia : pidruchnyk. Kyiv : VTs «Akademiiia». 224 s. – (Seriia «Alma-mater»). [In Ukrainian].

8. Kovalev V.V. (1979). Psihiatriya detskogo vozrasta. M. : Meditsina. 607 s. [In Russian].

9. Lebedinskiy V.V. (2003). Narusheniya psihicheskogo razvitiya v detskom vozraste. M.: Izdatelskiy tsentr «Akademiya» 144 s. [In Russian].

10. Lubovskiy V.I. (1989). Psihologicheskie problemy diagnostiki anomal'nogo razvitiya detey : monografiya. Moskva : Pedagogika. 104 s. [In Russian].

11. Semago N.YA., Semago M.M. (2000). Problemnnye deti: Osnovy diagnosticheskoy i korrektsionnoy raboty psihologa. M.: ARKTI. 208 s. [In Russian].

12. Sokolova E.V. (2003). Otklonyayusheesya razvitie: prichiny, faktory i usloviya preodoleniya: monografiya. Novosibirsk: Izd. «Наука». 284 s. [In Russian].

13. *Spetsialnaya psihologiya* (2005): ucheb. posobie dlya stud. vyssh. pед. ucheb. zavedeniy (V.I. Lubovskiy, T.V. Rozanova, L.I. Solntseva i dr.); Pod red. V.I. Lubovskogo. 2-e izd., ispr. M.: Izd. tsentr «Akademiya». 464 s. [In Russian].

14. *Spetsialnaya psihologiya* (2012): ucheb. posobie pod red. E.S. Sleповich, A.M. Polyakova. Minsk: Vyish. shk. 511 s. [In Russian].

15. Ushakov G.K. (1973). Detskaya psihiatriya. M. : Meditsina. 392 s. [In Russian].

16. Shapoval I.A. (2005). Spetsialnaya psihologiya: uchebnoe posobie. M.: TTS Sfera. 224 s. [In Russian].