

1. Відтворююча уява учнів старших класів з обмеженим інтелектом знаходиться на рівні елементарного створення образів та ситуацій. Відзначалася неповна і часто неточна передача інформативного матеріалу; випадки помилкових визначень взаємозв'язку між об'єктами та описаними ситуаціями. В малюнках досліджуваних повторялися «заучені» одноманітні зображення знайомих предметів (будиночки, сонечко, квіточки, грибочки...), не було оригінальності у змісті створених образів уяви.

В процесі відтворення змісту текстів часто траплялися неадекватні привнесення об'єктів та персонажів, а також загублення діяльності – мимовільний перехід на об'єкти та ознаки, які не мали нічого спільного із завданням. Діти вимагали зовнішньої організації їхньої діяльності, стимуляції уяви.

2. На відтворення і створення нових образів впливає засіб опори (слово, наочність), а також емоційний окрас запропонованого матеріалу.

Наочна опора полегшувала учням роботу, сприяла більш точному та повному відтворенню тексту, це свідчить про провідну роль зорового аналізатору при створенні образів уяви.

3. В учнів з порушеним інтелектом страждають як структурний, так і операційний компоненти уяви. Причиною у даному випадку є перш за все розумова відсталість цих дітей і пов'язані з нею дефекти процесів відчуття і сприйняття, уявлень, пам'яті, мислення, а також бідність мовлення, які утруднюють образне бачення, створення і реалізацію задуму.

4. На створення репродуктивної продукції дітей впливали ті чи інші враження, життєві ситуації, почуті або побачені ними картини.

5. Робота з географічним матеріалом містить значні можливості для формування відтворюючої уяви в учнів з порушенням інтелектуального розвитку.

Таким чином, в результаті проведеної нами експериментальної роботи, нам вдалося виявити особливості відтворюючої уяви розумово відсталих учнів, знання яких дозволить більш ефективно та методично правильно організувати корекційно-навчальний процес у допоміжній школі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Бгажнокова И.М. Психология умственно отсталого школьника. М.: Просвещение, 1987 – 93с.
2. Паладина Н.Н. Воображение у самого истока: Психологические механизмы формирования. Акад.пед.и соц.наук. М.: Московский психолого-социологический инс-т, 1997. – 136с.
3. Синьов В.М. Психология розумово-відсталої дитини: підручник / В.М. Синьов, М.П. Матвєєва, О.П. Хохліна. - К.: Знання, 2008. - 359 с.
4. Стадненко Н.М. Нариси з олігофренопедагогіки, 2002. – 200с.

УДК: 616.366-071-085

СТИМОЛ У КОМПЛЕКСНІЙ МЕДИКАМЕНТОЗНІЙ ТЕРАПІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

Мозгова Г.П.

доктор психологічних наук, професор
Інститут корекційної педагогіки і психології
НПУ імені М.Драгоманова

Автор статті звертає увагу на значимість психосоматичних розладів у формуванні, як функціональної, так і хронічної патології. Та важливість їх своєчасного лікування.

Автор статті обрацає внимание на значимость психосоматических нарушений в формировании как функциональной, а впоследствии, и хронической патологии и значимость их своевременного лечения.

The authors of this research tried to investigate the state of psychosomatic disfunction of children with functional and inflammatory diseases and early diagnostics of this disorders.

Ключові слова: психосоматична патологія, лікування, діти та підлітки.

Ключевые слова: психосоматические нарушения, диагностика, дети и подростки

Key words: psychosomatic disfunction, diagnostics, children and adolescents

Проблема, що виникає у клінічній практиці практично кожного лікаря – проблема хронічної втоми та астенії (від лат. *asthenia* - слабкість). Незважаючи на те, що особливості клінічного перебігу та дані об'єктивних обстежень дозволяють зробити висновок про відмінність цих синдромів, більшість лікарів їх ототожнюють.

Слід зазначити, що астеничний синдром є складовою частиною синдрому вегетативних дисфункцій, котрий досить часто зустрічається як у дорослих, так і в дітей. Синдром вегетативної дисфункції (ВД) – поліетіологічний синдром, зумовлений порушеннями регуляторних функцій вищих відділів вегетативної нервової системи, макро- та мікроциркуляції, судинного тонуусу і кровонаповнення, що клінічно проявляється емоційно-вольовими порушеннями, астеничним синдромом та зниженням адаптаційних можливостей організму.

Астено-невротичний синдром – стан, що характеризується загальною слабкістю, підвищеною втомлюваністю та виснаженістю, ослабленням чи втратою здатності до тривалого фізичного чи розумового навантаження, проявами ангедонії (зниження активності, втрата інтересу та задоволення від звичних занять), болями голови, запамороченнями, частою зміною настрою, відсутністю позитивної мотивації до одужання.

Розуміння механізму розвитку астенії на клітинному рівні дає нам змогу раціонально застосовувати новітні досягнення фармакотерапії.

Фармакотерапія астеничного синдрому досить різноманітна та має багатофакторні напрямки. Треба зауважити, що лікування цього стану - це тривалий процес із періодами як покращення загального стану хворого, так і загострення захворювання. Лікування астеничного синдрому повинно бути комплексним, а схеми використання медичних препаратів багатогранні та індивідуальні.

Особливе місце серед препаратів-коректорів енергетичних порушень в організмі при астенії займає французький препарат СТИМОЛ®. Цей препарат має подвійну дію: енергоутворювальну та детоксикаційну.

Стимол проявляє загальнотонізуючу дію, сприяє нормалізації обміну речовин й активації неспецифічних факторів захисту організму. На відміну від інших протиастеничних засобів, які переважно є стимуляторами ЦНС, Стимол складається з двох речовин, в нормі завжди наявних в організмі, які є каталізаторами метаболічних процесів, – цитруліну й малату. При надходженні цих речовин в організм у момент настання адаптаційного кризу відбувається посилення реакцій метаболізму і виведення лактату та амонію. Малат допомагає обійти аміачний блок окислювального шляху та обмежити накопичення молочної кислоти шляхом переорієнтації її в бік глюконеогенезу. Цитрулін є проміжною речовиною циклу сечовини, який прискорює його і тим самим посилює виведення амонію. Важливим є те, що Стимол не викликає психічної й фізичної залежності та ефекту відміни препарату, добре переноситься, практично не викликає побічних реакцій, тому є безпечним при застосуванні у дітей.

Важливою перевагою препарату є те, що він не містить глюкози і може застосовуватися хворими на цукровий діабет.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження виконувались двічі – на початку і після завершення лікування.

Стан вегетативної нервової системи вивчався за допомогою кардіоінтервалографії, кліноортостатичної проби. Психологічне тестування проводилось за суб'єктивним аналізом реактивної та особистої тривожності та оцінювалось за допомогою шкали самооцінки по методиці Ч.Д. Спілбірга. Стан вегетативної нервової системи вивчався за допомогою кардіоінтервалографії, кліноортостатичної проби.

Всі обстежені діти були поділені на дві репрезентативні групи. Діти обох груп одержували стандартну базисну терапію в залежності від основного захворювання згідно затверджених протоколів лікування. Основну групу (ПСП та ППФР) склали 50 хворих, у комплексну терапію яких був включений препарат Стимол. У контрольну групу (ПСП без ППФР) ввійшли 50 дітей, що одержували тільки базисне лікування основного захворювання.

Призначався Стимол по 1-2 пакетики (вміст 1-2 пакетики розчиняють у воді та вживають під час їжі) 2-3 рази на добу. Курс лікування склав всього 14 днів.

Об'єктивізація ефективності лікування проводилась наприкінці спостереження та порівнювалась з початковими даними. Отримані результати оброблені статистично з використанням пакету програм Math CAD з визначенням рівня верогідності. В роботі використано аналіз бальної оцінки провідних клінічних симптомів, з вирахуванням інтегрального показника патології (ІПП) та коефіцієнта порівняльної ефективності терапії (С.М. Макеев, 1985).

Результати досліджень та їх обговорення

Клінічна картина психосоматичної патології (ПСП) у дітей з порушеннями психофізичного розвитку (ППФР) та без них характеризувалась поліморфізмом скарг і клінічних синдромів. Основними синдромами у обстежених дітей були больовий (69,1% і 51,4%), диспептичний (71,2% і 60,3%), синдром хронічної інтоксикації (45,7% і 36,6%) відповідно, які достовірно не відрізнялись в обох групах ($p > 0,05$).

Що стосується астено-невротичного синдрому, то він достовірно частіше зустрічався у дітей з ПСП та ППФР ніж у дітей без ППФР (97,8% і 57,4%) ($p < 0,001$). Найбільше ця різниця відображалась у запамороченні (35,1%, 14,9%), метеочутливості (40,4%, 9,9%), порушенні сну (44,7%, 11,9%), дратливості (37,2%, 11,9%) та емоційній лабільності (57,4%, 18,8%).

Враховуючи на те, що при виченні клінічного перебігу ПСП у дітей, було виявлено превалювання астено-невротичного синдрому як у дітей з ППФР (97,8%) так без ППФР (57,4%) нами був застосований препарат Стимол як засіб медичної реабілітації.

Нами виявлено, що наприкінці лікування більш значущі позитивні клінічні дані були отримані в першій групі досліджуваних дітей, до терапії яких було залучено препарат Стимол.

Так (таб.1), больовий симптом зникав порівняльно швидше і на 14 добу відмічався у $6,6 \pm 0,1$ % хворих першої групи ($p < 0,05$). В той же час, у дітей з другої групи на 14 добу терапії на біль скаржились $18,0 \pm 0,1$ %. Прояви диспепсії через 14 днів відмічали $5,6 \pm 0,1$ % хворих першої ($p < 0,05$), та $14,0 \pm 0,1$ % другої групи ($p > 0,05$). Синдром хронічної інтоксикації залишався у $7,2 \pm 0,1$ % дітей I групи та у $20,4 \pm 0,1$ % другої ($p > 0,05$). Порушення вентиляції бронхів відмічалось у $14,1 \pm 0,1$ % та у $45,6 \pm 0,1$ % обстежених відповідно груповому розподілу ($p > 0,05$).

Таблиця 1
Порівняльна динаміка основних клінічних симптомів впродовж спостереження в відносних величинах ($M \pm m$)

Синдроми та симптоми	Групи та день спостереження			
	До лікування %		14 день %	
	I (n=93)	II (n=101)	I (n=93)	II (n=101)
Абдомінальний біль	$69,1 \pm 0,1$	$51,4 \pm 0,1$	$6,6 \pm 0,1^*$	$18,0 \pm 0,1$
Диспепсія	$71,2 \pm 0,1$	$60,3 \pm 0,1$	$5,6 \pm 0,1^*$	$14,0 \pm 0,1$
Хронічна інтоксикація	$45,7 \pm 0,1$	$36,6 \pm 0,1$	$7,20,1^*$	$20,40,1$
Порушення вентиляції бронхів	$28,9 \pm 0,1$	$71,2 \pm 0,1$	$14,10,1^*$	$45,60,1$
Астеноневротичні прояви:				
-головний біль,	$97,8 \pm 0,1$	$57,4 \pm 0,1$	$19,6 \pm 0,1$	$20,0 \pm 0,1$
-порушення сну,	$53,1 \pm 0,1$	$48,5 \pm 0,1$	$5,60,1^*$	$18,0 \pm 0,1$
-запаморочення,	$44,7 \pm 0,1$	$11,9 \pm 0,1$	-	$9,2 \pm 0,1$
- метеочутливість,	$35,1 \pm 0,1$	$14,9 \pm 0,1$	-	$6,0 \pm 0,1$
- слабкість,	$40,4 \pm 0,1$	$9,9 \pm 0,1$	$5,60,1$	$8,4 \pm 0,3$
- роздратованість	$80,2 \pm 0,1$	$25,9 \pm 0,1$	$2,2 \pm 0,1^*$	$16,0 \pm 0,1$
	$57,4 \pm 0,1$	$18,1 \pm 0,1$	-	$10,0 \pm 0,1$

*- різниця достовірна порівняно з даними лікування Стимолом ($p < 0,05$).

Астено-невротичний синдром на 14 добу залишався у $19,6 \pm 0,1$ % та $20,0 \pm 0,1$ % пацієнтів першої та другої груп, зменшившись відповідно до початкового періоду майже у 5 та 2 рази відповідно до групового розподілу ($p < 0,05$). Дітей з другої групи головний біль на 14 добу турбував у $18,0 \pm 0,1$ % випадків, а першої у $5,6 \pm 0,1$ % випадків. Динаміка метеочутливості була більш позитивною у першій групі обстежених. На 14 добу на вказані відчуття скаржилися $5,6 \pm 0,1$ % хворих основної та $8,4 \pm 0,1$ % контрольної груп. Запаморочення наприкінці курсу лікування не відмічалось у дітей першої групи, в той час як в другій групі аналогічний симптом турбував $6,0 \pm 0,1$ % хворих ($p < 0,05$).

На слабкість на 14 добу лікування скаржились $2,2 \pm 0,1$ % та $16,0 \pm 0,9$ % дітей першої та другої груп, відповідно до початку спостереження, кількість дітей з цим симптомом зменшилась майже в 40 та 5 разів. Порушення сну зникли у дітей з основної групи на 14 день, та залишилися у $9,2 \pm 0,2$ % з контрольної ($p < 0,05$). Наприкінці спостереження відчуття роздратованості відмічали $10,0 \pm 0,2$ % дітей з другої групи, в той час, як пацієнти першої групи відчували себе повністю урівноваженими і означене, при первинному обстеженні, відчуття невідчувалося повністю.

Таблиця 2

Показники реактивної та особистої тривожності після лікування у дітей з ПСП та ППФР в залежності від стану вегетативної нервової системи (M±m)

Рівень вегетативної Реактивності	До лікування		Після лікування	
	I група	II група	I група	II група
АСТ	28%	33%	12%	18%
ГСТ	25%	22%	8%	19%
НТВР	47%	45%	80%	63%

*- p<0,1 порівняно з даними групи контролю

У ході дослідження були отримані дані щодо вегетативної реактивності. Так, на початку спостереження нормальний рівень вегетативної реактивності мали 47% дітей першої групи та 45% обстежених другої. Асимпатикотонічний (АСТ) тип встановлено у 28% першої групи та у 33% другої відповідно. Гіперсимпатикотонічну (ГСТ) вегетативну реактивність мали 25% та 22% обстежених відповідно до групового розподілу.

Після лікування було відмічено нормалізуючий вплив препарату Стимол на стан вегетативної реактивності. Тобто, кількість хворих дітей з асимпатикотонічним типом зменшилась до 12%, з гіперсимпатикотонічним - до 8%, а число пацієнтів з нормотонічним типом зросло до 80% у першій групі. У другій групі наприкінці лікування асимпатикотонічний тип реактивності визначався у 18%, гіперсимпатикотонічний – у 19%, нормальний тип вегетативної реактивності виявлявся в 63% дітей (таб.2).

Після завершення курсу лікування нами зафіксовані зміни з боку проявів реактивної (РТ) та особистої тривожності (ОТ).

Таблиця 3

Показники тесту Спілберґера-Ханіна у дослідженого контингенту після лікування (n=194)

Індикатор	ППФР	без ППФР	Корисність
	Середнє значення показника	Середнє значення показника	
РТ	1,52	1,54	
	1,24	1,36	
Після лікування			
РТ	0,75	1,02	
	1,04	1,24	

Показники рівня особистісної та реактивної тривожності у обстежених дітей після лікування препаратом Стимол відображені у таблиці 3.

При порівнянні рівнів тривожності у досліджених дітей після лікування, можна відмітити, що для хворих на ПСП та ППФР, які приймали препарат Стимол рівень особистісної та реактивної тривожності достовірно знизився і знаходиться в межах 39,47±1,04 балів, та 27,43±0,75 балів. У обстежених із ПСП без ППФР, показники особистісної та реактивної тривожності достовірно не знизились та знаходяться у межах 42,34±1,24 та 29,32±1,02 балів відповідно (p>0,05).

Об'єктивізуючи дані дослідження методом бальної оцінки провідних клінічних симптомів, слід зазначити, що у дітей, в комплекс лікування яких було залучено Стимол, позитивна динаміка була швидшою, ніж в контрольній групі хворих (табл. 4). Підтвердженням цього є значення ІПП, який на 14 добу спостереження при

використанні препарату Стимол складав $0,9 \pm 0,15$, верогідно ($p < 0,05$) відрізняючись від аналогічного показника в групі співставлення ($1,9 \pm 0,11$). Тобто, динаміка зворотних змін основних клінічних проявів захворювання у дітей I-ої групи відбувалася майже у півтора рази швидше.

Таблиця 4

Порівняльна оцінка клінічної ефективності лікування дітей (в балах)

Групи дітей	До лікування	Після лікування		К
	ІПП	ІПП	S	
I група	$7,8 \pm 0,35$	$0,9 \pm 0,15^*$	6,9	1,54
II група	$6,5 \pm 0,6$	$1,9 \pm 0,11^{\#}$	4,6	

* - різниця достовірна порівняно з даними до проведення лікування ($p < 0,05$),

- різниця достовірна порівняно з даними лікування гліциседом ($p < 0,05$).

Після 14-ти денного курсу лікування суттєвої динаміки з боку показників артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, а також ЕКГ-симтоматики не було виявлено.

Проведене дослідження дозволило констатувати, що препарат Стимол є ефективним у комплексному лікуванні ПСП із вираженим астено-невротичним синдромом. Під впливом препарату швидше покращується загальний стан дітей, істотно зменшуються ознаки астеничного синдрому, відбувається покращення основних показників вегетативної нервової системи за даними ВРС, зменшується частота серцевих скорочень у стані фізіологічного спокою, що свідчить про підвищення адаптаційних можливостей дитячого організму.

Таким чином, можна зробити висновок, що:

1. Застосування препарату Стимол, як психофармакотерапевтичного засобу у лікуванні психосоматичних захворювань вдвічі прискорює регрес основних клінічних симптомів та підвищує ефективність лікування в 1,5 рази.

2. Призначення препарату Стимол знижує рівень особистої тривожності, нормалізує реактивну тривожність, а також відновлює стан вегетативної нервової системи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Астахов А.°Л. Стимол : просто амінокіслота чи універсальні ліки проти стресу / А.°Л. Астахов // Ліки України. – 2004. – №1(78). – С. 35-36.
2. Дьячкова Н.°Г. Опыт применения препарата Стимол для профилактики и коррекции отклонений в нервно-психическом здоровье детей и подростков в условиях детских учреждений / Н.°Г. Дьячкова // Российский национальный конгресс "Человек и лекарство". – М. – 1997. – Т.
3. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т.2.
4. Циркіна С. Ю. Справочник по психологи и психиатрии детского и подросткового возраста.- Санкт – Петербург. Питер, 2000. – 750с.

УДК: 373.2. 013.42 – 056.26

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПЕРЦЕПТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ У ДІТЕЙ
СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Омельченко І. М.

кандидат психологічних наук
Полтавський національний педагогічний
університет імені В.Г. Короленка

У статті автором висвітлені результати експериментального дослідження соціально-перцептивних здібностей у дітей старшого дошкільного віку з дитячим церебральним паралічем.

В статтє автором освящены результаты экспериментального исследования социально-перцептивных способностей у детей старшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом.