

Міністерство освіти і науки України

Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова

На правах рукопису

КЛИМЕНКО ІВАН СЕРГІЙОВИЧ

УДК 376-056.34(043.3)

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ РОЗВИТКУ  
ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З  
ПСИХООРГАНІЧНИМ СИНДРОМОМ  
19.00.08 – спеціальна психологія

Дисертація на здобуття наукового ступеня  
кандидата психологічних наук

Науковий керівник  
Синьов В.М.,  
доктор педагогічних наук,  
професор, дійсний член НАПН України

Київ-2016

## ЗМІСТ

ВСТУП	4
<b>РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХООРГАНІЧНОГО СИНДРОМУ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ</b>	
1.1. Поняття і структура порушення при психоорганічному синдромі	11
1.2. Клініко-психологічна характеристика дітей із психоорганічним синдромом	15
1.3. Когнітивні порушення при психоорганічному синдромі	23
1.4. Емоційні порушення при психоорганічному синдромі	39
1.5. Особливості міжособистісних стосунків у дітей із психоорганічним синдромом	44
1.6. Основні підходи до діагностики та корекції психоорганічного синдрому	48
Висновки до розділу 1	52
<b>РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПСИХООРГАНІЧНИМ СИНДРОМОМ</b>	
2.1. Мета, завдання та організація констатувального експерименту. Методика дослідження	56
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження	60
Висновки до розділу 2	121
<b>РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА АПРОБАЦІЯ КОМПЛЕКСНОЇ СИСТЕМИ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПСИХООРГАНІЧНИМ СИНДРОМОМ</b>	
3.1. Мета, завдання та організація формувального експерименту	130

3.2.	Результати контрольного експерименту	134
3.3.	Практичні рекомендації для психологів, педагогів, які працюють із дітьми з психоорганічним синдромом	157
	Висновки до розділу 3	160
	ВИСНОВКИ	165
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	168
	ДОДАТКИ	183

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Безперечним на сьогодні є визнання провідної ролі перинатальних чинників в етіології та патогенезі багатьох хронічних, зокрема –психічних порушень та хвороб людини (Г. Бекетова, А. Максимова, Б. Півень, О. Снежневський, В. Синьов, Л. Соколова, А. Шевцов та ін.).

Клініко-психологічний аналіз дітей з психічним дизонтогенезом дає підстави для висновків про наявність порушень церебрально-органічного характеру в значній частині з них. За даними І. Родименко щодо Дніпропетровської області України, більше 70,0 % новонароджених мають перинатальну травму. Клінічні дослідження за 2007-2009 р. р. Інституту педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України свідчать що значну частину (від 10,0 % до 45,0 %) постійно невстигаючих учнів, яку складають діти з нервово-психічними функціональними порушеннями або захворюваннями, поміж яких перше місце займають наслідки органічної церебральної патології (С. Руденко). За статистичними даними ТМО «Психіатрія» за 2009-2014р. р., діагноз «резидуально-органічне ураження центральної нервової системи у формі психоорганічного синдрому» був встановлений 32,0 % дітей, які перебували у стаціонарі лікарні, що свідчить про високу епідеміологію поміж нервово-психічних захворювань у дитячому віці.

Наукові передумови проблеми вивчення особливостей психічного розвитку дітей із психоорганічним синдромом розроблено з позицій психологічного, медичного, педагогічного підходів (А. Бенько, Н. Благініна, В. Блейхер, Н. Буторіна, Б. Зейгарник, Д. Ісаєв, Р. Карімова, В. Ковальов, Г. Кожина, О. Лічко, В. Мішиєв, Б. Півень, С. Рубінштейн, А. Чуприков, G. Gollnitz, G. Nissen, R. Lemp, R. Tolle, H. Remschmidt та ін.). Більшість досліджень ґрунтується на нозологічній відповідності екзогенно-органічних уражень головного мозку різної етіології, проте в них не акцентуються міри

вираженості та різноманітності цих порушень. З'ясовано, що недостатньо розроблена диференційна діагностика пізнавальної сфери дітей з психоорганічним синдромом із найбільш розповсюдженими нервово-психічними захворюваннями в дитячому віці (І. Кудрявцев, Г. Носачов, Д. Романов, С. Соловйов та ін.).

Необхідність розробки системи психологічної корекції для дітей із психоорганічним синдромом зумовлена тим, що 60–65 % з них демонструють тенденцію до збільшення патопсихологічних проявів: посилення афективних порушень, зростання агресії та примітивних потягів, зниження когнітивної продуктивності та труднощі адаптації, які в подальшому призводять до різних форм межових психічних порушень (О. Грибанов, М. Заваденко, О. Малкова, Р. Барклі та ін.).

Проблема вивчення дітей із психоорганічним синдромом обумовлена складністю та багатофакторністю провідних питань спеціальної психології, які не можуть вирішуватися лише науково. Саме тому, в основі їхнього дослідження має бути покладений міждисциплінарний підхід, який забезпечить аналіз та синтез, інтеграцію знань з різних наукових галузей. Реалізація такого підходу визначатиме теоретико-методологічні засади диференційної діагностики та адекватної корекційної допомоги дітям із психоорганічним синдромом.

Актуальність зазначеної проблеми, її недостатнє теоретичне вивчення та практична реалізація зумовили вибір теми дисертаційного дослідження **«Особливості діагностики та корекції розвитку дітей молодшого шкільного віку з психоорганічним синдромом»**.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційну роботу виконано відповідно до тематичного плану науково-дослідної роботи кафедри спеціальної психології та медицини факультету корекційної педагогіки та психології Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова «Клініко-психологічні аспекти

девіантної поведінки у дітей та підлітків» за напрямом «Зміст освіти, форми, методи і засоби фахової підготовки вчителів».

Тема дослідження затверджена Вченою радою Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова (протокол № 7 від 23 лютого 2012 року) та узгоджено в Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 4 від 24 квітня 2012 року).

**Мета дослідження** полягає у розробці психолого-педагогічної системи диференційної діагностики та корекції психічного розвитку дітей молодшого шкільного віку з психоорганічним синдромом.

Відповідно до поставленої мети визначені такі **завдання дослідження**:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми психічного розвитку дітей із психоорганічним синдромом.

2. Виявити особливості психічного розвитку дітей молодшого шкільного віку із психоорганічним синдромом за допомогою комплексу психолого-медико-педагогічних діагностичних методик, який може бути покладений в основу їх ефективної диференційної діагностики.

3. Здійснити диференційний аналіз особливостей розвитку пізнавальної та емоційної сфер дітей означеної категорії та інших клінічних груп, а також дітей із нормативним розвитком.

4. Розробити та здійснити експериментальну перевірку системикорекції психічного розвитку дітей молодшого шкільного віку із психоорганічним синдромом.

**Об'єкт дослідження** – процес психічного розвитку дітей молодшого шкільного віку із психоорганічним синдромом.

**Предмет дослідження** – особливості діагностики та корекції психічного розвитку дітей молодшого шкільного віку з психоорганічним синдромом.

**Методологічну і теоретичну основу** дослідження склали концептуальні положення: біопсихосоціального підходу до вивчення людей,

який наголошує і підкреслює системність, зумовлену біологічними, психологічними і соціальними складовими в структурі розвитку кожного індивіда (М. Кабанов, В. Рожнов, Л. Берталанффі, Т. Ендрюз, Л. Ета, Ж. Піаже, А. Рейн та ін.); про загальні закономірності розвитку дитини в умовах дизонтогенезу (Г. Бекетова, Ю. Бистрова, В. Ковальов, О. Лурія, С. Максименко, К. Островська, О. Романенко, Є. Синьова, Л. Фомічова, О. Хохліна, Л. Шипіцина, Д. Шульженко, А. Чупріков та ін.); про ключову роль міждисциплінарного підходу у вивченні особливостей психічного розвитку і його корекції у дітей із психофізичними вадами (В. Бондар, С. Конопляста, О. Корнєв, К. Логінова, І. Мартиненко, А. Обухівська, О. Токарев та ін.); диференційований підхід як особистісно-орієнтований спосіб досягнення поставлених цілей (А. Арапов, В. Бондар, Є. Бондаревська, Л. Виготський, Г. Коберник, В. Синьов, М. Шеремет та ін.); принцип єдності афекту та інтелекту (Л. Виготський, О. Леонтьєв, С. Рубінштейн та ін.).

Для досягнення мети і розв'язання поставлених завдань використано такі **методи дослідження:** а) *теоретичні:* аналіз, класифікація, систематизація, порівняння та узагальнення теоретичних та експериментальних даних, теоретичне моделювання тощо; б) *емпіричні:* спостереження, опитування, психодіагностичні методики, психологічний експеримент (констатувальний, формувальний), аналізу документації; в) *статистичні:* середні показники, кореляційний аналіз, критерії достовірності розбіжностей; обчислення реалізовані за допомогою статистичного пакету SPSS-13.0.

**Експериментальна база дослідження.** Дослідження здійснювалось упродовж 2012-2014 років на базі Оболонської та Шевченківської районних психолого-медико-педагогічних консультацій м. Києва, Острозької спеціальної загальноосвітньої школи – інтернату № 2, територіальних медичних об'єднань «Психіатрія» м. Києва та «Психіатрія, наркологія» м. Рівного, спеціалізованої загальноосвітньої школи № 14 м. Києва. До дослідження було залучено 210 дітей віком 7-9 років.

**Наукова новизна та теоретичне значення дослідження** полягає у тому, що:

- *вперше* здійснено диференційний клініко-анамнестичний, клініко-патопсихологічний та клініко-динамічний аналіз форм психоорганічного синдрому; проведено диференційне вивчення базової афективної регуляції дітей із різними формами зазначеного синдрому; досліджено рівні тривожності та здатність до розпізнавання й ідентифікації емоцій цих дітей; визначено особливості взаємовпливу афективної сфери та інтелектуального розвитку дітей виділених груп із психоорганічним синдромом; здійснено диференційний аналіз особливостей розвитку пізнавальної сфери (сприймання, пам'ять, увага, уява мислення, мовленнєва діяльність) дітей із психоорганічним синдромом ( $F - 0.79$ ), із нормативним психофізичним розвитком, із аутизмом ( $F - 84$ ) та інтелектуально-мнестичним недорозвиненням ступеню легкої розумової відсталості ( $F - 70$ );

- *поглиблені та розширені* дані про засоби діагностики та психолого-педагогічної корекції, спрямованої на розвиток пізнавальної та емоційної сфер дітей молодшого шкільного віку з психоорганічним синдромом;

- *подальшого розвитку* набули наукові уявлення про характеристики психічного розвитку дітей за принципом єдності афекту та інтелекту, особливості диференційованого підходу до діагностики та корекції психічного розвитку дітей молодшого шкільного віку з психоорганічним синдромом.

**Практичне значення дослідження** полягає в розробці та апробації комплексної психолого-медико-педагогічної системи діагностично-корекційної роботи, спрямованої на виявлення та нівелювання негативних проявів психоорганічного синдрому у дітей молодшого шкільного віку. Матеріали дослідження можуть бути використані при викладанні навчальних дисциплін «Спеціальна педагогіка», «Спеціальна психологія», «Клінічна психологія» у програмі підготовки фахівців у галузі корекційної освіти та спеціальної психології, в роботі психологічних і соціальних служб у



структурі комплексного психолого-педагогічного впливу, спрямованого на підвищення ефективності процесу психічного розвитку, оптимізацію шкільного навчання, розвиток особистості дітей із психоорганічним синдромом.

**Особистий внесок** автора у працях, написаних у співавторстві, полягає у визначенні психологічних особливостей розвитку особистості та комунікативної сфери дітей із порушенням психофізичного розвитку резидуально-органічного генезу, постановці завдань та розробці методики їх діагностики [2 – 50 %; 3 – 50 %; 4 – 50 %].

**Апробації впровадження результатів дослідження.** Теоретичні та експериментальні положення доповідались та були схвалені на 12 науково-практичних конференціях і семінарах, зокрема *міжнародних конференціях*: «Актуальні проблеми логопедії» (Київ; 2011, 2014), «Поведінкові розлади у дітей та підлітків» (Київ, 2011), «В. М. Блейхер та сучасна клінічна психологія» (Київ, 2012), «Поведінкові та мовні розлади у дітей та підлітків» (Київ, 2014), «Научная дискуссия: вопросы педагогики и психологии» (Москва, 2015), «Простір арт-терапії: мистецтво життя» (Київ, 2015); *всеукраїнських і регіональних конференціях*: «Метаболічні енцефалопатії у дітей» (ПАГ НАМН України, Київ, 2011), «Психотерапія і психотерапевт у світі, що змінюється» (Київ, 2011), «Програмно-цільове обслуговування дітей з розладами зі спектру аутизму» (Київ, 2012), «Коморбідні стани у дітей з розладами спектру аутизму. Діагностика та принципи лікування» (Київ, 2014); *навчально-методичному семінарі* «Особлива дитина. Епілепсія: виходимо з тіні» (Київ, 2014).

Результати дослідження **впроваджено** в роботу психолого-медико-педагогічної консультації Шевченківського району м. Києва (акт № 104 від 08.09.2015); ТМО «Психіатрія» м. Києва (акт № 1-01 / 72 від 19.01.2016); ТМО «Психіатрія, наркологія» м. Рівного (акт № 16 від 19.11.2015); Острозької спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату № 2 (акт № 345 від 24.11.2015); в навчальний процес підготовки студентів-психологів

Кременчуцького Національного університету імені М. Остроградського (акт № 103-10 / 1598 від 11. 11. 2015); Національного університету «Острозька академія» (акт № 035 від 28. 01. 2016).

**Публікації.** Основні положення та результати дисертаційного дослідження висвітлено в 9 наукових публікаціях, з яких: 3 одноосібні наукові статті опубліковані у вітчизняних фахових виданнях, 1 – у зарубіжному фаховому періодичному виданні, 1 – у загальнонауковому виданні, 3 – у співавторстві, 1 – матеріали конференцій.

**Структура дисертації.** Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, додатків (на 113 сторінках) та списку використаних джерел (162 найменування, з них – 22 іноземною мовою). Загальний обсяг дисертації становить 295 сторінок, з них – 182 сторінки основного тексту. Робота містить 32 таблиці та 24 рисунки.

## РОЗДІЛ 1

### АНАЛІЗ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХООРГАНІЧНОГО СИНДРОМУ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

#### **1.1. Поняття і структура порушення при психоорганічному синдромі**

Аналіз наукової літератури свідчить про помітні розбіжності в трактуванні різними авторами поняття «психоорганічний синдром». Термін «психоорганічний синдром» у сучасній літературі використовують для позначення різних розладів, спричинених органічними ураженнями головного мозку різної етіології (В.С. Чудновський, Н.М. Жаріков, В.В. Ковальов, А.П. Чуприков, О.В. Снежневський, М.А. Цівілько, Т.Ю. Орестов, М.В. Коркін і співавт., Б.С. Положій, С.В. Запускалов, В.М. Краснов і співавт., Т. Білікевіч, Д. Хелл, С. Мін і співавт.) [3, 4, 7, 19, 22, 64, 163]. Видатний психіатр Е. Блейлер уперше застосував у 1916 р. термін «органічний психосиндром», а також інші дослідники в подальшому використовували синонімічне поняття психоорганічного синдрому. Останнє можна вважати більш точним і ємним із клінічних позицій щодо наслідків різного роду церебральних уражень, у тому числі опосередкованих тяжкою соматичною патологією. Поняття «психосиндром» може бути потрактоване як лише психопатологічне; водночас церебрально-органічна патологія підпорядковується загальним закономірностям соматопсихічної єдності, і часто поряд з інтелектуально-мнестичними, астенічними, афективними, мотиваційними, поведінковими розладами спостерігаються неврологічні порушення (судомні і безсудомні пароксизми, порушення моторики, дизартрія, дисфазія тощо) [75, 76, 77, 78, 127, 134, 161].

Психоорганічний синдром найчастіше поєднується з порушеннями вегетативної нервової системи, нерідко виявляють ряд ендокринних дисфункцій, метаболічних порушень. Е. Блейлер не обмежував характеристику психоорганічного синдрому лише порушеннями пам'яті та уваги. Психіатр вважав, що сюди також входить і порушення афективної

сфери, розуміючи її як примітивний рівень психічної діяльності, який відображається в тілесній і психічній сферах. Він наголошував, що вияв афективності охоплює і емоційну сферу, і інстинкти, і дії, і специфіку емоцій [11, 12, 68, 85, 134].

За Х. Вальтер-Бюелем, головними виявами психоорганічного синдрому в дорослих є розлади пам'яті, ослаблення розуміння і нестриманість афектів. Згідно з трактуванням Е. Блейлера, основними компонентами психоорганічного синдрому є порушення пам'яті, асоціальна діяльність й афективні розлади. Близьку за змістом характеристику психоорганічного синдрому дають О.О. Портнов і Д.Д. Федотов. Клінічна картина психоорганічного синдрому, на думку авторів, містить високу або знижену чутливість до подразників, загальну збудливість, гнів, злість або добросердечність, байдужість, ослаблення пам'яті, порушення уваги, високу виснаженість, мінливість або порушення уваги та осмислення. Крім того, відповідно до точки зору авторів, до структури психоорганічного синдрому можуть входити неврологічні симптоми, епілептиформні випадки, вегетативна нестійкість, вестибулярні розлади, головні болі (цефалгії), безсоння, порушення циркадного ритму [29, 63, 126, 134, 139, 161].

Ані психоорганічний синдром, ані енцефалопатія, як відомо, не репрезентовані окремим класом у рубриках органічних психічних розладів у сучасних класифікаціях. Цей факт відображає загальний процес спрощення діагностики, а у зв'язку з цим і одномірність терапевтичних рекомендацій. Суперечливість сучасної систематики інтелектуально-мнестичних розладів виявляється не тільки в її одномірності, орієнтації лише на когнітивні порушення (найчастіше досить вузько розуміються), а й в існуванні очевидного розриву та феноменологічного вакууму між так званим легким когнітивним розладом і деменцією в її широкому розумінні. Спроби ж повернутися до категорії психоорганічного синдрому з його динамічним диференційованим розглядом клінічно складних розладів у додементному діапазоні в сучасній літературі не численні [75, 76, 77, 78, 102].

О.В. Снежневський вважає, що в структурі психоорганічного синдрому переважають такі симптоми: порушення мнемічної діяльності, крайня неухважність, часто випадають спогади найближчого минулого, зменшуються обсяг і чіткість сприймання, страждає увага. Асоціативні процеси уповільнені, спостерігаються персеверації. Афекти вкрай мінливі. При афективній лабільності в одних випадках переважає ейфорія, в інших – депресія. В.В. Ковальов найбільш істотними ознаками психоорганічного синдрому вважає зниження пам'яті, інтелектуальної продуктивності, інертність психічних процесів, усілякі афективні порушення [23, 30, 63, 64, 153, 154].

Щодо психоорганічного синдрому відомо кілька парадоксів, які досі не вирішені та вимагають дискусійного розгляду. Вони полягають у тому, що психоорганічний синдром трактують лише як психопатологічний розлад і, отже, як предмет уваги психіатрії, хоча в сучасній психіатричній нозографії його немає; психоорганічний синдром зазвичай розглядають тільки в аспекті когнітивних порушень, без урахування всіх інших психопатологічних, неврологічних, загальносоматичних компонентів; при визнанні когнітивних порушень стрижневим симптомокомплексом психоорганічного синдрому вивчення когнітивних («нейрокогнітивних») порушень у сучасній психіатрії змістилося до психозів, таких як шизофренія і розлади шизофренічного спектру. При активній розробці та широкому використанні нейропсихологічного інструментарію, по суті, залишений без уваги найбільш природний об'єкт його застосування – когнітивні розлади при різних варіантах та етапах розвитку органічних і резидуально-органічних розладів [75, 76, 77, 78, 107, 134,159].

Розбіжності в розумінні психоорганічного синдрому простежуються і у визначенні місця астеничних явищ у структурі резидуальних церебрально-органічних психічних порушень. При цьому одні автори астеничну симптоматику розглядають як складову частину психоорганічного синдрому, а інші надають їй самостійного значення. При описі психоорганічного синдрому особливого значення набувають особливості емоційної,

особистісної і пізнавальної сфери, порушення адаптації (С.Г. Турова і співавт., Е. Міллер, А. Флорескю, М. Ботез, А. Недейку, Т. Бан, П. Халлер і співавт., В. Лішман). Більшість авторів схильні до думки, що структура психоорганічного синдрому не може бути проаналізована в межах тільки «загальної мозкової слабкості», оскільки є порушення і вищих інтеграційних функцій мислення, взаємовідносин інтелектуальної та афективної сфери. Перераховані порушення властиві як дорослим, так і дітям із психоорганічним синдромом. Водночас психоорганічний синдром у дітей має певні вікові особливості. Органічне ураження головного мозку, що лежить у їх основі, виникає в період інтенсивного розвитку мозкових систем і функцій при більшій або меншій морфологічній незрілості центральної нервової системи. Це призводить до появи в клінічній картині психоорганічного синдрому в дітей особливих феноменів, властивих тому чи іншому рівню вікового нервово-психічного реагування (В.В. Ковальов), а також різних симптомів порушення розвитку психічних і неврологічних функцій [3, 14,16, 22, 128, 159].

Різні клінічні форми психоорганічного синдрому не можуть бути зведені до одного етіопатогенетичного механізму і, ймовірно, мають багатофакторну природу: всі вияви психопатологічного стану, а особливо його етапні зміни, зазвичай важко пов'язати з однією патогенною шкідливістю й реакцією на неї. Так, на думку К. Бонгефферу, первинний екзогенний чинник не тільки провокує «екзогенний тип реакції», а й сенсibiliзує організм і психіку до подальших негативних впливів. При цьому не можна заперечити синергетичний ефект різного роду зовнішніх впливів, кожен із яких може мати власне патогенне значення. Іншим клінічно важливим фактом є поліморфізм патологічних (в тому числі психопатологічних) порушень, які спостерігаються навіть при локальних ураженнях мозку через дифузні загальнономозкові зміни [75, 76]. Явище психоорганічного синдрому не може бути прирівняне не тільки до деменції, але й до розладів особистості і поведінки, які зумовлені хворобами,

ушкодженнями або дисфункціями головного мозку. При психоорганічному синдромі часто зберігаються ціннісні орієнтації, міцність соціальних зв'язків і відносин, незважаючи на те що порушується соціальне функціонування особистості через порушення пам'яті, уваги, інтелекту, емоційної сфери [10, 15, 25, 28, 88].

Винятком є передусім церебрально-органічні (енцефалопатичні) ураження, зумовлені хронічною алкогольною інтоксикацією, токсикоманією. У таких випадках ядерні моральні, соціально орієнтовані, пов'язані з критичними здатностями якості особистості практично незмінно страждають; їх деградація відбувається поряд з наростаючими, але не завжди настільки грубими, інтелектуально-мнестичними, афективними, неврологічними порушеннями. У цьому полягає певна специфіка синдрому при наявності зазначених патогенетичних чинників [77, 78, 127, 132, 137, 143, 151].

Отже, у науковій літературі психоорганічний синдром характеризується порушенням пам'яті, розумовою неспроможністю, порушенням когнітивної сфери, відзначена її залежність від виснажування, загального рівня мотивації діяльності, від мотивованості виконання конкретних завдань [75, 77, 100, 126, 136].

## **1.2. Клініко-психологічна характеристика дітей із психоорганічним синдромом**

Останніми роками психологи сфери освіти відзначають збільшення кількості дітей із відхиленнями в психічному розвитку. За даними Інституту педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, в учнів молодших класів функціональні відхилення з боку нервової системи трапляються з частотою 23%, без ознак розумової відсталості (С.А. Руденко). Такі діти відчувають труднощі при опануванні письмом, читанням, рахунком, у сприйнятті й осягненні шкільної програми. Ці труднощі можуть бути як первинною проблемою когнітивного та інтелектуального недорозвитку,

несформованості, так і вторинною, внаслідок поведінкової й особистісної несформованості. Шкільна неуспішність, як правило, формує негативне ставлення до навчання, проблеми в стосунках із дорослими й однолітками, що призводить до формування шкільної дезадаптації. (О.В. Снежневський, Н.Є. Буторіна, А.С. Тиганов, А.Л. Сиротюк, Б.М. Півень, В.М. Синьов) [63, 64, 114].

У зв'язку з особливостями і різноманітністю клінічної картини психоорганічного синдрому в дитячому віці деякі зарубіжні автори застосовують терміни «синдром органічного дефекту» (Г. Гельніц, 1983), «синдром раннього мозкового ушкодження» і «синдром мінімальної мозкової дисфункції» (Дж. Хелперін і співавт., Е. Тейлор, Дж. Веррі і співавт., Б. Лехей і співавт.), «хронічний церебрально-органічний осьовий психосиндром» (О. Гольніц), «ранній дитячий екзогенний психосиндром» (К. Лемпп, Х. Харбауртаін.). Аналіз різних понять, які не відображені в МКХ-10, що використовуються для визначення різного ступеня і глибини органічних змін, дає підставу вважати, що термін «психоорганічний синдром», репрезентований у МКХ-10 рубрикою F07.9, найбільш повно відображає все різноманіття порушень, що трапляються, та дозволяє за сукупністю розладів оцінити їх характер і вираженість, а отже, уникнути невизначених і розпливчастих діагностичних оцінок [63, 64, 120, 133, 145].

Резидуально-органічні розлади – це група різноманітних нервово-психічних порушень у дітей та підлітків, які є наслідком завершеного органічного церебрального захворювання або ушкодження. Органічний дефект може виникнути як при внутрішньоутробному, перинатальному, так і ранньому постнатальному ураженні мозку. Внутрішньоутробним називають ураження, що виникло до моменту народження дитини, перинатальним – до 10-го дня після народження. Ранній постнатальний період обмежується одними авторами першим роком життя, інші залучають сюди всі ті ураження, які виникають до 7-річного віку, тобто до завершення дозрівання основних функціональних і морфологічних структур мозку. В етіології резидуально-



органічних розладів головну роль відведено чинникам несприятливого впливу на плід у період вагітності (інтоксикації, інфекції, гіпоксії), родовим травмам черепа, асфіксії новонародженого, імунологічній несумісності матері та плоду, а також постнатальним мозковим інфекціям, травмам і інтоксикаціям. Спільним для цієї групи розладів варто вважати і домінуючу роль «чинника часу» ураження головного мозку, що розвивається. Так, незалежно від етіології, несприятливий вплив у другій половині внутрішньоутробного періоду призводить до формування грубої патології, такої як церебральні паралічі або ускладнена судомними нападами олігофренія [1, 17, 18, 20, 21, 22, 63, 134, 158].

Ураження мозку в перші роки життя супроводжується не стільки загальним недорозвитком, скільки парціальними розладами деяких вищих властивостей особистості, розладами спонукань і праксису.

У дітей раннього та переддошкільного віку вияви клінічної картини психоорганічного синдрому атипові, оскільки розвиток психічних процесів відбувається за типом ретардації, виражається найчастіше в затримці мовленнєвого розвитку, бідному запасі слів, низькому рівні виконання мовленнєвих завдань порівняно з невербальними, слабкій вираженості інтелектуальних інтересів, складності при запам'ятовуванні. Часто на перший план виходять так звані невропатичні розлади, що нагадують симптоми дитячої нервовості. Вони містять підвищену збудливість, нестійкість вегетативних реакцій, поверхневий сон, часто з викривленням чергування сну і неспання, знижений апетит, підвищену чутливість до будь-яких зовнішніх впливів, емоційну збудливість, дратівливість, перепади настрою. Невропатичні або невропатоподібні порушення можуть поєднуватися з загальним руховим розгальмуванням, метушливістю. Крім того, трапляються розсіяні неврологічні симптоми.

У дошкільному віці в структурі психоорганічного синдрому на першому плані – емоційні та рухові розлади: підвищена афективна збудливість, дратівливість, імпульсивність поведінки, недостатнє почуття

дистанції, настирливість, часта зміна настрою, виражене рухове розгальмування. Чітко виявляється слабкість концентрації активної уваги, значно ускладнюється засвоєння дитиною нових знань. Часто відзначаються більш-менш виражені порушення дрібної моторики та праксису в цілому [24, 27, 29, 63, 68].

У дітей молодшого шкільного віку вияви психоорганічного синдрому стають більш різноманітними, частими та інтенсивними. Це пов'язано більшою мірою з початком навчання в школі, коли дитині ставлять не тільки підвищені, але й нові вимоги. Дуже часто саме в цьому віці стає можливим діагностувати психоорганічний синдром як наслідок резидуально-органічного ураження центральної нервової системи в перинатальному та ранньому періоді онтогенезу завдяки анамнезу раннього розвитку і клінічній картині психічного дизонтогенезу. Передусім це інтелектуальні порушення. На відміну від розумової відсталості або деменції, у дітей із психоорганічним синдромом порушений не інтелект в цілому, а окремі передумови інтелекту – увага, пам'ять, зорово-моторна координація, фонематичний слух. Основним порушенням уваги є підвищене відволікання. Діти дуже часто нездатні до концентрації уваги для організації своєї діяльності, послідовного завершення дій, що ведуть до мети. Порушення пам'яті характеризуються неможливістю запам'ятати складні інструкції та виконати на їх основі певну послідовність дій. Однак розлади пам'яті характеризуються непостійністю [19, 23, 27, 28, 63, 64, 127, 134, 147].

Нарешті, резидуально-органічне ураження центральної нервової системи у формі психоорганічного синдрому в молодшому шкільному віці виявляється енцефалопатичними, передусім церебрастенічним, неврозоподібним і психопатоподібним станами.

*Церебрастенічні стани резидуально-органічного генезу, як і астенічні стани іншого походження (соматогенного, психогенного), виявляються синдромом дратівливої слабкості, що містить, з одного боку, підвищену стомлюваність, виснаженість психічних процесів, а з іншого – надмірну*

дратівливість, готовність до афективних спалахів. Водночас вони мають і низку особливостей. Характерними виявами є головні болі (цефалгії), що посилюються в другій половині дня, вестибулярні розлади (нудота, запаморочення, відчуття нудоти в транспорті). Значно виражені афективні порушення: брутальність, вибуховість, схильність до тужливо-пригніченого настрою. Часто відзначається гіперестезія до звуків і яскравого світла. Нерідко трапляються порушення вищих кіркових функцій у вигляді елементів агнозії (труднощі розрізнення фігури і фону), апраксії, порушень просторового орієнтування, порушення фонематичного слуху. Почасти вони стають джерелом ускладнень при засвоєнні шкільних навичок. До структури резидуально-органічних церебрастенічних станів переважно входять розлади вегетативної регуляції, нерідко з окресленим діенцефальним синдромом. Як правило, спостерігається розсіяна неврологічна мікросимптоматика, недостатність тонкої моторики, асиметрія обсягу співдружних рухів [68, 96, 97].

*Неврозоподібні стани.* Загальними клінічними ознаками резидуально-органічних неврозоподібних порушень є їх схожість з психогенними невротичними порушеннями, але за відсутності психотравмального моменту відносна бідність і монотонний характер виявів, їх виражена «органічна забарвленість», виникнення на церебрастенічному тлі та тенденція за певних умов переходити до так званих органічних розладів (насильницькі рухи, епілептиформні випадки, діенцефальні напади) [68, 96].

До відносно частих розладів належать неврозоподібні страхи, які, як правило, мають характер нападів, супроводжуються руховим збудженням і вегетативними розладами. Під час нападів діти відчувають нестачу повітря, «зупинку серця». У підлітків напади страху супроводжуються розладами сенсорного синтезу: порушеннями схеми тіла, явищами дереалізації і деперсоналізації. Неврозоподібні страхи відрізняються від невротичних беззмістовністю, відсутністю зв'язку з будь-якою психотравмальною ситуацією, більшою вираженістю вегетативних розладів. В інтервалі між

нападами зберігається церебрастено-психоорганічна симптоматика. Неврозоподібні страхи, зазвичай, прискорюються і посилюються під впливом соматичних захворювань, фізичної перевтоми та інших несприятливих чинників, тоді як психотравмувальні ситуації не чинять на їх інтенсивність істотного впливу [13, 68, 96, 146, 149].

Найбільш поширеними в дитячому віці є системні неврозоподібні розлади: тики, заїкання, енурез. У розвитку цих порушень відіграє роль не тільки набута, але й спадково зумовлена «функціональна слабкість» певних систем мозку. Неврозоподібні тики виявляються мимовільними стереотиповими рухами, пов'язаними зі скороченням певних груп м'язів: мімічних, респіраторних, плечового пояса (миготіння, покашлювання, пересмикування плечима). Ці рухи мають «механічний» характер, одноманітні, повторюються в одному і тому ж ритмі поза зв'язком із будь-якими захисними діями. Діти та підлітки їх не помічають і не обтяжуються ними. Тики не мають насильницького характеру і можуть бути придушені вольовим зусиллям. Неврозоподібне заїкання, як правило, розвивається на тлі більш-менш вираженого психоорганічного синдрому, що поєднується з мікроневрологічними порушеннями. Початкові вияви відзначено в переддошкільному та дошкільному віці, часто після соматичних захворювань у дітей, що мають дефекти мовлення. Спостерігається повторення складів, пов'язане з клонічними судомами артикуляційних м'язів, надалі відбувається автоматизація клонічних або клонотонічних судом із появою мовленнєвого штампю. З цього моменту заїкання носить монотонний, практично безремісійний характер [60, 61, 65, 96].

Виокремлюють два різновиди неврозоподібного енурезу резидуально-органічного походження: дизонтогенетичний (вроджене нетримання сечі, первинний енурез) і системний неврозоподібний енурез (вторинний). В основі останнього лежить порушення ще недостатньо зміцненого церебрального механізму регуляції сечовипускання. Це порушення може бути зумовлене мозковою інфекцією, травмою, інтоксикацією або іншим

несприятливим впливом на церебральні структури. Неврозоподібний енурез характеризується монотонністю, тенденцією до регулярності та значною частотою, слабкою реакцією особистості на дефект і наявністю психоорганічної симптоматики [65, 68, 96].

*Психопатоподібний стан.* Основу психопатоподібних станів складає психоорганічний синдром із порушенням емоційних властивостей особистості. Клінічно це виражено в недостатності вищих моральних установок, відсутності інтелектуальних інтересів, порушенні інстинктів (розгальмування і викривлення сексуального потягу, недостатність інстинкту самозбереження, підвищений апетит), недостатній цілеспрямованості та імпульсивності поведінки, а в дітей молодшого віку – у руховій розгальмованості й слабкості активної уваги. Можливі деякі відмінності, пов'язані з домінуванням окремих патологічних рис особистості, що дозволяє виокремити варіанти психопатоподібних станів. В.В. Ковальов виокремлює чотири основні форми синдрому в структурі психопатоподібних станів: психічна нестійкість, підвищена афективна збудливість, імпульсивно-епілептоїдний і синдром порушення потягів. Синдром психічної нестійкості разом із описаними загальними виявами характеризується крайньою мінливістю поведінки залежно від зовнішніх обставин, підвищеною сугестивністю, прагненням до отримання примітивних задоволень і нових вражень, із чим пов'язані схильність до бродяжництва, девіантності, делінквентності, вживання психоактивних речовин, раннього початку сексуального життя. Синдром підвищеної афективної збудливості виявляється надмірною збудливістю, схильністю до бурхливих афективних спалахів із агресією та жорстокими діями. Дітям із імпульсивно-епілептоїдним психопатоподібним станом разом із підвищеною збудливістю та агресивністю властиві схильність до дисфорій, а також до раптових вчинків і дій, які виникають за механізмом короткого замикання, інертність розумових процесів, розгальмування примітивних потягів. При синдромі порушення потягів передусім виявляється розгальмування й перекручення

примітивних потягів – наполеглива мастурбація, садистські нахили, бродяжництво, прагнення до підпалів. Особливе місце серед резидуально-органічних психопатоподібних розладів займають психопатоподібні стани при прискореному темпі статевого дозрівання. Основні вияви цих станів – підвищена афективна збудливість і різке посилення потягу. У підлітків-хлопчиків переважає компонент афективного збудження з агресивністю. Іноді на висоті афекту відбувається звуження свідомості, що робить поведінку підлітків особливо небезпечною, наявна підвищена конфліктність, постійна готовність до участі у сварках і бійках. Можливі періоди дисфорії. Підлітки-дівчата передусім виявляють підвищений сексуальний потяг, що набуває іноді непередбачуваного характеру. Часто такі дівчата схильні до вигадок, фантазій, обвинувачення в неіснуючих фактах сексуального змісту. Персонажами таких обмов стають однокласники, вчителі, родичі-чоловіки. У генезі прискореного статевого дозрівання передбачена провідна роль дисфункції передніх ядер гіпоталамуса [65, 68, 96, 131, 135, 140, 141].

Для підліткового віку стає можливим діагностувати класичні клінічні варіанти психоорганічного синдрому: астенічний, енцефалопатичний, психопатоподібний, епілептиформний, ендормний, дефіцитарний (В.А. Гурьєва, Е.А. Бурелов, В.В. Вандиш-Бубко, В.М. Шумаков, В.Я. Гиндикин, Р.К. Ряшитова і співавт.).

Наявність грубого характеру розладів поведінки в дітей із резидуально-органічним психопатоподібним станом найчастіше призводить до того, що виникає виражена соціальна дезадаптація з неможливістю перебування дітей у шкільному колективі. Але все ж віддалений прогноз у більшості випадків для таких дітей відносно сприятливий. Психопатоподібні зміни особистості частково або повністю згладжуються в постпубертатному періоді та настають клінічні покращення [34, 56, 66, 76, 91, 102, 125, 141].

### 1.3. Когнітивні порушення при психоорганічному синдромі

Когнітивні порушення в структурі психоорганічного синдрому передбачають дефіцит пам'яті, уваги, мислення, недорозвиток мовленнєвих функцій, дефіцит швидкого засвоєння або відтворення інформації. Ці стани виявляються труднощами знаходження слів, зниженням швидкості мовлення, чим викликають помітний дистрес, перешкоджають діяльності на звичному рівні, але не відповідають критеріям деменції [17, 19, 56, 92, 151, 160].

Проблема пізнавального інтересу – одна з найважливіших проблем психології та педагогіки. Деякі автори вважають пізнавальний інтерес властивістю особистості (С.Л. Рубінштейн, О.Г. Ковальов, Г.І. Щукіна, Н.Г. Морозова та ін.). Відомі численні роботи, у яких інтерес ототожнюється з пізнавальною потребою або зводиться до певної форми найрізноманітніших потреб (В.М. Шенель, Ю.В. Шаров, А.Г. Спіркін, А.В. Петровський, Б.І. Додонов та ін.) [5, 6, 8, 16, 65, 154, 160].

У багатьох дослідженнях пізнавальний інтерес розглядається серед провідних мотиваційних тенденцій, що лежать в основі навчальної діяльності, а також як необхідний компонент її структури (В.В. Давидов, Л.С. Виготський, О.М. Леонт'єв, С.Л. Рубінштейн, М.М. Скаткін, Д.Б. Ельконін, А.П. Усова). Незважаючи на таку різноманітність підходів до розуміння пізнавального інтересу, можна виокремити загальні особливості цього феномену, визнані майже всіма авторами. Це пізнавальне ставлення особистості до об'єкта, спонукальна сила, емоційне ставлення до навколишнього світу. Інтерес розглядається як особливий спонукальний механізм поведінки, як визначальний ступінь захопленості діяльністю. Пізнавальний інтерес забезпечує високий рівень і результативність навчання. Він забезпечує активність учня в навчанні, самостійність діяльності, прагнення до гарних результатів у навчанні. Інтерес сприяє формуванню глибоких і міцних знань, розвиває та підвищує якість розумової діяльності, активність у навчанні, створює сприятливий емоційний фон для перебігу всіх психічних процесів. Об'єднує ці дослідження те, що інтерес у них

розглядається як частина загальної проблеми навчання, виховання і розвитку особистості [9, 15, 20, 111].

Психоорганічний синдром у дітей перебігає з порушеннями розвитку пізнавальної діяльності, мовленнєвих функцій, емоційної сфери в основному без грубих порушень в опорно-руховому апараті. При віковій сформованості зору і слуху ці діти погано навчаються [65, 67].

У дошкільному та молодшому шкільному віці в дітей із психоорганічним синдромом (далі – ПОС) органічні порушення центральної нервової системи з різною мірою вираженості, як правило, зберігаються в 50% – 92% випадків [16, 36].

Для цього контингенту дітей характерна дисфункція діенцефальних та стовбурових структур головного мозку. Більшість дослідників відзначають, що труднощі в навчанні дітей із ПОС тісно пов'язані з ослабленням механізмів регуляції центральної нервової системи, яке на психологічному рівні виявляється в низькій працездатності, швидкій стомлюваності, частому відволіканні. Порушення пізнавальної діяльності при психоорганічному синдромі, на думку багатьох авторів, пов'язане з явищами церебральної астенії [69, 127].

Органічна недостатність у цієї категорії дітей виявляється астенічними станами, порушеннями розвитку когнітивних функцій, зниженням обсягу пам'яті та уваги, психічною виснаженістю. В афективній сфері в дітей із ПОС спостерігається емоційна лабільність, підвищена збудливість [5, 18, 70].

Проблеми вияву і розвитку пізнавального інтересу в дітей із ПОС відображені в дослідженнях Л.В. Кузнецової, Е.А. Макєєвої, Н.А. Білопільської, І.Ю. Кулагіної, Т.А. Власової, В.М. Кузнецова, С.М. Зінченко, Л.О.Булахової. Ці дослідники пізнавальний інтерес розглядають переважно у світлі вивчення мотивації до навчання. Автори відзначають, що навчально-пізнавальна мотивація не займає провідного місця в системі навчальних мотивів дітей із ПОС. Вона частіше пов'язана з операційним аспектом навчальної діяльності [4, 18, 57].



У дітей із ПОС навчальні мотиви, що підтримують позитивне ставлення до навчання, менш змістовні, мало диференційовані, аморфні, недостатньо усвідомлені. Інтереси багато в чому ситуативні, зумовлені новизною матеріалу, легкістю його засвоєння, зміною видів діяльності, успішністю виконання окремих дій, зацікавленістю вчителя або інших людей, чия думку дитина цінує [17, 40, 42, 79, 93].

Молодшим школярам із ПОС властива низька пізнавальна активність аж до інтелектуальної пасивності. Недостатній розвиток пізнавальних інтересів пов'язують із інтелектуальним відставанням, незрілістю емоційної сфери та особистості в цілому. Ускладнення в навчанні зумовлені не лише недоліками пізнавальної діяльності, а й незрілістю емоційної сфери, несформованістю особистісних якостей, проблемами спілкування, відхиленнями в поведінці. Як підтверджують дослідження Н.Л. Білопільської, А.О. Дробінської, Т.В. Єгорової, В.В. Лебединського, Г.Ю. Сухаревої, Н.О. Менчинської, В.І. Самохвалової, А.В. Острогіної, С.Г. Шевченка та інших, формування навчальної мотивації ускладнене в дітей зі змішаними специфічними розладами психічного розвитку [14, 43, 70, 81, 110].

За твердженням Ж.І. Шиф, Б.Ю. Сухарева, С.Я. Рубінштейн, К.С. Лебединської, А.С. Прутченкова, А.А. Сіялова, інтелектуальна недостатність найчастіше виявляється на початку шкільного навчання в труднощах засвоєння знань, умінь, навичок, адаптації до навчальних вимог. Для дітей із психоорганічним синдромом характерне зниження інтересу до навчання, низький рівень саморегуляції, довільної сфери, труднощі при плануванні діяльності, у них значно знижений самоконтроль. Діти з ПОС переважно не можуть впоратися з труднощами, що виникають при навчанні, частіше реагують неадекватними емоційними реакціями: злістю, образою [1, 27, 30, 112].

На думку Л.С. Виготського, наявний дефект призводить до порушення зв'язків із соціумом, культурою як джерелом розвитку і нерозривно

пов'язаний із порушенням адаптаційних можливостей дітей. Це істотно ускладнює не тільки вивчення нового матеріалу, а й перешкоджає його засвоєнню під час навчальної діяльності [16, 46, 49, 55, 57]. У контексті запропонованого дослідження ця думка є слушною, тому що саме труднощі соціальної інтеграції осіб із психоорганічним синдромом призводять до виникнення тривожних станів, фрустрації, агресії.

Формування навчальної мотивації в дітей із ПОС у процесі навчання через наявний у них дефект повинно відбуватися інакше, ніж в однолітків, чий розвиток відбувається в межах норми. Найчастіше особливості дітей із ПОС вивчають порівняно з дітьми з нормативним розвитком, при цьому акцент ставлять на дефіцитарності в розвитку окремих характеристик і якостей [53, 72].

У дітей із ПОС у розвитку всіх видів мислення, особливо словесно-логічного, спостерігається відставання. Констатовано значні розбіжності між рівнем інтуїтивно-практичного та словесно-логічного мислення: практично правильно виконуючи завдання, діти часто не можуть обґрунтувати свої дії. Варто відзначити більш високий рівень розвитку наочно-дійового і наочно-образного мислення в таких дітей порівняно зі словесно-логічним мисленням щодо їхнього віку [60, 79, 126, 144].

У дітей із ПОС операції мислення більш розвинені на чуттєвому, конкретно-предметному, ніж на вербально-абстрактному рівні. Передусім у цих дітей страждає процес узагальнення. Потенційні можливості дітей із ПОС значно нижчі, ніж у однолітків із нормативним розвитком [6, 11, 109].

Основою для формування словесно-логічного мислення є повноцінно розвинене відповідно до вікових можливостей наочно-образне мислення. Діти із ПОС значно пізніше, ніж діти з нормативним розвитком, опановують уміння мислити образами без опори на предметну дію. Виокремлюють два етапи в розвитку наочно-образного мислення в цих дітей. 1 етап – створення бази, що забезпечується формуванням уміння вирішувати різні завдання в практичному плані за допомогою предметної дії, 2 етап – розвиток власне

наочно-образного мислення, формування всіх мисленнєвих операцій [34, 61, 84, 86, 88].

Описано також низку інших особливостей мислення дітей із ПОС. Серед них – неповноцінність процесів аналізу, узагальнення, абстрагування; недостатня гнучкість мислення. Такі діти аналізують непланомірно, опускають багато деталей, виокремлюють мало ознак. При узагальненні порівнюють об'єкти попарно (замість порівняння одного об'єкта з усіма іншими), роблять узагальнення за несуттєвими ознаками. До початку шкільного навчання в них несформовані розумові операції: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення. У дітей із ПОС слабо розвинені доступні за віком розумові операції [128, 131, 151].

Діти з ПОС відчують значні труднощі при виокремленні якихось спільних ознак у групі предметів, в абстрагуванні суттєвих ознак від несуттєвих, у переорієнтуванні з однієї ознаки класифікації на інші, діти слабо володіють узагальнювальними термінами. Цим дітям властиве розширення обсягу видових і родових понять та їх недостатнє диференціювання [12, 40, 55].

Діти з ПОС дуже складно опановують узагальнювальні слова; для них характерне невміння планово розглянути об'єкт, виокремити в ньому частини і назвати їх, визначити їх форму, колір, величину, просторове співвідношення частин. Варто відзначити значні труднощі, що виникають у дітей із ПОС при встановленні відношень за аналогією між поняттями, а також між наочними ознаками. Розвиток мислення в дитини з ПОС підпорядковується загальним законам розвитку дитячого мислення, але має значні особливості [46, 56, 68].

Особливості наочно-образного мислення розкриваються в спеціальній літературі в контексті різноманітних психолого-педагогічних проблем. Описано особливості образів сприймання й уявлення, характер окремих розумових операцій, особливості розуміння навчальних текстів та завдань, що вимагають оперування наочними образами, своєрідність володіння словом як засобом вирішення наочних задач [3, 36, 37, 92].

У дослідженнях висвітлено бідність предметного сприймання, обмежений запас уявлень, їх малу диференційованість, схожість, слаборозвинену опосередкованість словом; недорозвиток слова як засобу управління плином образів; труднощі і помилки дітей у простежуванні конкретних предметів та предметних ситуацій у просторових відношеннях і причиново-наслідкових зв'язках; неадекватне привнесення до розв'язання навчальних завдань життєвих уявлень і знань; недорозвиток розумових операцій тощо [56, 86, 93, 103].

Наочно-образне мислення дітей із ПОС розвивається своєрідно й уповільнено. Багато чого з того, що дитина з нормативним розвитком набуває самостійно в повсякденному спілкуванні й діяльності, у дитини з ПОС може бути сформоване лише в умовах спеціально організованого корекційно-педагогічного процесу [27, 43, 48, 88, 121].

У дітей із ПОС передусім констатовано недорозвиток операції аналізу предметів у момент їх сприймання: фрагментарність, бідність, недостатня дрібність, безсистемність, небагатоаспектність. Їхня увага фіксована на зовнішніх виразних якостях (кольорі, величині, знайомій формі); на деяких найбільш видимих частинах; деяких знайомих функціональних властивостях, що виявляються в добре знайомій дітям ситуації. Але при словесному опосередкуванні сприйнятих предметів діти неспроможні вичленити істотні (внутрішні) ознаки, що позначають родо-видову належність предметів, навіть якщо в мовленні є потрібні для цього слова [58, 69, 72, 79, 123].

Для більшості дітей із ПОС, також як і для більшості їх однолітків із нормативним розвитком, характерна наявність здатності до когнітивної децентрації. За цим показником діти з ПОС не відрізняються від молодших школярів, розвиток яких відбувається в межах норми. Проте діти із ПОС відрізняються від своїх однолітків за динамікою розвитку когнітивної децентрації. У них не відбувається закономірного збільшення здатності до когнітивної децентрації в цілому і здатності уявити себе на місці умовного брата (сестри) зокрема [49, 66, 99, 138].

Як у молодших школярів із ПОС, так і в дітей з нормативним розвитком є різний ступінь вияву феномену пізнавального егоцентризму. У молодших школярів із ПОС окремі аспекти когнітивної децентрації виявляють зв'язок із рівнем інтелектуального розвитку (як загальним, так вербальним і невербальним). До них передусім належать здатність уявити себе на місці умовного брата і сестри, що вимагає «високого» рівня загального й вербального інтелекту; вміння ототожнитися в перспективі співрозмовника, визначити його праву і ліву сторони, що залежить від загального та невербального інтелекту; а також здатність передбачати, як буде виглядати предмет залежно від положення, що він займає щодо спостерігача, яка пов'язана тільки з вербальним коефіцієнтом інтелекту [25, 26, 27, 95, 116].

Діти із ПОС не відрізняються від молодших школярів, розвиток яких відбувається в межах соціально-психологічного нормативу, за здатністю до особистісної децентрації. Більшість дітей певною мірою здатні уявити себе на місці іншої людини, зрозуміти її потреби, бажання, інтереси. Діти з ПОС демонструють загальне зниження ефективності перцептивної діяльності в умовах сприймання нейтральної та емоційної інформації, що характеризується уповільненням часу реакції на тестові стимули і збільшенням кількості помилок їх виявлення [1, 41, 42, 49].

Низька ефективність роботи механізмів уваги в дітей із ПОС свідчить про незрілість нейрональних мереж, відповідальних за механізми селекції інформації, що істотно обмежує адаптивний ресурс цих дітей порівняно з дітьми з нормативним розвитком. Стратегія емоційного сприймання в дітей, розвиток яких відбувається в межах норми, характеризується емоційним «заглибленням» уваги до «захоплення» загрозовою інформацією (сигнали «страху»), відображаючи адаптивну стратегію активного опанування загрози. Навпаки, у дітей із ПОС особливості сприймання емоціогенних стимулів указують на менш адаптивну, субмісивну стратегію «уникнення» емоційно значимої інформації [35, 65, 72, 79].

Недостатня сформованість пізнавальних процесів найчастіше є головною причиною труднощів, що виникають у дітей із ПОС під час навчання в школі. Численні клінічні та психологічні дослідження доводять, що значне місце в структурі дефекту пізнавальної діяльності дітей із ПОС належить порушенню пам'яті [16, 36, 73, 96, 162].

У наукових роботах останніх років висвітлено питання, у яких пам'ять розкривається як дія та діяльність (Є.Г. Марянічева, Е.Н. Мироненко та ін.); показано розвиток пам'яті в онтогенезі (М.В. Ключникова, Т. А. Лукіна та ін.). Низкою вчених (О.В. Орехова, Ю.Б. Гіппенрейтер, В.Я. Романова та ін.) було запропоновано концепцію полімодальності рухової пам'яті, коли рухові дії запам'ятовуються через зорову, слухову, вербальну та інші види пам'яті [11, 36, 37, 162].

У спеціальній літературі є численні відомості про те, що рухова функція в дітей із ПОС порушена порівняно з дітьми з нормативним розвитком. При цьому етапи розвитку рухових функцій часто запізнюються, що надалі позначається на розвитку рухових можливостей дитини. Відхилення в розвитку рухової сфери дітей із ПОС створюють певні труднощі не лише в навчальній діяльності, але й несприятливо впливають на загальний розвиток дитини, її працездатність [45, 46, 71].

Дітям із ПОС властивий недорозвиток самоконтролю, слабка вибірковість пам'яті, невміння навмисно застосовувати раціональні способи мнемічної діяльності, низька розумова активність у процесі відтворення [55, 96, 106].

Термін «рухова пам'ять» уведений у вжиток ще А. Бергсоном при описі пам'яті, яка є результатом «тілесної звички», що з'явилася в процесі повторення дій, яка ці дії розігрує в теперішньому. Цю пам'ять він протиставляв пам'яті, що виражається в образах – спогадах подій нашого повсякденного життя. Чітку позицію у використанні терміна «рухова пам'ять» для позначення такого роду пам'яті займає Л.О. Венгер, який розглядає «рухову пам'ять», як власні рухи, що сприяє утворенню навичок

[34, 131, 163].

Недостатність розвитку моторики в дітей із ПОС виявляється на різних рівнях нервової і нервово-психічної організації. Результатом функціональної недостатності, виявом слабо вираженої резидуальної органіки у всіх дітей є: рухова незручність і недостатня координація, що виявляються навіть у таких автоматизованих рухах, як ходьба, біг, стрибання, а також гіперкінези (надмірна рухова активність у формі неадекватної, надмірної сили або амплітуди рухів) та хореїформні рухи (м'язові посмикування). У деяких випадках, але значно рідше рухова активність помітно знижена щодо нормального рівня. Найбільшою мірою відставання в розвитку рухової сфери починається в галузі психомоторики – довільних усвідомлених рухів, спрямованих на досягнення певної мети [25, 66, 98].

Органічний зв'язок між психікою та моторикою давно встановлений. Психіка виявляється в моторних актах, але цей зв'язок двосторонній: завдяки пропріоцепції моторика впливає на психіку. Тому дітям із ПОС зазвичай необхідні заняття фізичною культурою і трудовою діяльністю. Якщо заняття фізичними вправами для людини, у якої немає моторних порушень, – це спосіб активного розвитку, то для дитини із ПОС фізична культура є ще й одним із основних засобів усунення відхилень у руховій сфері. Тому залучення дітей із ПОС до активних занять фізичною культурою повинно розглядатися як важлива ланка в комплексі навчально-виховної роботи спеціальної освіти та корекції [87, 88, 126].

Однією з найбільш гострих проблем сьогодні є низький рівень розвитку комунікативної функції мовлення у дітей із ПОС. Мовлення – це процес використання мови з метою спілкування. Воно тісно пов'язане з усіма психічними процесами, особливо з мисленням. Від 40% до 60% дітей із ПОС нині мають виражені дефекти мовлення (фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення, заїкання). У решти дітей спостерігається загальний недорозвиток мовлення, який виявляється в його запізненому формуванні, обмеженості й бідності словникового запасу, порушеннях фонематичного

слуху, недостатній активності та низький виразності [65, 138, 139, 142].

Дослідження мовленнєвої діяльності дітей із ПОС – це важлива проблема в спеціальній педагогіці та психології. Воно дає можливість простежити порушення, характерні для вербального розвитку цієї категорії дітей, та на цій основі точніше зрозуміти роль, яку відіграє формування інтелекту у формуванні дитячого мовлення і навпаки. Увага дослідників (як вітчизняних, так і зарубіжних) переважно зосереджена на виявленні особливостей звуковимови і граматичної будови мовлення дітей із ПОС. Комунікативна функція мовлення таких дітей, як і спілкування в цілому, проаналізована значно рідше. Серед недоліків мовлення, властивих дітям із ПОС, виокремлюють недорозвиток усіх його функцій (комунікативної, сигніфікативної, контрольної, узагальнювальної та регулювальної), стереотипність, шаблонність, неправильне розуміння і вживання слів. Причинами, що зумовлюють уповільнене формування мовлення в дітей із ПОС, є передусім характерна для них загальна затримка або недорозвиток всієї психіки в цілому внаслідок резидуально-органічної патології, що призводить до змін і затримок у розумовому розвитку. Один із прямих наслідків цього – більш пізній розвиток фонематичного слуху [16, 70].

Низький рівень розвитку зорового гнозису виявляється в ускладненні впізнавання зображень, виокремлення предмета з фону. Усе це затримує розвиток розуміння і власного мовлення дитини, і комунікативної функції. Інтелектуальна незрілість дитини виявляється в недостатності знань та уявлень про навколишній світ. Дефекти мовлення призводять до труднощів формування операцій порівняння, диференційованого сприймання об'єктів. Активність мовленнєвого спілкування – не єдиний, але дуже важливий показник діагнозу і прогнозу при порушеннях комунікації та інших відхилень у розвитку дитини. У маленької дитини з ПОС розвиток мовлення, як і в дитини з нормативним розвитком, зумовлений збагаченням її життєвого досвіду та спілкуванням із оточуючими. Але процес розширення досвіду відбувається в неї уповільнено [25, 56].



Практична та пізнавальна діяльність, що розвивається аномально, не може бути достатньою основою для швидкого накопичення значної кількості різноманітних уявлень і не сприяє належною мірою вияву в дитини нових потреб та інтересів. Дитина слабо відчуває необхідність у мовленнєвому спілкуванні з оточуючими і менше спілкується з ними. Спілкування з дорослими формується із запізненням [67, 69].

Такі діти гірше за своїх однолітків розуміють звернене до них мовлення. Якщо висловлення співрозмовника довгі, то діти швидко втомлюються, перестають слухати. Це виявляється тоді, коли немає конкретних опор, що привертають увагу дітей і допомагають їм зрозуміти, що від них хоче дорослий. У дитини із ПОС до часу вступу до школи практика мовленнєвого спілкування не значна, причому темп розвитку мовленнєвої діяльності всі ці роки уповільнений, а мовленнєва активність низька. Розмовно-побутове мовлення дитини виявляється слаборозвиненим, а значить, і слабо розвинена його комунікативна функція. Діалог рідко виникає з ініціативи такої дитини. Частіше ініціатором бесід є дорослий, який навмисно втягує дитину в розмову і свідомо докладає до цього певні зусилля. Ускладнення при спілкуванні пов'язані з тим, що кожен із співрозмовників у процесі діалогу повинен неодноразово переходити з позицій розповідача на позиції слухача. Авторами доведено, що під час бесіди дитина повинна швидко змінювати свою мовленнєву діяльність. «Мовлення» повинно змінюватися в неї слуханням і навпаки. Властива дітям із ПОС недостатня або надмірна активність нервових процесів і уповільнені реакції на впливи ускладнюють такі переходи [5, 67, 79, 81, 130, 148].

Крім того, спілкування вимагає, щоб кожен, хто бере в ньому участь, пристосовував зміст своїх висловлень до висловлень співрозмовника. Це означає, що дитина повинна постійно стежити за розгортанням думки співрозмовника і зіставляти своє мовлення з його питаннями або репліками. Це завдання для дітей не легке. Часто в них порушена увага. Такі діти важко концентруються на бесіді, особливо при наявності побічних зорових або

слухових подразнень. Водночас діти з ПОС молодшого шкільного віку зі значними труднощами використовують наявні в них знання і не завжди можуть мобілізувати їх в потрібний момент, що також знижує активність їх участі в діалозі [25, 60, 74, 96].

Мала активність дітей із ПОС, змушених брати участь у бесіді, значною мірою зумовлена тим, що їм часто буває нічого відповісти на поставлене запитання. Обмежений життєвий досвід, знижений інтерес до навколишнього світу, вузьке коло знань перешкоджають розгортанню діалогічного мовлення [51, 61, 119, 153].

Властиві більшості дітей із ПОС недоліки звуковимови також істотно ускладнюють розвиток їх діалогічного мовлення. Дитина бачить, що її не розуміють, починає уникати спілкування, використовує немовленнєві і стереотипні форми відповідей. Не будучи впевненими у своїх силах, діти не наважуються вступати в бесіду. Від них можна почути такі висловлення: «Боюся, що відповім не так» [35, 36, 111, 117, 130].

Необхідно відзначити, що спілкування таких дітей є не тільки неповноцінним, але й звуженим. Рівень розвитку мовлення дитини – один із чинників, що визначають вибір співрозмовника. Більш часті і тривалі мовленнєві контакти виникають між дітьми з приблизно однаковим рівнем загального розвитку. Тому дитина з мовленнєвими проблемами воліє говорити не зі своїми однолітками, а з дітьми молодшого віку. А це створює несприятливі умови для розвитку її вміння спілкуватися [13, 66, 107, 113].

Аналіз лексики переказів молодших школярів із ПОС засвідчує, що в основі їх репродуктивних і продуктивних операцій лежить не тільки активація структур вербальної мережі, тобто утримання й дослівне відтворення сказаного, але й динамічні нові синтети та диференціювання, що формуються надзвичайно, внаслідок чого з'являється нова мовленнєво-мисленнєва продукція. Варто зазначити, що такі продукції в дітей із ПОС не завжди адекватні номінації обговорюваних об'єктів, що, мабуть, зумовлено особливостями їх системогенезу, недостатньою сформованістю структури

семантичних полів: зниженням успішності відтворення, дефіцитарності логічного запам'ятовування [17, 42, 49, 58 ].

Удосконалення мовленнєвої діяльності дітей, зокрема діалогічного мовлення, – одна з необхідних ланок роботи, спрямованої на розвиток комунікативної мовленнєвої функції. Велике значення має засвоєння вміння запитувати. Дитячі питання розкривають педагогу коло інтересів дитини, її розуміння навколишнього світу, ставлення до подій. Вони великою мірою сприяють і мовленнєвому, і загальному розвитку дитини. Якщо дитина в процесі бесіди самостійно запитує про щось, то її мовленнєва діяльність активізується. Її питання наближають навмисно організований педагогом діалог до природного в невимушеній бесіді. Важливо поставити дітей в умови необхідності спілкування, викликати спонукання до обміну думками та враженнями. При активізації комунікативної діяльності вирішуються пізнавальні завдання. Комунікативна мовленнєва функція як генетично більш рання служить основою для становлення інших її функцій [60, 70, 87].

Найважливішим чинником становлення комунікативної функції є потреба користуватися мовленнєвими засобами в мовленнєвій практиці. Висловлювання дитини, як правило, безпосередні. Часто це мовлення стисле, мимовільне, реактивна діалогічна промова.

Оволодіння мовленням у дітей із ПОС відбувається в процесі навчання на корекційно-розвивальних заняттях. Воно йде по лініях розвитку звукоритмічного, інтонаційного аспекту мовлення; оволодіння граматичною будовою; розвитку лексики [23, 24, 67].

При такій організації навчання в центрі виявляється найважливіша функція мовлення – комунікативна. Розкрити комунікативну функцію мовлення для дитини – це значить навчити її планувати, висловлювати свої задуми, передбачати можливі реакції співрозмовника, мінливі умови спілкування, контролювати свою мовленнєву діяльність [23, 25].

У дітей із ПОС слабо розвинене орієнтування в ситуації спілкування. Це має відображення в недостатньому осмисленні, усвідомленні ситуації

спілкування, що призводить до невдачі у взаємодії. Дітям із такими проблемами значно важче орієнтуватися в ситуації самостійної гри [2, 6, 15, 17]. У ситуації спеціально організованої гри вони показують початкове орієнтування в спілкуванні, але це передусім зумовлено знайомством із цими іграми. У дітей із ПОС переважальною функцією спілкування є інформаційно-комунікативна. Найчастіше вони вступають у спілкування з однолітками і дорослими для того, щоб обмінятися конкретною інформацією. У таких дітей спостерігається несформованість регулятивно-комунікативних та афективно-комунікативних функцій спілкування [15, 71, 133].

Нерозвиненість функцій спілкування пов'язана з несформованістю мотивів спілкування, низьким рівнем розвитку ігрової діяльності, недостатнім рівнем розвитку основних форм спілкування. Недостатність розвитку контролю процесу спілкування має відображення в невмінні домовитися про спільну гру, окремих конфліктах під час взаємодії. Такі діти, як правило, не можуть самостійно розв'язати конфлікт, тому звертаються за допомогою до дорослого або займають агресивну позицію чи позицію відсторонення. Порушення мовлення, несформованість усіх його аспектів (фонетичного, лексичного, граматичного), які спостерігаються в дітей із ПОС, негативно позначаються на процесі вербального спілкування, збіднюють його. Такі діти будують в основному прості фрази, часто неповні (без підмета або присудка), аграматичні, з неправильним порядком слів. Однак необхідно відзначити, що діти із психоорганічним синдромом, які відвідують спеціальні навчальні заклади, показують значно краще володіння мовленням. Це зумовлено спеціальною корекційно-розвивальною роботою, яку проводять із такими дітьми [25, 56, 57, 79].

Недостатня сформованість вербальних засобів спілкування зумовлює активне використання дітьми невербальних засобів. Так, характерна для них недостатня комунікативна насиченість мовлення виявляється в тому, що частина дітей цієї категорії взагалі не бере участі в діалогах, воліючи діяти мовчки. Більшість із них відчують труднощі у створенні ініціальних

реплік, підтриманні діалогів. Крім того, кількість діалогів у їхньому мовленні не значна, вони короткочасні і швидко згасають. У дітей із ПОС спостерігається несформованість стратегічного і тактичного компонентів вербального спілкування [25, 36, 37].

У молодшому шкільному віці інтенсивно відбувається розвиток мнемічних здібностей, цей період є сенситивним для формування вміння вчитися, для оволодіння змістом, засобами та способами дії і відповідними формами співробітництва. У мнемічній сфері в дітей із ПОС спостерігається переважання механічної пам'яті над абстрактно-логічною, безпосереднього запам'ятовування над опосередкованим, зниження обсягів короткочасної і довготривалої пам'яті, значне зниження здатності до мимовільного запам'ятовування [5, 6, 9].

Для дітей із ПОС характерна одна загальна особливість – це невміння раціонально організувати і контролювати процес запам'ятовування, а також застосовувати різні мнемотехнічні прийоми. Відхилення в розвитку пам'яті є характерними ознаками. Розвиток мнемічних здібностей 6-12-річних дітей із ПОС відбувається нерівномірно та гетерохронно. При сприятливому розвитку перцептивних і розумових функцій, а також корекції пам'яті, до кінця навчання в початковій школі можливий прогрес у зміні будови та ефективності мнемічних здібностей у дітей із ПОС [113, 116].

Розвиток пам'яті в дітей із ПОС займає особливе місце. У них спостерігаються відхилення у формуванні довільної пам'яті, їм складно заучувати вірші та пісні. Для запам'ятовування матеріалу в таких дітей важлива подача, потрібно використовувати як зовнішні, так і внутрішні опори, для цього служать асоціативні зв'язки з минулим досвідом, тоді як в однолітків, розвиток яких відбувається в межах норми, достатньо тільки наочності [54, 118, 119, 124].

У дітей із ПОС тільки до кінця дошкільного віку змінюються способи вирішення поставлених завдань: від практичного освоєння до зорового співвіднесення. Є недолік у способах сприймання, перетворення простору,

якими вільно володіють їх однолітки з нормативним розвитком [17, 39].

У дітей із ПОС виявлена суттєва затримка в строках формування вміння орієнтуватися в схемі власного тіла, що впливає на диференціацію основних просторових напрямків, орієнтування з точкою відліку від «себе» [6, 18].

Спостережуваний розрив у дошкільному віці між орієнтуванням у просторі з точкою відліку від «себе» і сприйманням-відтворенням просторових уявлень між предметами в дітей із ПОС значно вищий, ніж в однолітків із нормативним розвитком. Осягнення об'єктивних відношень між предметами в них формується в більш пізні терміни, що впливає на формування узагальнених уявлень про простір, здатність визначати напрямок не лише щодо себе, але й щодо інших об'єктів [8, 24, 27].

Вивчення особливостей сприймання-відтворення просторових ознак виявило, що діти із ПОС до кінця дошкільного віку сприймають просторові ознаки, але їх уявлення не диференційовані. Виявлено, що уявлення про залежність обсягу предметів від тих умов, у яких вони розглядаються, перебувають у зоні найближчого розвитку тільки в старшому дошкільному віці. Спостерігається значний розрив між орієнтуванням у просторових ознаках предметів на практичному і вербальному рівнях. Просторові характеристики дітям не зрозумілі, мало вживаються в мовленні та змішуються [16, 28, 91].

Розуміння закономірностей і залежностей об'єктів простору від їх переміщення, зміни положення істотно впливає на формування практичних видів діяльності, елементарних математичних уявлень. Аналіз результатів виконання завдань на вивчення уявлень дітей про транзитивність і топологічні відносини засвідчив, що дітям із ПОС зазначені уявлення не доступні навіть до кінця дошкільного віку, перебувають поза зоною їх найближчого розвитку [17, 71].

Виявлено труднощі сприймання дітьми із ПОС просторових відношень, запропонованих в умовно-графічному зображенні. Невміння

зіставляти тривимірний простір із двомірним відображається на освоєнні дітьми конструювання, малювання [3, 55].

Діти виявляються нездатними орієнтуватися на аркуші паперу, плані, схемі. На будь-якому етапі переходу з однієї модальності до іншої дітям необхідна допомога дорослого. Діти відчувають величезні труднощі в перекладі змісту з однієї знакової системи до іншої. Усе це свідчить про необхідність спеціально організованого формування орієнтування в просторі в дітей із ПОС [12, 34, 39,162].

У дітей із ПОС часто спостерігають відхилення в емоційній сфері, їм притаманні порушення процесів збудження і гальмування, самоконтролю. У таких дітей уповільнено формуються розумові операції, наприклад, порівняння й узагальнення; їм важко виокремити якісь предмети на тлі інших або навпаки – дати предметам узагальнювальну назву. Найчастіше в дітей із ПОС спостерігають уповільнений темп мовленнєвого розвитку порівняно з однолітками з нормативним розвитком, обмеженість словникового запасу, страждає вимова, також у таких дітей часто трапляються порушення дрібної моторики, що виявляється в загальній незручності, незграбності, внаслідок чого вони не люблять ліпити й малювати [110, 121, 148, 149, 150,162].

#### **1.4. Емоційні порушення при психоорганічному синдромі**

Різні порушення в емоційній сфері найчастіше спричиняють і уповільнений розвиток інтелектуальних процесів. Численними дослідженнями підтверджено, що в структурі дефекту в дітей із ПОС засвідчено незрілість емоційної сфери (Т.Є. Єгорова, Г.І. Жаренкова, В.І. Лубовський, Л.І. Переслені), яка виявляється в слабкості вольових установок, емоційній нестійкості, руховій розгальмованості або навпаки – апатії, афективній збудливості, імпульсивності [32, 133, 146, 149].

Діти із ПОС відрізняються, як правило, емоційною нестійкістю. Вони важко пристосовуються до дитячого колективу, їм властиві коливання настрою і підвищена стомлюваність.

Як голові характеристики дошкільнят із ПОС виокремлюють слабку емоційну стійкість, порушення самоконтролю у всіх видах діяльності, агресивність поведінки, її провокаційний характер, труднощі пристосування до дитячого колективу під час гри і занять, метушливість, часту зміну настрою, невпевненість, почуття страху, пустування та манерність, фамільярність щодо дорослого.

Також засвідчено значну кількість протестних реакцій, спрямованих проти волі батьків, часту відсутність правильного розуміння соціальної ролі і становища, недостатню диференціацію осіб і речей, яскраво виражені труднощі в розрізненні найважливіших рис міжособистісних стосунків. Такі діти відчувають труднощі в пристосуванні до колективу однолітків, ефективність їх спілкування вкрай низька, вони демонструють часту зміну настроїв, невпевненість, відсутність дистанції не тільки щодо педагогів і батьків, але й до незнайомих дорослих, а також негативізм у практично нейтральних ситуаціях. Більшість із них виявляє підвищену тривожність до дорослих, які мають для них велике значення. Оціночні очікування в таких дітей практично відсутні, хоча вони дуже чутливі до фізичного і візуального контакту, доброзичливості, турботи. У них значно знижена потреба в спілкуванні, недостатня динамічна організація мовлення, низька мовленнєва активність в цілому [10, 11, 130, 144, 149, 150].

У дітей із ПОС спостерігається відставання в розвитку емоцій, найбільш вираженими виявами якого є емоційна нестійкість, лабільність, легкість зміни настроїв і контрастних виявів емоцій. Вони легко і, з точки зору спостерігача, часто невмотивовано переходять від сміху до плачу і навпаки [89, 91, 92, 144, 151].

Варто відзначити нетолерантність до фрустраційних ситуацій. Так, незначний привід може викликати емоційне збудження і навіть різку афективну реакцію, неадекватну ситуації. Така дитина то виявляє доброзичливість щодо інших, то раптом стає злою й агресивною. При цьому агресія спрямована не на дію особистості, а на саму особистість [89, 122, 123,



134, 139].

Нерідко в дітей із ПОС констатують стан занепокоєння, тривожність. Це означає, що на відміну від дітей із нормативним розвитком, діти з ПОС не потребують взаємодії з однолітками. Грати вони воліють поодиноці. У них немає виражених прихильностей до будь-кого, емоційних переваг до когось із однолітків, тобто немає друзів, міжособистісні стосунки не стійкі. Взаємодія має ситуативний характер. Діти віддають перевагу спілкуванню з дорослими або з дітьми, молодшими за себе, але й у цих випадках не виявляють значної активності [66, 89].

Варто відзначити своєрідність виявів регулювальної ролі емоцій в діяльності дітей із ПОС. Труднощі, яких зазнають діти при виконанні завдань, часто викликають у них різкі емоційні реакції, афективні спалахи. Такі реакції виникають не тільки у відповідь на справжні труднощі, але і внаслідок очікування труднощів, боязні невдачі. Ця боязнь значно знижує продуктивність у вирішенні інтелектуальних завдань і призводить до формування в них заниженої самооцінки. Недорозвиток емоційної сфери виявляється в гіршому порівняно з дітьми, розвиток яких відповідає нормі, розумінні емоцій як чужих, так і власних. Успішно розпізнаються тільки конкретні емоції. Власні прості емоційні стани розпізнаються гірше, ніж емоції зображених на картинах персонажів [89, 111, 113, 118].

Як відзначають окремі дослідники, варто виокремити емоційну лабільність, слабкість волевих зусиль, несамостійність і сугестивність, особистісну незрілість у цілому. Емоційна лабільність виявляється в нестійкості настроїв і емоцій, швидкій їх зміні, легкому виникненні емоційного збудження або плачу, іноді – невмотивованих виявах афекту. Нерідко в дітей виникає стан занепокоєння. Неадекватна веселість і життєрадісність є передусім виявом збудливості, невміння оцінити ситуацію та настроїв оточуючих [89, 139, 145, 146].

О.В. Снежневський, О.С. Тиганов, М.В. Коркіна серед дітей із ПОС виокремлюють групи з виявами психічної нестійкості та психічної

загальмованості.

1. Діти першої групи галасливі та рухливі: на перервах і прогулянках вилазять на дерева, катаються на перилах, голосно кричать, намагаються брати участь в іграх інших дітей, але, не вмюючи дотримуватися правил, сваряться, заважають іншим. З дорослими бувають лагідними та навіть настирливими, але легко вступають у конфлікт, виявляючи при цьому грубість і крикливість. Почуття каяття і образи в них не глибокі і короткочасні.

2. При психічній загальмованості водночас із особистісною незрілістю особливо виявляється несаможиттєвість, нерішучість, боязкість, повільність. Симбіотична прихильність до батьків призводить до труднощів звикання до школи. Такі діти часто плачуть, сумують за домівкою, уникають рухливих ігор, губляться біля дошки і часто не відповідають, навіть знаючи правильну відповідь. Низькі оцінки та зауваження можуть викликати в них сльози [89, 106, 108].

Для всіх молодших школярів із ПОС характерні часті вияви неспокою і тривоги. У школі спостерігається стан напруженості, скутості, пасивність, невпевненість у собі. Визначаючи більш або менш успішно за зовнішнім висловом емоції інших людей, діти з ПОС часто вагаються охарактеризувати власний емоційний стан в тій чи іншій ситуації. Це свідчить про певний рівень недорозвитку емоційної сфери, який виявляється досить стійким [19, 150].

Для дітей із ПОС характерна ригідність почуттів і недорозвиток їх емоційної сфери в цілому. Це виявляється в їхніх стосунках із близькими людьми. Молодші школярі з ПОС відстають від однолітків із нормативним розвитком за сформованістю довільної поведінки. Набагато частіше, ніж в однолітків із нормативним розвитком у них спостерігається імпульсивна поведінка. Значною своєрідністю відрізняється розвиток особистості. Для них характерна низька самооцінка, невпевненість у собі (особливо в дітей, які навчаються не в спеціальному навчальному закладі). У старшому шкільному

віці в дітей із ПОС виявляється ряд особливостей, загальних для усіх підлітків, але перебігають вони більш бурхливо і виражено. Це слабкість, вразливість особистості, висока екстрапунітивність реакцій із агресією на оточення, що призводить до конфліктності; некоректність у стосунках із оточуючими; вираженість самозахисних реакцій; наявність ознак акцентуації характеру, які й дозволяють виявити в цьому віці клінічні варіанти психоорганічного синдрому [89, 111, 116, 128].

Варто відзначити проблеми у формуванні морально-етичної сфери: страждає сфера соціальних емоцій, діти не готові до емоційно "теплих" стосунків із однолітками, можуть бути порушені емоційні контакти з близькими дорослими, діти слабо орієнтуються в морально-етичних нормах поведінки. Діти з ПОС про власні почуття симпатії, як правило, не повідомляють або роблять це в немовленнєвій формі: беруть за руку, притискаються, посміхаються.

На відміну від дітей, розвиток яких відбувається в межах соціально-психологічного нормативу, у дітей із ПОС слабо виражені реакції самоствердження, самовизначення, характерні для цього віку. Не виявляється гостра потреба в об'єднанні з однолітками, дорослі залишаються для них більш значущими. У благополучній ситуації, зокрема в умовах спеціальної школи, підлітки із ПОС достатньо слухняні, керовані, дотримуються загальних правил поведінки. Найбільшою мірою це стосується дітей, які від початку навчалися в умовах спеціальної школи. Це можна пояснити їх задоволеністю своїм становищем і корекційним впливом [89, 120, 122, 125, 149, 153]. На думку В.М. Синьова, розкриття потенціалу дітей із обмеженнями життєдіяльності залежить не тільки від форми навчання (інтегрованої чи інституалізованої), хоча вони й визначають за певних умов різний ступінь соціальної адаптованості, скільки від гнучкості системи освіти, рівня та діапазону наданих послуг, які задовольняють їх потреби (рання діагностика здібностей дитини, єдність діагностики і корекції розвитку, наявність індивідуалізованих програм, наступність дошкільного, шкільного і

післяшкільного змісту освіти, диференційованість медичних, логопедичних, соціально-педагогічних послуг, творчість і професійність учителя тощо) [114].

### **1.5. Особливості міжособистісних стосунків у дітей із психоорганічним синдромом**

Як засвідчують результати теоретичного аналізу, окрім затримки в розвитку пізнавальної, емоційно-вольової сфер у дітей із психоорганічним синдромом виникають труднощі і в освоєнні продуктивних форм співпраці з однолітками та дорослими. Становлення форм взаємодії дітей із психоорганічним синдромом у розвитку нерозривно пов'язане з відставанням у накопиченні досвіду мовленнєвого спілкування, дефектами в розвитку функцій мовлення. У дітей із психоорганічним синдромом недостатньо сформовані регулювальна і планувальна функції мовлення. Це призводить до складнощів організації як власної, так і спільної діяльності [47, 145, 148, 154].

Психоорганічний синдром у дітей суттєво впливає на процес становлення соціальних стосунків і зумовлює відмінність у важливості стосунків із людьми, що перебувають у найближчому соціальному оточенні від схожих стосунків у дітей із нормою розвитку. Саме найближче соціальне оточення дітей із психоорганічним синдромом відіграє головну роль у становленні особистісних утворень, які зумовлюють процес формування міжособистісних стосунків дітей із найближчим соціальним оточенням [10, 11, 149].

Н. Є. Бачеріков (1989), К. Шнайдер (1999), Н. Г. Шумський (1998), О. О. Портнов (2004) зазначали, що для дітей із психоорганічним синдромом характерне прагнення спілкуватися в основному в малих соціальних групах. Вони характеризуються наявністю найбільш вираженого прагнення до домінування, ніж до відгородженості. Діти з психоорганічним синдромом характеризуються невеликою соціальною активністю. Значні обсяги інформації непосильні такій дитині [67, 70, 88, 95, 105, 112].

Згідно з діалектико-матеріалістичною теорією, розвиток психіки потрактовано як боротьбу протилежностей, боротьбу застарілих (регресивних патернів) форм із наростаючими прогресивними. Джерелом розвитку є сам життєвий процес, саме життя. У ході цього процесу виникають суперечності, які в ньому і долаються. В основі внутрішніх протиріч, що виникають у дитини, лежить конфлікт між особистістю і навколишнім середовищем, порушення рівноваги між дитиною і дорослими, між дитиною й однолітками тощо. Серед протиріч, що найбільш часто трапляються в дітей із відхиленнями в розвитку, можуть бути розбіжності між потребами в спілкуванні і труднощами в їх реалізації, бажанням брати участь в іграх з нормальними однолітками і багато іншого, що безперечно негативно позначається на формуванні особистості дитини, на її соціалізації і адаптації [90, 124].

У дітей із психоорганічним синдромом виявлено вкрай низький рівень соціально-психологічної адаптованості. У них яскравіше виражена тенденція неадекватності оцінки своїх здібностей і особистісних характеристик, низька здатність до успішної соціальної адаптації. Крім того, чим нижчий у дитини із психоорганічним синдромом рівень її домагань, менший потенціал особистісного розвитку, який забезпечується різницею між рівнем домагань і самооцінкою, тим менш успішно і повноцінно буде реалізуватися і розгортатися процес соціально-психологічної адаптації. У дітей із психоорганічним синдромом погано розвинена здатність адекватно оцінювати себе, у них частіша неадекватна самооцінка, низький рівень домагань, низька самооцінка, слабше виражена різниця між самооцінкою і рівнем домагань. Це свідчить про низькі адаптивні здібності в навчальній діяльності, що підтверджується більш низькими показниками навчальної успішності. Занижений рівень домагань у навчанні консолідується в дітей із психоорганічним синдромом із низькою самооцінкою, що є несприятливими умовами при необхідності здійснення психокорекційної роботи з такими дітьми [90, 150, 151].

Як відомо, соціально-психологічна адаптація дітей із психоорганічним синдромом має свою специфіку, яка визначається, крім інтелектуальної незрілості, і особистісними чинниками, а саме специфічними особливостями формування та змісту особистості, що є цінним адаптивним ресурсом, реалізація якого здатна підвищити загальний рівень соціально-психологічної адаптації. Отже, для створення ефективної системи роботи з подолання труднощів адаптації дітей із психоорганічним синдромом необхідне детальне вивчення всього психологічного поля особистості: процесу розвитку в умовах дизонтогенезу, особливостей когнітивного, поведінкового і оцінного змістовних компонентів, співвідношення і зміст різних модальностей і аспектів вияву в структурі особистості [90, 99, 103, 146].

Дослідження різних авторів засвідчують, що навчання в середній загальноосвітній школі дітей, що відстають у навчанні, в одному класі з успішними є потужним негативним психогенним чинником для невстигаючих у навчанні школярів, серед яких часто опиняються діти з психоорганічним синдромом. Така ситуація є для них психотравмувальною, на що вказано в роботах Г. Є. Сухарева, Т. А. Власової, М. С. Певзнер, К. С. Лебединської, Н. Л. Білопільської. Зарубіжні дослідники вказують на високу ймовірність виникнення невротичних розладів, патологічних реакцій протесту в цій ситуації (М.Є. Лауфер, Є. Denhoit, Р.Н. Wender). В. В. Лебединський наголошує на тому, що ситуація систематичного неуспіху, до якої діти з психоорганічним синдромом потрапляють, навчаючись у масовій школі, негативно впливає на їх подальше інтелектуальне становлення і сприяє аномальному формуванню особистості. На думку Н. Л. Білопільської, у такій ситуації в дітей формується занижений рівень домагань, який відзначається не тільки у ставленні до навчальних предметів, але й у будь-якій іншій діяльності, що містить оціночні моменти. Несприятливе становище молодших школярів із психоорганічним синдромом у середовищі однолітків викликає в них низку гіперкомпенсаторних реакцій. Прагнучи забезпечити собі успіх, вони ще міцніше сфокусовані в діяльності,

характерній для більш раннього віку, зокрема на грі, що дає більше шансів на успіх. Усе це посилює порушення адаптації дітей із психоорганічним синдромом до шкільних умов, сприяє їх невротизації, а в старшому віці призводить до порушення поведінки. На достатньо низькому рівні в дітей із психоорганічним синдромом перебуває розвиток допитливості, що виявляється при спілкуванні [90, 109, 122, 149].

Молодші школярі з психоорганічним синдромом мають серйозні проблеми при взаємодії з однолітками і дорослими:

- високий рівень реакції на фрустрацію, зниження витривалості до життєвих труднощів, різні неадекватні реакції на ці труднощі;
- домінантним типом реакції на фрустрацію є екстрапунітивні реакції самозахисного типу, що характеризують вразливу особистість, неадекватність самооцінки;
- низька ініціативність у встановленні контактів, високе прагнення до відгородженості, самоти, зумовлене передусім недостатнім розвитком потреби в спілкуванні у зазначеної категорії дітей;
- позитивне ставлення молодших школярів до своїх батьків, незважаючи на сімейну ситуацію і недостатньо позитивні стосунки з учителем;
- низький рівень соціальної адаптації дітей із психоорганічним синдромом до свого соціального оточення [90, 119, 120, 128].

Наявний дефект зумовлює порушення зв'язків із соціумом та культурою як джерелом розвитку, тому дитина з психоорганічним синдромом не в змозі самотійно, без спеціальної допомоги сприйняти соціальні норми і вимоги. Тільки засобами корекції, спеціального навчання можна подолати проблеми, що виникають, знайти «обхідні шляхи» досягнення тих завдань, які в умовах норми засвоює дитина традиційними способами. Процес інтеграції дітей із психоорганічним синдромом у соціум передбачає активне освоєння соціального досвіду дітьми спочатку в межах того освітнього закладу, в якому їх виховують. Для успішності інтеграції

необхідно формувати вміння і навички взаємодії з оточуючими, тобто соціально-психологічну компетентність, що є одним із найважливіших завдань при психологічній корекції [90, 111, 124].

### **1.6. Основні підходи до діагностики та корекції психоорганічного синдрому**

У клінічній практиці діагноз «психоорганічний синдром» встановлюють на підставі клінічної картини. Діагноз дуже складно диференціювати на початковій стадії психоорганічного синдрому, а також при виникненні в цьому періоді ендормних психозів. У багатьох випадках у діагностиці психоорганічного синдрому вирішальне значення належить анамнезу, а також динаміці, що дозволяє виявити симптоми. При постановці діагнозу, в тому числі нозологічного, велике значення має низка інструментальних досліджень.

1. *Електроенцефалографічне.* Аналіз ЕЕГ дозволяє оцінити відповідність віковим нормативам рівня розвитку кори головного мозку та стовбурових регуляторних структур. ЕЕГ виявляє наявність органічних ушкоджень різних структур мозку, що виникли в період пренатального і постнатального розвитку, які можуть зумовити порушення уваги, поведінки, емоційно-вольової сфери, мовленнєвої діяльності. За допомогою ЕЕГ можливе встановлення органічної або функціональної природи заїкання, тиків, невротичних реакцій. Особливо важлива роль ЕЕГ у виявленні пароксизмальної електричної активності, в оцінці її локалізації. Ці відомості дозволяють установити характер судом, диференціювати істеричні напади й непритомність різного походження від епілепсії. За допомогою моніторингових досліджень ЕЕГ можна оцінити як динаміку розвитку патологічних станів, так і ефективність лікарської терапії. Динаміка ЕЕГ показників може свідчити про зміну функціонального стану мозку внаслідок вікових змін електричної активності мозку. Аналіз ЕЕГ дозволяє оцінити динаміку патологічного процесу.



2. *Магнітнорезонансна томографія (МРТ)* – це неінвазивне дослідження, яке допомагає лікарям ставити діагноз і проводити лікування. МРТ передбачає використання потужних магнітних полів, високочастотних імпульсів і комп'ютерної системи, яка дозволяє отримати детальне зображення органів: м'яких тканин, кісток та майже всіх структур всередині тіла людини. Отримані знімки можна вивчати на моніторі комп'ютера, передавати в електронному вигляді, роздруковувати або копіювати на носії інформації. Іонізуюче (рентгенівське) випромінювання при МРТ не використовується.

Деталізовані зображення дозволяють лікарям прискіпливо оцінити стан різних органів і систем та виявити захворювання, які при використанні інших методів обстеження, наприклад, рентгенологічного, ультразвукового або комп'ютерної томографії, можуть бути невиразні. У сучасній клінічній практиці МРТ є найчутливішим методом візуалізації органів і тканин голови, особливо головного мозку [69, 72, 91, 98, 101].

У дітей диференціальну діагностику найчастіше проводять із ендogenousними психозами, особливо з дитячим аутизмом, психопатоподібними розладами, гіперкенетичними розладами поведінки, розумовою відсталістю [27, 37, 61].

Патопсихологічна діагностика психоорганічного синдрому – ефективний метод дослідження, що дозволяє структурувати задані внутрішньоособистісні показники та прагнення. Відповідно до призначення та рівня достовірності, реальну діяльність, пов'язану з методиками, можна поділити на базисну та спеціально-орієнтовану. Професійне дослідження базується на вже перевірених інструментах патопсихологічної діагностики синдромів і хвороб: Міннесотський ММРІ-ІІ, Р.Б. Кеттела 187а, СМІЛ та інші [44, 81, 85, 118, 123].

Щоб домогтися помітного зменшення кількості неточностей, що виникають, зараз використовують комп'ютеризовану патопсихологічну діагностику психоорганічного синдрому: методику ММРІ2; методику СМІЛ;

тест EPQ Айзенка; МПВ Л.Сонді і 16PF Р.Б. Кетелла [35, 38, 73].

Комп'ютерна діагностика, патопсихологічна діагностика дає можливість провести скринінговий зріз одномоментно групи психологічних складових. Водночас з метою поглибленої оцінки або спеціального діагностування, навпаки, домінує тонкоорієнтована патопсихологічна діагностика. До таких можуть належати, наприклад, тести Леонгарда-Шмішека, Д. Голанда, М. Рокича-Шварца, ДМО Т. Лірі, КОТ та ін. Орієнтування на роботу з усіма категоріями значно збільшує ефективність, що в практичній діяльності дуже актуально [17, 21, 95, 109].

У дитячому віці диференціальна діагностика психоорганічного синдрому резидуально-органічного генезу базується на клінічній картині, анамнестичних даних дитини, електроенцефалографічних даних і результатах патопсихологічних досліджень. Диференціюють психоорганічний синдром із деменціями, поведінковими розладами, психозами, розумовою відсталістю.

Ранній вік є найбільш сприятливим для проведення діагностики та надання ранньої допомоги дітям групи ризику. На дошкільному етапі створюються найбільш сприятливі умови для корекції вторинних порушень і цілеспрямованої підготовки дітей із ПОС в контексті вирішення освітніх завдань [60, 79, 91].

Психолого-педагогічна корекція здійснюється з урахуванням психологічних особливостей дітей із ПОС відповідно до вікової групи. При роботі з цими дітьми враховують високу стомлюваність і низьку працездатність, недостатню сформованість логічного запам'ятовування, просторового сприймання, мислення й активної функції уваги, незрілість емоційно-вольової сфери [34, 39].

У зв'язку з цим у роботі психолога можна виокремити такі найбільш важливі завдання при корекції розвитку дітей із ПОС:

- викликати в дітей інтерес до людей, що їх оточують;
- набути контактності та вміння отримувати досвід із невдалого

спілкування;

- навчання саморегуляції свого емоційного стану та уникненню конфліктів [45, 70, 79, 106].

Розвиток пізнавальної діяльності є традиційним напрямом роботи психолога в освітньому закладі, який передбачає:

- стимуляцію пізнавальної активності як засобу формування стійкої пізнавальної мотивації;
- розвиток уваги (стійкість, концентрація, підвищення обсягу, переключення, самоконтроль тощо);
- розвиток пам'яті (розширення обсягу та стійкості, формування прийомів запам'ятовування, розвиток смислової пам'яті);
- розвиток сприймання (просторового, слухового) і сенсо-моторної координації;
- формування розумової діяльності: стимуляція розумової активності, формування розумових операцій (аналізу, порівняння, узагальнення, виокремлення істотних ознак і закономірностей), розвиток елементарного мислення і гнучкості розумових процесів [7, 150, 151].

Важливою умовою корекційної роботи є реалізація принципів комплексного впливу на низку вищих психічних функцій із виокремленням домінантних об'єктів впливу, які змінюються з мірою формування в дітей із ПОС пізнавальної діяльності та її саморегуляції [7, 154].

Подолати труднощі мотиваційного плану можна лише зробивши навчання цікавим заняттям для дитини з ПОС, тобто проводячи його у формі спеціальних навчально-дидактичних ігор, розрахованих на захоплення дитини і на її навчання шляхом пробудження інтересу до здобуття знань, умінь та навичок [7, 17, 117, 131].

Важливу роль у забезпеченні інтелектуально-емоційної готовності дитини з ПОС до навчання в школі відіграє характер тих іграшок, із якими вона має справу. Необхідно забезпечити дітей із ПОС якомога більшою кількістю різноманітного навчально-ігрового матеріалу, яким би вони змогли

вільно розпоряджатися. Дітям із ПОС важливо надавати можливість і стимулювати їх до самостійного дослідження навколишніх предметів [7, 48, 51, 79, 118, 123, 129].

### **Висновки до розділу 1**

1. Аналіз наукової літератури свідчить про розбіжності дослідників у трактуванні поняття «психоорганічний синдром», яке в сучасній літературі використовують для позначення різних розладів, зумовлених органічними ураженнями головного мозку різної етіології.

Психоорганічний синдром (органічний мозковий синдром, органічний психосиндром, психоорганічний синдром, F07,9 в МКХ-10) – значна кількість різних психічних порушень (зміни особистості, психічна безпорадність, зниження пам'яті, кмітливості, послаблення волі, афективна лабільність, зниження працездатності та здатності до адаптації), виникнення яких безпосередньо зумовлено пошкодженням головного мозку, внаслідок цього розвивається дисфункція його структур; резидуальний стан. Характеризується тріадою Вальтер-Бюеля: 1) послабленням пам'яті; 2) зниженням інтелектуальної продуктивності; 3) нетриманням афектів.

Розбіжності в розумінні психоорганічного синдрому простежуються і у визначенні місця астенічних явищ у структурі резидуальних церебрально-органічних психічних порушень: одні автори астенічну симптоматику розглядають як складову частину психоорганічного синдрому, інші надають їй самостійного значення. При описі психоорганічного синдрому особливого значення надано особливостям емоційної, особистісної й пізнавальної сфер, порушенням адаптації. Більшість авторів схильні вважати, що структура психоорганічного синдрому не може бути проаналізована в межах тільки «загальної мозкової слабкості», оскільки наявні порушення і вищих інтеграційних функцій мислення, взаємовідношення інтелектуальної та афективної сфери. Перераховані порушення властиві як дорослим, так і дітям із психоорганічним синдромом. Водночас психоорганічний синдром у дітей

має певні вікові особливості.

2. Ураження мозку в перші роки життя супроводжується не стільки загальним недорозвитком, скільки парціальними розладами деяких вищих властивостей особистості, розладами спонукань і праксису. У молодшому шкільному і препубертатному віці наслідки резидуально-органічного ураження центральної нервової системи виявляються у вигляді енцефалопатичних, насамперед церебрастенічних, неврозоподібних і психопатоподібних станів. У дітей молодшого шкільного віку вияви психоорганічного синдрому стають більш різноманітними, частими та інтенсивними. Це пов'язано з початком навчання в школі, коли дитині ставлять не лише підвищені, але й нові вимоги. Дуже часто саме в цьому віці стає можливим діагностування психоорганічного синдрому як наслідку резидуально-органічного ураження центральної нервової системи в перинатальному і ранньому періоді онтогенезу, завдяки анамнезу раннього розвитку та клінічній картині психічного дизонтогенезу. На перший план виходять інтелектуальні порушення. На відміну від розумової відсталості або деменції, у дітей із ПОС порушений не інтелект в цілому, а окремі передумови інтелекту – увага, пам'ять, зорово-моторна координація, фонематичний слух. Основним порушенням уваги є підвищене відволікання. Діти не здатні до концентрації уваги для організації своєї діяльності, послідовного завершення дій, що ведуть до мети. Порушення пам'яті носять нестійкий характер, характеризуються неможливістю запам'ятати складні інструкції та здійснити на їх основі певну послідовність дій.

3. Когнітивні порушення при ПОС передбачають дефіцит пам'яті, уваги, мислення, недорозвиток мовлення, дефіцит швидкого засвоєння або відтворення інформації. Ці стани виявляються складністю знаходження слів, зниженням швидкості мови, чим викликають помітний дистрес, перешкоджають діяльності на звичному рівні, але не відповідають критеріям деменції. Психоорганічний синдром у дітей перебігає з порушеннями розвитку пізнавальної діяльності, мовленнєвих функцій, емоційної

незрілості, в основному без грубих порушень в опорно-руховому апараті. При віковій сформованості зору і слуху ці діти погано навчаються. У дітей із ПОС спостерігається відставання в розвитку всіх пізнавальних процесів.

4. У дітей із ПОС спостерігається відставання в розвитку емоцій, найбільш вираженими виявами чого є емоційна нестійкість, лабільність, легкість зміни настроїв і контрастних виявів емоцій. Вони легко і (з точки зору спостерігача) часто невмотивовано переходять від сміху до плачу і навпаки. Нерідко в дітей із ПОС відзначено стан занепокоєння, тривожність. На відміну від дітей із нормативним розвитком, діти з ПОС не потребують взаємодії з однолітками. Грати вони воліють поодиноці.

5. ПОС у дітей суттєво впливає на процес становлення соціальних стосунків і зумовлює відмінність у важливості стосунків із людьми, що перебувають у найближчому соціальному оточенні, від схожих стосунків у дітей із нормативним розвитком. Саме найближче соціальне оточення дітей із ПОС відіграє головну роль у становленні особистісних утворень, які зумовлюють процес формування міжособистісних стосунків із найближчим соціальним оточенням. Для дітей із ПОС характерне прагнення спілкуватися в основному в малих соціальних групах. Вони характеризуються наявністю найбільш вираженого прагнення до домінування, ніж до відгородженості. Діти з ПОС характеризуються невеликою соціальною активністю. Великі обсяги інформації не посилені дитині з ПОС.

6. Діагноз «психоорганічний синдром» ставлять на підставі клінічної картини. Він дуже ускладнений у початковій стадії. Патопсихологічна діагностика – ефективний метод дослідження психоорганічного синдрому. Патопсихологічна діагностика дозволяє структурувати дані щодо рівня розвитку психічних процесів та особистості. Відповідно до призначення та рівня достовірності реальну діяльність, пов'язану з методиками, можна розподілити на базисну та спеціально-орієнтовану. Професійне дослідження базується на перевірених інструментах патопсихологічної діагностики: Міннесотський ММРІ-II, Р.Б. Кеттела 187а, СМІЛ та ін. Комп'ютерна

діагностика, патопсихологічна діагностика психоорганічного синдрому дає можливість провести скринінговий зріз одномоментно групи психологічних складових. Але більшість методик не адаптовані до вивчення дітей різного віку.

7. Психолого-педагогічна корекція здійснюється з урахуванням психологічних особливостей дітей із психоорганічним синдромом відповідно до вікової групи. Під час роботи з цими дітьми враховують високу стомлюваність і низьку працездатність, недостатню сформованість логічного запам'ятовування, просторового сприйняття, мислення й активної функції уваги, незрілість емоційно-вольової сфери.

## РОЗДІЛ 2

### ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПСИХООРГАНІЧНИМ СИНДРОМОМ

#### 2.1. Мета, завдання та організація констатувального експерименту.

##### Методика дослідження

Мета констатувального дослідження – розробити комплексну психолого-медико-педагогічну систему диференційної діагностики особливостей розвитку дітей із психоорганічним синдромом. Системність диференціально-діагностичної роботи полягає у взаємозв'язку її медичної, психологічної та педагогічної спрямованості на досягнення спільного диференційно-діагностичного результату.

На підставі психолого-медико-педагогічних методів дослідити специфічні особливості онтогенезу та структуру психоорганічного синдрому дітей молодшого шкільного віку задля виділення патопсихологічних груп. Дослідити особливості емоційної сфери дітей із ПОС, порушення розвитку якої виходять на перший план психопатологічного симптомокомплексу, порівняно з дітьми з нормативним розвитком, дітьми з аутизмом, дітьми з розумовою відсталістю (РВ). Дослідити особливості розвитку пізнавальної сфери дітей із ПОС, яка є базисом до навчання – провідної діяльності молодшого шкільного віку, порівняно з дітьми з нормативним розвитком, дітьми з аутизмом, дітьми з розумовою відсталістю (РВ).

Завдання дослідження:

1) клініко-анамнестичне та психолого-педагогічне дослідження специфічних особливостей онтогенезу та структури психоорганічного синдрому дітей, виокремлення патопсихологічних груп дітей із ПОС;

2) установити диференційні особливості розвитку емоційної сфери виокремлених груп дітей із ПОС порівняно з дітьми з нормативним розвитком, дітьми з аутизмом, дітьми з розумовою відсталістю (РВ);



3) провести диференційне дослідження розвитку пізнавальної сфери (мислення, пам'ять, увага, мовленнєва діяльність, сприймання, уява) виокремлених груп дітей із ПОС порівняно з дітьми з нормативним розвитком, дітьми з аутизмом, дітьми з РВ.

Експериментальне дослідження проведено на базі Оболонської районної психолого-медико-педагогічної консультації (м. Київ), Шевченківської районної психолого-медико-педагогічної консультації (м. Київ), КЗ «Острозька спеціальна загальноосвітня школа-інтернат №2» (м. Острог), ТМО «ПСИХІАТРІЯ» (м. Київ), КЗ ТМО «Психіатрія, Наркологія» (м. Рівне), спеціалізованої загальноосвітньої школи №14 (м. Київ). До дослідження було залучено 210 дітей віком 7-9 років.

У дослідженні взяли участь 105 дітей із встановленим діагнозом «Резидуально-органічне ураження ЦНС у формі психоорганічного синдрому» (МКХ-10 F-0,79). Ураховуючи мету і завдання цієї роботи, необхідно було співвіднести виявлені психічні розлади з термінами вияву відхилень та визначити їх взаємозв'язок.

Для досягнення мети дослідження було виокремлено три групи дітей із ПОС.

*Перша група* – 35 дітей віком 7-9 років із *церебростенічною формою* психоорганічного синдрому. Ця форма може бути наслідком перенесеного менінгіту або травми голови, формується упродовж деякого часу в період реконвалесценції і виявляється переважно в шкільному віці порушеннями різних функціональних систем. При цьому дитина частково сприймає інформацію, недостатньо її аналізує та обмежено використовує.

Когнітивна недостатність призводить до виникнення труднощів у навчанні. Відзначають загальмованість мислення, нецілеспрямованість, неможливість своєчасно виконати завдання, труднощі з регуляцією уваги та послідовністю дій, операцій мислення. Пам'ять дуже слабка, особливо запам'ятовування.

В одних дітей переважає незрілість вольової регуляції поведінки,

мотивації молодшої за віком дитини, в інших – переважно реакції емоційного збудження з агресивною поведінкою, істероформними нападами. Порушення поведінки та емоційні розлади нестійкі внаслідок підвищеної виснажливості дитини. Дратівливість із агресивними нападами швидко минає, дитина стає млявою, спокійною, інколи засинає. У дітей із динамічними розладами переважає гіпердинамічна поведінка з нецілеспрямованими рухами та діями, інколи хаотичними.

*Друга група* – 35 дітей віком 7-9 років із *психопатоподібною формою* психоорганічного синдрому. У них виявляється не лише схожість із деякими формами психопатій – шизоїдною, нестійкою, рідше епілептоїдною або істероїдною, але й психопатоподібними змінами характеру та відповідними порушеннями поведінки. Марень, галюцинацій, симптомів психічного автоматизму та інших продуктивних симптомів немає або ж трапляються як швидкоплинні явища, які не отримують розвитку та майже не позначаються на поведінці хворих. Негативні симптоми (зниження емоційності, падіння активності, патологічної замкнутості, формальних порушень мислення – спочатку лише непевно) проглядають крізь психопатоподібну поведінку.

*Третя група* – 35 дітей віком 7-9 років із *неврозоподібною формою* психоорганічного синдрому, при якій спостерігається подібність із психогенними невротичними порушеннями, але за відсутності психотравмувального моменту відносна бідність і монотонний характер виявів, виражена «органічна забарвленість» виявляються у вигляді неврозоподібних страхів (мають характер нападів, супроводжуються руховим збудженням і вегетативними розладами) та системних неврозоподібних розладів (тики, заїкання, енурез).

**Методи дослідження.** В основу дослідження покладено модель, що містить психолого-медико-педагогічні методи діагностики.

Клінічне обстеження складалося з психопатологічного комплексу, що містив клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний та клініко-динамічний методи.

З метою єдиного підходу до кваліфікації психічних розладів постановку провідних психопатологічних синдромів проведено відповідно до МКХ-10 психіатричного розділу.

При описі й інтерпретації психічних порушень використано розділи вітчизняної класифікації (В.В. Ковальов) та рубрики МКХ-10 неврологічного розділу (Н.Г. Дубровська зі співавт.).

Дані клінічного обстеження доповнено відомостями, отриманими при вивченні медичної документації, скарг батьків, шкільних характеристик. Водночас до діагностичного комплексу було залучено нейрофізіологічні (ЕЕГ) і нейрорадіологічні методи (КТ, МРТ головного мозку). Крім оцінки неврологічного статусу, враховано психомоторний і мовленнєвий розвиток дітей; психічний статус оцінено на підставі психологічного блоку досліджень за згодою батьків.

У діагностиці використано не тільки діагностичні рубрики МКХ-10, де ігнорується динамічний принцип оцінки станів, а й вітчизняні принципи визначення клінічної картини та перебігу, а також прогнозу хвороби, що використовують у психіатрії, патопсихології.

Тестування дітей проведено на підставі згоди батьків о 9-10 годині ранку не більше однієї години з урахуванням психофізіологічних особливостей цього віку.

У дослідженні особливостей розвитку емоційної сфери вибірка склала 210 дітей молодшого шкільного віку (хлопчики і дівчатка віком від 7 до 9 років). Вибірка склала 105 дітей (85 хлопчиків і 20 дівчат) із діагнозом – F-07.9 «Резидуально-органічне ураження центральної нервової системи у формі психоорганічного синдрому», 35 дітей (27 хлопців і 8 дівчат) із діагнозом «Легка розумова відсталість» F-70, 35 дітей (26 хлопчиків і 9 дівчат) із діагнозом F-84.0 «Дитячий аутизм», 35 дітей (25 хлопців і 10 дівчат) із нормативним психофізичним розвитком.

Для оцінки сформованості рівнів афективної регуляції в дітей із ПОС використано методику діагностики базової афективної регуляції за Н.Я.

Семаго; для оцінки рівня тривожності – методику «Вимірювання рівня тривожності Тейлора», «Тест шкільної тривожності Філіпса», для оцінки рівня сформованості розпізнавання, ідентифікації емоцій – «Методику вивчення мімічної моторики», «Вивчення розуміння емоційних станів людей, зображених на картинці», «Розпізнавання емоцій» Г.А. Волкової (див. додаток А).

Для дослідження особливостей мислення молодших школярів із ПОС порівняно з дітьми з нормативним розвитком, дітьми з аутизмом, дітьми з РВ використано методику «Стандартні кольорові матриці Равена», для дослідження особливостей уваги – методику «Трикутники» на виявлення рівня розвитку довільної уваги, стійкості, концентрації і переключення уваги; для дослідження пам'яті – методику «10 слів» О. Р. Лурія для діагностики пам'яті; для дослідження писемного мовлення – методику виявлення порушень писемного мовлення І. М. Садовникової; для дослідження мовленнєвої діяльності – методику діагностики мовленнєвої діяльності Т.А. Фотекової; для дослідження особливостей сприймання – методику діагностики сприймання «Чого не вистачає?» Р.С. Немова; для дослідження особливостей уяви – методику «Намалюй що-небудь» Т.Д. Марциновської (див. додаток А).

Статистичний аналіз отриманих результатів здійснено з використанням програми SPSS-13.0.

## **2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження**

На першому етапі дослідження було проведено аналіз біологічних чинників, що впливають на виникнення ПОС у 105 дітей експериментальної групи.

При цьому вдалося встановити специфічні особливості онтогенезу дітей, які перенесли ПП ЦНС гіпоксично-ішемічного генезу легкого та середнього ступеня тяжкості, серед яких 85 хлопчиків (80, 95 %, n = 105) і 20 дівчат (19,05%, n = 105).

На початковій стадії дослідження були встановлені кореляційні взаємозв'язки малої і середньої сили між ПОС у дітей і перинатальними чинниками ( $p < 0,0001$ ). Це:

- внутрішньоутробна гіпоксія ( $r = 0,53$ );
- поєднана (внутрішньоутробна й інтранатальна) гіпоксія середнього ступеня тяжкості ( $r = 0,34$ );
- гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС легкого ступеня тяжкості ( $r = 0,42$ );
- гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС середнього ступеня ( $r = 0,36$ ).

Надалі був проведений аналіз частоти та структури скарг батьків у зв'язку зі станом здоров'я їхніх дітей віком до 7 років у досліджуваних підгрупах. Результати репрезентовано в табл. 2.1.

Таблиця 2.1.

**Частота і структура скарг батьків у зв'язку зі здоров'ям і поведінкою їхніх дітей віком до 7 років у досліджуваних групах**

Ознаки	Церебрастенічна форма ПОС, %	Психопатоподібна форма ПОС,%	Неврозоподібна форма ПОС, %	P1-2	P1-3	P2-3
Підвищена збудливість	88,57	91,28	77,14	0,035	0,0001	0,004
Підвищена рухова активність	85,71	37,14	37,14	0,034	0,004	0,188
Недорозвинення комунікативної функції	94,28	28,57	18,57	0,006	0,0001	0,037
Порушення сну	85,71	37,14	35,38	0,003	0,0001	0,018
Нічні страхи	48,57	8,57	8,57	0,027	0,006	0,157
Істерики	42,85	18,57	17,45	0,012	0,011	0,011
Порушення режиму харчування	82,85	74,28	54,28	0,013	0,001	0,254
Затримка мовленнєвого розвитку	20,12	17,14	15,15	0,467	0,065	0,074
Головні болі	28,57	28,57	28,57	0,032	0,03	0,03
Страхи	82,85	28,57	17,14	0,004	0,000	0,188
Неслухняність	74,28	82,85	54,28	0,378	0,204	0,173
Транзиторні тикозні розлади	4,5	2,14	67,3	0,145	0,134	0,487
Алергічні реакції	80,85	25,71	17,14	0,084	0,004	0,142

ЗІР	65,71	8,57	8,57	0,010	0,006	0,463
-----	-------	------	------	-------	-------	-------

Як засвідчує табл. 2.1., головним порушенням у досліджуваних групах виявлено неспецифічний невропатичний симптомокомплекс (синдром вродженої дитячої нервовості, синдром резидуально-органічної невропатії за С.С. Мнухіним). Його виникнення зумовлено виявом мозкової дисфункції на соматовегетативному рівні нервово-психічного реагування. Характерною його ознакою була підвищена реакція на зовнішні подразники з непереносимістю різких звуків, яскравого світла в поєднанні з плаксивістю, підвищеною примхливістю, тривожністю і підозрілістю.

Серед соматовегетативних розладів переважали порушення функції органів травлення (часті відрижки, блювота, запори, проноси, зниження апетиту або його вибірковість), а також пітливість, алергічні реакції, порушення терморегуляції (схильність до безпричинових коливань субфебрильної температури), метеочутливість.

Часті порушення сну виявлялися пароксизмальними формами у вигляді нічних страхів, сноговоріння, сноходіння. Відзначено часті респіраторні захворювання, що перебігають «ланцюжком», зі зміною одного незавершеного епізоду «застиуди» нашаруванням наступного.

Поведінка дітей характеризувалося млявістю, пасивністю або загальним руховим занепокоєнням і метушливістю. Такі діти важко адаптувалися до нових умов і режиму, мали підвищену чутливість до будь-яких зовнішніх впливів, емоційну збудливість, вразливість, боязкість, нестійкість настрою, схильність до виникнення різних, часто невизначених за змістом і мінливих страхів.

Вияви психоорганічного синдрому були найбільш типові в перші роки життя. У табл. 2.2. репрезентована структура психоорганічного синдрому в дітей віком до 7 років.

Таблиця 2.2.

**Структура психоорганічного синдрому в дітей досліджуваних груп**

Симптоми	Церебрастенічна форма ПОС, %	Психопатоподібна форма ПОС, %	Неврозоподібна форма ПОС, %	P		
				P1-2	P1-3	P2-3
Підвищена збудливість	100	28,57	5,71	0,035	0,0001	0,004
Порушення сну	100	11,42	11,11	0,003	0,0001	0,018
Істерики	82,95	8,57	8,57	0,006	0,0001	0,037
Церебростенія, високий рівень виснажуваності	80,23	25,57	17,14	0,084	0,004	0,142
ЗПР	65,71	5,71	2 (6±4)	0,010	0,006	0,463
Агресивність	42,85	85,71	5,18	0,072	0,006	0,074

Табл.2.2. засвідчує, що у віці 7-ми років у досліджуваних дітей психоорганічний симптомокомплекс, що містив не менше 4 симптомів при наявності неврологічних знаків, виявлявся достовірно частіше порівняно з групами ( $p < 0,05$ ).

Структура резидуально-неврологічних ознак, які свідчать про пренатальне ураження ЦНС у дітей в порівнюваних групах, відображена в табл. 2.3.

У табл. 2.3. зазначено, що в дітей із церебрастенічною формою ПОС достовірно частіше зареєстровано неврологічні ознаки резидуально-органічної церебральної недостатності ( $p < 0,01$ ). Причиною зазначених нервово-психічних розладів була гіпоксія та церебральна ішемія в пре- і перинатальний період, підтверджена документально. Як наслідок – розвиток невропатичного симптомокомплексу і резидуально-органічного психосиндрому з явищами парціальної затримки психічного та мовленнєвого розвитку на соматовегетативному етапі нервово-психічного реагування.

Таблиця 2.3.

**Структура неврологічних ознак резидуально-органічної церебральної недостатності перинатального генезу в порівнюваних групах**

Ознаки	Церебрастенічна форма ПОС, %	Психопатоподібна форма ПОС, %	Неврозоподібна форма ПОС, %	P		
				P1-2	P1-3	P2-3
Неврологічно здоровий	97,14	71,42	91,41	0,002	0,0001	0,051
Резидуально-неврологічні ознаки	74,28	31,41	17,14	0,003	0,0001	0,053
Міотонічний синдром	60,70	20,52	11,42	0,431	0,066	0,126
Пірамідний синдром	22,85	22,85	22,85	0,041	0,034	0,034
Вегето-судинні порушення	40,30	11,43	5,71	0,329	0,067	0,168

Для вищевказаних розладів була характерна непрогресивна динаміка, пов'язана з процесами репарації, компенсації і декомпенсації порушених функцій, вікового дозрівання систем мозку. У клінічній картині в частини дітей виявлено зворотний розвиток (регресивна) і компенсація. Декомпенсація зазначених порушень зазвичай у віці 7 років, що було зумовлено віковим критичним періодом.

Наступний етап дослідження спрямований на вирішення таких завдань:

- 1) виявлення особливостей розвитку емоційної сфери в дітей молодшого шкільного віку з ПОС порівняно з дітьми з нормативним розвитком, дітьми з аутизмом, дітьми з розумовою відсталістю (РВ) та встановлення її причин;
- 2) створення комплексу заходів, спрямованих на нівелювання патопсихологічних виявів.

При правильній побудові експериментальної роботи та процесу самого дослідження є можливість не просто констатувати стан дітей, а й зробити прогноз у його розвитку, а також дати рекомендації для роботи з дітьми і на їх підставі побудувати корекційну програму.



Використання моделі рівневого підходу, спостереження за поведінкою дітей із ПОС, вивчення вітчизняного та зарубіжного досвіду психометричних досліджень емоційної сфери дозволили вибрати методом дослідження – методику діагностики базової афективної регуляції за Н.Я. Семаго, що виявляє особливості афективної сфери молодших школярів із відхиленнями в емоційній сфері та молодших школярів, розвиток яких відбувається в межах норми. Зазначена методика була застосована до експериментальної групи досліджуваних.

Афективна система починає формуватися на найбільш ранніх етапах розвитку дитини. Ця система найтісніше пов'язана як із формуванням просторово-часових уявлень, так і з довільною регуляцією діяльності.

Базова афективна регуляція може бути представлена у вигляді структури, що складається з чотирьох рівнів:

- 1) рівень польової реактивності (афективної пластичності);
- 2) рівень афективних стереотипів;
- 3) рівень афективної експансії;
- 4) рівень афективного (емоційного) контролю.

Кожен рівень має свою смислову задачу, свої механізми регуляції, робить свій внесок до загальної тонізації всієї психічної діяльності. Ці рівні є своєрідними «одиницями» емоційно-афективної сфери.

На кожному з рівнів можна вирішити якісно різні завдання адаптації. Ці рівні не можуть замінити один одного, і ослаблення або посилення функціонування будь-якого з них може призвести до загальної дезадаптації системи в цілому.

У процесі розвитку дитини механізми афективної регуляції перетворюються, удосконалюються, долучаючись до єдиного процесу адаптації в найширшому розумінні цього поняття.

Оцінка афективної регуляції дитини дозволяє поставити психологічний діагноз у таких випадках, як ранній дитячий аутизм (викривлений розвиток), дисгармонійний розвиток (екстра-або інтропунітивного типу), затриманий і

парціально несформований розвиток, пошкоджений або дефіцитарний розвиток.

*Рівень польової реактивності* бере участь у вирішенні базальних завдань адаптації організму до зовнішнього світу. Сенс цього рівня – організація афективного налаштування організму до активного контакту з навколишнім світом. Ця форма афективної оцінки обмежена безпосередньою ситуацією, найменш енергоємна, але адекватна для вирішення певного кола завдань. Організм реагує лише на інтенсивність впливів зовнішнього світу, не оцінюючи якість впливу.

Цей рівень є найбільш «примітивним» механізмом регуляції, але багато в чому визначає людську поведінку в середовищі, забезпечуючи індивіду безпеку й емоційний комфорт. Водночас перший рівень робить важливий внесок у процес творчого вирішення завдань. Він забезпечує відчуття результату як наслідку, де краса і гармонія є першим сигналом правильності прийнятого рішення.

Афективно значимими на цьому рівні є оцінка динаміки інтенсивності зовнішніх впливів: руху, зміни просторових співвідношень у навколишньому світі.

Саме на цьому рівні починають формуватися власні психотехнічні прийоми стабілізації афективного життя (душевної рівноваги), які нині входять до складу різних психотерапевтичних і психокорекційних технік.

*Рівень афективних стереотипів.* На цьому рівні відбувається поглиблення афективного контакту з середовищем.

У ранньому віці цей рівень відіграє найважливішу роль у відпрацюванні пристосувальних реакцій дитини – харчових, оборонних, встановлення фізичного контакту з матір'ю. Надалі він стає компонентом складних форм адаптації, які визначають повноту і своєрідність чуттєвого життя людини.

Одним із завдань цього рівня є регуляція процесу задоволення вітальних потреб. Рівень афективних стереотипів встановлює контроль за

функціями організму, впорядковує психосоматичні відчуття і пов'язує останні з зовнішніми сигналами. Підсумком розвитку цього рівня є адаптація суб'єкта до навколишнього світу, вироблення афективних стереотипів сенсорного контакту з ним, створення специфічної тонізації всієї психічної діяльності дитини.

Розвиток цього рівня призводить до виникнення первинної афективної вибірковості: оцінки відповідності зовнішнього впливу вітальним потребам організму, оцінці комфорту чи дискомфорту у зв'язку з порушеннями процесу задоволення потреби.

Важливою характеристикою цього рівня є непереносимість, неприйняття вражень, пов'язаних зі змінами умов життя. Можна сказати, що саме тут закладаються основи формування індивідуальності людини. Афективні стереотипи є фоновим забезпеченням найбільш складних форм поведінки людини. Ці стереотипи задають афективний сенс поведінки.

*Рівень афективної експансії.* Забезпечення активної адаптації до умов зовнішнього середовища, досягнення афективно значущих цілей через подолання несподіваних перешкод відбувається на третьому рівні афективної регуляції.

Пристосувальним, смисловим завданням цього рівня є оволодіння невідомою (отже, небезпечною) ситуацією: пошук шляхів подолання труднощів, отримання позитивних тонізуючих переживань, якщо подолання вдалося.

Цей рівень дозволяє дитині адекватно оцінювати свої сили, народжує потребу в зіткненні з перешкодою, а також дає інформацію про межі власних можливостей. Подібні афективні переживання відрізняються значною силою та напруженістю.

Афективна пам'ять рівня стає берегинею нового знання про себе, тут відбувається накопичення досвіду успіхів і поразок, створюється основа для розвитку рівня домагань.

Досягнення афективної мети може здійснюватися в символічному

плані (в уяві, у малюванні, у грі). Типом поведінки тут стає активна експансія на навколишнє. Дитина прагне туди, де небезпечно, неприємно, оскільки перешкода на шляху, несподіване враження не лякають, а викликають цікавість, гнів, агресію і тим самим «підживлюють» психічну активність дитини, тонізують її. Адаптаційним завданням цього рівня є оволодіння мінливим, динамічним середовищем.

*Рівень емоційного контролю.* Смісловим завданням цього «головного» рівня є налагодження емоційної взаємодії з іншими людьми: формування правил, норм взаємодії з ними. За допомогою цього рівня забезпечується контроль соціуму над індивідуальним афективним життям, воно стає функціонувати відповідно до вимог і потреб оточуючих.

Цей рівень дає можливість виокремити афективні вияви іншої людини як сигнали, найбільш значущі для адаптації до навколишнього середовища. Значущими сигналами стають обличчя людини, її міміка, погляд, голос, інтонація, дотик, жест. Таке орієнтування дозволяє оцінити можливі емоційні наслідки свого вчинку. Позитивно тут оцінено схвалення людей, негативно – їх негативна реакція.

Цей рівень реально спирається на афективний досвід інших людей, стабільно забезпечує адекватну реакцію на їх оцінку, і це є основою для виникнення емоційного контролю людини над своєю поведінкою – радість від похвали і засмучення від неприйняття. Саме тут формується самовідчуття, забарвлене емоційними оцінками інших людей, і створюються передумови розвитку самооцінки.

Індивідуальний емоційний досвід фіксує заборони та переважні форми контакту з іншими людьми. Цей рівень створює образ надійного, стабільного навколишнього світу, у якому функціонують емоційні правила поведінки для всіх. У разі невдачі суб'єкт, звичайно, вже не реагує ні відходом, ні спрямованою агресією – він звертається за допомогою до інших людей.

*Загальна оцінка.* Кожен із взаємопов'язаних рівнів вирішує свої адаптивні завдання, які ускладнюються в процесі взаємодії дитини зі світом.

Крім цього, вся система виконує і надзвичайно важливу функцію тонізації всієї психічної сфери дитини. При цьому кожен рівень має специфічні механізми цієї тонізації.

Недостатня «тонізація» психічної активності призводить до появи в дитини специфічних труднощів у вирішенні завдань адаптації. При цьому починають додатково «експлуатуватися» механізми цього рівня. Іноді такої компенсації буває достатньо і вся система набуває якоїсь «стійкості» для ефективного вирішення завдань адаптації.

При відхиленнях розвитку дитини дисфункція будь-якого рівня афективної регуляції позначається на функціонуванні всіх інших рівнів. Це сприяє формуванню спільної дезадаптації дитини.

Отже, запропонована модель дозволяє описати як нормативний розвиток, так і розвиток, відхилений від норми. Для діагностики та ефективної корекційної роботи надзвичайно важливим є розуміння самої структури рівневої регуляції, характеру її сформованості та специфіки компенсації кожного з рівнів.

Для стимульного матеріалу методики були відібрані різні життєві ситуації (усього 16 сюжетів), сприйняття яких повинно було провокувати переживання, пов'язані з різним рівням афективної організації поведінки. Модель, описана авторами рівневого підходу, дозволяла гіпотетично уявити характер актуалізованих переживань і варіанти реагування, що виникають при оцінюванні ситуацій. Після апробації пілотного варіанта методики були визначені типові вибори для адекватного і дисфункціонального реагування. Умовно вибори були віднесені до категорій А (варіант гіперреагування), В (адекватний варіант) і С (гіпореакції).

Отже, дитині була дана можливість вибрати один із варіантів сюжету, який повинен був проектувати індивідуальний характер переживань дитини і можливий спосіб поведінки в аналогічній ситуації. Точність проєкції підтверджувалася ще однією процедурою: діти підкладали до вибраного варіанта картку з особою, що відображає позитивну або негативну емоцію, а

також пояснювали, чому в чоловічка сумне чи радісне обличчя. Методика передбачала створення разом із дитиною ніби сюжету фільму про героя, представленого на картинках, що захоплювало дитину і полегшувало її ідентифікацію з героєм.

Наприклад, сюжет 1 «Поїзд». На картинках цього сюжету зображені 3 варіанти поїздки героя поїздом: серед натовпу, в малій групі знайомих людей і поодиноці. Сюжет розрахований на актуалізацію переживань 1 і 4 рівнів, що визначають поведінку при оцінці безпеки дистанції в ситуації контакту з людьми. Вибір, наприклад, дитиною варіанта 1С, міг, згідно з рівневою моделлю, свідчити про наявність у поведінці дитини низки тенденцій: особливої чутливості, вразливості в ситуації контакту, тенденції до переоцінки його інтенсивності. Такі установки можуть стати причиною зниження комунікативних можливостей дитини.

Однак остаточний висновок про передбачувані тенденції афективного розвитку дитини було зроблено після зіставлення всіх показників, отриманих в експерименті. Враховано вибір карти, вибір додаткової картки (вираз обличчя героя), зміст вербального коментаря. Було враховано загальні кількісні показники, отримані при проходженні дитиною всіх сюжетів тесту (кожен варіант відповіді було оцінено одним балом).

Переважання типів реагування в дітей визначено за сумою відповідей у різних категоріях (А, В, С) від загальної кількості відповідей. Значна кількість відповідей у якій-небудь категорії визначала її як домінуючу при такому поєднанні значень.

Передусім у дослідженні були виявлені і зіставлені домінуючі типи афективного реагування в дітей досліджуваних груп. Кількісні показники репрезентовані в табл. 2.4.

Таблиця 2.4.

**Диференційна діагностика типів реагування в афективній сфері  
у дітей досліджуваних груп**

Група	Типи реагування			P
	A	B	C	
Церебрастенічна форма ПОСn=35	15,70%	18,50%	65,80%	0,005
Психопатоподібна форма ПОС n=35	75,00%	10,00%	15,00%	0,006
Неврозоподібна форма ПОС n=35	10,50%	29,00%	60,50%	0,004
Аутизм n=35	8,00%	2,30%	89,70%	0,004
PВ n=35	18,00%	5,00%	77,00%	0,006
Норма n=35	6,00%	89,50%	4,50%	0,007

Отже, вищевказані кількісні показники, які становлять загальну картину розвитку афективної сфери всіх досліджуваних груп дітей, є ще одним важливим аргументом, який підтверджує клініко-психологічні спостереження про особливості емоційної сфери в дітей із ПОС.

У дітей із церебрастенічною та неврозоподібною формою ПОС спостерігається гіпофункція, яка впливає на розвиток окремих рівнів у більшості дітей, може позначитися в цілому на афективній стійкості дитини, її вибірковості у стосунках зі світом, на регуляції афективного тону.

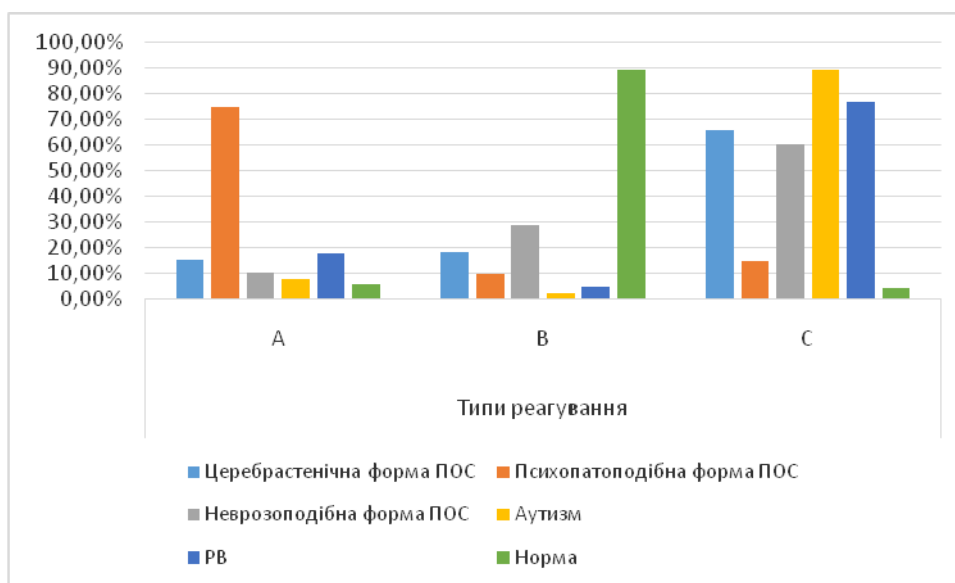
У дітей із РВ та аутизмом спостерігається тотальна гіпофункція за типом афективного реагування, що значно утруднює диференційований контакт із оточенням та іншими людьми.

У дітей із психопатоподібною формою ПОС спостерігається переважно варіант гіперреагування. У цих дітей відбувається ніби «віднімання» енергії в інших психічних систем, що так само несприятливо для їх розвитку.

У дітей із нормативним розвитком домінує переважно адекватний варіант афективного реагування.

Продемонстровані вище результати переконливо доводять, наскільки важливе звернення до проблеми становлення та функціонування афективної системи регуляції в дітей із психоорганічним синдромом. Рис. 2.1

репрезентує графічні показники типів реагування в афективній сфері в дітей досліджуваних груп.



**Рис. 2.1.** Типи реагування в афективній сфері в дітей досліджуваних груп

Розгляд кількісних і якісних показників стану окремих рівнів дозволив описати деякі особливості рівневої організації системи афективної регуляції в дітей. Показники стану рівня польової реактивності (ПР) у досліджуваних груп дітей відображені в табл.2.5.

Очевидно, що рівень польової реактивності в більшості дітей із ПОС розвинений недостатньо, а значить, ті адаптаційні завдання, які характерні для цього рівня організації поведінки, а саме організація афективного налаштування організму до активного контакту з навколишнім світом, будуть виконані спотворено, так, як це характерно для дисфункції.

Таблиця 2.5.

### Стан рівня польової реактивності в дітей досліджуваних груп

Група	Типи реагування			P
	А	В	С	
Церебрастенічна форма ПОС	38,20%	9,00%	52,80%	0,039
Психопатоподібна форма ПОС	29,20%	8,00%	62,80%	0,039
Неврозоподібна форма ПОС	45,60%	7,00%	52,60%	0,014



Аутизм	7,40%	5,30%	87,30%	0,042
PВ	8,80%	6,80%	84,40%	0,04
Норма	1,10%	96,80%	2,10%	0,008

Спостереження за дітьми з церебрастенічною та неврозоподібною групами з ПОС показали, що почасти в них виявлено збіги з поведінкою, характерною для гіпофункції першого рівня. Це виявлено передусім у ситуації спілкування при оцінці зміни інтенсивності емоційних компонентів спілкування та його просторових характеристик. Діти з гіпотонусом рівня польової реактивності виявляли особливу чутливість до зміни сили голосу вчителя, до інтенсивності зорового і тактильного контакту. Іноді вони завмирили, напружувалися, тривожилися або відсувалися, якщо вчитель несподівано підходив до них і, бажаючи привернути увагу, підвищував голос або різко притягував до себе, енергійно «вихоплював» до дошки. Постійні негативні переживання такого роду, очевидно, ускладнюють задоволення і розвиток у дітей з церебрастенічною та психопатоподібною формою ПОС вищих потреб у спілкуванні та співпраці, необхідних для особистісного розвитку.

Діти з психопатоподібною формою ПОС переважно відзначалися гіпертонусом рівня польової реактивності. Ці діти не відчували занепокоєння від інтенсивного та численного контакту з іншими людьми, були настирливі, неправильно оцінювали дистанцію в спілкуванні, виявляли надмірну активність і безстрашність у пересуваннях в незнайомому просторі. Водночас ці особливості їхньої поведінки також не сприяли задоволенню їх соціальних потреб, часто ускладнювали процес адаптації до школи.

Діти з аутизмом та розумовою відсталістю на рівні оцінки інтенсивності впливу середовища переважно характеризуються гіпореакцією. У дітей із аутизмом порушення специфічні і пов'язані з первинною патологією, спостерігається гіпосензитивність як до людей, так і до

навколишнього світу. У дітей із розумовою відсталістю диференційний контакт із людьми та оточенням теж у край знизений, але більш продуктивний.

Діти з нормативним розвитком переважно відзначалися адекватним варіантом польової реактивності. Діти адекватно оцінювали безпосередньо ситуацію, інтенсивність впливів зовнішнього світу.

Варто зазначити, що незнання педагогами всіх причин, що призводять до поведінкових проблем у дітей із дисфункцією першого рівня, спричиняє неефективні форми взаємодії з такою дитиною, непотрібні покарання, а також звужує вибір засобів у навчанні та корекції інтелектуальної сфери.

Дослідження особливостей стану рівня стереотипів (СТ) афективної організації поведінки виявило картину, репрезентовану в табл. 2.6.

Таблиця 2.6.

### Стан рівня стереотипів у дітей досліджуваних груп

Група	Типи реагування			P
	A	B	C	
Церебрастенічна форма ПОС n=35	68,70%	7,10%	24,20%	0,022
Психопатоподібна форма ПОС n=35	64,20%	8,10%	27,70%	0,022
Неврозоподібна форма ПОС n=35	69,60%	17,70%	13,20%	0,024
Аутизм n=35	92,60%	1,60%	5,80%	0,032
PB n=35	74,50%	5,50%	20,00%	0,023
Норма n=35	7,50%	90,50%	2,00%	0,008

Кількісні показники дозволяють зробити висновок про те, що переважно в дітей із ПОС спостерігається дисфункція і на рівні стереотипів.

Гіперфункція рівня стереотипів, яка згідно з рівневою концепцією негативно впливає на поведінку, встановлює вибіркоче ставлення до навколишнього світу, що формує індивідуальну манеру цієї взаємодії.

Зі спостережень за поведінкою дітей із церебрастенічною,

психопатоподібною та неврозоподібною формою ПОС було виявлено подібний вплив, який сприяв формуванню в них надзалежності від звичної та зайвої вразливості при порушенні стереотипів, а також появи гіперкомпенсаторних реакцій, характерних для другого рівня. Про це свідчили властива дітям невпевненість, відмова і прагнення виконувати вже знайомі дії при перемиканні на нове, а також капризи, що супроводжували цю діяльність, невдоволення, скарги на втому, розгойдування, стереотипні дії. Те, що деякі діти важко звикали до нового режиму школи, остерігалися тактильного і зорового контакту з малознайомими людьми, прив'язувалися тільки до тих дорослих, які жаліли їх, свідчило про їх страх нових вражень і про те, що взаємодія рівнів у злагодженій афективній організації поведінки в них порушена. Це цілком могло призводити до страхів самотності, висоти, темряви, які спостерігалися в дітей цієї групи, а також до загостреного негативного переживання нездужання, втоми, частого невдоволення оточуючими, надмірної потреби у визнанні, схваленні, увазі.

У цілому поведінка дітей із церебрастенічною, психопатоподібною та неврозоподібною формами ПОС, у яких спостерігався стан дисфункції другого рівня, визначалася прагненням до стереотипності, а страхи й агресія були спровоковані порушенням стереотипних форм взаємодії з оточенням. Така характерна поведінка не могла забезпечити сприятливу адаптацію цих дітей у нестабільній ситуації, ускладнювала соціалізацію та особистісний розвиток.

Діти з аутизмом та розумовою відсталістю переважно виявляють гіпореакції, які за силою та інтенсивністю переважають гіперреагування другого рівня афективних стереотипів дітей із ПОС. Афективна система бере під контроль увесь спектр зовнішніх та внутрішніх відчуттів, у дітей з аутизмом це спостерігається більш виражено. У дітей із аутизмом на першому плані – вибірковість. У дітей із розумовою відсталістю переважає вузькість сприймання та складність регулювання інтенсивності афекта. Виявлено аутоstimуляції, стереотипні форми поведінки.

Діти з нормативним розвитком у цілому характеризуються адекватним варіантом афективного реагування другого рівня. Цим дітям притаманна гарна адаптація до навколишнього середовища, вироблення адекватних афективних стереотипів сенсорного контакту.

Третій рівень афективної організації в дітей із церебрастенічною та психопатоподібною формою ПОС також мав низку особливостей порівняно з дітьми з аутизмом, розумовою відсталістю та нормативним розвитком. У табл. 2.7. репрезентовані кількісні показники стану рівня експансії.

Таблиця 2.7.

### Стан рівня експансії в дітей досліджуваних груп

Група	Типи реагування			P
	A	B	C	
Церебрастенічна форма ПОС <sub>n=35</sub>	31,10%	18,40%	50,50%	0,044
Психопатоподібна форма ПОС <sub>n=35</sub>	74,90%	10,10%	15,00%	0,044
Неврозоподібна форма ПОС <sub>n=35</sub>	27,80%	24,30%	57,80%	0,007
Аутизм <sub>n=35</sub>	7,30%	5,40%	87,30%	0,049
PВ <sub>n=35</sub>	9,60%	7,80%	82,60%	0,046
Норма <sub>n=35</sub>	4,30%	93,20%	2,50%	0,004

Хоча кількість дітей із ПОС, у яких виявлено порушення рівня експансії, зменшилася порівняно зі станом рівня польової реактивності та стереотипів у цій категорії, все-таки кількість дітей, що мають значущі результати в категорії нормативного реагування, ще невелика. У більшості дітей значення в рівні розподілилися між категоріями А, В, С, що також указує на недорозвиток рівня і негативний вплив цього недорозвитку на організацію адаптивної поведінки дітей.

У дітей із церебрастенічною та неврозоподібною формами ПОС виявлена переважно гіпореакція рівня афективної експансії. Це виражено у вияві страху та боязні самостійності, зниженні настрою, примхах при

необхідності діяти в новій, нестабільній ситуації або долати будь-які перешкоди.

У дітей із психопатоподібною формою ПОС варіант гіперреагування виявився в агресивному контакті, негативізмі у взаємодії з дорослими, гострій потребі в увазі. У дітей виникали проблеми, зумовлені своєрідністю їх контакту: тільки агресія інших людей, їх сильні, частіше негативні афективні вияви могли задовольнити потребу в емоційному «заряді». Виникнення цієї неадекватної потреби цілком можна пояснити недосконалістю механізмів третього рівня, які перетворюють негативні враження на позитивні. Ущербністю переживань третього рівня також можна пояснити агресивні вияви дітей у ситуації оцінювання їхньої діяльності.

Отже, виявлена картина дисфункції рівня експансії в дітей із всіх трьох груп із ПОС збігалася з картиною порушень, описаною в рівневому підході, хоча й мала своєрідний характер. Характер виявів у випадках гіпофункції і гіперфункції також, як і в моделі рівневого підходу, виявився різним: у першому випадку спостерігалася відмова від активного освоєння світу, порушення здатності адекватно оцінювати свої можливості, у другому – підвищення прагнення до афективної експансії. Порушення на третьому рівні позначилися на стані всієї афективної організації поведінки: порушилася робота механізмів усіх рівнів, це порушення мало більш глибокий характер, ніж при порушеннях міжрівневої взаємодії через недорозвиток першого та другого рівня.

У дітей із аутизмом та розумовою відсталістю на рівні афекторної експансії спостерігалися значні порушення адаптації в нестабільній, критичній ситуації. Відзначена відсутність сформованості патернів поведінки, характерних віку. У дітей із аутизмом порушені базальні компоненти цього рівня, а саме інстинкт самозбереження, полова ідентифікація, дослідницька діяльність. У дітей із розумовою відсталістю порушення більш пов'язані з важкістю, із здолянням перешкод, соціальною заборонаю, дослідницькою діяльністю.

У дітей із нормативним розвитком домінує адекватний варіант реагування. Діти адекватно оцінюють себе і свої можливості. Вони шукають шляхи подолання труднощів, адекватно реагують і оцінюють досвід успіху і поразки, що стає основою для розвитку рівня домагань.

Кількісне підтвердження явищ дисфункції на рівні контролю (К) представлено в табл. 2.8. та Рис. 2.1.

Таблиця 2.8.

### Стан рівня емоційного контролю в дітей досліджуваних груп

Група	Типи реагування			P
	А	В	С	
Церебрастенічна форма ПОС n=35	38,20%	9,00%	52,80%	0,039
Психопатоподібна форма ПОС n=35	29,20%	8,00%	62,80%	0,039
Неврозоподібна форма ПОС n=35	45,60%	7,00%	52,60%	0,014
Аутизм n=35	7,40%	5,30%	87,30%	0,042
РВ n=35	8,80%	6,80%	84,40%	0,04
Норма n=35	1,10%	96,80%	2,10%	0,008

Гіпофункція рівня контролю у більшій частині дітей із ПОС позначилася на здатності неправильно диференціювати параметри емоційної оцінки інших людей, що спостерігалася в них. З позиції рівневого підходу ця помилковість породжує надзалежність дітей від емоційної оцінки інших людей. Вона робить їх конформними, некритичними, «перебірливими» в спілкуванні, зайво прив'язаними до дорослих, породжує в них потребу в постійній позитивній оцінці та неадекватне оцінювання своїх можливостей. Вплив гіпореагування рівня контролю на афективну пам'ять дітей виявився в затримці формування довільної поведінки.

Все це дає змогу зробити висновок, що несприятливий досвід соціальної взаємодії в цієї категорії дітей призводить до того, що в їх афективній пам'яті зберігаються частіше форми негативного контакту, що

породжує небажання підтримувати взаємодію з дорослими, знижує здатність до наслідування, імітації поведінки і розвитку її довільних форм.

У дітей із розумовою відсталістю та аутизмом рівень емоційного контролю переважно характеризується гіпореагуванням. У дітей із аутизмом на перший план виходить проблема вербальної комунікації, недостатня кількісна та якісна сторона комунікації. У дітей із розумовою відсталістю спостерігаються непостійність комунікації, швидке присичення.

У дітей із нормою розвитку спостерігається адекватний варіант реагування. Діти з легкістю налагоджують емоційні взаємодії з іншими людьми, мають здатність до формування правил, норм взаємодії. Діти з легкістю виокремлюють та аналізують афективні вияви інших людей, також аналізують як вербальні, так і невербальні вияви: міміку, жести тощо.

Отже, функціональна своєрідність на рівні контролю в афективній організації поведінки в дітей із церебрастенічною, неврозоподібною та психопатоподібною формами ПОС виявилася в проблемному характері соціалізації, у вибірковості в спілкуванні, залежності від емоційної оцінки інших людей, помилковості в тлумаченні цієї оцінки, зайвій прихильності до дорослих і неадекватній оцінці власних можливостей.

Одним із чинників впливу на порушення адаптації є високий рівень тривожності в дітей молодшого шкільного віку.

Тривожність – це схильність переживати емоційне хвилювання, тривогу, що виникають у ситуаціях невизначеної загрози якійсь очікуваній події і виявляється у прогнозуванні несприятливого її завершення. Підвищена тривожність робить поведінку дитини метушливою, неспокійною, розсіяною. Такий емоційний супровід значно зростає в умовах особистої відповідальності за щось і негативно позначається на характері, котрий набуває рис невпевненості, заниженої самооцінки, внутрішнього конфлікту між високим рівнем домагань і низькою самооцінкою своїх можливостей та успішності. Тривожність – це риса темпераменту, тому притаманна всім людям, але виявляється індивідуально на різних рівнях і тому по-різному

впливає на поведінку.

Передумовою розвитку підвищеного рівня тривожності є висока чутливість (сенситивність) нервової системи, що спостерігається в дітей із психоорганічним синдромом і є передумовою до високого рівня дезадаптації. Тривожність, закріпившись, стає досить стійким утворенням. Діти з підвищеною тривожністю опиняються в ситуації, коли тривожність погіршує можливості адаптації, результативність діяльності, а це ще більше підсилює емоційне неблагополуччя.

Тривожність негативно впливає не лише на емоційне самопочуття дитини, а й у подальшому її житті порушує функціональні можливості психіки – занижена самооцінка, низький рівень навчанності через ригідність мислення, відсутність креативу уяви, продуктивності пам'яті – відбувається деструкція і гальмування розвитку особистості.

Варто зазначити, що подолання тривожності в дітей із ПОС, а саме виявлення чітких детермінант виявів тривожності, об'єктивна оцінка наслідків наявності в емоційному житті дитини надмірної тривоги і страху, створення найбільш оптимальної бази тих соціальних інститутів, які супроводжують людину на шляху її соціалізації, розробка дієвої системи корекційної роботи, значно допоможе в таких соціальних аспектах, як навчально-виховний процес, родинне виховання, соціалізація особистості, індивідуальний розвиток і саморозвиток дітей із ПОС.

Для виявлення особливостей чинника тривожності в дітей із ПОС порівняно з дітьми із аутизмом, розумовою відсталістю та дітьми з нормативним розвитком було використано методику «Вимірювання рівня тривожності Тейлора». Результати за цією методикою подано в табл. 2.9. та у вигляді діаграми на Рис. 2.2. Протокол методики подано в додатку А.



Таблиця 2.9.

**Результати за методикою «Вимірювання рівня тривожності Тейлора»**

Групи	Дуже високий показник тривожності	Високий показник тривожності	Середній із тенденцією до високого показник тривожності	Середній із тенденцією до низького показник тривожності	Низький показник тривожності
Церебрастенічна форма ПОС n=35	2	17	12	3	1
Психопатоподібна форма ПОС n=35	1	3	8	19	4
Неврозоподібна форма ПОС n=35	6	18	9	2	0
Аутизм n=35	21	12	2	0	0
Розумова відсталість n=35	7	6	8	6	8
Норма n=35	0	2	11	15	7

Результати, отримані після проведення методики, засвідчили, що:

- 54,29% дітей із церебрастенічною формою ПОС мають дуже високі і високі показники рівня тривожності;
- 34,29% досліджуваних дітей із церебрастенічною формою ПОС мають середній із тенденцією до високого рівень тривожності;
- середній із тенденцією до низького – 8,57% досліджуваних дітей із церебрастенічною формою ПОС;
- низький рівень тривожності мають 2,86% дітей із церебрастенічною формою ПОС.

Можна зробити висновки, що для дітей із церебрастенічною формою ПОС властивий високий та середній з тенденцією до високого рівні тривожності.

- 11,43% досліджуваних дітей із психопатоподібною формою ПОС мають високий рівень тривожності;
- 22,86% дітей із психопатоподібною формою ПОС мають середній із тенденцією до високого рівень тривожності;
- 54,29% дітей із психопатоподібною формою ПОС мають середній із

тенденцією до низького рівень тривожності;

- 11,43% дітей із психопатоподібною формою ПОС мають низький рівень тривожності;

Можна зробити висновки, що для дітей із психопатоподібною формою ПОС властивий середній із тенденцією до низького рівні тривожності.

- 68,57% дітей із неврозоподібною формою ПОС мають дуже високі і високі показники рівня тривожності,
- 25,71% досліджуваних дітей із неврозоподібною формою ПОС мають середній із тенденцією до високого рівень тривожності;
- середній із тенденцією до низького – 5,71% досліджуваних дітей із неврозоподібною формою ПОС;
- у жодної дитини із неврозоподібною формою ПОС не виявлено низького рівня тривожності.

Можна зробити висновки, що для дітей із неврозоподібною формою ПОС властивий високий рівень тривожності. Також варто відзначити, що в цій групі дітей не виявлено жодного з низьким рівнем тривожності.

- 94,3% дітей із аутизмом мають дуже високі і високі показники рівня тривожності;
- 5,7% досліджуваних дітей із аутизмом мають середній із тенденцією до високого рівень тривожності;
- у жодної дитини із аутизмом не виявлено середнього з тенденцією до низького та низького рівня тривожності.

Можна зробити висновки, що для дітей із аутизмом властивий дуже високий та високий рівень тривожності. Також варто відзначити, що в цій групі дітей не виявлено жодного з низьким або тенденцією до низького рівня тривожності.

- 37,14% дітей із розумовою відсталістю мають дуже високі і високі показники рівня тривожності;
- 22,86% досліджуваних дітей із розумовою відсталістю мають середній із тенденцією до високого рівень тривожності;

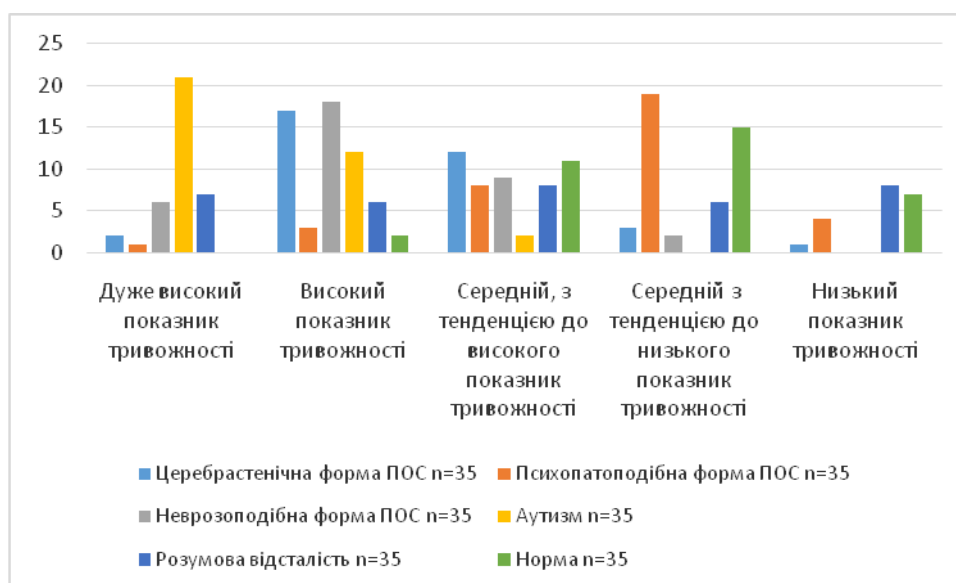
- середній із тенденцією до низького – 17,14% досліджуваних дітей із розумовою відсталістю;
- низький рівень тривожності мають 22,86% дітей із розумовою відсталістю.

Можна зробити висновки, що для дітей із розумовою відсталістю властивий високий та середній з тенденцією до високого рівні тривожності.

- 5,71% дітей із нормативним розвитком мають високі показники рівня тривожності;
- 31,42% досліджуваних дітей, розвиток яких відбувається в межах норми, мають середній із тенденцією до високого рівень тривожності;
- середній із тенденцією до низького – 42,86% досліджуваних дітей із нормою розвитку;
- низький рівень тривожності мають 20,01% дітей із нормою розвитку.

Можна зробити висновки, що для дітей із нормою розвитку властивий середній із тенденцією до низького та середній із тенденцією до високого рівні тривожності.

Отже, проблема тривожності характерна для більшості дітей із психоорганічним синдромом.



**Рис. 2.2.** Показники тривожності за методикою Тейлора

«Тест шкільної тривожності Філіпса» дозволив вивчити рівень і

характер тривожності в дітей молодшого шкільного віку досліджуваних груп. Результати тесту репрезентовані в табл. 2.10. та на рис. 2.3. Протокол методики подано в додатку А.

Таблиця 2.10.

### Показники тривожності за «Тестом шкільної тривожності Філіпса»

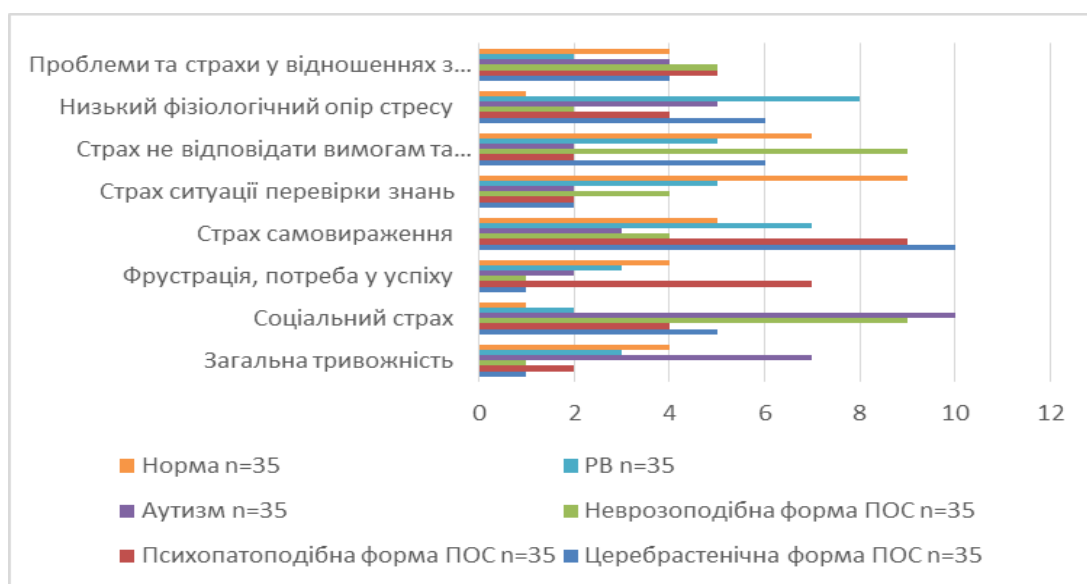
Фактори тривожності	Церебрас тенічна форма ПОС n=35	%	Психопат оподібна форма ПОС n=35	%	Неврозоп одібна форма ПОС n=35	%	Аутизм n=35	%	РВ n=35	%	Норма n=35	%
Загальна тривожність	1	2,857	2	5,71	1	2,857	7	20	3	8,6	4	11,4
Соціальний страх	5	14,29	4	11,4	9	25,71	10	28,6	2	5,7	1	2,86
Фрустрація, потреба у успіху	1	2,857	7	20	1	2,857	2	5,71	3	8,6	4	11,4
Страх самовираження	10	28,57	9	25,7	4	11,43	3	8,57	7	20	5	14,3
Страх ситуації перевірки знань	2	5,714	2	5,71	4	11,43	2	5,71	5	14	9	25,7
Страх не відповідати вимогам та сподіванням оточуючих	6	17,14	2	5,71	9	25,71	2	5,71	5	14	7	20
Низький фізіологічний опір стресу	6	17,14	4	11,4	2	5,714	5	14,3	8	23	1	2,86
Проблеми та страхи у відношеннях з дорослими	4	11,43	5	14,3	5	14,29	4	11,4	2	5,7	4	11,4

Отже, під час проведення «Тесту шкільної тривожності Філіпса» в дітей молодшого шкільного віку з ПОС було з'ясовано, що:

- найвищі показники серед чинників тривожності дітей із церебростенічною формою ПОС мають «страх самовираження» – 28,5%, «низький фізіологічний опір стресу» – 17,4%, «страх не відповідати вимогам та сподіванням оточуючих» – 17,4%; низький рівень тривожності мали лише 7 % дітей у цій групі;
- найвищі показники серед чинників тривожності дітей із психопатоподібною формою ПОС мають «фрустрація, потреба в успіху» – 20%, «страх самовираження» – 25,71%; низький рівень

тривожності мали 18% дітей із психопатоподібною формою ПОС;

- найвищі показники серед чинників тривожності дітей із неврозоподібною формою ПОС мають «соціальний страх» – 25,71%, «страх не відповідати вимогам та сподіванням оточуючих» – 25,71%; низького рівня тривожності не було в жодної дитини;
- найвищі показники серед чинників тривожності дітей із аутизмом мають «соціальний страх» – 28,60%, «загальна тривожність» – 20,00%; низького рівня тривожності не було в жодної дитини;
- найвищі показники серед чинників тривожності дітей із розумовою відсталістю мають «страх самовираження» – 20,00%, «низький фізіологічний опір стресу» – 23,00%; низький рівень тривожності мали лише 9 % дітей у цій групі;
- найвищі показники серед чинників тривожності дітей, розвиток яких відбувається нормативно, мають «страх ситуації перевірки знань» – 25,7%, «страх самовираження» – 14,3%; низький рівень тривожності мали 20% дітей із нормою розвитку.



**Рис. 2.3.** Показники тривожності за Філіпсом

Отже, чинники тривожності в дітей із ПОС виражені більш інтенсивно,

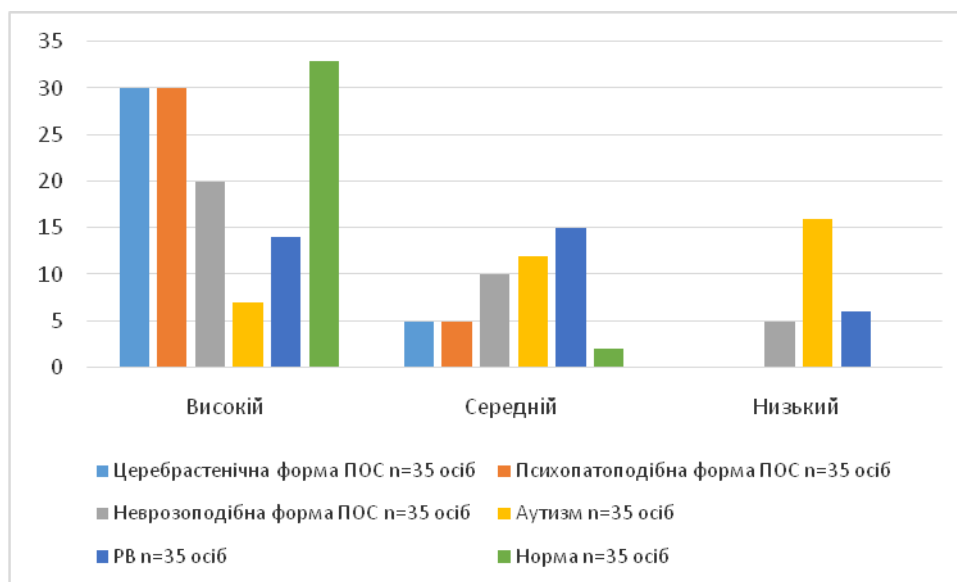


									б			
Високий	30	85,71	30	85,71	20	57,18	7	20,00	14	40,00	33	94,2 9
Середній	5	14,25	5	14,25	10	28,57	12	34,29	15	42,86	2	5,71
Низький	-	-	-	-	5	14,25	16	45,71	6	17,14	-	-

У результаті проведення цієї методики отримано такі відомості:

- 30 дітей (85,71%) із церебрастенічною формою ПОС мають високий рівень вираження емоційних станів;
- 5 дітей (14,25%) із церебрастенічною формою ПОС мають середній рівень вираження емоційних станів;
- у дітей із церебрастенічною формою ПОС низького рівня вираження емоційних станів не виявлено.
- 30 дітей (85,71%) із психопатоподібною формою ПОС мають високий рівень вираження емоційних станів;
- 5 дітей (14,25%) із психопатоподібною формою ПОС мають середній рівень вираження емоційних станів;
- у дітей із психопатоподібною формою ПОС низького рівня вираження емоційних станів не виявлено.
- 20 дітей (57,18%) із неврозоподібною формою ПОС мають високий рівень вираження емоційних станів;
- 10 дітей (28,57%) із неврозоподібною формою ПОС мають середній рівень вираження емоційних станів;
- 5 дітей (14,25%) із неврозоподібною формою ПОС мають низький рівень вираження емоційних станів.
- 7 дітей (20,00%) із аутизмом мають високий рівень вираження емоційних станів;
- 12 дітей (34,29%) із аутизмом мають середній рівень вираження емоційних станів;
- 16 дітей (45,71%) із аутизмом мають низький рівень вираження емоційних станів.

- 14 дітей (40,00%) із розумовою відсталістю мають високий рівень вираження емоційних станів;
- 15 дітей (42,86%) із розумовою відсталістю мають середній рівень вираження емоційних станів;
- 6 дітей (17,14%) із розумовою відсталістю мають низький рівень вираження емоційних станів.
- 33 дітей (94,29%) із нормативним розвитком мають високий рівень вираження емоційних станів;
- 2 дітей (5,71%) із нормативним розвитком мають середній рівень вираження емоційних станів;
- у дітей із нормативним розвитком низького рівня не виявлено.



**Рис. 2.4.** Рівень вираження емоційних станів по групах

Результати дослідження груп дітей молодшого шкільного віку за модифікованою методикою «Вивчення розуміння емоційних станів людей, зображених на картинці» Г.А. Волкової висвітлені в табл. 2.12 та на рис. 2.5.



Таблиця 2.12.

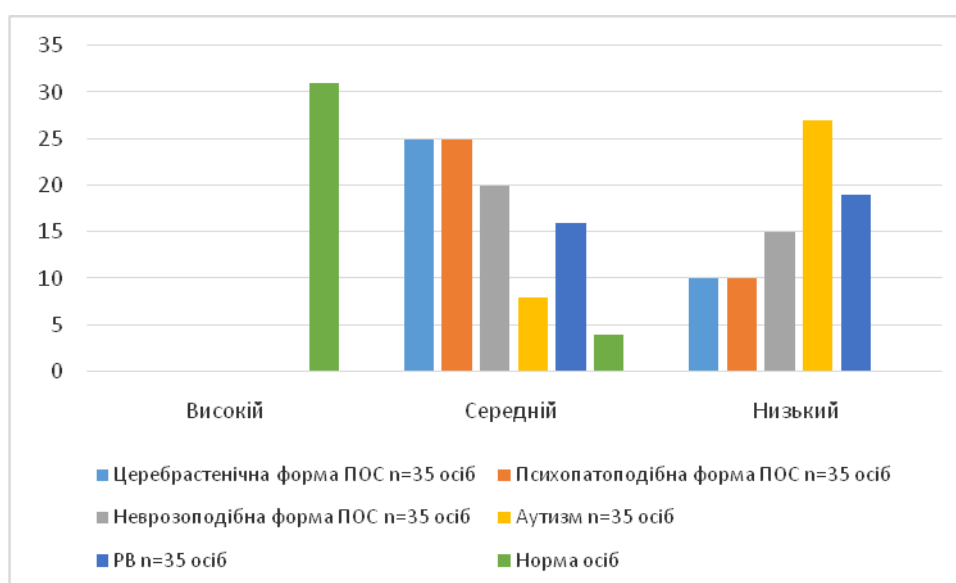
**Рівень розуміння емоційних станів людей у дітей досліджуваних****груп**

Рівень розуміння емоційних станів	Церебрастенічна форма ПОС n=35		Психопатоподібна форма ПОС n=35		Неврозоподібна форма ПОС n=35		Аутизм n=35		РВ n=35		Норма	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Високий	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00	31	88,57
Середній	25	71,42	25	71,42	20	57,18	8	22,86	16	45,71	4	11,43
Низький	10	28,57	10	28,57	15	42,85	27	77,14	19	54,29	0	0,00

У результаті проведення цієї методики отримано такі відомості:

- 25 дітей (71,42%) із церебрастенічною формою ПОС мають середній рівень розуміння емоційних станів людей;
- 10 дітей (28,57%) із церебрастенічною формою ПОС мають низький рівень розуміння емоційних станів людей;
- у дітей із церебрастенічною формою ПОС високого рівня розуміння емоційних станів людей не виявлено.
- 25 дітей (71,42%) із психопатоподібною формою ПОС мають середній рівень розуміння емоційних станів людей;
- 10 дітей (28,57%) із психопатоподібною формою ПОС мають низький рівень розуміння емоційних станів людей;
- у дітей із психопатоподібною формою ПОС високого рівня розуміння емоційних станів людей не виявлено.
- 20 дітей (57,18%) із неврозоподібною формою ПОС мають середній рівень розуміння емоційних станів людей;
- 15 дітей (42,82%) із неврозоподібною формою ПОС мають низький рівень розуміння емоційних станів людей;
- у дітей із неврозоподібною формою ПОС високого рівня розуміння емоційних станів людей не виявлено.

- у дітей із аутизмом високого рівня розуміння емоційних станів людей не виявлено;
- 8 дітей (22,86%) з аутизмом мають середній рівень розуміння емоційних станів людей;
- 27 дітей (77,14%) з аутизмом мають низький рівень розуміння емоційних станів людей.
- у дітей із розумовою відсталістю високого рівня розуміння емоційних станів людей не виявлено;
- 16 дітей (45,71%) із розумовою відсталістю мають середній рівень розуміння емоційних станів людей;
- 19 дітей (54,29%) із розумовою відсталістю мають низький рівень розуміння емоційних станів людей.
- 31 дитина (88,57%) із нормативним розвитком має високий рівень розуміння емоційних станів людей;
- 4 дітей (11,43%) із нормативним розвитком мають середній рівень розуміння емоційних станів людей;
- у дітей з нормативним розвитком низького рівня розуміння емоційних станів не виявлено.



**Рис. 2.5.** Рівень розуміння емоційних станів людей по групах

Результати дослідження дітей молодшого шкільного віку за модифікованим тестом «Розпізнавання емоцій» Г.А. Волкової представлені в

таб. 2.13 та на рис.2.6. Протокол методики подано в додатку А.

Таблиця 2.13.

**Рівень розпізнавання емоцій людей по групах**

Рівень розпізнавання емоцій людей	Церебрастенічна форма ПОС n=35		Психопатоподібна форма ПОС n=35		Неврозоподібна форма ПОС n=35		Аутизм n=35		РВ n=35		Норма	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Високий	10	28,57	10	28,57	20	57,18	2	5,71	6	17,14	34	97,14
Середній	10	28,57	20	57,18	10	28,57	6	17,14	15	42,86	1	2,86
Низький	15	42,85	5	14,28	5	14,28	27	77,14	14	40,00	0	0,00

У результаті проведення цієї методики отримано такі показники:

- 10 дітей (28,57%) із церебрастенічною формою ПОС мають високий рівень розпізнавання емоцій;
- 10 дітей (28,57%) із церебрастенічною формою ПОС мають середній рівень розпізнавання емоцій;
- 15 дітей (42,85%) із церебрастенічною формою ПОС мають низький рівень розпізнавання емоцій.
- 10 дітей (28,57%) із психопатоподібною формою ПОС мають високий рівень розпізнавання емоцій;
- 20 дітей (57,18%) із психопатоподібною формою ПОС мають середній рівень розпізнавання емоцій;
- 5 дітей (14,25%) із психопатоподібною формою ПОС мають низький рівень розпізнавання емоцій.
- 20 дітей (57,18%) із неврозоподібною формою ПОС мають високий рівень розпізнавання емоцій;
- 10 дітей (28,57%) із неврозоподібною формою ПОС мають середній рівень розпізнавання емоцій;
- 5 дітей (14,25%) із неврозоподібною формою ПОС мають низький

рівень розпізнавання емоцій.

- 2 дітей (5,71%) з аутизмом мають високий рівень розпізнавання емоцій;

- 6 дітей (17,14%) з аутизмом мають середній рівень розпізнавання емоцій;

- 27 дітей (77,14%) з аутизмом мають низький рівень розпізнавання емоцій.

- 6 дітей (17,14%) з розумовою відсталістю мають високий рівень розпізнавання емоцій;

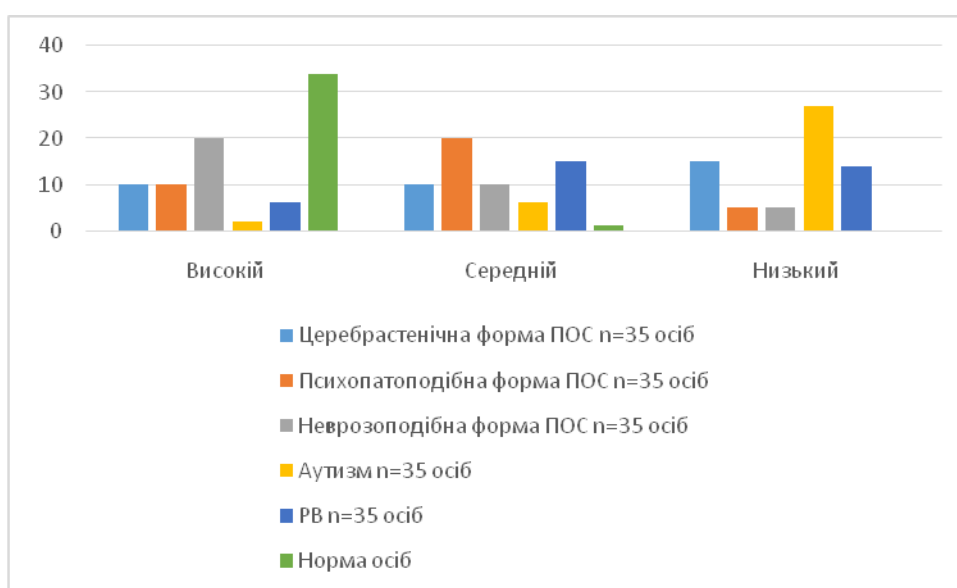
- 15 дітей (42,86%) з розумовою відсталістю мають середній рівень розпізнавання емоцій;

- 14 дітей (40,00%) з розумовою відсталістю мають низький рівень розпізнавання емоцій.

- 34 дітей (97,14%) з нормативним розвитком мають високий рівень розпізнавання емоцій;

- 1 дитина (2,86%) з нормативним розвитком має середній рівень розпізнавання емоцій;

- у дітей з нормативним розвитком низького рівня розпізнавання емоцій.



**Рис. 2.6.** Рівень розпізнавання емоційних станів людей по групах

Отже, у результаті дослідження було встановлено:

1. За тестом «Вимірювання рівня тривожності Тейлора» було виявлено, що проблема тривожності характерна для більшості дітей із ПОС (66%).

2. За «Тестом шкільної тривожності Філліпса» було вивчено рівень і характер тривожності в дітей молодшого шкільного віку з ПОС: найвищий показник серед чинників тривожності має страх не відповідати вимогам та сподіванням оточуючих, що складає 27%; по 18 % мають чинники «страх ситуації перевірки знань», «страх самовираження» та «низький фізіологічний опір стресу». Отже, можна зробити висновок, що причиною виникнення тривожності в дітей молодшого шкільного віку з ПОС є порушення в системі взаємодії «дитина-дитина».

3. За «Методикою вивчення мімічної моторики» Г.А. Волкової виявлено, що більшість – 80 осіб (76,19%) мають низький рівень вираження емоційних станів.

4. За модифікованою методикою «Вивчення розуміння емоційних станів людей» Г.А. Волкової більшість – 70 дітей (66,67%) має середній рівень розуміння емоційних станів людей.

5. За модифікованим тестом «Розпізнавання емоцій» Г.А. Волкової досліджувані мають середній (38,1%) та високий (38,1%) рівні розпізнавання різних видів простих і складних емоцій.

Отже, можна зробити висновок про високий рівень тривожності та незрілість емоційної сфери, а як наслідок, складність розпізнавання й ідентифікації емоцій дітей молодшого шкільного віку з психоорганічним синдромом.

За результатами диференційної діагностики особливостей розвитку емоційної сфери дітей із церебрастенічною, психопатоподібною, неврозоподібною формами ПОС та дітьми з аутизмом, розумовою відсталістю та нормативним розвитком можна стверджувати:

1) У дітей із церебрастенічною формою ПОС зафіксовано варіант

гіпореакції в афективній сфері, який впливає на афективну стійкість дитини, її вибірковості у відносинах зі світом, на регуляції афективного тону. Рівень польової реактивності у більшості дітей розвинений недостатньо, що утруднює організацію афективного налаштування організму до активного контакту з навколишнім світом. Гіперфункція рівня стереотипів негативно впливає на поведінку, встановлює вибіркове ставлення до навколишнього світу. У дітей із церебрастенічною формою ПОС виявлено переважно гіпореакцію рівня афективної експансії, що виражено у вияві страху та боязні самостійності, зниженні настрою, примхах при необхідності діяти в новій, нестабільній ситуації або долати будь-які перешкоди. Гіпофункція рівня контролю позначається на нездатності диференціювати параметри емоційної оцінки інших людей, впливає на комформність, критичність, вибірковість у спілкуванні, неадекватне оцінювання своїх можливостей.

Діти із церебрастенічною формою ПОС мають дуже високі і високі показники рівня тривожності, серед чинників тривожності можна виокремити «страх самовираження» – 28,5%, «низький фізіологічний опір стресу» – 17,4%, «страх не відповідати вимогам та сподіванням оточуючих» – 17,4%. Більшість дітей (85,71%) із церебрастенічною формою ПОС мають високий рівень вираження емоційних станів, мають низький рівень розуміння емоційних станів людей (28,57%), низький рівень розпізнавання емоцій (42,85%).

- 2) У дітей із психопатоподібною формою ПОС виявлено переважно варіант гіперреагування в афективній сфері. У цих дітей відбувається ніби «віднімання» енергії в інших психічних систем, що так само несприятливе для їхнього розвитку. Відзначено гіпертонус рівня польової реактивності, що веде до занепокоєння від інтенсивного та численного контакту з іншими людьми, настирливості, невірної оцінки дистантності в спілкуванні, надмірної активності і безстрашності в

переміщеннях у незнайомому просторі. Гіперфункція рівня стереотипів негативно впливає на злагоджену афективну організацію поведінки. У дітей із психопатоподібною формою ПОС варіант гіперреагування рівня експансії виявляється в агресивному контакті, негативізмі у взаємодії з дорослими, гострій потребі в увазі. Гіперреагування на рівні контролю в афективній організації поведінки відзначається в проблемному характері соціалізації, у вибірковості в спілкуванні, залежності від емоційної оцінки інших людей, помилковості в тлумаченні цієї оцінки, зайвій прихильності до дорослих і неадекватній оцінці власних можливостей. Для дітей із психопатоподібною формою ПОС властивий середній із тенденцією до низького рівень тривожності. Найвищі показники серед чинників тривожності: «фрустрація, потреба у успіху» – 20%; «страх самовираження» – 25,71%. Більшість дітей (85,71%) із психопатоподібною формою ПОС мають високий рівень вираження емоційних станів, середній рівень розуміння емоційних станів людей (71,42%), середній рівень розпізнавання емоцій (57,18%).

- 3) У дітей із неврозоподібною формою ПОС констатовано гіпофункцію реагування афективної сфери. Це впливає на зниження афективної стійкості, вибірковості диференційованої комунікації з оточуючими та навколишнім світом, на регуляції афективного тону. Рівень польової реактивності розвинений недостатньо, організація афективного налаштування організму до активного контакту з навколишнім світом буде виконуватися спотворено, так, як це характерно для дисфункції. Гіперфункція рівня стереотипів сприяє формуванню надзалежності від звичної поведінки та зайвої вразливості при порушенні стереотипів, а також появи гіперкомпенсаторних реакцій. Гіпореакція рівня афективної експансії виражається у вияві страху та боязні самостійності, зниженні настрою, примхах при необхідності діяти в новій, нестабільній ситуації або долати будь-які перешкоди. Гіпофункція рівня контролю впливає на порушення комунікації та

контакту з іншими людьми, знижує здатність до наслідування, імітації поведінки і розвитку її довільних форм.

Для дітей із неврозподібною формою ПОС властивий високий рівень тривожності. Найвищі показники серед чинників тривожності: «соціальний страх» – 25,71%, «страх не відповідати вимогам та сподіванням оточуючих» – 25,71%.

Більшість дітей (57,18%) із неврозподібною формою ПОС мають високий рівень вираження емоційних станів, середній рівень розуміння емоційних станів людей (57,18%), високий рівень розпізнавання емоцій(57,18%).

- 4) У дітей із аутизмом спостерігається тотальна гіпофункція за типом афективного реагування, що значно утруднює диференційований контакт із оточенням та іншими людьми. У дітей із аутизмом на рівні оцінки інтенсивності впливу середовища спостерігаються гіпореакції, гіпосензитивність як до людей, так і до навколишнього світу. Гіпореакції за силою та інтенсивністю переважають гіперреагування другого рівня афективних стереотипів дітей із ПОС. Афективна система бере під контроль увесь спектр зовнішніх та внутрішніх відчуттів, у дітей з аутизмом це спостерігається більш виражено. У дітей з аутизмом на першому плані вибірковість. Спостерігаються аутоstimуляції, стереотипні форми поведінки. На рівні афекторної експансії виявлено значні порушення адаптації в нестабільній, критичній ситуації, відсутність сформованості патернів поведінки, характерних віку. Рівень емоційного контролю переважно характеризується гіпореагуванням. У дітей із аутизмом на перший план виходить проблема вербальної комунікації.

Для дітей із аутизмом властивий дуже високий та високий рівень тривожності. Найвищі показники серед чинників тривожності: «соціальний страх» – 28,60%, «загальна тривожність» – 20,00%.

Більшість дітей (45,71%) із аутизмом мають низький рівень вираження



емоційних станів, низький рівень розуміння емоційних станів людей (77,14%), низький рівень розпізнавання емоцій (77,14%).

- 5) У дітей із розумовою відсталістю також виявлено тотальну гіпофункцію за типом афективного реагування. Стан рівня польової реакції за типом гіпофункції, що утруднює диференційований контакт. Стан рівня стереотипів характеризується гіперреагуванням, переважає вузькість сприймання та складність регулювання інтенсивності афекту. На рівні афекторної експансії виявлено значні порушення, які більш пов'язані з важкістю здолаття перешкод, соціальною заборороною, дослідницькою діяльністю. Рівень емоційного контролю переважно характеризується гіпореагуванням, спостерігаються непостійність комунікації, швидке присичення.

Для дітей із розумовою відсталістю властивий високий та середній із тенденцією до високого рівні тривожності. Найвищі показники серед чинників тривожності: «страх самовираження» – 20,00%, «низький фізіологічний опір стресу» – 23,00%.

Більшість дітей (42,86%) із розумовою відсталістю мають середній рівень вираження емоційних станів, низький рівень розуміння емоційних станів людей (54,29%), середній рівень розпізнавання емоцій (42,86%).

- 6) У дітей із нормативним розвитком домінує адекватний варіант афективного реагування. Діти переважно відзначалися адекватним варіантом польової реактивності. Вони адекватно оцінювали безпосередньо ситуацію, інтенсивність впливів зовнішнього світу. Діти характеризуються адекватним варіантом афективного реагування другого рівня. Цим дітям притаманна гарна адаптація до навколишнього середовища, вироблення адекватних афективних стереотипів сенсорного контакту. У дітей спостерігається адекватний варіант реагування рівня експансії. Діти адекватно оцінюють себе і свої можливості. Вони шукають шляхи подолання труднощів, адекватно

реагують й оцінюють досвід успіху і поразки, що стає основою для розвитку рівня домагань. Рівень емоційного контролю адекватний. Діти з легкістю налагоджують емоційні взаємодії з іншими людьми, мають здатність до формування правил, норм взаємодії, виокремлюють та аналізують афективні вияви інших людей, аналізують як вербальні, так і невербальні вияви.

Для дітей із нормою розвитку властивий середній із тенденцією до низького рівень тривожності. Серед чинників тривожності переважають: «страх ситуації перевірки знань» – 25,7%, «страх самовираження» – 14,3%.

Більшість дітей (94,29%) з нормативним розвитком мають високий рівень вираження емоційних станів, (88,57%) високий рівень розуміння емоційних станів людей, (97,14%) високий рівень розпізнавання емоцій.

На наступному етапі експерименту досліджено особливості розвитку когнітивних (пізнавальних) процесів дітей із ПОС, оскільки саме розвиток пізнавальної сфери є найважливім в успішності в провідному виді діяльності молодшого шкільного віку – навчанні.

Діти молодшого шкільного віку з ПОС, маючи збереженим інтелект у цілому, привертають до себе увагу шкільною неуспішністю. За скаргами батьків, навіть при зміні програми навчання на більш повільну за темпом навчання (програма навчання для дітей із ЗПР), успішності в навчанні діти так і не здобули. Саме тому було досліджено у виокремлених групах дітей із ПОС (105 дітей) (порівняно з дітьми з нормативним розвитком, дітьми з аутизмом, дітьми з РВ) пізнавальну сферу (мислення, пам'ять, увага, мовленнєва діяльність, сприймання, уява).

Для оцінки відмінностей між групами досліджуваних дітей за рівнем кількісно вимірюваних ознак використано t-критерій Стьюдента [94]. При перевірці різниці двох середніх за допомогою t-критерію Стьюдента використано такий алгоритм.

1. Записано варіаційний ряд результатів X експериментальної групи.
2. Записано варіаційний ряд результатів Y контрольної групи.
3. Знайдено вибірові середні двох вибірок  $\bar{x}$  і  $\bar{y}$ . При цьому першою вибіркою прийнято вважати ту, де значення ознаки більше.
4. Знайдено вибірові дисперсії  $D_x$  і  $D_y$ .
5. Вираховано емпіричне значення критичної статистики за формулою:

$$t_{\text{емп}} = \frac{|\bar{x} - \bar{y}|}{\sqrt{n_1 \cdot D_x + n_2 \cdot D_y}} \cdot \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{n_1 + n_2} \cdot (n_1 + n_2 - 2)}$$

6. Визначено за таблицею критичне значення для відповідного рівня значущості  $t_{\text{кр}}(\alpha, n_1 + n_2 - 2)$  і даного числа ступенів волі  $r = n_1 + n_2 - 2$ .

Якщо  $t_{\text{емп}} \geq t_{\text{кр}}$ , то відмінності між середніми значеннями експериментальної і контрольної груп істотні на зазначеному рівні значущості [80]. Для вибраного рівня значущості  $\alpha = 0,05$  знайдено за таблицею критичне значення  $t_{\text{кр}}(0,05; 35 + 35 - 2) = 1,99$ .

Для дослідження особливостей мислення молодших школярів із ПОС порівняно з дітьми з нормативним розвитком, дітьми з аутизмом, дітьми з РВ використано методика «Стандартні кольорові матриці Равена» (додаток А).

Методика «Стандартні кольорові матриці Равена» дозволяє досліджувати вміння дітей аналізувати показані їм предмети (зображення), порівнювати їх (знаходити не тільки різне, але і загальне), абстрагувати загальні ознаки й об'єднувати предмети на цій основі, тобто узагальнювати, розділяти їх на класи за принципом спільності якоїсь ознаки.

Отримані показники випробуваних груп дітей за методикою «Стандартні кольорові матриці Равена» представлені в табл. 2.14. Протокол діагностики подано в додатку А.

Таблиця 2.14.

### Результати t-критеріального аналізу даних за методикою Равена

Досліджувані	Середній бал	$t_{\text{емп.}}$	$t_{\text{кр.}}$
--------------	--------------	-------------------	------------------

групи дітей	констатувального експерименту	N1	N2	N3	
Церебростенічна форма ПОС N1	12,54	-	8,60	9,40	0,05;68
Психопатоподібна форма ПОС N2	16,71	8,60	-	17,50	0,05;68
Неврозоподібна форма ПОС N3	11,63	9,40	10,70	-	0,05;68
Діти з аутизмом N4	8,49	11,60	23,10	9,80	0,05;68
Діти із нормативним розвитком N5	29,37	44,30	35,20	50,70	0,05;68
Діти з розумовою відсталістю N6	1,34	33,90	42,30	34,30	0,05;68

За результатами дослідження особливостей мислення досліджуваних груп дітей можна зробити висновок про те, що діти з церебростенічною формою ПОС виконали в середньому 13 завдань із 36 запропонованих, що засвідчує те, що в цих дітей виражені порушення пізнавальної сфери. Діти з церебростенічною формою ПОС швидко стомлювалися, у більшості була виражена стратегія пошуку (підбір методом проб і помилок). Вони зазнавали труднощів при обґрунтуванні своїх відповідей; як докази наводили дуже мало прикладів, причому це були предмети найближчого оточення (діти оглядалися навколо і шукали докази своїх слів).

Діти з неврозоподібною формою ПОС виконали на 1 завдання менше, ніж діти з церебростенічною формою ПОС, що також свідчить про наявність виражених порушень у когнітивній сфері в цих груп дітей. Відзначено пересичення (що свідчить про зниження мотиваційної компоненти) при роботі з однотипним матеріалом, вплив на працездатність дитини позитивної та негативної оцінки, тривожність і необґрунтованість рішень.

Діти з психопатоподібною формою ПОС виконали 24 завдання. Деяким дітям потрібна допомога експериментатора у виконанні завдань останньої серії.

Діти з аутизмом виконали менше половини завдань (9 завдань). Багато дітей не могли виконати завдання без допомоги експериментатора. Діти з

нормативним розвитком виконали майже всі завдання (30 завдань із 36). У них практично не виникало труднощів при виконанні завдань. Усі завдання діти виконували без допомоги експериментатора.

Діти з РВ виконали найменше завдань (2 з 36). У дітей із РВ виникали труднощі при виконанні всіх завдань, лише деякі діти змогли виконати завдання без допомоги експериментатора. У всіх дітей, що не впоралися з завданнями, було помітне загальне занепокоєння, рухове розгальмування.

Діти не могли зосередитися на завданні, змусити себе подумати, прийняти спосіб мислення (від посилок до висновку), запропонований їм. Водночас труднощі в здійсненні певного розумового процесу були тісно пов'язані з труднощами організації довільної діяльності.

Мислення в дітей із ПОС більш збережене, ніж у розумово відсталих дітей та дітей з аутизмом, більш збережена здатність узагальнювати, абстрагувати, приймати допомогу, переносити вміння в інші ситуації.

У дітей із ПОС передумови розвитку мислення тією чи іншою мірою порушені. Діти насилу концентруються на завданні. У цих дітей порушене сприймання, вони мають невеликий запас загальних знань, мінімальний позитивний досвід вирішення поставлених завдань – все це визначає особливості мислення дитини з ПОС. У дітей із ПОС порушена здатність планувати свою діяльність.

Так само можна виокремити певні особливості мисленнєвої діяльності дітей із ПОС.

1. Несформованість пізнавальної, пошукової мотивації, своєрідне (негативістичне) ставлення до будь-яких інтелектуальних завдань. Діти прагнуть уникнути будь-яких інтелектуальних зусиль. Для них непривабливий момент подолання труднощів – відмова виконувати важке завдання, підміна інтелектуального завдання більш близьким, ігровим завданням. Така дитина виконує завдання не повністю, а більш просту частину. Діти не зацікавлені в результаті виконання завдання. Ця особливість мислення виявляється в пересиченні інтелектуальних зусиль, коли діти дуже

швидко втрачають інтерес до нового.

2. Відсутність вираженого орієнтовного етапу при вирішенні розумових завдань. Діти з ПОС починають діяти відразу, без належного планування своїх дій (при ознайомленні з інструкцією до завдання багато дітей не зрозуміли її, але прагнули швидше отримати експериментальний матеріал і почати діяти). Варто зауважити, що діти з ПОС більшою мірою зацікавлені в тому, щоб швидше закінчити роботу, а не в якості виконання завдання. Дитина не вміє аналізувати умови, не розуміє значущості орієнтовного етапу, що призводить до появи безлічі помилок.

3. Низька розумова активність, «непланомірний» стиль роботи (діти через поспішність, неорганізованість діють навмання, не враховуючи в повному обсязі заданої умови; відсутній спрямований пошук рішення, подолання труднощів). Діти вирішують завдання на інтуїтивному рівні: дитина правильно дає відповідь, але пояснити не може.

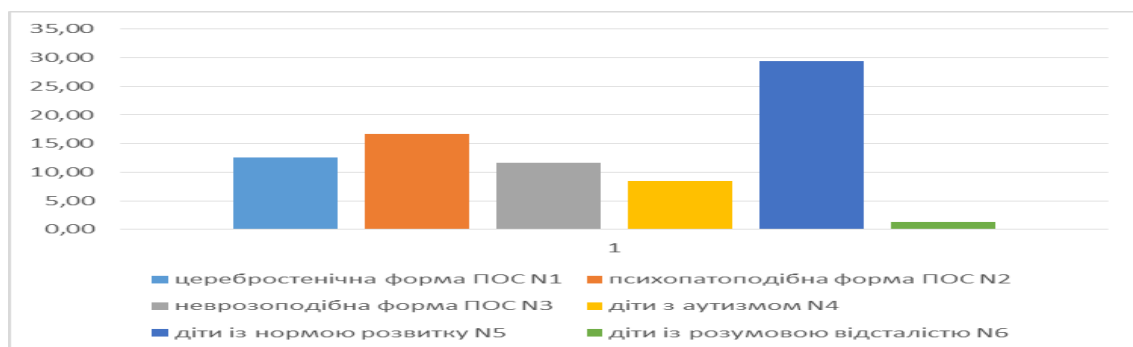
4. Шаблонність мислення, його стереотипність. Дітям із ПОС важко діяти за наочним зразком через порушення операцій аналізу, порушення цілісності, цілеспрямованості, активності сприймання – все це призводить до того, що дитина не може проаналізувати зразок, виокремити головні частини, встановити взаємозв'язок між частинами і відтворити цю структуру в процесі власної діяльності. У дітей із ПОС є порушення найважливіших мисленнєвих операцій, які служать складовими логічного мислення: аналіз (захоплюються дрібними деталями, не можуть виокремити головне, виділяють незначні ознаки); порівняння (порівнюють предмети за несумісними, несуттєвими ознаками); класифікація (дитина здійснює класифікацію часто правильно, але не може усвідомити її принцип, не може пояснити те, чому вона так вчинила).

Отже, рівень розвитку наочно-дійового мислення в дітей із ПОС у своїй більшості такий же, як і в дітей із нормативним розвитком. Більшість дітей правильно і добре виконує всі завдання, але потребує стимулювальної допомоги, а декому треба просто повторити завдання і дати установку

зосередитися. У цілому ж розвиток цього рівня мислення йде на рівні з однолітками, розвиток яких відбувається в межах норми. Аналіз рівня розвитку наочно-образного мислення як вищого його щабля показує неоднорідні результати. При появі моментів, що відволікають, або сторонніх предметів рівень виконання завдань різко знижується. У всіх дітей із ПОС рівень словесно-логічного мислення, найвищий рівень мисленнєвого процесу, значно відстає від однолітків із нормативним розвитком. Діти з ПОС відчують труднощі при вибудовуванні найпростіших умовиводів. Труднощі пов'язані передусім із тим, що до початку шкільного навчання вони ще повною мірою не володіють тими інтелектуальними операціями, які є необхідним компонентом мисленнєвої діяльності. Ідеться про аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та абстрагування. Найбільш частими помилками дітей із ПОС є підміна порівняння одного об'єкта всіма іншими попарними порівняннями (що не дає справжньої підстави для узагальнення) або узагальнення за несуттєвими ознаками. Та обставина, що після отримання допомоги діти можуть виконувати запропоновані їм різноманітні завдання на близькому до норми рівні, дозволяє говорити про їх якісну відмінність від розумово відсталих дітей.

За результатами дослідження мислення дітей досліджуваних груп зроблено такі висновки. Діти молодшого шкільного віку з церебростенічною і неврозоподібною формою ПОС мають III рівень розвитку мислення. Ці діти характеризуються середнім інтелектом. Вони краще розуміють і засвоюють матеріал, коли інформація додатково репрезентована наочно, проте самостійно користуватися малюнками або схемами ще не вміють. Діти з аутизмом мають IV рівень розвитку мислення. Інтелектуальні можливості цих дітей нижчі за середній рівень. Діти з РВ мають V рівень розвитку мислення. Для них характерне істотне зниження інтелекту. Діти з нормативним розвитком та діти з психопатоподібною формою ПОС мають II рівень розвитку мислення. Інтелектуальні можливості цих дітей вищі за середній. При цьому діти, розвиток яких відбувається в межах норми,

перевищують дітей із психопатоподібною формою ПОС за рівнем розвитку мислення. Отримані показники репрезентовані у вигляді діаграми (Рис. 2.7.).



**Рис. 2.7.** Результати діагностики особливостей мислення груп дітей за методикою «Стандартні кольорові матриці Равена»

Для дослідження особливостей уваги молодших школярів із ПОС порівняно з дітьми з нормою розвитку, дітьми з аутизмом, дітьми з РВ було використано методику «Трикутники» на виявлення рівня розвитку довільної уваги, стійкості, концентрації і переключення уваги (додаток А).

Отримані показники за результатами дослідження рівня розвитку уваги випробовуваних груп дітей за методикою «Трикутники» представлені в табл. 2.15 та на рис. 2.8. Протокол діагностики подано в додатку А.

Таблиця 2.15.

**Результати t-критеріального аналізу даних за методикою «Трикутники»**

Досліджувані групи дітей	Середній бал констатувального експерименту	t <sub>емп.</sub>			t <sub>кр.</sub>
		N1	N2	N3	
Церебрастенічна форма ПОС N1	3,14	-	5,40	6,20	0,05;68
Психопатоподібна форма ПОС N2	3,07	5,40	-	4,10	0,05;68
Неврозоподібна форма ПОС N3	3,03	6,20	4,10	-	0,05;68
Діти з аутизмом N4	2,20	10,40	9,30	8,30	0,05;68
Діти з нормативним розвитком N5	4,91	25,30	22,70	20,90	0,05;68
Діти з розумовою відсталістю N6	1,09	29,30	26,50	21,60	0,05;68



За результатами проведення методики «Трикутники» у дітей досліджуваних груп зроблено такі висновки:

– діти молодшого шкільного віку з церебростенічною, психопатоподібною та неврозоподібною формою ПОС й аутизмом мають низький рівень довільності уваги, їм характерні виражені порушення переключення уваги;

– діти з РВ характеризуються дуже низькою довільністю уваги, у них спостерігаються виражені порушення переключення уваги, застрягання на попередній дії;

– діти з нормативним розвитком характеризуються високим рівнем довільності уваги, для них характерний високий рівень переключення, достатня концентрація і стійкість уваги, відсутність навіть легких ознак інертності.

У дітей із ПОС констатовано порушення довільної уваги, типовим є зниження її концентрації, яке негативно позначається на процесі навчання. Недоліки уваги зумовлені функціональними або органічними порушеннями центральної нервової системи і призводять до нездатності зосереджуватися на виконанні завдань ігрового або навчального характеру.

У дітей молодшого шкільного віку з ПОС трапляється підвищена виснажуваність, що виражається в короткочасній продуктивності при виконанні завдань зі швидким наростанням помилок із мірою досягнення мети. Нерідко при цьому неуважність, що наростає, виражається в постійному переключенні уваги на різні об'єкти.

Значні недоліки довільної уваги в дітей із ПОС трапляються при втомі на тлі астенії за відсутності мотивації до навчальної діяльності.

Отже, можна виокремити такі особливості вияву розладів уваги в дітей із ПОС:

- підвищена виснажуваність довільної уваги;
- недостатня здатність до концентрації уваги;
- обмеження обсягу уваги, при якому діти сприймають недостатню

кількість інформації, що призводить до фрагментарності сприймання і викривлення результату діяльності;

- зниження селективності уваги, яке виявляється в невмінні зосередитися на суттєвих ознаках об'єктів сприймання;

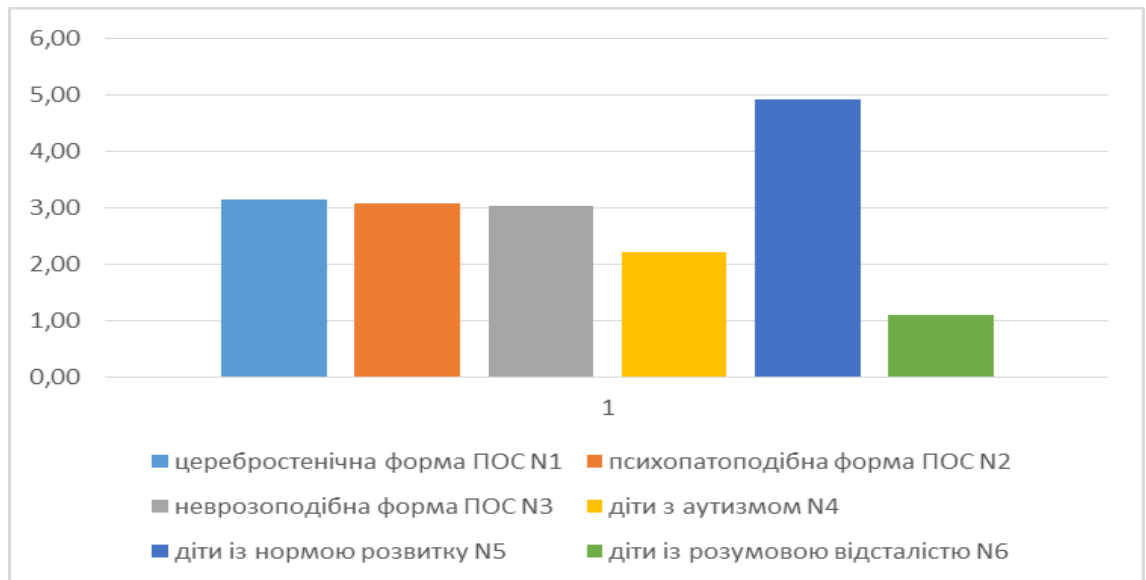
- часті переключення уваги. У цьому випадку йдеться про спонтанну реакцію дітей на різні зовнішні подразники. Вони довго не можуть зосередитися на виконанні навчальних завдань;

- інертність уваги, що виражається в зниженні здатності переключати увагу з одного виду діяльності на інший.

Зазначені особливості порушення довільної уваги в дітей з ПОС перешкоджають реалізації розумової діяльності, не активізують зосередженість і вибірковість пізнавальної діяльності, ускладнюють реалізацію процесів сприймання та пам'яті.

Також варто відзначити, що при психопатоподібній формі ПОС більшою мірою спостерігаються розлади мимовільної уваги у вигляді високого відволікання на несуттєві зовнішні подразники. При церебрастенічній формі ПОС порушення уваги наростають при втомі і різкому падінні працездатності, втрати інтересу до цього виду діяльності.

За результатами проведення діагностики уваги в дітей досліджуваних груп зроблено такі висновки. Діти молодшого шкільного віку з церебростенічною, неврозоподібною та психопатоподібною формою ПОС мають середній рівень розвитку уваги. Їм характерні порушення переключення, концентрації, стійкості, обсягу уваги. Рівень розвитку уваги в дітей із ПОС значно нижчий, ніж у дітей із нормативним розвитком, але вищий, ніж рівень розвитку уваги в дітей із аутизмом і розумовою відсталістю. Отримані результати репрезентують діаграми (Рис. 2.8).



**Рис. 2.8.** Результати діагностики уваги груп дітей за методикою «Трикутники»

Для дослідження пам'яті молодших школярів із ПОС порівняно з дітьми з нормативним розвитком, дітьми з аутизмом, дітьми з РВ використано методику «10 слів» О.Р. Лурія для діагностики пам'яті (додаток А).

Отримані результати дослідження пам'яті випробовуваних груп дітей за методикою «10 слів» О.Р. Лурія репрезентовані в табл. 2.16 та на рис.2.9. Протокол діагностики подано в додатку А.

За результатами проведення методики «10 слів» О.Р. Лурія у дітей досліджуваних груп можна стверджувати, що:

- діти молодшого шкільного віку з церебростенічною та неврозоподібною формою ПОС й аутизмом мають середній рівень розвитку вербальної пам'яті. Але при цьому показники вербальної пам'яті дітей із аутизмом нижчі, ніж у дітей із ПОС;

- діти з РВ характеризуються низьким рівнем розвитку вербальної пам'яті, вони насилу відтворювали слова;

- діти, розвиток яких відбувається в межах норми, та діти із психопатоподібною формою ПОС мають достатній рівень розвитку вербальної пам'яті, хоча й показники вербальної пам'яті в дітей із

нормативним розвитком вищі.

Таблиця 2.16.

**Результати t-критеріального аналізу даних  
за методикою «10 слів» О.Р. Лурія**

Досліджувані групи дітей	Середній бал констатувального експерименту	t <sub>емп.</sub>			t <sub>кр.</sub>
		N1	N2	N3	
Церебрастенічна форма ПОС N1	5,51	-	18,90	1,40	0,05;68
Психопатоподібна форма ПОС N2	6,43	18,90	-	19,30	0,05;68
Неврозоподібна форма ПОС N3	5,49	1,40	19,30	-	0,05;68
Діти з аутизмом N4	3,91	11,40	16,80	11,30	0,05;68
Діти з нормою розвитку N5	9,74	38,50	24,30	38,60	0,05;68
Діти з розумовою відсталістю N6	1,29	38,40	44,10	38,20	0,05;68

Отже, пам'ять і немічна діяльність дітей із ПОС відрізняються якісною своєрідністю. Передусім у дітей обмежений обсяг пам'яті і знижена міцність запам'ятовування. Характерна неточність відтворення та швидка втрата інформації. Найбільшою мірою страждає вербальна пам'ять.

Також відзначена низька кількість запам'ятовуваних слів, що спостерігається як при довільному, так і при мимовільному запам'ятовуванні; довільне слухомовленнєве запам'ятовування знижене більшою мірою, ніж мимовільне слухомовленнєве. Крива заучування вказує на залежність ефективності запам'ятовування від кількості повторень. Ригідний тип кривої свідчить про дуже повільне запам'ятовування, що вимагає значно більшої кількості повторень для досягнення того ж результату. Крива виснажуваного типу вказує на зворотню залежність: чим більше повторень, тим гірший результат.

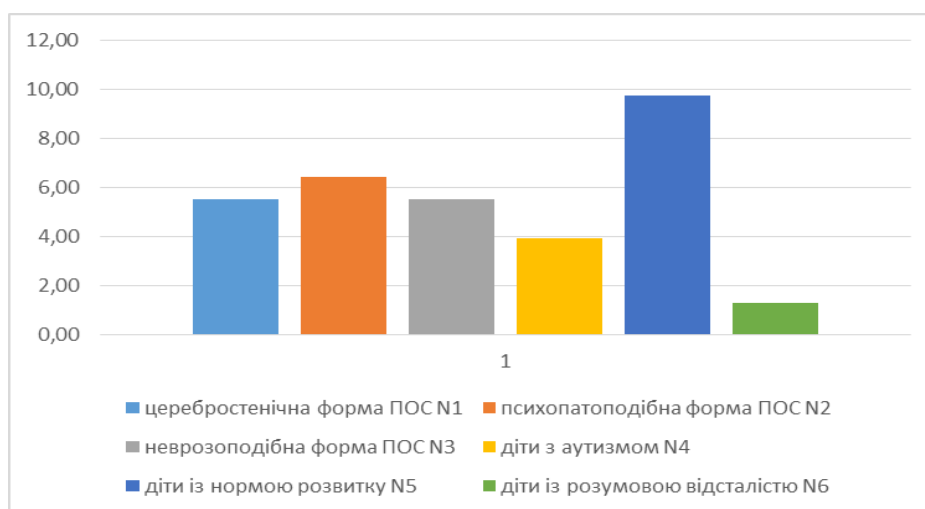
Варто відзначити особливості мнемічної діяльності дітей із ПОС:

- підвищене гальмування мнемічних слідів під впливом перешкод, їх

взаємовплив один на одного;

- знижений обсяг пам'яті;
- низька швидкість запам'ятовування;
- низька продуктивність перших спроб механічного запам'ятовування при тому, що час повного заучування близький до норми;
- мимовільне запам'ятовування менш продуктивне, ніж у нормі, але більш продуктивне, ніж довільне;
- знижені продуктивність і стійкість довільного запам'ятовування, особливо в умовах значного навантаження;
- недостатнє вміння застосовувати спеціальні прийоми запам'ятовування. Основні труднощі зтрапляються на етапі використання логічних операцій (співвіднесення, класифікація) як прийомів мнемічної діяльності.

Отримані показники репрезентують діаграми (рис. 2.9).



**Рис. 2.9.** Результати діагностики пам'яті груп дітей за методикою «10 слів» О. Р. Лурія

Отже, за результатами проведення діагностики пам'яті в дітей досліджуваних груп зроблено такі висновки. Діти молодшого шкільного віку з ПОС мають середній рівень розвитку пам'яті. Рівень розвитку пам'яті в дітей із ПОС значно нижчий, ніж у дітей з нормативним розвитком, але вищий, ніж рівень розвитку пам'яті в дітей із аутизмом і розумовою

відсталістю.

Для дослідження писемного мовлення в дітей молодшого шкільного віку з ПОС порівняно з дітьми з нормативним розвитком, дітьми з аутизмом, дітьми з РВ використано методику виявлення порушень писемного мовлення І.М. Садовникової (додаток А).

Отримані показники за результатами дослідження письма в молодших школярів досліджуваних груп за методикою І.М. Садовникової представлені в табл. 2.17 та на рис. 2.10. Протокол діагностики подано в додатку А.

Таблиця 2.17

**Результати t-критеріального аналізу даних  
за методикою І.М. Садовникової**

Досліджувані групи дітей	Середній бал констатувального експерименту	t <sub>емп.</sub>			t <sub>кр.</sub>
		N1	N2	N3	
Церебрастенічна форма ПОС N1	3,94	-	29,70	1,70	0,05;68
Психопатоподібна форма ПОС N2	5,26	29,70	-	12,30	0,05;68
Неврозоподібна форма ПОС N3	3,96	1,70	12,30	-	0,05;68
Діти з аутизмом N4	2,23	17,10	18,20	14,30	0,05;68
Діти з нормою розвитку N5	9,74	51,70	36,60	43,80	0,05;68
Діти з розумовою відсталістю N6	1,03	22,40	45,20	23,50	0,05;68

За результатами цієї методики виявлено дисграфічні помилки у всіх групах дітей. Помилки на рівні букви і складу припускалися діти з РВ, помилки на рівні слова траплялися в дітей із церебростенічною і неврозоподібною формою ПОС, з аутизмом, з РВ, помилки на рівні речення (словосполучення) – у всіх групах досліджуваних дітей, всі види дисграфічних помилок траплялися лише в дітей із РВ.

Якісний аналіз помилок у писемному мовленні дітей молодшого шкільного віку з ПОС:

1) помилки, пов'язані з недостатністю фонематичного сприймання (диференціації фонем);

2) помилки, пов'язані з неформуванням фонематичного аналізу. Викривлення звуколітерної структури слова виявлялися в таких помилках: пропуски голосних і приголосних, додавання літер, перестановки літер, пропуск складів;

3) помилки, пов'язані з несформованістю аналізу структури окремого речення. До цієї групи належать такі види помилок: написання слів разом та окремо, пропуск слова;

4) помилки, пов'язані з невмінням виокремлювати речення з тексту;

5) заміни графічно подібних букв. Подібність букв створює значні перешкоди для їх аналізу, виокремлення подібних і відмінних елементів. Недорозвиток зорового аналізу та синтезу в дітей із ПОС і зумовлює частоту змішування графічно подібних букв;

б) орфографічні помилки.

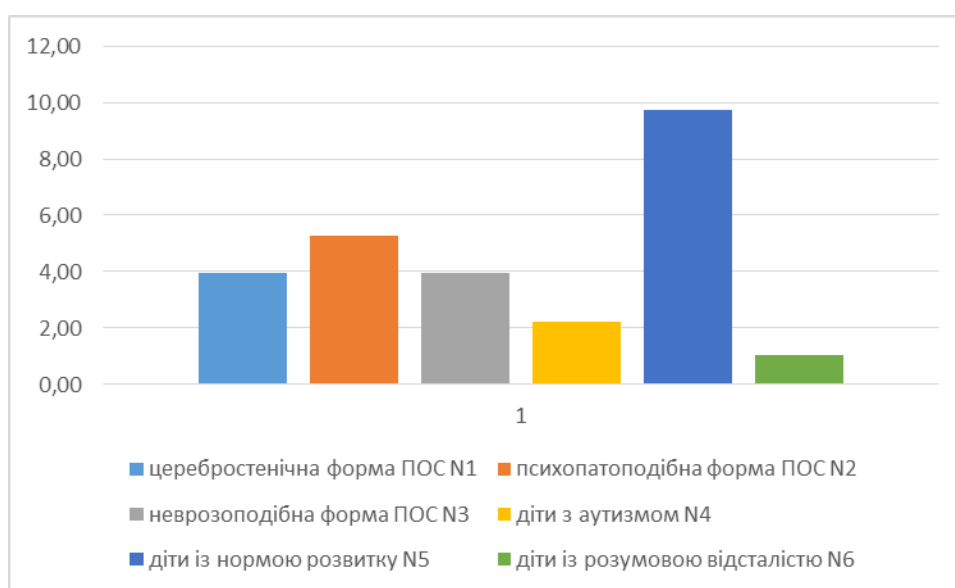
Отже, можна виокремити кілька особливостей, що характеризують писемне мовлення в дітей із ПОС. Передусім це схильність до дисграфії. Дисграфія в дітей із ПОС, за рідкісними винятками, не є специфічним мовленнєвим розладом. Структура порушення письма в цих дітей – це переважно комплексна, з різним ступенем вираженості недостатність низки вербальних і невербальних психічних функцій, що відповідають за забезпечення процесу письма, поєднання і ступінь недорозвитку яких індивідуальні в кожному конкретному випадку.

Крім чинників несформованості або дисгармонійного розвитку компонентів процесу писемного мовлення, вияви дисграфії в молодших школярів із ПОС визначаються і порушеннями в організації та перебігу писемного мовлення як виду діяльності. Це пов'язано з особливостями стану працездатності та самоконтролю в дітей. Низька працездатність і порушення формування самоконтролю посилюють симптоматику дисграфії дітей із ПОС, зумовлюють особливо значну кількість і різноманітність помилок у

писемному мовленні.

За результатами проведення діагностики стану писемного мовлення в дітей досліджуваних груп зроблено такі висновки. Діти молодшого шкільного віку з церебростенічною і неврозоподібною формою ПОС мають рівень розвитку письмового мовлення нижчий за середній і значно нижчий, ніж у дітей із нормативним розвитком та із психопатоподібною формою ПОС, але вищий, ніж рівень розвитку письма у дітей з аутизмом і розумовою відсталістю.

Отримані показники репрезентують діаграми (рис. 2.10).



**Рис. 2.10.** Результати діагностики рівня розвитку писемного мовлення груп дітей за методикою І. М. Садовникової

Для дослідження мовленнєвої діяльності в дітей молодшого шкільного віку з ПОС порівняно з дітьми з нормативним розвитком, дітьми з аутизмом, дітьми з РВ використано методику діагностики мовленнєвої діяльності Т.А. Фотекової, що містить: дослідження сенсомоторного рівня мовлення, навичок мовленнєвого аналізу, граматичної будови мовлення, дослідження словника і навичок словотворення, дослідження розуміння логіко-граматичних відношень, дослідження сформованості зв'язного мовлення (додаток А).

Отримані результати дослідження мовленнєвої діяльності в молодших



школярів досліджуваних груп за методикою Т.А. Фотекової представлені в табл. 2.18 та на Рис. 2.11. Протокол діагностики подано в додатку А.

Таблиця 2.18

### Результати t-критеріального аналізу даних за методикою Т.А.

#### Фотекової

Досліджувані групи дітей	Середній бал констатувально го експерименту	t <sub>емп.</sub>			t <sub>кр.</sub>
		N1	N2	N3	
Церебрастенічна форма ПОС N1	130,91	-	37,50	6,40	0,05;68
Психопатоподібна форма ПОС N2	168,40	37,50	-	33,90	0,05;68
Неврозоподібна форма ПОС N3	132,17	6,40	33,90	-	0,05;68
Діти з аутизмом N4	95,40	37,00	49,40	35,50	0,05;68
Діти з нормою розвитку N5	191,09	56,20	29,70	51,70	0,05;68
Діти з розумовою відсталістю N6	73,69	53,50	60,40	52,70	0,05;68

Отже, можна констатувати порушення формування всіх компонентів мовленнєвої системи – фонетичної і лексико-граматичної в дітей молодшого шкільного віку з ПОС.

Дітям із ПОС притаманні недоліки звуковимови і фонематичного розвитку. У багатьох дітей виявлено дизартрію, в артикуляційній моториці – недостатність тонких і диференційованих рухів. Деякі діти не можуть сприймати на слух подібні за звучанням фонем, у результаті чого недостатньо розуміють звернене мовлення. Водночас вони краще і швидше, ніж діти з РВ засвоюють правильну артикуляцію звуків. Найпоширеніша помилка – виокремлення складу замість звуку при вичленуванні.

Також варто відзначити, що діти з ПОС, навіть володіючи прийомами виокремлення звука зі складу слова, самостійно ними не користуються.

На рівні імпресивного мовлення відзначено труднощі в розумінні

складних, багатоступневих інструкцій, логіко-граматичних конструкцій, діти погано розуміють зміст оповідання з прихованим смислом, утруднений процес сприймання й осмислення змісту сказаного.

Діти з ПОС мають обмежений словниковий запас, пасивний словник різко переважає над активним. Обмежений запас слів, які позначають і конкретизують узагальнені поняття, розкривають у всій повноті і різноманітті. У їх мовленні рідко трапляються прикметники, прислівники, звужене вживання дієслів, утруднені словотвірні процеси.

Відзначене вживання неологізмів, що відрізняється низкою особливостей: у мовленні може функціонувати кілька варіантів одного і того ж слова, слова-неологізми визначаються дитиною як правильні.

У дітей із ПОС поняття, що формуються стихійно, бідні за змістом, часто неадекватно осмислюються. Немає ієрархії понять, супідрядності яскраво виражених і слабо виражених якостей в описі.

Констатовано помилки персеверативного характеру (повторення названого прикметника для опису інших предметів, у яких немає названої якості).

За результатами дослідження можна зробити такі висновки:

- виявлено значні розбіжності між величиною активного і пасивного словника, особливо це стосується слів, що позначають якості та стосунки. Невелика частина слів вживається необґрунтовано часто, водночас інші мають низьку частоту вживання. Більшості слів, які допомагають диференційовано позначати властивості навколишнього світу, немає в мовленні;
- недиференційоване вживання слів не тільки подібних, але й тих, що належать до різних смислових груп, поняття позначаються за допомогою одного слова;
- недостатньо слів, що позначають загальні поняття, і водночас мало слів, які конкретизують ці поняття, що розкривають їх суть;
- утруднена активізація словникового запасу;

- залежність недостатності словника від особливостей пізнавальної діяльності: неточності сприймання, неповноцінність аналізу тощо;
- для дітей із ПОС характерні значні труднощі в довільному оперуванні словами (навіть із відносно простими значеннями);
- особливо складними для них є іменники з абстрактним значенням і відносні прикметники в переосмисленні або перетворенні в більш конкретні, вигадуванні з ними безглузвих словосполучень;
- при конструюванні речення з набору слів дітям із ПОС важко встановлювати як парадигматичні, так і синтагматичні зв'язки між словами.

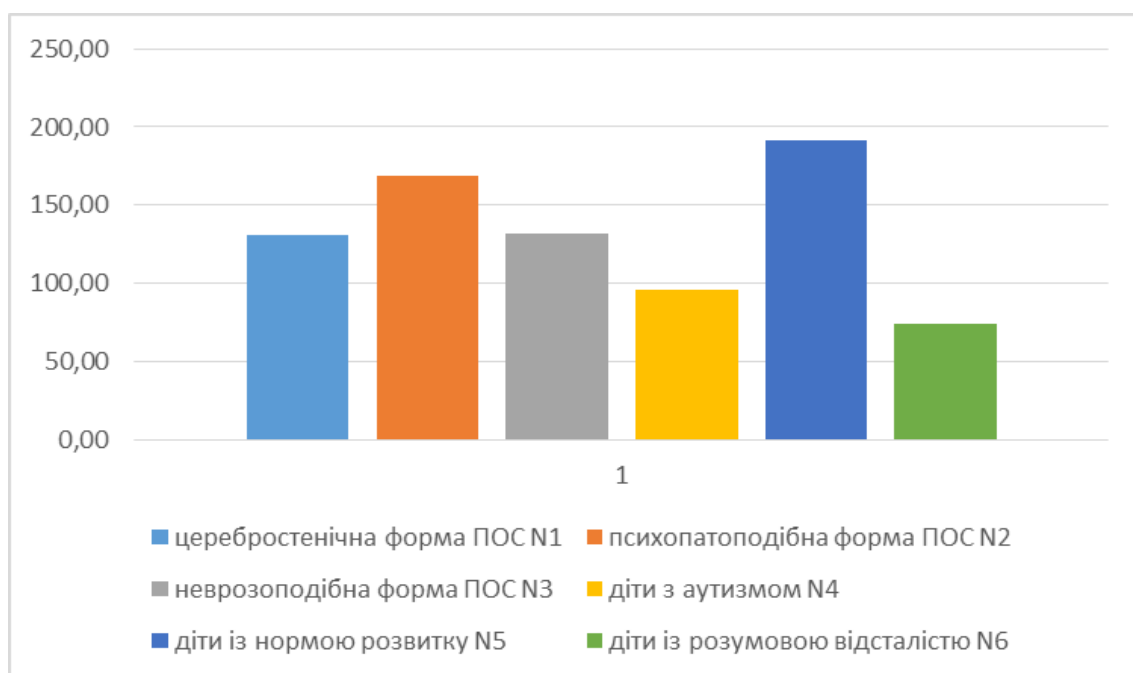
Грамматичний склад мовлення також відрізняється низкою особливостей. Деякі граматичні категорії діти майже не використовують у мовленні, однак якщо порівнювати кількість помилок у вживанні граматичних форм слова та у вживанні граматичних конструкцій, то явно переважають помилки другого типу. Дитині важко втілити думку в розгорнуте мовленнєве повідомлення, хоча й зрозуміло смисловий зміст зображеної на малюнку ситуації або прочитаного оповідання.

Незрілість внутрішньомовленнєвих механізмів призводить не тільки до труднощів у граматичному оформленні речення. Основні проблеми стосуються формування зв'язного мовлення. Діти не можуть переказати невеликий текст, скласти розповідь по серії сюжетних картин, описати наочну ситуацію, їм недоступне творче оповідання. Відстає розвиток здатності усвідомлювати мовленнєву дійсність як щось відмінне від предметного світу.

Отже, за результатами проведення діагностики стану мовленнєвої діяльності в дітей досліджуваних груп зроблено такі висновки. Діти молодшого шкільного віку з церебростенічною і неврозоподібною формою ПОС мають середній рівень розвитку мовленнєвої діяльності, що відповідає загальному недорозвитку мовлення, і рівень розвитку мовлення значно нижчий, ніж у дітей із нормативним розвитком та дітей із

психопатоподібною формою ПОС, але вищий, ніж у дітей із аутизмом і розумовою відсталістю.

Отримані результати засвідчують діаграми (рис. 2.11).



**Рис. 2.11.** Результати діагностики розвитку мовленнєвої діяльності груп дітей за методикою Т.А. Фотекової

Для дослідження особливостей сприймання в дітей молодшого шкільного віку з ПОС порівняно з дітьми з нормативним розвитком, дітьми з аутизмом, дітьми з РВ використано методику діагностики сприймання «Чого не вистачає?» Р.С. Немова (додаток А).

Отримані результати дослідження сприймання в молодших школярів досліджуваних груп за методикою «Чого не вистачає?» Р.С. Немова представлені в табл. 2.19 та Рис. 2.12. Протокол діагностики подано в додатку А.

Таблиця 2.19

**Результати t-критеріального аналізу даних  
за методикою Р.С. Немова**

Досліджувані групи дітей	Середній бал констатувального експерименту	t емп.			t кр.
		N1	N2	N3	

Церебрастенічна форма ПОС N1	4,34	-	21,80	2,40	0,05;68
Психопатоподібна форма ПОС N2	6,74	21,80	-	21,00	0,05;68
Неврозоподібна форма ПОС N3	4,43	2,40	21,00	-	0,05;68
Діти з аутизмом N4	2,43	17,4	33,4	16,7	0,05;68
Діти з нормою розвитку N5	8,49	37,7	15,7	33,8	0,05;68
Діти з розумовою відсталістю N6	0,89	26,5	46,1	27,2	0,05;68

Отже, можна засвідчити особливості розвитку сприймання в дітей із ПОС:

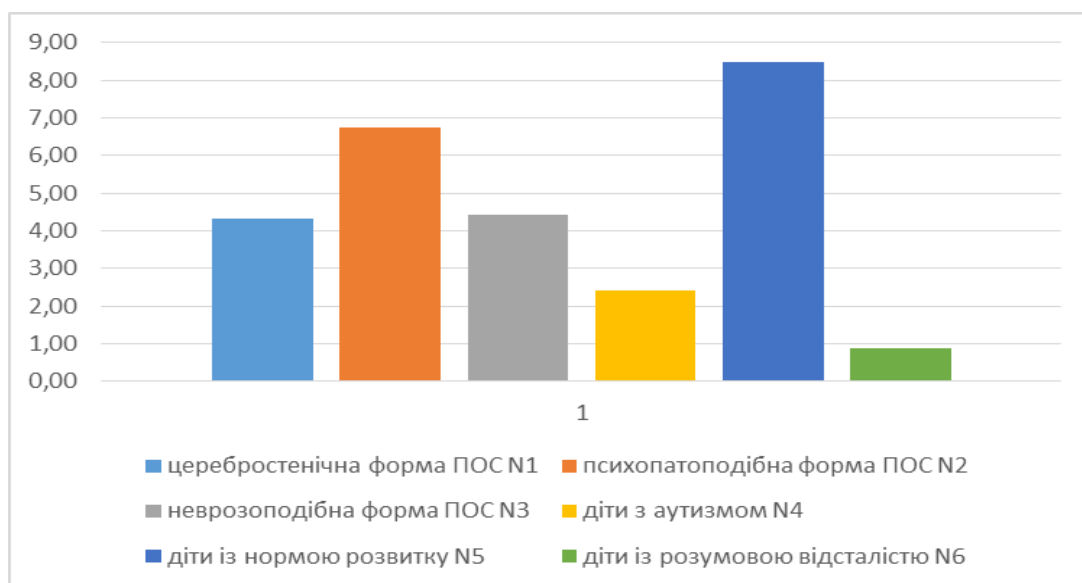
- найбільшою мірою страждає зорове сприймання та його основні характеристики: фігура-фонове розрізнення, відновлення і відтворення фігур на основі зразка, зорово-моторна координація;

- відзначено недоліки зорового сприймання графічних знаків. Дітям із ПОС потрібно більше часу для виконання завдань, пов'язаних із пошуком на зображенні деталей, яких бракує, при сприйманні, копіюванні графічних символів;

- серед характерних особливостей можна відзначити значну кількість виправлень при відображенні сприйнятого;

- при сприйманні словесної інструкції сприймається лише її частина.

Отримані результати репрезентують діаграми (рис.2.12).



**Рис. 2.12.** Результати діагностики сприймання груп дітей за методикою «Чого не вистачає?» Р.С. Немова

Отже, за результатами діагностики сприймання у дітей досліджуваних груп зроблено такі висновки. Діти молодшого шкільного віку з церебростенічною і неврозоподібною формою ПОС мають середній рівень розвитку сприймання, що значно нижчий, ніж у дітей із нормативним розвитком та психопатоподібною формою ПОС, але вищий, ніж у дітей із аутизмом і розумовою відсталістю.

Для дослідження особливостей уяви в дітей молодшого шкільного віку з ПОС порівняно з дітьми, розвиток яких відбувається в межах норми, дітьми з аутизмом, дітьми з РВ використано методику «Намалюй що-небудь» Т.Д. Марциновської (додаток А).

Отримані результати дослідження уяви в молодших школярів досліджуваних груп за методикою «Намалюй що-небудь» Т.Д. Марциновської представлені в табл. 2.20 та рис. 2.13. Протокол діагностики подано в додатку А.

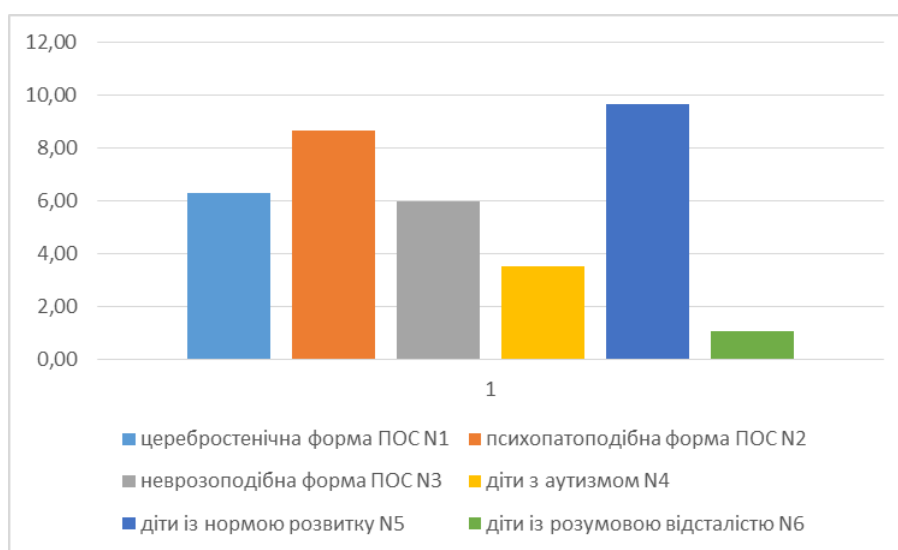
**Результати t-критеріального аналізу даних  
за методикою Т.Д. Марциновської**

Досліджувані групи дітей	Середній бал констатувального експерименту	t <sub>емп.</sub>			t <sub>кр.</sub>
		N1	N2	N3	
Церебрастенічна форма ПОС N1	6,29	-	14,80	7,60	0,05;68
Психопатоподібна форма ПОС N2	8,66	14,80	-	16,80	0,05;68
Неврозоподібна форма ПОС N3	5,97	7,60	16,80	-	0,05;68
Діти з аутизмом N4	3,54	17,20	23,50	15,20	0,05;68
Діти з нормою розвитку N5	9,69	21,30	16,20	23,30	0,05;68
Діти з розумовою відсталістю N6	1,06	29,10	37,40	27,30	0,05;68

Дослідження уяви в дітей із ПОС засвідчило, що тільки в 12% дітей виявлено високий рівень успішності. Діти придумали і намалювали щось достатньо оригінальне та барвисте, хоча зображення не є зовсім новим. Деталі картини опрацьовані непогано. У 43% дітей із ПОС середній рівень успішності. Діти придумали і намалювали щось таке, що в цілому є не новим, але несе в собі явні елементи творчої фантазії і здійснює на глядача певний емоційний вплив. Деталі й образи малюнка опрацьовані середньо. 32% дітей виконали завдання відповідно з низьким рівнем успішності. Діти намалювали щось дуже просте, неоригінальне, причому на малюнку слабо проглядається фантазія і не дуже добре опрацьовані деталі. 23% дітей виконали завдання відповідно з дуже низьким рівнем, тобто за відведений час дитина так і не зуміла нічого придумати та намалювала лише окремі штрихи й лінії. На дуже високому рівні не виявилось жодної дитини, не було таких малюнків, які б здійснили на глядача значне враження і свідчили б про неабияку фантазію.

Численна частина дітей із ПОС відразу після інструкції дорослого до виконання завдання не приступала. Діти почували себе розгублено, без повторного повторення інструкції експериментатором вони не могли зрозуміти завдання.

Отже, результати дослідження уяви в дітей із ПОС вказують на те, що рівень розвитку уяви в більшості випадків низький: відзначена слабка вираженість позитивного мотиваційно-потребового компонента у творчій діяльності, немає самостійності самовираження, зафіксована слабкість деталізації образів. Діти відчували складнощі як при виконанні творчих завдань, пов'язаних зі зміною, комбінуванням заданого сюжету, образу, так і зі створенням власних задумів та їх реалізацією. Отримані результати репрезентують діаграми (рис.2.13).



**Рис. 2.13.** Результати діагностики уяви груп дітей за методикою «Намалюй що-небудь» Т. Д.Марцинковської

За результатами проведення діагностики уяви в дітей досліджуваних груп зроблено такі висновки. Діти молодшого шкільного віку з церебростенічною і церебростенічною формою ПОС мають середній рівень розвитку уяви, нижчий, ніж у дітей з нормативним розвитком та в дітей із психопатоподібною формою ПОС, але вищий, ніж у дітей із аутизмом і розумовою відсталістю.

На наступному етапі було визначено взаємовідношення розвитку афекторної сфери щодо інтелектуального розвитку в структурі особистісного розвитку дітей виокремлених груп із психоорганічним синдромом.

Дітям із церебрастенічною формою ПОС притаманна афективна



регуляція за типом гіпореагування, низький рівень розпізнання та ідентифікації емоцій, середній зі схильністю до високого рівень тривожності, дуже низький рівень розвитку когнітивної сфери (передумов інтелекту).

Дітям із неврозоподібною формою ПОС властиво: афективна регуляція за типом гіпореагування, низький рівень розпізнання та ідентифікації емоцій, високий рівень тривожності, низький рівень розвитку когнітивної сфери (передумов інтелекту).

У дітей із психопатоподібною формою ПОС переважає: афективна регуляція за типом гіперреагування, середній рівень розпізнання та ідентифікації емоцій, низький рівень тривожності, середній рівень розвитку когнітивної сфери (передумов інтелекту).

## **Висновки до розділу 2**

1. На підставі клінічних, психолого-педагогічних досліджень було вивчено особливості розвитку трьох патопсихологічних груп дітей із ПОС.

Перша група – діти з церебрастенічною формою ПОС, яка виявляється переважно в шкільному віці порушеннями різних функціональних систем. При цьому дитина частково сприймає інформацію, недостатньо її аналізує та обмежено використовує. Когнітивна недостатність призводить до виникнення труднощів у навчанні. Відзначають загальмованість мислення, нецілеспрямованість, неможливість своєчасно виконати завдання, труднощі регуляції уваги та послідовності дій, операцій мислення. Пам'ять дуже слабка, особливо запам'ятовування. Переважає незрілість вольової регуляції поведінки, мотивації молодшої за віком дитини.

Друга група – діти з психопатоподібною формою ПОС, при якій виявляється не лише схожість із деякими формами психопатій, але й психопатоподібними змінами характеру та відповідними порушеннями поведінки. Негативні симптоми у вигляді зниження емоційності, падіння активності, патологічної замкнутості, формальних порушень мислення

спочатку лише проглядають крізь психопатоподібну поведінку.

Третя група – діти з неврозоподібною формою ПОС. Найчастішим неспихотичним порушенням при соматичних та ендокринних захворюваннях є астеничний синдром, який виявляється як на ранніх стадіях хвороби, так і у випадках, коли процес зайшов надто далеко. Нерідко астеничні вияви розвиваються раніше, ніж з'являються соматичні ознаки захворювання. Цим дітям притаманний високий рівень тривожності.

2. Встановлено специфічні особливості онтогенезу дітей, які перенесли органічне ураження ЦНС гіпоксично-ішемічного генезу легкого і середнього ступеня тяжкості. Провідним порушенням у досліджуваних групах виявлено неспецифічний невропатичний симптомокомплекс (синдром вродженої дитячої нервовості, синдром резидуально-органічної невропатії за С.С. Мнухіним).

3. Проаналізовано структуру неврологічних ознак резидуально-органічної церебральної недостатності перинатального генезу. Можна стверджувати, що анамнез дітей молодшого шкільного віку із ПОС усіх груп обтяжений.

4. Виявлено особливості розвитку емоційної сфери дітей із церебрастенічною, психопатоподібною, церебрастенічною формами ПОС порівняно з дітьми з аутизмом, розумовою відсталістю, дітьми з нормативним розвитком.

Передусім було вивчено домінантні типи афективного реагування в дітей досліджуваних груп. Розгляд кількісних і якісних показників про стан окремих рівнів дозволив описати деякі особливості рівневої організації в досліджуваних дітей.

У дітей із церебрастенічною формою ПОС виявлено варіант гіпорекції в афективній сфері, який впливає на афективну стійкість дитини, її вибірковість у ставленні до світу, на регуляції афективного тону. Рівень польової реактивності в більшості дітей розвинений недостатньо, що утруднює організацію афективного налаштування організму до активного

контакту з навколишнім світом. Гіперфункція рівня стереотипів негативно впливає на поведінку, встановлює вибіркоче ставлення до навколишнього світу. У дітей із церебрастенічною формою ПОС констатовано переважно гіпореакцію рівня афективної експансії, що виражено у вияві страху та боязні самостійності, зниженні настрою, примхах при необхідності діяти в новій, нестабільній ситуації або долати будь-які перешкоди. Гіпофункція рівня контролю позначається на нездатності диференціювати параметри емоційної оцінки інших людей, впливає на комформність, критичність, вибіркочість у спілкуванні, неадекватне оцінювання своїх можливостей.

У дітей із психопатоподібною формою ПОС виявлено переважно варіант гіперреагування в афективній сфері. У цих дітей відбувається ніби «віднімання» енергії в інших психічних систем, що також є несприятливим для їх розвитку. Відзначено гіпертонус рівня польової реактивності, що призводить до занепокоєння від інтенсивного та численного контакту з іншими людьми, настирливості, неправильної оцінки дистантності в спілкуванні, надмірної активності й безстрашності в переміщеннях в незнайомому просторі. Гіперфункція рівня стереотипів негативно впливає на злагоджену афективну організацію поведінки. У дітей із психопатоподібною формою ПОС варіант гіперреагування рівня експансії виявляється в агресивному контакті, негативізмі у взаємодії з дорослими, гострій потребі в увазі. Гіперреагування на рівні контролю в афективній організації поведінки відзначено в проблемному характері соціалізації, у вибіркочості в спілкуванні, залежності від емоційної оцінки інших людей, помилковості в тлумаченні цієї оцінки, зайвій прихильності до дорослих і неадекватній оцінці власних можливостей.

У дітей із неврозоподібною формою ПОС можна спостерігати гіпофункцію реагування афективної сфери, це впливає на зниження афективної стійкості, вибіркочості диференційованої комунікації із навколишнім світом, на регуляції афективного тону. Рівень польової реактивності розвинений недостатньо, організація афективного

налаштування організму до активного контакту з навколишнім світом буде виконуватися спотворено, так, як це характерно для дисфункції. Гіперфункція рівня стереотипів сприяє формуванню надзалежності від звичної поведінки та зайвої вразливості при порушенні стереотипів, а також появі гіперкомпенсаторних реакцій. Гіпореакція рівня афективної експансії виражається у вияві страху та боязні самостійності, зниженні настрою, примхах при необхідності діяти в новій, нестабільній ситуації або долати будь-які перешкоди. Гіпофункція рівня контролю впливає на порушення комунікації та контакту з іншими людьми, знижує здатність до наслідування, імітації поведінки і розвитку її довільних форм.

У дітей з аутизмом виявлена тотальна гіпофункція за типом афективного реагування, що значно утруднює диференційований контакт із оточенням та іншими людьми. У дітей із аутизмом на рівні оцінки інтенсивності впливу середовища можна спостерігати гіпореакції, гіпосензитивність як до людей, так і до навколишнього світу. Гіпореакції за силою та інтенсивністю переважають гіперреагування другого рівня афективних стереотипів дітей із ПОС. Афективна система бере під контроль увесь спектр зовнішніх та внутрішніх відчуттів, у дітей із аутизмом це можна спостерігати більш виражено. У дітей із аутизмом вибірковість на першому плані. Також можна спостерігати аутоstimуляції, стереотипні форми поведінки, на рівні афекторної експансії – значні порушення адаптації в нестабільній, критичній ситуації. Відзначено відсутність сформованості патернів поведінки, характерних віку. Рівень емоційного контролю переважно характеризується гіпореагуванням. Також у дітей із аутизмом на першому плані є проблема вербальної комунікації.

У дітей із розумовою відсталістю також можна спостерігати тотальну гіпофункцію за типом афективного реагування. Стан рівня польової реакції за типом гіпофункції, що утруднює диференційований контакт. Стан рівня стереотипів характеризується гіперреагуванням, переважає вузькість сприймання та складність регулювання інтенсивності афекту. На рівні

афекторної експансії виявлено значні порушення, що більше пов'язані з важкістю здолаття перешкод, соціальною заборонаю, дослідницькою діяльністю. Рівень емоційного контролю переважно характеризується гіпореагуванням, виявлено непостійність комунікації, швидке присичення.

У дітей із нормативним розвитком домінує переважно адекватний варіант афективного реагування. У них в основному виявлено адекватний варіант польової реактивності. Діти адекватно оцінювали безпосередньо ситуацію, інтенсивність впливів зовнішнього світу. Діти характеризуються адекватним варіантом афективного реагування другого рівня. Цим дітям притаманна гарна адаптація до навколишнього середовища, вироблення адекватних афективних стереотипів сенсорного контакту. У дітей можна спостерігати адекватний варіант реагування рівня експансії. Вони адекватно оцінюють себе і свої можливості, шукають шляхи подолання труднощів, адекватно реагують та оцінюють досвід успіху і поразки, що стає основою для розвитку рівня домагань. Рівень емоційного контролю адекватний. Діти з легкістю налагоджують емоційні взаємодії з іншими людьми, мають здатність до формування правил, норм взаємодії, виокремлюють та аналізують афективні вияви інших людей, аналізують як вербальні, так і невербальні вияви.

5. Установлено, що проблема тривожності характерна для більшості дітей із ПОС. Найвищий показник серед чинників тривожності має страх не відповідати вимогам і сподіванням оточуючих (27%) та по 18 % мають чинники «страх ситуації перевірки знань», «страх самовираження», «низький фізіологічний опір стресу». Отже, причиною виникнення тривожності в дітей молодшого шкільного віку з ПОС є порушення в системі взаємодії «дитина-дитина».

Досліджені особливості показників тривожності порівняно з дітьми з аутизмом, розумовою відсталістю, дітьми із нормативним розвитком.

Діти з церебрастенічною формою ПОС мають дуже високі і високі показники рівня тривожності, серед чинників тривожності можна

виокремити «страх самовираження» – 28,5%, «низький фізіологічний опір стресу» – 17,4%, «страх не відповідати вимогам та сподіванням оточуючих» – 17,4%;

Для дітей із психопатоподібною формою ПОС властивий середній із тенденцією до низького рівень тривожності. Найвищі показники серед чинників тривожності: «фрустрація, потреба в успіху» – 20%; «страх самовираження» – 25,71%;

Для дітей із неврозоподібною формою ПОС властивий високий рівень тривожності. Найвищі показники серед чинників тривожності: «соціальний страх» – 25,71%, «страх не відповідати вимогам та сподіванням оточуючих» – 25,71%;

Для дітей із аутизмом властивий дуже високий та високий рівень тривожності. Найвищі показники серед чинників тривожності: «соціальний страх» – 28,60%, «загальна тривожність» – 20,00%;

Для дітей із розумовою відсталістю властивий високий та середній із тенденцією до високого рівні тривожності. Найвищі показники серед чинників тривожності: «страх самовираження» – 20,00%, «низький фізіологічний опір стресу» – 23,00%;

Для дітей із нормою розвитку властивий середній із тенденцією до низького рівень тривожності. Серед чинників тривожності переважають «страх ситуації перевірки знань» – 25,7%, «страх самовираження» – 14,3%.

6. Досліджено здатність розпізнавання та ідентифікації емоцій дітьми молодшого шкільного віку з ПОС порівняно з дітьми з аутизмом, розумовою відсталістю та дітьми, розвиток яких відбувається нормативно. За методиками Г.А. Волкової «Вивчення мімічної моторики», «Вивчення розуміння емоційних станів людей», «Розпізнавання емоцій» отримано такі результати:

- більшість дітей (85,71%) із церебрастенічною формою ПОС мають високий рівень вираження емоційних станів, мають низький рівень розуміння емоційних станів людей (28,57%), низький рівень розпізнавання емоцій

(42,85%);

- діти (85,71%) із психопатоподібною формою ПОС мають високий рівень вираження емоційних станів, середній рівень розуміння емоційних станів людей (71,42%), середній рівень розпізнавання емоцій (57,18%);

- для дітей (57,18%) із неврозоподібною формою ПОС характерний високий рівень вираження емоційних станів, середній рівень розуміння емоційних станів людей (57,18%), високий рівень розпізнавання емоцій(57,18%);

- більшість дітей (45,71%) із аутизмом мають низький рівень вираження емоційних станів, низький рівень розуміння емоційних станів людей (77,14%), низький рівень розпізнавання емоцій (77,14%);

- для більшості (42,86%) розумово відсталих дітей характерний середній рівень вираження емоційних станів, низький рівень розуміння емоційних станів людей (54,29%), середній рівень розпізнавання емоцій (42,86%);

- більшість дітей, розвиток яких відбувається нормативно (94,29%), мають високий рівень вираження емоційних станів, (88,57%) високий рівень розуміння емоційних станів людей, (97,14%) високий рівень розпізнавання емоцій.

Отже, діти молодшого шкільного віку з ПОС характеризуються високим рівнем тривожності, незрілістю емоційної сфери, порушенням афективної регуляції, складністю розпізнавання та ідентифікації емоцій.

7. Вивчено особливості пізнавальної сфери дітей із ПОС порівняно з дітьми з нормативним розвитком, дітьми з аутизмом, дітьми з РВ.

Установлено, що діти молодшого шкільного віку з церебростенічною і неврозоподібною формою ПОС мають III рівень розвитку мислення за методикою Равена та характеризуються середнім інтелектом. Діти з аутизмом мають IV рівень розвитку мислення, їхні інтелектуальні можливості нижчі за середній рівень. Діти з РВ мають V рівень розвитку мислення, тобто істотне зниження інтелекту. Діти з нормативним розвитком

та з психопатоподібною формою ПОС мають II рівень розвитку мислення, їхні інтелектуальні можливості середні та вищі за середній рівень.

Діти молодшого шкільного віку із ПОС мають середній рівень розвитку уваги. Їм характерні порушення переключення, концентрації, стійкості, обсягу уваги. Рівень розвитку уваги в дітей із ПОС значно нижчий, ніж у дітей з нормативним розвитком, але вищий, ніж у дітей із аутизмом і розумовою відсталістю.

Молодші школярі із ПОС мають середній рівень розвитку пам'яті. Рівень розвитку пам'яті у дітей з ПОС значно нижчий, ніж у дітей з нормативним розвитком, але вищий, ніж у дітей із аутизмом і розумовою відсталістю.

Молодші школярі з церебростенічною і неврозоподібною формою ПОС мають рівень розвитку письма нижчий за середній. Рівень розвитку письма в дітей із ПОС значно нижчий, ніж у дітей із нормативним розвитком та з психопатоподібною формою ПОС, але вищий, ніж у дітей із аутизмом і розумовою відсталістю.

Молодші школярі з церебростенічною і неврозоподібною формою ПОС мають середній рівень розвитку мовленнєвої діяльності. Рівень розвитку мовлення в дітей із ПОС значно нижчий, ніж у дітей із нормативним розвитком та з психопатоподібною формою ПОС, але вищий, ніж у дітей з аутизмом і розумовою відсталістю.

Молодші школярі з церебростенічною і неврозоподібною формою ПОС мають середній рівень розвитку сприймання. Рівень розвитку сприймання у дітей з ПОС значно нижчий, ніж у дітей із нормативним розвитком та з психопатоподібною формою ПОС, але вищий, ніж у дітей з аутизмом і розумовою відсталістю.

Отже, можна стверджувати, що проблема розвитку афективної регуляції, складність розпізнання та диференціювання емоційу дітей молодшого шкільного віку з ПОС має не вузько функціональний, а загальний, особистісно-орієнтований характер, сфокусований на тих



чинниках середовища й характеристиках розвитку, які стають причиною тривожності та порушення розвитку комунікативних навичок, конструктивних способів взаємодії, а також розвитку здатності найбільш успішно реалізувати себе в поведінці та взаємодії.

8. Визначено взаємовідношення розвитку афекторної сфери щодо інтелектуального розвитку дітей виокремлених груп із психоорганічним синдромом: дітям із церебралістичною формою ПОС притаманна афективна регуляція за типом гіпореагування, низький рівень розпізнання та ідентифікації емоцій, середній зі схильністю до високого рівень тривожності, дуже низький рівень розвитку когнітивної сфери (передумов інтелекту). Дітям із неврозоподібною формою ПОС властиво: афективна регуляція за типом гіпореагування, низький рівень розпізнання та ідентифікації емоцій, високий рівень тривожності, низький рівень розвитку когнітивної сфери (передумов інтелекту). У діти із психопатоподібною формою ПОС переважає афективна регуляція за типом гіперреагування, середній рівень розпізнання та ідентифікації емоцій, низький рівень тривожності, середній рівень розвитку когнітивної сфери (передумов інтелекту).

При збереженому інтелекті діти з ПОС мають проблеми в навчанні, але якщо в дітей із церебралістичною та неврозоподібною формами ПОС відзначено низький віковий рівень розвитку пізнавальних процесів, високий рівень виснаженості, тривожності, то діти з психопатоподібною формою ПОС характеризуються середнім рівнем розвитку пізнавальних процесів, але низьким рівнем саморегуляції, високим рівнем пересичення, що може свідчити про низький рівень мотиваційної компоненти психічної діяльності, украй низьким рівнем саморегуляції та довільності поведінки й самоорганізації.

### РОЗДІЛ 3

## РОЗРОБКА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА АПРОБАЦІЯ КОМПЛЕКСНОЇ СИСТЕМИ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПСИХООРГАНІЧНИМ СИНДРОМОМ

### 3.1. Мета, завдання та організація формувального експерименту

Для подолання та нівелювання констатованих патопсихологічних виявів ПОС у дітей молодшого шкільного віку було розроблено систему корекційної роботи.

Варто врахувати, що системність зазначеної роботи – це взаємозв'язок її медичної, психологічної та педагогічної складових, спільно спрямованих на досягнення корекційного результату.

При розробці системи враховано результати констатувального експерименту для диференційованого спрямування корекційних впливів на виправлення виявлених відхилень і порушень у структурі порушення розвитку дітей різних груп дітей із ПОС.

Система корекційної роботи базується на таких фундаментальних психолого-педагогічних положеннях.

1. Особистість – це цілісна психологічна структура, яка формується в процесі життя людини на основі засвоєння нею суспільних форм свідомості та поведінки.

2. Психічний розвиток і формування особистості дитини можливі тільки в процесі спілкування з дорослим.

3. Важливу роль у психічному розвитку дитини відіграє формування провідного виду діяльності (у дошкільників – гра, у молодших школярів – навчальна діяльність).

4. Розвиток дитини з особливими освітніми потребами відбувається за тими ж законами, що й звичайної. При наявності певних, сприятливих умов всі діти мають здатність розвиватися.

Систему корекційної роботи розроблено з урахуванням таких принципів психокорекційної роботи: єдності діагностики, профілактики та корекції; комплексності корекційних впливів; диференційованого та індивідуального підходів; особистісно-діяльнісного підходу; ієрархічного та казуального принципів.

За напрямком вирішення цих проблем та для досягнення поставленої мети було поставлено завдання з розробки складових системи корекційної роботи, спрямованих на розвиток та корекцію:

- емоційної сфери молодших школярів, зокрема на вирішення проблем розпізнавання та ідентифікації емоцій, саморегуляції, тривожності в дітей із психоорганічним синдромом;
- продуктивних стратегій міжособистісної взаємодії дітей із психоорганічним синдромом;
- когнітивних процесів (сприймання, уваги, мислення, пам'яті, уяви, писемного і усного мовлення);

Варто об'єднати зазначені складові в цілісну систему психолого-педагогічного супроводу дітей у процесі їх корекційного виховання.

Задля ефективної реалізації системи корекційної роботи основні корекційні впливи побудовано на особливостях розвитку в конкретний віковий період, на властивих цьому вікові особливостях і новоутвореннях. По-перше, корекційний вплив спрямований на дорозвинення і компенсацію тих психічних процесів і новоутворень, що почали формуватися в попередньому віковому періоді та які є основою для розвитку в наступному періоді. По-друге, корекційно-розвивальна робота була спрямована на створення умов для ефективного формування тих психічних функцій, що особливо інтенсивно розвиваються в поточний період онтогенезу. По-третє, корекційно-розвивальна робота сприяла формуванню передумов для розвитку на наступному віковому етапі. По-четверте, корекційно-розвивальна робота спрямована на гармонізацію особистісного розвитку дитини на конкретному віковому етапі.

Також були враховані рівні реалізації корекційно-розвивальної роботи:

- психофізіологічний, який враховує сформованість компонентів, які складають внутрішню, фізіологічну і психофізіологічну основу всіх систем дитини, що розвивається;
- індивідуально-психологічний, що спирається на розвиток основних психологічних систем (пізнавальної, емоційної тощо) дитини;
- особистісний, що виражає специфічні особливості власне дитини як цілісної системи, її відмінність від інших дітей, які перебувають на зазначеному етапі розвитку;
- груповий, що враховує особливості взаємодії дитини з іншими дітьми й дорослими та їхніми об'єднаннями в групи.

Психологічна корекція емоційної сфери дітей із ПОС спрямована передусім на узгодження роботи всіх рівнів емоційної регуляції, на подолання негативізму і встановлення контакту, подолання емоційного дискомфорту, тривоги, занепокоєння, страхів, а також негативних афективних форм поведінки – потягів, агресії. Водночас одним із головних завдань психологічної корекційної роботи є переважна орієнтація на резерви афективної сфери, що підлягають зберіганню, з метою досягнення спільного розслаблення, зняття патологічної напруги, зменшення тривоги і страхів із одночасним збільшенням довільної активності дитини. З цією метою використано різні прийоми аутотренінгу й оперантної регуляції поведінки. Наприклад, групові заняття з дітьми з ПОС, спрямовані на розвиток уміння розпізнавати емоційні стани, різний ступінь інтенсивності емоцій, розвиток довільності. Заняття складається із кількох ігрових тренінгів.

Корекційна робота, спрямована на розвиток продуктивних стратегій міжособистісної взаємодії, та програма для розвитку психологічної взаємодії, саморегуляції поведінки для дітей молодшого шкільного віку із ПОС спрямовані також на розвиток засобів самопізнання тривожних дітей, на підвищення розуміння власної цінності, на розвиток мотивів міжособистісних стосунків, на розвиток упевненості у власних силах, а також

здатності найуспішніше реалізувати себе в поведінці та взаємодії. Це необхідно для того, щоб забезпечити дитину засобами, що дозволяють їй найбільш ефективно вступати у взаємодію, вирішувати щоденні, поставлені перед нею завдання. Молодший шкільний вік є сприятливим періодом для такої роботи, адже мотиваційно-сміслова система ще не сформована та відкрита для позитивних змін, можливість для яких створюється в груповій психотерапії. Проблеми, аналізовані дітьми в ході групових занять, є типовими для цього віку.

Корекційна робота спрямована на розвиток пізнавальної сфери дітей із ПОС. Основним напрямком у роботі є розвиток властивостей уваги (концентрація, стійкість, вибірковість, об'єм), процесів пам'яті (відтворення, запам'ятовування, зберігання), мислення (синтез, аналіз, узагальнення, умовиводи), сприйняття (предметність, цілісність, вибірковість, апперцепція, узагальнення), уяви (довільна, мимовільна, продуктивна, репродуктивна, конкретна, абстрактна) та мовлення (словниковий запас, основи граматичного ладу мовлення, зв'язне мовлення).

Комплекс занять системи корекційної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із ПОС представлена в ДОДАТКУ В.

Психологічна корекція психічного розвитку дітей із ПОС здійснена в індивідуальній і груповій формі три рази на тиждень упродовж 7-10 місяців. Кількість занять могла змінюватися залежно від інтенсивності патопсихологічних виявів у структурі ПОС.

Для дітей із церебростенічною формою ПОС основними напрямками корекції є розвиток пізнавальних процесів, зниження тривожності, розвиток емоційно-вольової сфери та стратегій міжособистісної взаємодії.

Для дітей із психопатоподібною формою ПОС система корекції була спрямована на розвиток саморегуляції поведінки, рухової активності; розвиток емоційної (розпізнання та ідентифікація емоцій, станів) та вольової сфер; навчання продуктивних стратегій міжособистісної взаємодії.

Для дітей із неврозоподібною формою ПОС основними напрямками в

психокорекції були зниження тривожності та методи саморегуляції психічного стану; розвиток пізнавальної та емоційно-вольової сфер, а також стратегій міжособистісної взаємодії.

### **3.2. Результати контрольного експерименту**

Метою контрольного-експериментального етапу запропонованого дослідження була перевірка ефективності системи корекційної роботи, спрямованої на розвиток пізнавальної та емоційної сфер дітей із ПОС.

На контрольному етапі дослідження перевірено ефективність розроблених системи корекційної роботи. Перевірка ефективності корекції була проведена безпосередньо після їх проведення.

*Методи дослідження.* В основу контрольного дослідження покладено комплексну систему психолого-медико-педагогічних методів диференційної діагностики.

Тестування дітей проведено на підставі згоди батьків о 9-10 годині ранку не більше однієї години з урахуванням психофізіологічних особливостей віку.

У дослідженні особливостей розвитку емоційної сфери вибірка складала 105 дітей (85 хлопчиків і 20 дівчат) із діагнозом – F-07.9 «Резидуально-органічне ураження центральної нервової системи у формі психоорганічного синдрому».

Для оцінки сформованості рівнів афективної регуляції в дітей із ПОС використано методику діагностики базової афективної регуляції за Н.Я. Семаго; для оцінки рівня тривожності – методику «Вимірювання рівня тривожності Тейлора», «Тест шкільної тривожності Філіпса», для оцінки рівня сформованості розпізнавання, ідентифікації емоцій – «Методику вивчення мімічної моторики», «Вивчення розуміння емоційних станів людей, зображених на картинці», «Розпізнавання емоцій» Г.А. Волкової (див. додаток А).

Для дослідження особливостей мислення молодших школярів із ПОС

порівняно з дітьми з нормативним розвитком, дітьми з аутизмом, дітьми з РВ використано методику «Стандартні кольорові матриці Равена», для дослідження особливостей уваги – методику «Трикутники» на виявлення рівня розвитку довільної уваги, стійкості, концентрації і переключення уваги; для дослідження пам'яті – методику «10 слів» О. Р. Лурія для діагностики пам'яті; для дослідження писемного мовлення – методику виявлення порушень писемного мовлення І.М. Садовникової; для дослідження мовленнєвої діяльності – методику діагностики мовленнєвої діяльності Т.А. Фотекової; для дослідження особливостей сприймання – методику діагностики сприймання «Чого не вистачає?» Р.С. Немова; для дослідження особливостей уяви – методику «Намалюй що-небудь» Т.Д. Марциновської (див. додаток А).

Статистичний аналіз отриманих результатів здійснено з використанням програми SPSS-13.0.

Після проведення корекційної роботи було здійснено повторне дослідження афективної саморегуляції дітей молодшого шкільного віку з ПОС за методикою Н.Я. Семаго. Для достовірності отримані результати до і після проведення психокорекційної роботи з молодшими школярами з ПОС піддано статистичній обробці в пакеті SPSS-13.

Таблиця 3.1.

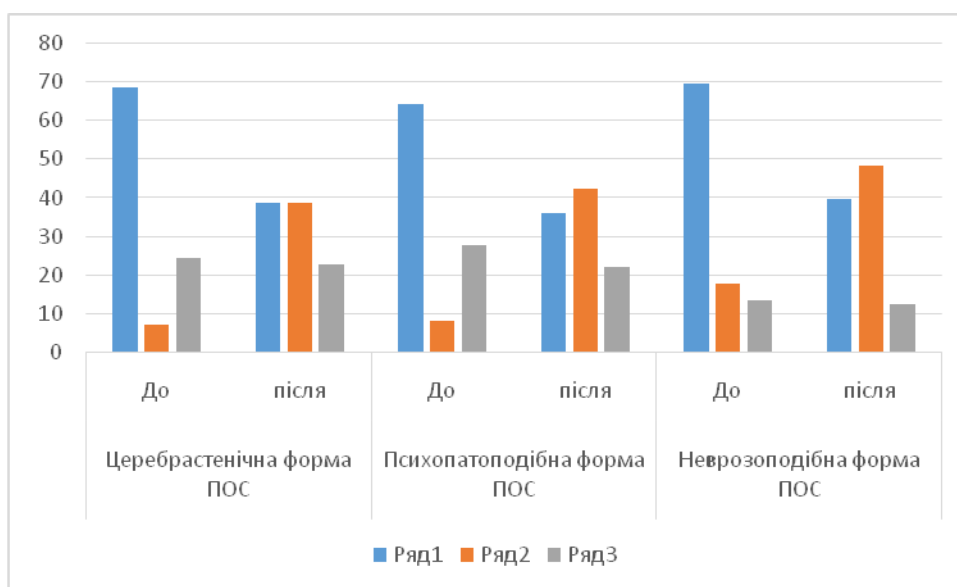
**Стан рівня стереотипів у дітей із психоорганічним синдромом  
до і після проведення корекційної роботи**

Група		Варіанти реагування, %			Р
		А	В	С	
Церебрастенічна форма ПОС	До	68,7	7,1	24,2	0,022
	після	38,7	38,7	22,7	
Психопатоподібна форма ПОС	До	64,2	8,1	27,7	0,022
	після	35,9	42,2	21,9	
Неврозоподібна	До	69,6	17,7	13,2	0,008

форма ПОС	після	39,6	48,2	12,2	
-----------	-------	------	------	------	--

За результатами контрольної діагностики стану рівня стереотипів у дітей із ПОС можна стверджувати, що після проведеної корекційної роботи рівень адекватних варіантів реагування значно підвищився:

- у дітей із церебрастенічною формою ПОС з 7,1% до 38,7%;
- у дітей з психопатоподібною формою ПОС з 8,1% до 42,2%;
- у дітей із неврозоподібною формою ПОС з 17,7% до 48,2%.



**Рис. 3.1.** Порівняння стану рівня стереотипів до і після проведення корекційної роботи

Третій рівень афективної експансії в дітей також мав низку особливостей. У табл.3.2. та на рис. 3.2. представлено порівняння кількісних показників стану рівня експансії.

Таблиця 3.2.

**Порівняння стану рівня експансії у дітей із психоорганічним синдромом до і після проведення корекційної роботи**

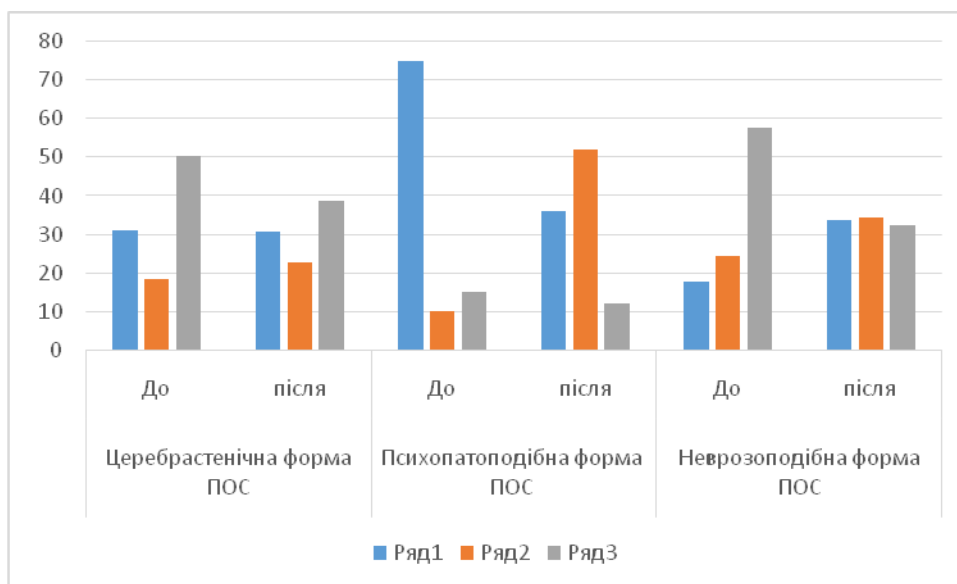
Група		Варіанти реагування, %			Р
		А	В	С	
Церебрастенічна форма ПОС	До	31,1	18,4	50,5	0,044
	після	30,7	22,6	38,7	



Психопатоподібна форма ПОС	До	74,9	10,1	15,0	0,044
	після	35,9	52,1	12,0	
Неврозоподібна форма ПОС	До	17,8	24,3	57,8	0,003
	після	33,6	34,2	32,2	

За результатами контрольної діагностики стану рівня експансії у дітей з ПОС можна стверджувати, що після проведеної корекційної роботи рівень адекватних варіантів реагування значно підвищився:

- у дітей із церебрастенічною формою ПОС з 18,4% до 22,6%;
- у дітей з психопатоподібною формою ПОС з 10,1% до 52,1%;
- у дітей із неврозоподібною формою ПОС з 24,3% до 34,2%.



**Рис. 3.2.** Порівняння стану рівня експансії в дітей із ПОС до і після проведення корекційної роботи

Хоча кількість дітей, у яких виявлено гіпотонус рівня експансії, зменшилася незначно порівняно зі станом рівня польової реактивності та рівня стереотипів у цій категорії, все-таки кількість дітей, що мають значимі результати в категорії В, стала більшою. У більшості дітей значення в рівні розподілилися між категоріями А, В, С, що також вказує на недорозвиток рівня і негативний вплив цього недорозвитку на організацію адаптивної поведінки дітей.

Отже, можна вважати, що характер цього впливу в дітей із домінантним третім рівнем виявився в страху і боязні самостійності, зниженні настрою, примхах при необхідності діяти в новій, нестабільній ситуації або долати будь-які перешкоди. Відзначено покращення стану рівня експансії в дітей із церебрастенічною формою ПОС до і після проведення корекційної роботи.

Кількісне підтвердження покращення явищ дисфункції на рівні контролю представлено в табл. 3.3. та на рис. 3.3.

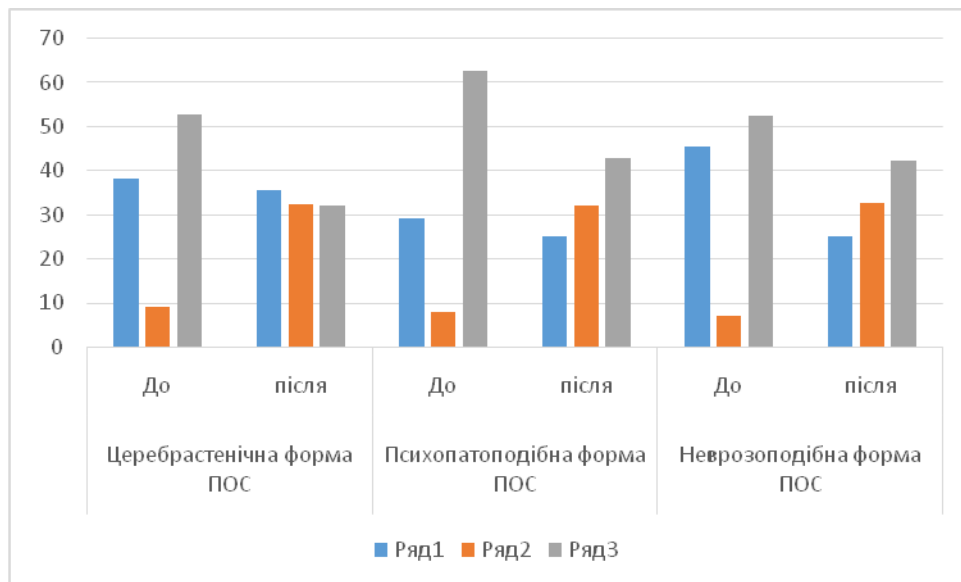
Таблиця 3.3.

**Порівняння стану рівня контролю в дітей із психоорганічним синдромом до і після проведення корекційної роботи**

Група		Варіанти реагування, %			Р
		А	В	С	
Церебрастенічна форма ПОС	До	38,2	9,0	52,8	0,039
	після	35,5	32,3	32,2	
Психопатоподібна форма ПОС	До	29,2	8,0	62,8	0,039
	після	25,2	32,0	42,8	
Неврозоподібна форма ПОС	До	45,6	7,0	52,6	0,014
	після	25,2	32,6	42,2	

За результатами контрольної діагностики стану рівня контролю в дітей із ПОС можна стверджувати, що після проведеної корекційної роботи рівень адекватних варіантів реагування значно підвищився:

- у дітей із церебрастенічною формою ПОС з 9,0% до 32,3%;
- у дітей з психопатоподібною формою ПОС з 8,0% до 32,0%;
- у дітей із неврозоподібною формою ПОС з 7,0% до 32,6%.



**Рис. 3.3.** Порівняння стану рівня контролю в дітей із ПОС до і після проведення корекційної роботи

Гіпофункція рівня контролю в певній частині дітей позначилася на спостережуваній у них здатності неправильно диференціювати параметри емоційної оцінки інших людей. З позиції рівневого підходу ця помилковість породжує залежність дітей від емоційної оцінки інших людей. Після проведення корекційної роботи відзначено покращення функції контролю, зокрема, швидше розвивалися навички самостійності в дітей, почала розвиватися незалежність дітей від емоційної оцінки інших людей. Діти стали менше конфліктувати з однолітками, краще сприймати слова та зауваження дорослих.

Відомості про порівняння стану рівня польової реактивності в дітей із ПОС до і після проведення корекційної роботи репрезентовані в табл. 3.4 та на рис. 3.4.

Таблиця 3.4.

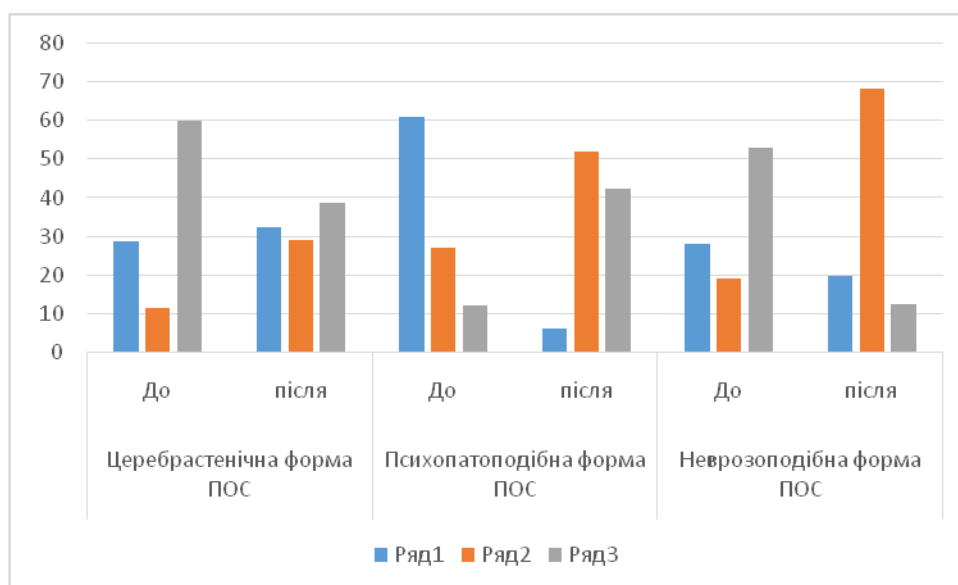
**Порівняння стану рівня польової реактивності в дітей із психоорганічним синдромом до і після проведення корекційної роботи**

Група	Варіанти реагування, %				P
		A	B	C	
Церебрастенічна	До	28,6	11,4	60,0	0,036

форма ПОС	після	32,2	29,1	38,7	
Психопатоподібна форма ПОС	До	61,0	27,0	12,0	0,036
	після	5,9	51,9	42,2	
Неврозоподібна форма ПОС	До	28,0	19,0	53,0	0,001
	після	19,6	68,2	12,2	

За результатами контрольної діагностики стану рівня польової реактивності в дітей із ПОС можна стверджувати, що після проведеної корекційної роботи рівень адекватних варіантів реагування значно підвищився:

- у дітей із церебрастенічною формою ПОС з 11,4% до 29,1%;
- у дітей з психопатоподібною формою ПОС з 27,0% до 51,9%;
- у дітей із неврозоподібною формою ПОС з 19,0% до 68,2%.



**Рис. 3.4.** Порівняння стану рівня польової реактивності в дітей із ПОС до і після проведення корекційної роботи

Очевидно, що рівень польової реактивності в більшості дітей розвинений ще недостатньо, але відзначено покращення адаптаційних завдань, які характерні для цього рівня організації поведінки.

Варто підвести підсумок та порівняти переважання типів реагування в

дітей, яке визначено за сумою відповідей у різних категоріях (А, В, С) від загальної кількості відповідей. Значна сума відповідей у будь-якій категорії визначала її як провідну при такому поєднанні значень.

Передусім у дослідженні були виявлені та зіставлені домінантні типи афективного реагування в дітей із ПОС. Кількісні показники представлені в табл.3.5. та на рис. 3.5.

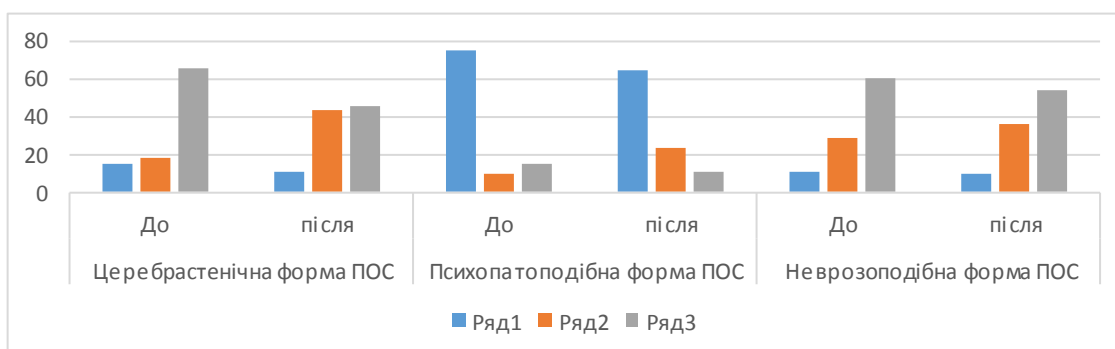
Таблиця 3.5.

**Порівняння типів реагування в афективній сфері в дітей із психоорганічним синдромом до і після проведення корекційної роботи**

Група	Варіанти реагування, %				P
		A	B	C	
Церебрастенічна форма ПОС	До	15,7	18,5	65,8	0,005
	після	10,7	43,7	45,6	
Психопатоподібна форма ПОС	До	75,0	10,0	15,0	0,006
	після	65,0	24,0	11,0	
Неврозоподібна форма ПОС	До	10,5	29,0	60,5	0,004
	після	9,5	36,0	54,5	

За результатами контрольної діагностики типів реагування в афективній сфері в дітей із ПОС можна стверджувати, що після проведеної корекційної роботи рівень адекватних варіантів реагування значно підвищився:

- у дітей із церебрастенічною формою ПОС з 18,5% до 43,7%;
- у дітей з психопатоподібною формою ПОС з 10,0% до 24,0%;
- у дітей із неврозоподібною формою ПОС з 29,0% до 36,0%.



**Рис. 3.5.** Порівняння типів реагування в афективній сфері в дітей із ПОС до і після проведення корекційної роботи

Порівняння типів функціонування афективної системи в дітей із ПОС дозволило виявити у них домінантний тип.

До проведення корекційної роботи в дітей із ПОС були вищі показники функціонування афективної регуляції за типом С, яке до цього було представлено незначно (значимість відмінностей за методом кутового перетворення Фішера становить  $p = 0,005$ ).

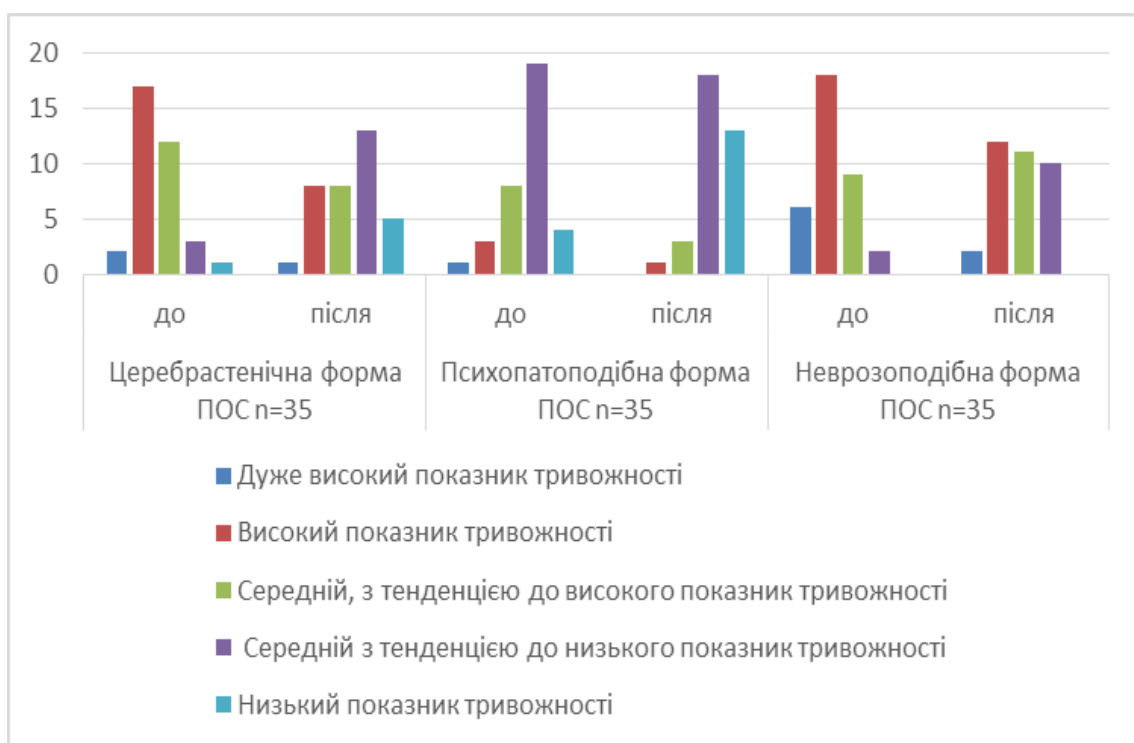
Після проведення корекційної роботи став переважати адекватний тип функціонування, який до цього був представлений слабо ( $p = 0,0001$ ).

Для контрольної діагностики рівня тривожності в дітей молодшого шкільного віку використано тест «Вимірювання рівня тривожності Тейлора». Результати контрольного дослідження занесені до таблиці 3.6. та представлені діаграмами на рис.3.6. Протокол повторної діагностики подано в додатку А.

Таблиця 3.6.

### Результати повторної діагностики за методикою Тейлора

Групи		Дуже високий показник тривожності	Високий показник тривожності	Середній із тенденцією до високого показник тривожності	Середній із тенденцією до низького показник тривожності	Низький показник тривожності
Церебрастенічна форма ПОС n=35	до	2	17	12	3	1
	після	1	8	8	13	5
Психопатоподібна форма ПОС n=35	до	1	3	8	19	4
	після	0	1	3	18	13
Неврозоподібна форма ПОС n=35	до	6	18	9	2	0
	після	2	12	11	10	0



**Рис. 3.6.** Результати повторної діагностики за методикою Тейлора

Результати, отримані після проведення методики, засвідчили, що:

- 25,7% дітей із церебрастенічною формою ПОС мають дуже високі і високі показники рівня тривожності;
- 22,85% досліджуваних дітей із церебрастенічною формою ПОС мають середній із тенденцією до високого рівень тривожності;
- середній із тенденцією до низького – 37,14% досліджуваних дітей із церебрастенічною формою ПОС;
- низький рівень тривожності мають 14,28% дітей із церебрастенічною формою ПОС.

Можна зробити висновок, що діти з церебрастенічною формою ПОС після проведеної корекції мають стійку тенденцію до зниження рівня тривожності.

- 2,86% дітей із психопатоподібною формою ПОС мають середній із тенденцією до високого рівень тривожності; жодна дитина цієї групи не має дуже високого рівня тривожності;
- 8,57% дітей із психопатоподібною формою ПОС мають середній із тенденцією до високого рівень тривожності;

- 51,43% дітей із психопатоподібною формою ПОС мають середній із тенденцією до низького рівень тривожності;

- 37,14% дітей із психопатоподібною формою ПОС мають низький рівень тривожності;

Можна зробити висновки, що діти з психопатоподібною формою ПОС після проведеної корекції мають стійку тенденцію до зниження рівня тривожності.

- 40% дітей із неврозоподібною формою ПОС мають дуже високі і високі показники рівня тривожності,

- 31,43% досліджуваних дітей із неврозоподібною формою ПОС мають середній із тенденцією до високого рівень тривожності;

- середній із тенденцією до низького – 28,57% досліджуваних дітей із неврозоподібною формою ПОС;

- у жодної дитини із неврозоподібною формою ПОС не виявлено низького рівня тривожності.

Можна зробити висновок, що діти з неврозоподібною формою ПОС після проведеної корекції мають стійку тенденцію до зниження рівня тривожності.

У цілому на контрольному етапі дослідження у 56% дітей були виявлені низькі показники тривожності, у 44% дітей із ПОС показники тривожності знизилися, але залишилися високими. Отже, проведена корекційна робота сприяла зниженню тривожності в дітей молодшого шкільного віку з психоорганічним синдромом.

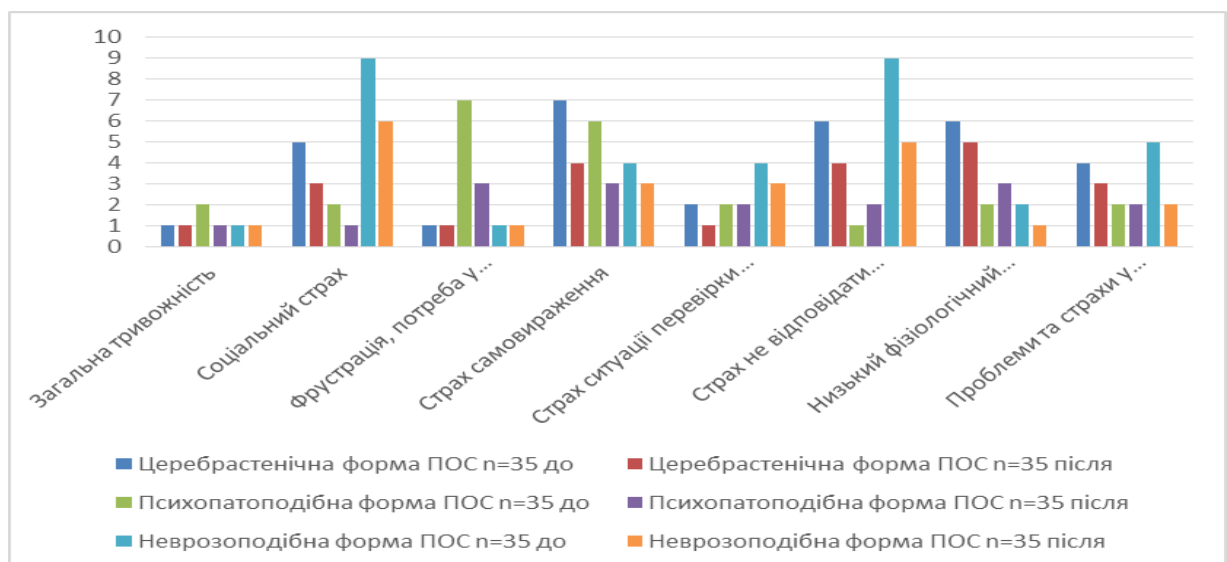
Порівняння результатів “Тесту шкільної тривожності Філіпса” представлено в табл. 3.7. та на рис. 3.7. Протокол повторної діагностики подано в додатку В.



Таблиця 3.7.

**Порівняння результатів діагностики  
за «Тестом шкільної тривожності Філіпса»**

Чинники тривожності	Церебрастенічна форма ПОС n=35		Психопатоподібна форма ПОС n=35		Неврозоподібна форма ПОС n=35	
	до	після	до	після	до	після
Загальна тривожність	1	1	2	1	1	1
Соціальний страх	5	3	2	1	9	6
Фрустрація, потреба в успіху	1	1	7	3	1	1
Страх самовираження	7	4	6	3	4	3
Страх ситуації перевірки знань	2	1	2	2	4	3
Страх не відповідати вимогам та сподіванням оточуючих	6	4	1	2	9	5
Низький фізіологічний опір стресу	6	5	2	3	2	1
Проблеми та страхи у стосунках із дорослими	4	3	2	2	5	2



**Рис. 3.7.** Порівняння результатів діагностики за «Тестом шкільної тривожності Філіпса»

- У дітей із церебростенічною формою ПОС «страх самовираження» знизився на 27%, «низький фізіологічний опір стресу» – на 23%; загальний показник тривожності знизився на 47%.
- У дітей із психопатоподібною формою ПОС чинник тривоги «фрустрація, потреба у успіху» знизився на 31%, «страх самовираження» – на 24%; Низький рівень тривожності діагностовано в 38% дітей із психопатоподібною формою ПОС.
- У дітей із неврозоподібною формою ПОС знизилися головні чинники тривоги – «соціальний страх» на 17%, «страх не відповідати вимогам та сподіванням оточуючих» – на 11%; Загальний показник тривожності знизився на 26%.

Отже, можна стверджувати, що після проведення корекційно-розвивальної роботи в дітей з ПОС знизилися переживання соціального стресу, фрустрація потреби в досягненні успіху, страх не відповідати очікуванням оточуючих, проблеми та страхи у стосунках із вчителями, а також страх самовираження. Знизилася загальна тривожність та підвищилася фізіологічна опірність стресу.

У цілому в 54% дітей були виявлені низькі показники тривожності, у 46% дітей із ПОС показники тривожності знизилися, але залишилися високими. Це можна пояснити тим, що цим дітям потрібна більш тривала корекційна робота.

Результати повторного дослідження за «Методикою вивчення мімічної моторики» Г.А. Волкової в дітей молодшого шкільного віку з психоорганічним синдромом представлені у табл. 3.8 та на Рис. 3.8. Протокол повторної діагностики подано в додатку В.

Таблиця 3.8.

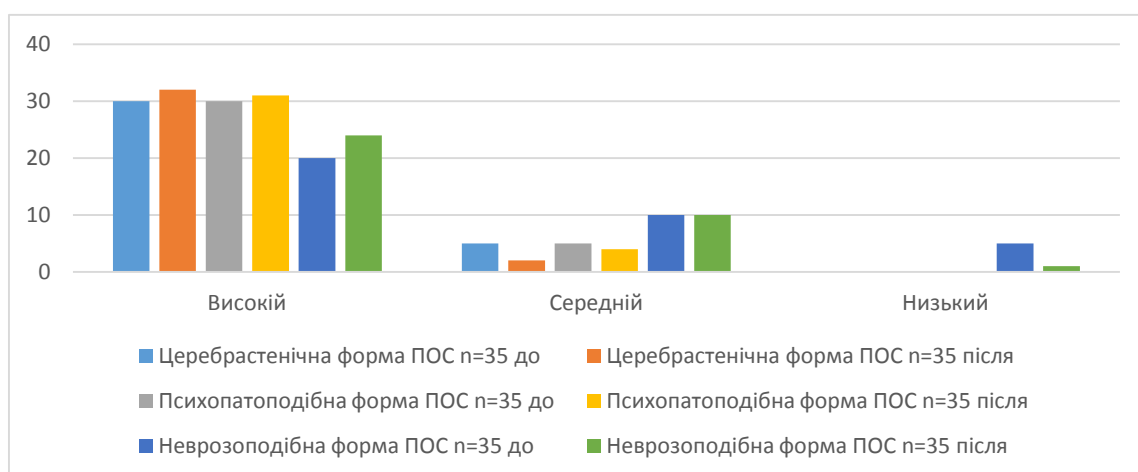
**Рівень вираження емоційних станів у дітей із ПОС після проведення психокорекційної роботи**

Рівень вираження емоційних станів	Церебрастенічна форма ПОС n=35	Психопатоподібна форма ПОС n=35	Неврозоподібна форма ПОС n=35

	до		після		до		після		до		Після	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Високий	30	85,71	32	91,43	30	85,71	31	88,57	20	57,18	24	68,57
Середній	5	14,25	2	5,714	5	14,25	4	11,43	10	28,57	10	28,57
Низький	-	-	-	-	-	-	-	-	5	14,25	1	2,857

Після контрольного експерименту отримано такі результати:

- більшість дітей (91,43%) із церебрастенічною формою ПОС мають високий рівень вираження емоційних станів, що на 5,72% вище ніж до корекційної роботи; низький рівень вираження емоційних станів не діагностовано в жодної дитини;
- більшість дітей (88,57%) із психопатоподібною формою ПОС мають високий рівень вираження емоційних станів, що на 2,86% вище ніж до корекційної роботи; низький рівень вираження емоційних станів не діагностовано в жодної дитини;
- більшість дітей (68,57%) із неврозоподібною формою ПОС мають високий рівень вираження емоційних станів, що на 11,39% вище ніж до корекційної роботи; низький рівень вираження емоційних станів діагностовано в 1 дитини, що на 11,40% нижче.



**Рис. 3.8.** Рівень вираження емоційних станів за «Методикою вивчення мимічної моторики» в дітей із ПОС після проведення психокорекційної роботи

Результати дослідження за модифікованою методикою «Вивчення розуміння емоційних станів людей, зображених на картинці» Г.А. Волкової в

дітей молодшого шкільного віку з ПОС представлені в табл. 3.9 та на рис.3.9. Протокол повторної діагностики подано в додатку В.

Таблиця 3.9.

**Рівень розуміння емоційних станів людей у дітей із ПОС після проведення психокорекційної роботи**

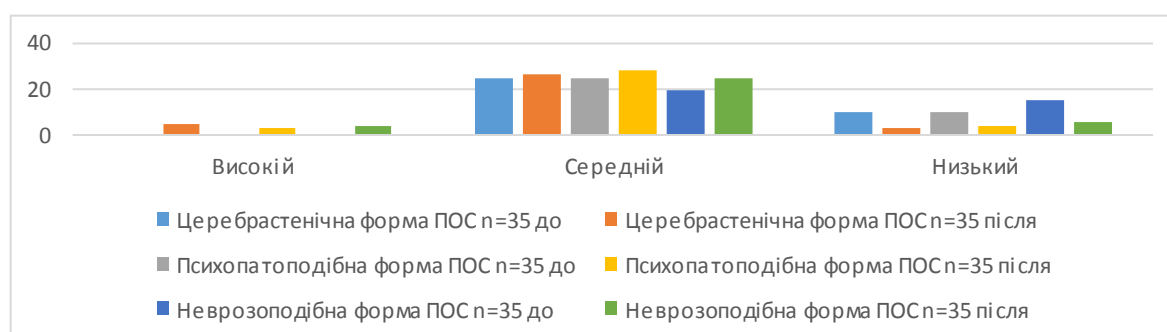
Рівень розуміння емоційних станів	Церебрастенічна форма ПОС n=35				Психопатоподібна форма ПОС n=35				Неврозоподібна форма ПОС n=35			
	до		після		до		після		до		Після	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Високий	0	0	5	14,29	0	0	3	8,57	0	0	4	11,43
Середній	25	71,42	27	77,14	25	71,42	28	80	20	57,18	25	71,43
Низький	10	28,57	3	8,57	10	28,57	4	11,43	15	42,85	6	17,14

У результаті контрольного експерименту отримано такі відомості:

- діти (14,29%) із церебрастенічною формою ПОС мають високий рівень розуміння емоційних станів, що до корекційної роботи не було діагностовано в жодної дитини; низький рівень розуміння емоційних станів має 8,57% дітей, що на 20% менше ніж до корекційної роботи;

- у 8,57% дітей із психопатоподібною формою ПОС діагностовано високий рівень розуміння емоційних станів, що до корекційної роботи не було діагностовано в жодної дитини; низький рівень розуміння емоційних станів має 11,43% дітей, що на 17,14% менше ніж до корекційної роботи;

- 11,43% дітей із неврозоподібною формою ПОС мають високий рівень розуміння емоційних станів, до корекційної роботи високий рівень не був діагностований; низький рівень розуміння емоційних станів діагностовано в 17,14% дітей, що на 25,71% нижче.



**Рис. 3.9.** Рівень розуміння емоційних станів людей за методикою «Вивчення розуміння емоційних станів людей, зображених на картинці»

Результати дослідження за модифікованим тестом «Розпізнавання емоцій» Г.А. Волкової в дітей молодшого шкільного віку з ПОС представлені в табл. 3.10 та на рис. 3.10. Протокол повторної діагностики подано в додатку В.

Таблиця 3.10.

**Розпізнавання емоцій у дітей із ПОС після проведення  
психокорекційної роботи**

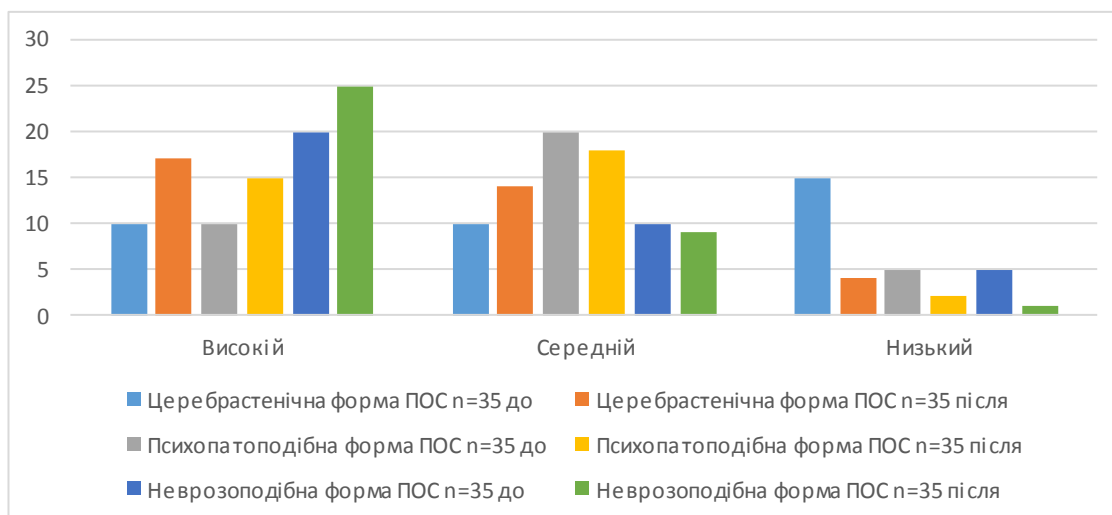
Рівень розпізнавання емоцій людей	Церебрастенічна форма ПОС n=35				Психопатоподібна форма ПОС n=35				Неврозоподібна форма ПОС n=35			
	до		після		до		після		до		після	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Високий	10	28,57	17	48,57	10	28,57	15	42,86	20	57,18	25	71,43
Середній	10	28,57	14	40	20	57,18	18	51,43	10	28,57	9	25,71
Низький	15	42,85	4	11,43	5	14,28	2	5,71	5	14,28	1	2,85

У результаті контрольного експерименту отримано такі відомості:

- більшість дітей (48,57%) із церебрастенічною формою ПОС мають високий рівень розпізнання емоцій, що на 20% більше ніж до корекційної роботи; низький рівень має 11,43% дітей, що на 31,42% менше ніж до корекційної роботи;

- у 42,86% дітей із психопатоподібною формою ПОС діагностовано високий рівень розпізнання емоцій, що на 14,29% більше ніж за результатами констатувального експерименту; низький рівень розуміння емоційних станів має 5,71% дітей, що на 8,57% менше ніж до корекційної роботи;

- більшість дітей (71,43%) із неврозоподібною формою ПОС мають високий рівень розпізнання емоцій, що на 14,25% вище ніж до корекційної роботи; низький рівень вираження емоційних станів діагностовано у 2,85% дітей, що на 11,43% нижче.



**Рис. 3.10.** Рівень розпізнавання різних видів простих і складних емоцій за модифікованим тестом «Розпізнавання емоцій» у дітей із ПОС

Проведено кореляційний аналіз результатів проведеного дослідження за Пірсоном. Результати кореляційного аналізу (за Пірсоном) співвідношення тривожності та особливостей розпізнавання й ідентифікації емоцій у дітей молодшого шкільного віку з психоорганічним синдромом наведено у табл. 3.11.

Таблиця 3.11.

**Кореляційний аналіз співвідношення тривожності та особливостей розпізнавання й ідентифікації емоцій у дітей молодшого шкільного віку з ПОС**

№	X (тривожність)	Y (розпізнавання та ідентифікація емоцій)	XY	X <sup>2</sup>	Y <sup>2</sup>
1	60	3,38	202,8	3600	11,4244
2	33	3,38	111,54	1089	11,4244
3	53	7,15	378,95	2809	51,1225
Сума	1358	163,09	221476,22	65864	26598,348
Кв. суми	1844164	26598,348			

Отже, можна зробити такі висновки:

1) кореляційний аналіз показників тривожності з особливостями

розпізнавання та ідентифікації емоцій у дітей молодшого шкільного віку з психоорганічним синдромом встановив наявність взаємозв'язку між ними;

- 2) порівняння результатів 3-х груп досліджуваних із різними виявами психоорганічного синдрому показало приблизно однакові порушення у всіх досліджуваних дітей.

При створенні системи корекційної роботи для досліджуваних дітей із різних груп були враховані особливості поведінки, виявлені в процесі діагностики.

Отже, показники діагностики тривожності та особливостей розпізнавання й ідентифікації емоцій у дітей молодшого шкільного віку з психоорганічним синдромом всіх трьох груп покращилися, що дає можливість припустити, що система корекційної роботи показала свою ефективність.

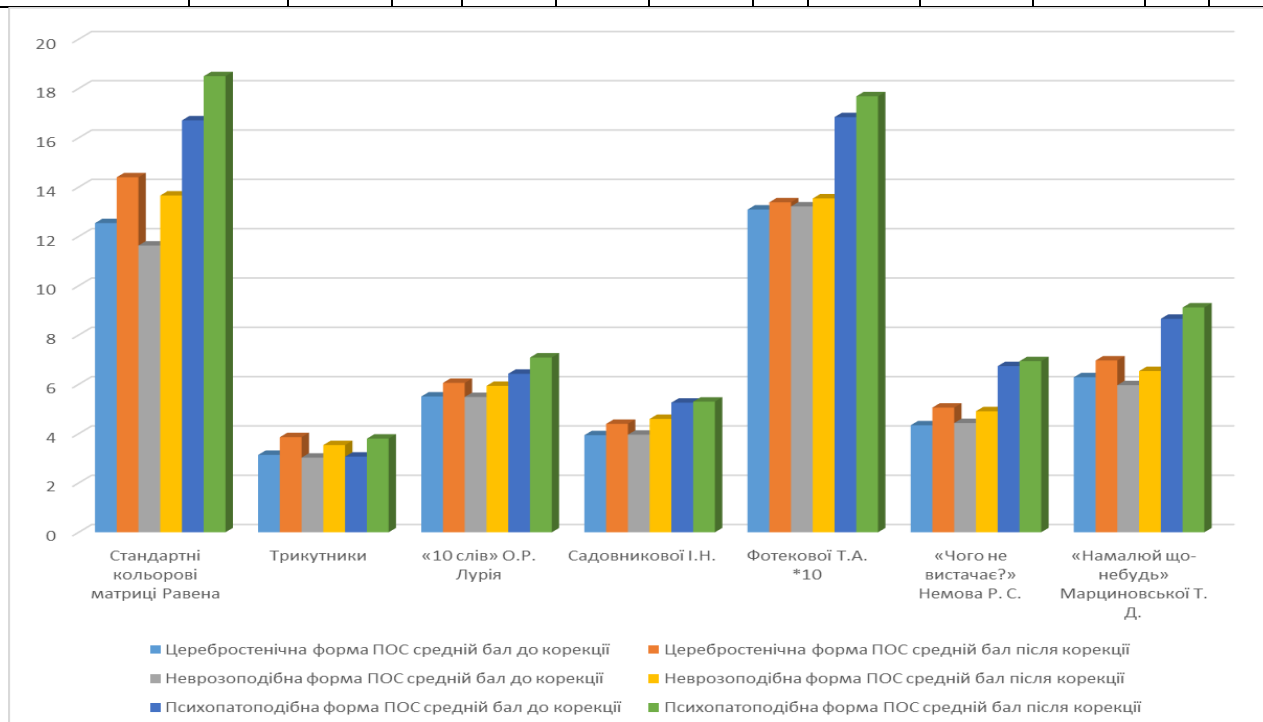
Результати порівняльного аналізу вивчення пізнавальної сфери в дітей молодшого шкільного віку із ПОС представлені у табл. 3.12 та на Рис. 3.11. Протокол повторної діагностики подано в додатку А.

Таблиця 3.12.

**Порівняльний аналіз результатів дослідження пізнавальної сфери в дітей із ПОС на констатувальному та формуальному етапі експерименту**

Методика дослідження	Церебрастенічна форма ПОС				Неврозоподібна форма ПОС				Психопатоподібна форма ПОС			
	середній бал до корекції	середній бал після корекції	темп	ткр	середній бал до корекції	середній бал після корекції	темп	ткр	середній бал до корекції	середній бал після корекції	темп	ткр
Стандартні кольорові матриці Равена	12,54	14,4	4,1	0,05;68	11,63	13,66	5,1	0,05;68	16,71	18,5	7,3	0,05;68
Трикутники	3,14	3,86	3,6	0,05;68	3,03	3,54	3,6	0,05;68	3,07	3,8	4,6	0,05;68
«10 слів» О.Р. Лурія	5,51	6,06	3,9	0,05;68	5,49	5,94	3,5	0,05;68	6,43	7,09	11,2	0,05;68
Виявлення порушень писемного мовлення І.Н.	3,94	4,4	3,8	0,05;68	3,96	4,6	3,5	0,05;68	5,26	5,3	3,9	0,05;68

Садовникової													
Діагностика мовленнєвої діяльності Т.А. Фотекової	130,91	133,86	2,9	0,05;68	132,17	135,34	2,7	0,05;68	168,4	176,85	14,1	0,05;68	
«Чого не вистачає?» Р.С. Немова	4,34	5,06	4,8	0,05;68	4,43	4,91	3,7	0,05;68	6,74	6,94	4,1	0,05;68	
«Намалюй щонебудь» Т.Д. Марциновської	6,29	6,97	3,6	0,05;68	5,97	6,54	3,2	0,05;68	8,66	9,12	7,3	0,05;68	



**Рис. 3.11.** Порівняльний аналіз вивчення пізнавальної сфери дітей молодшого шкільного віку із ПОС до та після психокорекції

Отже, можна стверджувати, що діти молодшого шкільного віку з ПОС мають когнітивні порушення та відстають у розвитку пізнавальної сфери, але при диференційному підході до корекції психопатологічні вияви стають менш вираженими, а рівень розвитку пізнавальних процесів стає значно вищим.

Як було встановлено на контрольному етапі дослідження, діти молодшого шкільного віку з ПОС мають III рівень розвитку мислення за методикою Равена. Після проведення психокорекційних занять кількість правильно виконаних завдань дітьми з ПОС збільшилася. Висловлення дітей



свідчать про те, що тепер їм не байдужа квантифікація суджень. Відмов і безглузких відповідей було менше.

Іноді діти робили висновок, лише побічно пов'язаний із посиланнями, спираючись на латентні ознаки, але таких випадків стало менше. З вирішенням завдань на побудову дедуктивних умовиводів діти впоралися менш успішно, але стали набагато краще використовувати допомогу.

Покращилася якість дитячих умовиводів. Якщо до занять жодна дитина з ПОС не змогла побудувати правильний або приблизно правильний умовивід за першою фігурою простого категоричного силогізму, то в контрольному експерименті діти зуміли зробити правильний висновок із запропонованих посилань.

Можна відзначити певні покращення в особливостях мисленнєвої діяльності дітей із ПОС:

- покращилася пізнавальна мотивація, зменшилося негативістичне ставлення до інтелектуальних завдань. Діти стали значно менше уникнути інтелектуальних зусиль і більше цікавитися результатом виконання завдання;
- став значно вираженим орієнтовний етап при вирішенні розумових завдань. Діти з ПОС починали виконувати завдання з планування своїх дій;
- зросли показники розумової активності, став прослідковуватися «планомірний» стиль роботи;
- значно зменшилася шаблонність у відповідях і покращився розвиток найважливіших мисленнєвих операцій, які служать складовими логічного мислення, – аналіз, порівняння, класифікація;

Отже, проведені корекційні заняття позитивно вплинули на формування мислення молодших школярів із ПОС.

Незважаючи на те, що всі протестовані діти з ПОС також мають рівень 3 «Середній інтелект» (тому що загальна оцінка правильно виконаних завдань дорівнює або менше 25 %), все ж кількість правильно виконаних завдань після проведення занять помітно збільшилася, що свідчить про можливість корекції мислення дітей із ПОС під час спеціального навчання.

Усі діти молодшого шкільного віку з ПОС мають середній рівень розвитку уваги. Після корекції відзначено покращення переключення, концентрації, стійкості, обсягу уваги. Рівень розвитку уваги в дітей із ПОС став значно кращим.

У дітей із ПОС виявлено поліпшення розвитку довільної уваги та її концентрації, яке позитивно позначається на процесі навчання.

У дітей молодшого шкільного віку з ПОС значно зменшилася виснажуваність. Отже, можна виокремити основні показники поліпшення уваги в дітей із ПОС:

- зменшилася виснажуваність довільної уваги;
- зросла здатність до концентрації уваги;
- збільшилися показники обсягу уваги;
- збільшилися показники селективності уваги;
- переключення уваги стало більш довільним.

У дітей молодшого шкільного віку з церебростенічною і неврозоподібною формою ПОС середній рівень розвитку пам'яті. Рівень розвитку пам'яті в дітей із психопатоподібною формою ПОС дещо вищий, але пам'ять є менш розвиненою, ніж у дітей із нормативним психічним розвитком. Після проведення корекції рівень розвитку пам'яті і мнемічної діяльності значно зріс.

Варто відзначити, що кількість запам'ятовуваних слів зросла як при довільному, так і при мимовільному запам'ятовуванні. Також варто вказати на поліпшення мнемічної діяльності дітей із ПОС:

- зменшилося гальмування мнемічних слідів під впливом перешкод, їх взаємовплив один на одного;
- збільшився обсяг пам'яті;
- зросла швидкість запам'ятовування;
- діти оволоділи вмінням застосовувати спеціальні прийоми запам'ятовування.

У дітей молодшого шкільного віку з церебростенічною і

неврозоподібною формою ПОС рівень розвитку писемного мовлення нижчий за середній. У дітей із психопатоподібною формою ПОС розвиток писемного мовлення перебуває на середньому рівні. Після проведення корекційних занять рівень розвитку писемного мовлення, а також графічних навичок значно зріс, характер специфічних помилок і ступінь їх вираженості значно знизився.

Якісний аналіз зменшення помилок у писемному мовленні дітей  
молодшого шкільного віку з ПОС

1. Помилки, пов'язані з недостатністю фонематичного сприймання (диференціації фонем), зменшилися на 24%.

2. Помилки, пов'язані з неформуванням фонематичного аналізу, зменшилися на 17%. Викривлення звуколітерної структури слова виявлено в таких помилках: пропуски голосних і приголосних, додавання літер, перестановки літер, пропуск складів.

3. Помилки, пов'язані з несформованістю аналізу структури окремого речення, зменшилися на 25%. До цієї групи належать такі види помилок: написання слів разом та окремо, пропуск слова.

4. Помилки, пов'язані з невмінням виділяти речення з тексту, зменшилися на 31%.

5. Заміни графічно подібних букв зменшилися на 26%. Подібність букв створює значні перешкоди для їх аналізу, виокремлення подібних і відмінних елементів. Недорозвиток зорового аналізу та синтезу у дітей із ПОС і зумовлює частоту змішування графічно подібних букв.

6. Орфографічні помилки зменшилися на 12%.

Діти молодшого шкільного віку з церебростенічною, психопатоподібною, неврозоподібною формою ПОС характеризуються середнім рівнем розвитку мовленнєвої діяльності. Після проведення корекційних занять рівень розвитку мовленнєвої діяльності зріс. Зріс рівень розвитку сенсомоторного рівня мовлення, навички мовленнєвого аналізу, значно покращилася граматична будова, зріс активний та пасивний

словниковий запас, навички словотворення й узгодження.

За результатами контрольного дослідження можна зробити висновки, що у дітей з ПОС:

- зменшилися розбіжності між величиною активного і пасивного словника, збільшилася кількість слів, які допомагають диференційовано позначати властивості навколишнього світу;

- значно зменшилося недиференційоване вживання слів не тільки подібних, але й тих, що належать до різних смислових груп;

- значно збільшилася кількість слів, що позначають загальні поняття, і слів які конкретизують ці поняття, розкривають їх суть;

- значно зросла довільність оперування словами;

- при конструюванні речення з набору слів дітям із ПОС стало значно легше встановлювати як парадигматичні, так і синтагматичні зв'язки між словами.

Діти молодшого шкільного віку з церебростенічною, неврозоподібною і психопатоподібною формою ПОС мають середній рівень розвитку сприймання. Після проведеної корекційної роботи рівень розвитку сприймання покращився. Діти стали краще орієнтуватися в просторі, часі. Слухове, зорове, кінестетичне сприймання значно покращилося.

Отже, можна констатувати ефективність корекції розвитку сприймання у дітей із ПОС:

- найбільше покращилося зорове сприймання і його основні характеристики: фігуро-фонове розрізнення, відновлення і відтворення фігур на основі зразка, зорово-моторна координація;

- відзначено зростання зорового сприймання графічних знаків. Після корекційного впливу дітям із ПОС потрібно менше часу для виконання завдань, пов'язаних із пошуком на зображенні деталей, яких бракує, при сприйманні, копіюванні графічних символів;

- можна відзначити значно меншу кількість виправлень при відображенні сприйнятого;

- при сприйманні словесної інструкції значно зріс обсяг сприйнятого.

Дітям молодшого шкільного віку з церебростенічною, неврозоподібною і психопатоподібною формою ПОС властивий середній рівень розвитку уяви. Після проведеної корекційної роботи значно покращилися довільність і активність уяви.

Результати контрольного дослідження уяви в дітей із ПОС вказують на те, що рівень розвитку уяви в більшості випадків став значно вищим:

- відзначена більша вираженість позитивного мотиваційно-потребового компонента у творчій діяльності;
- виявлена самостійність самовираження, деталізації образів;
- діти менше відчували складнощі як при виконанні творчих завдань, пов'язаних зі зміною, комбінуванням заданого сюжету, образу, так і зі створенням власних задумів та їх реалізацією.

Отже, можна стверджувати, що розроблена система корекційної роботи сприяє ефективності процесу розвитку емоційної сфери, оптимізації шкільного навчання, позитивно впливає на когнітивний розвиток та формування особистості дітей із ПОС.

### **3.3. Практичні рекомендації для психологів педагогів, які працюють із дітьми з психоорганічним синдромом**

Отримані під час дослідження результати засвідчили необхідність організації корекційно-розвивальної діяльності, спрямованої на формування адекватного віку рівня емоційного реагування.

Під час аналізу наукової та методичної літератури, результатів, отриманих при спостереженні за дітьми з відхиленнями в розвитку емоційної сфери, були розроблені методичні рекомендації.

Педагогам, які працюють із дітьми з психоорганічним синдромом, що мають особливості в розвитку емоційної сфери, та їх батькам необхідно розв'язати такі завдання:

- 1) розвиток декодування емоцій, тобто здатності розрізняти певне

вираження емоції за допомогою мімічних, пантомімічних і вербальних засобів;

2) розвиток кодування емоцій, тобто здатності демонструвати певне вираження емоції за допомогою мімічних, пантомімічних і вербальних засобів;

3) активізація емоційної сфери в цілому (експресивних, імпресивних компонентів);

4) активізація парціального компонента емоційної сфери;

5) розширення та систематизація знань про емоційну сферу людини;

6) збагачення емоційного досвіду (когнітивного та афективного);

7) об'єктивізація негативних емоційних переживань за допомогою адекватних виразних засобів;

8) проєктивна інтерпретація негативних емоційних переживань.

Корекційні заняття для дітей із психоорганічним синдромом потрібно проводити в невеликих групах по 3-5 осіб.

У проєктуванні заняття необхідно враховувати деякі базові принципи:

- урахування психофізіологічних особливостей дитини, вікових особливостей розвитку дитячої психіки;

- постійний моніторинг ефективності занять, спостереження за емоційним станом дитини;

- залучення до заняття сюжетів, безпосередньо пов'язаних із життєвим досвідом дитини;

- комплексне використання музичної, ігрової складової, фізичних вправ у структурі заняття.

Важливо врахувати певні вимоги до якості обраного для заняття матеріалу:

- необхідно посилювати корекційні фізичні вправи розважальною формою;

- важливо обережно підходити до вправ, які ще не пройшли апробацію серед дітей із порушеннями в розвитку;

- водночас педагог повинен володіти певним обсягом самостійності для розробки власних матеріалів для заняття;

- матеріал повинен бути гранично сконцентрованим, інформативним, розрахованими на невеликі за тривалістю заняття.

У процесі проведення заняття важлива і поведінка психолога:

- психолог повинен уважно відслідковувати залученість кожної дитини до заняття, координувати діяльність дітей, вносити корективи;

- психолог повинен відслідковувати ефективність власних занять, проводячи діагностичну роботу, координуючи свою діяльність із діяльністю інших педагогів, аналізуючи вплив власних занять на ефективність інших;

- психолог повинен володіти сучасними знаннями про специфіку психоорганічного синдрому, спонукати дітей до активної рухової діяльності;

- важливо в занятті надавати можливість для розвитку мовленнєвих здібностей дитини, її розумової активності, уваги, уяви і запам'ятовування обсягів інформації.

Найбільш прийнятною формою роботи з дітьми молодшого шкільного віку з психоорганічним синдромом є гра.

1. Робота психолога з дітьми не може здійснюватися без встановлення з ними емоційного контакту.

2. Необхідно стимулювати в дітей інтерес до розвивальних ігор, оскільки сам він не з'являється.

3. На одному занятті не варто проводити одну і ту ж гру багато разів підряд. Необхідно чергувати різні за формою завдання.

4. Під час виконання розвивальних ігор можна давати деякі оцінки щодо успішних дій дитини. Це потрібно робити ненав'язливо, щоб оцінки не зачіпали особистісних особливостей дітей. Небезпека полягає в тому, що в дітей не буде розвиватися самоконтроль, а самоаналіз заміниться прагненням вгадати реакцію оточуючих.

5. Психологу необхідно звертати увагу на коливання інтересу дітей, їх втомлюваність, використовувати зміну статичних і рухливих ігор. Зміна

діяльності позбавить дітей від втоми і нудьги.

6. Для будь-якої гри необхідна невимушена, вільна атмосфера, коли вся увага зосереджена на самій грі, а не на дисципліні, тобто не на тому, щоб «сісти, як слід», «не бовтати ногами», «не підхоплюватися з місця», «не галасувати».

7. Більшість розвивальних ігор за своїм змістом абстрактні, не мають образного та сюжетного навантаження. Дітям подобається знаходити схожість між сюжетами гри та реальними речами, причому деталі цієї схожості вони, як правило, легко домальовують у своїй уяві. В описах гри наведено приклади поживлення різних ігрових ситуацій. Психолог може використовувати їх на свій розсуд.

Варто навести приклад розвивальної гри, розробленої Б.І. Ізотовою. Це гра «Море хвилюється». Правила відповідають відомій грі – дітям необхідно перетворитися (завмерти) на яку-небудь тварину або персонажа. Умови виконання завдання змінюються під час знайомства з матеріалом програми. Наприклад: перетворитися на здивовану лисицю, пояснити, чому в неї такий стан, яка вона – добра чи ні, який у неї настрій, чому, що вона робить тощо.

### **Висновки до розділу 3**

Отримані під час констатувального дослідження результати підтвердили необхідність організації корекційно-розвивальної діяльності, спрямованої на формування пізнавальної та емоційної сфер у молодших школярів із ПОС.

За напрямком вирішення зазначених проблем та для досягнення поставленої мети було виокремлено завдання з розробки складових системи корекційної роботи, спрямованих на розвиток та корекцію:

- 1) емоційної сфери молодших школярів, зокрема на вирішення проблем розпізнавання та ідентифікації емоцій, саморегуляції, тривожності в дітей із психоорганічним синдромом;
- 2) продуктивних стратегій міжособистісної взаємодії дітей із



психоорганічним синдромом;

3) когнітивних процесів (сприймання, уваги, мислення, пам'яті, уяви, писемного і усного мовлення);

За результатами проведеного контрольного експерименту можна зробити такі висновки.

1. Рівень адекватних варіантів реагування значно підвищився на усіх рівнях. Рівень стереотипів: у дітей із церебрастенічною формою ПОС з 7,1% до 38,7%; у дітей з психопатоподібною формою ПОС з 8,1% до 42,2%; у дітей із неврозоподібною формою ПОС з 17,7% до 48,2%.

Рівень експансії: у дітей із церебрастенічною формою ПОС з 18,4% до 22,6%; у дітей з психопатоподібною формою ПОС з 10,1% до 52,1%; у дітей із неврозоподібною формою ПОС з 24,3% до 34,2%.

Рівень контролю: у дітей із церебрастенічною формою ПОС з 9,0% до 32,3%; у дітей з психопатоподібною формою ПОС з 8,0% до 32,0%; у дітей із неврозоподібною формою ПОС з 7,0% до 32,6%.

Рівень польової реактивності: у дітей із церебрастенічною формою ПОС з 11,4% до 29,1%; у дітей з психопатоподібною формою ПОС з 27,0% до 51,9%; у дітей із неврозоподібною формою ПОС з 19,0% до 68,2%.

На рівні типу реагування в афективній сфері адекватність відповідей зростає: у дітей із церебрастенічною формою ПОС з 18,5% до 43,7%; у дітей з психопатоподібною формою ПОС з 10,0% до 24,0%; у дітей із неврозоподібною формою ПОС з 29,0% до 36,0%. Значимість відмінностей за методом кутового перетворення Фішера становить  $p = 0,005$ .

2. На контрольному етапі дослідження в 56% дітей були виявлені низькі показники тривожності, у 44% дітей із ПОС показники тривожності знизилися: у дітей із церебрастенічною формою ПОС «страх самовираження» знизився на 27%, «низький фізіологічний опір стресу» на 23%, загальний показник тривожності знизився на 47%; у

дітей із психопатоподібною формою ПОС чинники тривоги «фрустрація, потреба у успіху» знизилися на 31%, «страх самовираження» на 24%, низький рівень тривожності діагностовано в 38%; у дітей із неврозоподібною формою ПОС знизилися головні чинники тривоги – «соціальний страх» на 17%, «страх не відповідати вимогам та сподіванням оточуючих» на 11%, загальний показник тривожності знизився на 26%;

3. На контрольному етапі експерименту дослідження 91,43% дітей із церебрастенічною формою ПОС мають високий рівень вираження емоційних станів, що на 5,72% вище ніж до корекційної роботи; низький рівень вираження емоційних станів не діагностовано в жодної дитини; більшість дітей (88,57%) із психопатоподібною формою ПОС мають високий рівень вираження емоційних станів, що на 2,86% вище ніж до корекційної роботи; низький рівень вираження емоційних станів не діагностовано в жодної дитини; більшість дітей (68,57%) із неврозоподібною формою ПОС мають високий рівень вираження емоційних станів, що на 11,39% вище ніж до корекційної роботи; низький рівень розуміння емоційних станів діагностовано в 1 дитини, що на 11,40% нижче. Діти, а саме 14,29%, із церебрастенічною формою ПОС мають високий рівень розуміння емоційних станів, до корекційної роботи не було діагностовано в жодної дитини; низький рівень розуміння емоційних станів має 8,57% дітей, що на 20% менше ніж до корекційної роботи; у 8,57% дітей із психопатоподібною формою ПОС діагностовано високий рівень розуміння емоційних станів, до корекційної роботи не було діагностовано в жодної дитини; низький рівень розуміння емоційних станів має 11,43% дітей, що на 17,14% менше ніж до корекційної роботи; 11,43% дітей із неврозоподібною формою ПОС мають високий рівень розуміння емоційних станів, до корекційної роботи високий рівень не був діагностований; низький рівень розуміння емоційних станів діагностовано в 17,14% дітей, що на

25,71% нижче. Більшість дітей (48,57%) із церебралістичною формою ПОС мають високий рівень розпізнання емоцій, що на 20% більше ніж до корекційної роботи; низький рівень має 11,43% дітей, що на 31,42% менше ніж до корекційної роботи; у 42,86% дітей із психопатоподібною формою ПОС діагностовано високий рівень розпізнання емоцій, що на 14,29% більше ніж за результатами констатувального експерименту; низький рівень розуміння емоційних станів має 5,71% дітей, що на 8,57% менше ніж до корекційної роботи; більшість дітей (71,43%) із неврозоподібною формою ПОС мають високий рівень розпізнання емоцій, що на 14,25% вище ніж до корекційної роботи; низький рівень вираження емоційних станів діагностовано в 2,85% дітей, що на 11,43% нижче. Кореляційний аналіз результатів рівня тривожності та особливостей розпізнавання й ідентифікації емоцій дітей молодшого шкільного віку з ПОС встановив наявність взаємозв'язку між ними.

4. На контрольному етапі дослідження, після проведення корекційної роботи, спрямованої на розвиток когнітивної (пізнавальної) сфери, були зроблені такі висновки: діти молодшого шкільного віку з ПОС мають III рівень розвитку мислення за методикою Равена. Покращилася якість дитячих умовиводів. Покращилася пізнавальна, мотиваційна складова, значно став вираженим орієнтовний етап при вирішенні розумових завдань. Зросли показники розумової активності, прослідковано «планомірний» стиль роботи. Усі діти молодшого шкільного віку з ПОС мають середній рівень розвитку уваги. Після корекції відзначено покращення переведення, концентрації, стійкості, обсягу уваги. Рівень розвитку уваги в дітей із ПОС став значно кращим. У дітей молодшого шкільного віку з церебралістичною і неврозоподібною формою ПОС засвідчено середній рівень розвитку пам'яті. Рівень розвитку пам'яті у дітей із психопатоподібною формою ПОС дещо вищий. Після проведення корекції рівень розвитку пам'яті і

мнемічної діяльності значно зріс, діти оволоділи вмінням застосовувати спеціальні прийоми запам'ятовування. У дітей молодшого шкільного віку з церебростенічною і неврозоподібною формою ПОС рівень розвитку писемного мовлення нижчий за середній. У дітей із психопатоподібною формою ПОС розвиток писемного мовлення перебуває на середньому рівні. Після проведення корекційних занять рівень розвитку писемного мовлення, а також графічних навичок значно зріс, характер специфічних помилок і ступінь їх вираженості значно знизився. Діти всіх груп із ПОС характеризуються середнім рівнем розвитку мовленнєвої діяльності. Після проведення корекційної роботи рівень розвитку мовленнєвої діяльності зріс. Зріс рівень розвитку сенсомоторного рівня мовлення, навички мовленнєвого аналізу, значно покращилася граматична будова, зріс активний та пасивний словниковий запас, навички словотворення й узгодження. Діти з ПОС мають середній рівень розвитку сприймання. Після проведеної корекційної роботи рівень розвитку сприймання покращився. Діти стали краще орієнтуватися в просторі, часі. Слухове, зорове, кінестетичне сприймання значно покращилося. Результати контрольного дослідження уяви в дітей із ПОС вказують на те, що рівень розвитку уяви в більшості випадків став значно вищим.

5. Розроблена в дисертаційному дослідженні система корекційної роботи сприяє ефективності процесу розвитку емоційної сфери, оптимізації шкільного навчання, позитивно впливає на когнітивний розвиток та формування особистості дітей із ПОС.
6. За результатами формувального експерименту були розроблені методичні рекомендації, що стануть важливою ланкою для психологів, батьків та педагогів, які працюють із дітьми з психоорганічним синдромом, що мають недоліки в розвитку когнітивної та емоційної сфери.

## ВИСНОВКИ

Проведене теоретичне й експериментальне дослідження проблеми діагностики й корекції розвитку дітей молодшого шкільного віку з психоорганічним синдромом дозволяє зробити такі висновки:

1. На основі аналізу наукових джерел з проблеми дослідження визначено поняття «психоорганічний синдром», структуру порушень, клініко-психологічну характеристику особливостей психічного розвитку дітей з ПОС. Неоднозначність ряду положень, існуюча різноманітність типологій, психологічних характеристик та підходів до корекції, що виявлено у спеціальній літературі, підкреслюють необхідність застосування комплексного підходу до діагностики та корекції розвитку дітей з ПОС.

2. На підставі клінічних, психолого-педагогічних досліджень було здійснено аналіз особливостей розвитку трьох патопсихологічних груп дітей із ПОС (церебрастенічна, психопатоподібна, неврозоподібна). Встановлені специфічні особливості онтогенезу дітей, які перенесли органічне ураження ЦНС гіпоксично-ішемічного генезу легкого і середнього ступеня тяжкості. Були досліджені та порівняні специфічні особливості онтогенезу та структура різних форм ПОС у дітей молодшого шкільного віку.

3. Здійснено диференційний кількісний та якісний аналіз особливостей розвитку емоційної та пізнавальної сфер дітей молодшого шкільного віку з ПОС у порівнянні з дітьми інших клінічних груп (з розумовою відсталістю та аутизмом), а також дітьми з нормативним розвитком. Здобуті дані мають суттєве значення для діагностики ПОС.

Як типовий показник у дітей із церебрастенічною та неврозоподібною формами ПОС діагностовано гіпореакцію в афективній сфері, високий рівень тривожності. Діти з психопатоподібною формою ПОС характеризуються гіперреакцією афективної сфери, середнім рівнем тривожності. У порівнянні із зазначеними категоріями порушень у дітей із аутизмом та розумовою відсталістю виявлене тотальне порушення в афективній сфері за типом

гіпореакції, дуже високий рівень тривожності. Діти з нормативним розвитком характеризуються адекватним варіантом афективної реакції, середнім рівнем тривожності.

Установлено наявність когнітивних порушень, відставання у розвитку пізнавальної сфери дітей із ПОС. При збереженому інтелекті вони характеризуються труднощами у навчанні. Якщо у дітей із церебрастенічною та неврозоподібною формами ПОС виявлено низький віковий рівень розвитку пізнавальних процесів, який значно вищий, ніж у дітей із аутизмом та розумовою відсталістю, то діти з психопатоподібною формою ПОС характеризуються середнім рівнем розвитку пізнавальних процесів, але нижчим, ніж у дітей із нормативним розвитком.

4. Визначено взаємовідношення в розвитку афективної та інтелектуальної сфер дітей виділених груп із психоорганічним синдромом. Школярам із церебрастенічною формою ПОС притаманна афективна регуляція за типом гіпореагування, низький рівень розпізнавання та ідентифікації емоцій, середній, зі схильністю до високого, рівень тривожності, дуже низький рівень розвитку когнітивної сфери. Їх одноліткам з неврозоподібною формою ПОС властиві: афективна регуляція за типом гіпореагування, низький рівень розпізнавання та ідентифікації емоцій, високий рівень тривожності, низький – розвитку когнітивної сфери. У дітей із психопатоподібною формою ПОС переважає афективна регуляція за типом гіперреагування, середній рівень розпізнавання та ідентифікації емоцій, низький – за станом тривожності, середній рівень розвитку когнітивної сфери.

5. Розроблено та експериментально перевірено систему корекційної роботи із дітьми молодшого шкільного віку з ПОС, спрямовану на розвиток пізнавальної та емоційної сфер з диференційованим урахуванням описаних, типових для різних груп дітей характеристик, як головних напрямів корекційно-розвивального впливу.

6. Доведено ефективність запропонованої системи корекційної роботи.

Результати контрольного експерименту засвідчили зростання показників розвитку афективної регуляції, зниження до мінімальних проявів тривожності, покращення у стані мислення. Виявлено позитивну динаміку у розвиткові уваги, пам'яті, сприймання, мовлення, уяви, оптимізації шкільного навчання.

Проведена психокорекційна робота позитивно вплинула на когнітивний та емоційний розвиток, на формування особистості дітей із психоорганічним синдромом. Втім, позитивна динаміка не остаточна, тому проведення подальшої психокорекційної роботи повинно спрямовуватись на закріплення набутих вмінь і навичок, на подальший розвиток пізнавальних процесів, емоційно-вольової сфери та особистості.

За результатами формувального експерименту були розроблені методичні рекомендації для психологів та педагогів, батьків дітей з ПОС.

Проведене дисертаційне дослідження не вичерпує всіх аспектів діагностики та корекції психічного розвитку дітей молодшого шкільного віку із психоорганічним синдромом. Перспективи подальшого дослідження полягають у необхідності раннього міждисциплінарного вивчення закономірностей психічного розвитку дітей із ПОС. Комплексного вивчення потребують проблеми діагностики, корекції, ранньої абілітації та реабілітації, спеціального навчання дітей із психоорганічним синдромом.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ананьев Б.Г. Психология чувственного познания / Б.Г. Ананьев. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960. – 486 с.
2. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания / Б.Г. Ананьев. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1968. – 340 с.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 1993. – 400 с.
4. Александровский Ю.А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение / Ю.А. Александровский. – М.: Гэотар-Мед, 2004. – 234 с.
5. Антипенко Е.А. Особенности когнитивного дефекта при дисциркуляторной энцефалопатии /возрастной аспект/ Е.А. Антипенко, Л.М. Анисимова, Е.А. Одинцов, А.В. Рустов // Цитология, 1997. – Т. 39. – № 6. – 452 с.
6. Апчел В.Я. Память и внимание – интеграторы психики / В.Я. Апчел, В.Н. Цыган. – СПб.: ЛОГОС, 2004. – 120 с.
7. Бабкина Н.В. Оценка психологической готовности детей к школе. – М.: Айрис-пресс, 2006. – 142 с.
8. Балашова Е.Ю. Некоторые аспекты проблемы нормы в клинической психологии / Е.Ю. Балашова, М.С. Ковязина // Вопр. психол. – 2006. – № 1. – С. 112-117.
9. Батоцыренов В.Б. Мышление: расстройства мышления: учеб. пособие / В.Б. Батоцыренов, И.В. Романова, И.Н. Семенова. – Чита: ЧитГУ, 2005. – 126 с.
10. Беялов Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта / Ф.И. Беялов. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 256 с.
11. Блейлер Э. Руководство по психиатрии: пер. с нем. / Э. Блейлер. – М.: Изд-во независ, психиатр, ассоц., 1993. – 542 с.
12. Блейлер Е. (Bleuler E.) Аффективность, внушаемость и паранойя :



пер. с нем / Е. Блейлер. – Одесса, 1929. – 140 с.

13. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология / В.М. Блейхер. – Ташкент: Медицина, 1976. – 325 с.

14. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. – М.: Изд-во Московского психолого-социального института, 2006. – 624 с.

15. Блейхер В.М. Патопсихологическая диагностика / В.М. Блейхер, И.В. Крук. – К.: Здоровье, 1986. – 279 с.

16. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл. В.Г. Остроглазова / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.

17. Бодалев А. А. Восприятие человека человеком. – Л.: Изд-во Ленингр. унта, 1965. – 123с.

18. Братанов Б. Физиология и патология пубертатного периода / Б. Братанов Б., К. Кубат. – София, 1965. – С. 78-86.

19. Булахова Л.А. Детская психо-неврология / Л.А. Булахова, О.М. Саган, С.Н. Зинченко, В.Н. Кузнецов, И.В. Кузнецов, В.С. Подкорытов. – К.: Здоровье, 2001. – С. 74-280.

20. Буторина Н.Е. Патологический пубертатный криз и особенности школьной дезадаптации // «Актуальные вопросы неврологии и психиатрии детского возраста». – Ташкент, 1984. – С. 156-157.

21. Буторина Н.Е. Психосоматические расстройства в структуре пубертатного криза / Н.Е. Буторина, В.М. Полецкий // «Психопатология, психология эмоций и патология сердца». – М., 1988. – С. 14.

22. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. – СПб.: Питер, 2005. – 528 с.

23. Бэддели А. Ваша память. Руководство по тренировке и развитию: пер. с англ. / А. Бэддели. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 320 с.

24. Вандыш-Бубко В.В. Органические, включая симптоматические,

психические расстройства (P00-P09) / В.В. Вандыш-Бубко // Энциклопедия психиатрии / под ред. Ю.А. Александровского, Г.Л. Вышковского. – М.: РЛС-2004, 2003. – С. 39-70.

25. Вассерман Л.И. О системном подходе к оценке психической адаптации / Л.И. Вассерман, М.А. Беребин, Н.И. Косенков. // Обзор психиатр, и мед. психол. им. В.М.Бехтерева. – 1994. – № 3. – С. 16-25.

26. Вассерман Л.И. Современные батареи для детской нейропсихологической диагностики, используемые в англоязычных странах (обзор). Сообщение 1 / Л.И. Вассерман, Г. Шерешевский // Обзор психиатр, и мед. психол. им. В.М. Бехтерева 2006. – № 3. – С. 13-15.

27. Вассерман Л.И. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – М. : Издательский центр «Академия», 2004. – 736 с.

28. Веккер Л.М. Психика и реальность: Единая теория психических процессов / Л.М. Веккер. – М.: Смысл, 2000. – 685 с.

29. Венгер А.Л. Структура психологического синдрома /А.Л. Венгер // Вопр. психол. – 1994. – № 4. – С. 82-92.

30. Виленский О.Г. Последствия закрытых черепно-мозговых травм / О.Г. Виленский. – К.: Здоровье, 1971. – 111 с.

31. Виленский О.Г. Психиатрия : учебное пособие / О.Г. Виленский. – М.: Издательство "Познавательная книга плюс", 2000. – 256 с.

32. Воропаева И.П. Коррекция эмоциональной сферы младших школьников. – М.: Изд-во ИПК и ПРНО МО, 1993. – 56 с.

33. Войтенко Р.М. Психические болезни / Р.М. Войтенко, С.М. Милютин // Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации / под ред. М.В. Коробова, В.Г. Помникова. – СПб. : Гиппократ, 2005. – С. 505-573.

34. Войтенко Р.М. Психоорганический синдром различного генеза (значение в медико-социальной экспертизе и реабилитации инвалидов): обзорная информация / Р.М. Войтенко, С.М. Милютин, К.Л. Абрамова, В.Г.

Саковская. – М.: ЦБНТИ МСЗН РФ, 1995. – вып. 7. – 20 с.

35. Выготский Л.С. Дефект и компенсация / Л.С. Выготский // Собр. соч.: в 6 т. / под ред. А. М. Матюшкина. – М.: Педагогика, 1983. – Т. 5. – С. 124-150.

36. Гальперин П.Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий / П.Я. Гальперин // Исследования мышления в советской психологии. – М., 1966. – С. 236-277.

37. Гиляровский В.А. Психиатрия: Руководство для врачей и студентов / В.А. Гиляровский. – 4 изд., испр. и доп.– М.: Медгиз, 1954. – 520 с.

38. Гиндикин В.Я. Личностная патология / В.Я. Гиндикин, В.А. Гурьева. – М.:Триада-Х, 1999. – 266 с.

39. Гиндикин В.Я. Психиатрия для клинических психологов и психотерапевтов / В.Я. Гиндикин. – М.: Высшая школа психологии, 2001. – 272 с.

40. Голант Р.Я. О расстройствах памяти / Р.Я. Голант. – М.: Биомедгиз, 1935. – 134 с.

41. Голодец Р.Г. Психические нарушения в клинике отдаленных последствий закрытой черепно-мозговой травмы / Р.Г. Голодец, А.А. Каплан // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1989. – Т. 89. – № 6. – С. 77-82.

42. Грибова О.Е. К проблеме анализа речевой коммуникации у детей с речевой патологией / О.Е. Грибова // Дефектология. – 1995. – № 6. – С. 16-19.

43. Григорьев А.А. К проблеме судебно-психиатрической оценки когнитивных расстройств / А.А. Григорьев // XIV съезд психиатров России. 15-18 ноября 2005 г.: материалы съезда. – М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2005. – С. 302-303.

44. Григорьева Е.А. О современных классификациях психических расстройств / Е.А. Григорьева, Л.К. Хохлов // XIV съезд психиатров России,

15-18 ноября 2005 г. : материалы съезда. – М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2005. – С. 99 .

45. Давтян С.Э. Экзогенные и симптоматические психические расстройства : учебное пособие / С.Э. Давтян, А.И. Скорик / под ред. Н.Н. Петровой. – СПб., 2003. – 68 с.

46. Дамулин И.В. Легкие когнитивные нарушения: метод, пособие для врачей / И.В. Дамулин. – М.: РКИ Соверо пресс, 2004. – 35 с.

47. Дмитриева Е.Е. Коммуникативное развитие детей с легкими формами психического недоразвития на ранних этапах онтогенеза. – Н. Новгород: НГПУ, 2004. – 259 с.

48. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия / Т.А. Доброхотова. – М.: БИНОМ, 2006. – 304 с.

49. Дормашев Ю.Б. Психология внимания / Ю.Б. Дормашев, В.Я. Романов. – М.: Тривола, 1999. – 331 с.

50. Емельянов А.Ю. Травматическая энцефалопатия: автореф. дисс. на соиск. науч. степ. докт. мед. наук / А.Ю. Емельянов. – СПб., 2000. – 42 с.

51. Жариков Н.М. Психиатрия / Н.М. Жариков, Л.Г. Урсова, Д.Ф. Хритинин. – М.: Медицина, 1989. – 495 с.

52. Жмуров В.А. Психические нарушения / В.А. Жмуров. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 1015 с.

53. Зейгарник Б.В. Патология мышления / Б.В. Зейгарник. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1962. – 244 с.

54. Зейгарник Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – М.: Изд. МГУ, 1976. – 238 с.

55. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М.М. Кабанов. – СПб.: С-Петербургский н.-и. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 1998. – 255 с.

56. Кабанов М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. – Л.: Медицина, 1983. – 312 с.

57. Калинин В.В. Современные представления о феноменологии, патогенезе и терапии тревожных расстройств / В.В. Калинин // Журн. соц. и клинич. психиатр. – 1994. – № 2. – С. 142-149.
58. Карвасарский Б.Д. Теоретические концепции групповой психотерапии / Б.Д. Карвасарский, С. Ледер // Групповая психотерапия. – М.: Медицина, 1990. – С.78-95.
59. Кириченко Е.И. Типология реактивных депрессий у детей младшего возраста / Е.И. Кириченко // Журн. невропатол. и психиатр., 1988. – Вып.8. – С.64-66.
60. Клиническая психиатрия / Н.Е. Бачериков и др.; под ред. Н.Е. Бачерикова. – К.: «Здоровья», 1989. – 512 с.
61. Клиническая психиатрия: пер. с англ. / гл. ред. Т.Б. Дмитриева. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 602 с.
62. Клиническая психология: учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2007. – 959 с.
63. Клименко І.С. Вікові особливості дизонтогенезу дітей з резидуально-органічним ураженням центральної нервової системи у формі психоорганічного синдрому / І.С. Клименко. – Кам'янець-Подільський: «Медобори - 2006», 2012. – С.113-120.
64. Клименко І.С.Резидуально органічне ураження центральної нервової системи у формі психоорганічного синдрому як чинник шкільної дезадаптації дітей молодшого шкільного віку / І.С. Клименко. – К.: Науковий часопис. – Вип. 22. – С.344-348.
65. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
66. Ковалев В. В. Неврозы и реактивные состояния в свете динамического изучения // Неврозы и их лечение. – Л., 1969. – С. 221-226.
67. Ковалев В.В. Сверхценные образования и их роль в психопатологии детского возраста / В.В. Ковалев // Журн. невропатол. и психиатр. – 1974. – № 10. – С. 1519-1525.

68. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (Руководство для врачей) / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1979. – 608 с.
69. Коркина М.В. Психиатрия: учебник для студ. мед. вузов / М.В. Коркина, Н.Д. Лакошина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 576 с.
70. Коркина М.В. Практикум по психиатрии: Учеб. Пособие / М.В. Коркина, М.А. Цивилько, Е.А. Косова. – М.: Изд-во УДН, 1985. – 181 с.
71. Коркина М.А. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний / М.А. Коркина, В.В. Марилов // Журн. неврол. и психиатр. – 1998. – Т. 98. – С.30-32.
72. Коробейников И.А. О соотношении нозологического и функционального диагноза при нарушениях психического развития у детей / И.А. Коробейников // Дефектология. – 1995. – № 6. – С. 3-6.
73. Корсаков С.С. Общая психопатология / С.С. Корсаков. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. – 480 с.
74. Корсакова Н.К. Клиническая нейропсихология: учеб. пособие / Н.К. Корсакова, Л.И. Московичюте. – М.: Академия, 2007. – 140 с.
75. Краснов В.Н. Психоорганический синдром как предмет нейропсихиатрии / В.Н. Краснов // Доктор.ру. – 2011. – № 4. – С. 34-42.
76. Краснов В.Н. Психические расстройства в клинической практике / В.Н. Краснов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2011. – № 1. – С.102-103.
77. Краснов В.Н. Психические расстройства в клинической практике: рецензия/ В.Н. Краснов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – Т. 111. – № 12. – С. 102-103.
78. Краснов В.Н. Важные направления перемен в оказании психиатрической помощи/ В.Н. Краснов, И.Я. Гурович// Современные медицинские технологии. – 2010. – № 4. – С. 38-39.
79. Кричевец А.Н. Внутренние условия развития и психофизическая проблема / А.Н. Кричевец // Вопр. психологии. – 2005. – № 1. – С. 3-18.

80. Кутейников А.Н. Математические методы в психологии: учебное пособие / А.Н. Кутейников. – СПб.: Речь, 2008. – 172 с.
81. Лебедев Б.А. Психические расстройства сосудистого генеза / Б.А. Лебедев // Руководство по психиатрии: в 2-х т. / под ред. Г.В. Морозова. – М.: Медицина, 1988. – Т. II. – С. 5-28.
82. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев – М.: Госполитиздат, 1975. – 304 с.
83. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики / А.Н. Леонтьев. – М.: Изд-во МГУ, 1981. – 584 с.
84. Локшина А.Б. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии : автореф. дисс. на соиск. науч. степ. канд. мед. наук / А.Б. Локшина – М., 2005. – 22 с.
85. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б.Ф. Ломов – М.: Изд-во «Наука», 1984. – 445 с.
86. Лурия А.Р. Внимание и память / А.Р. Лурия. – М.: Изд-во МГУ, 1975. – 104 с.
87. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии / А. Р. Лурия. – М.: Изд-во МГУ, 1973. – 374 с.
88. Лурия А.Р. Язык и сознание / Под редакцией Е. Д. Хомской / А.Р. Лурия. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1979. – 320 с.
89. Лубовский В.И. Специальная психология / В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева.– М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 464 с.
90. Манухина Я.А. Особенности проявления феномена Я-концепции у детей с задержкой психического развития как условие учебной адаптации / Я.А. Манухина, Д.Ю. Шигашов, В.А. Худик // Вестник Ленинградского Государственного университета им. А.С. Пушкина. – 2011. – Т.5. – № 1. – С.11-16.
91. Макаров А.Ю. Болезни нервной системы / А.Ю. Макаров, В.Г. Помников, А.А. Прохоров // Справочник по медико-социальной экспертизе и

реабилитации / под ред. М. В. Коробова и В. Г. Помникова. – СПб.: Гиппократ, 2005. – С. 301-504.

92. Марилов В.В. Общая психопатология: учебное пособие / В.В. Марилов. – М.: Академия, 2008. – 219 с.

93. Морозов Г.В. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии) / Г.В. Морозов, Н.Г. Шумский. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1998. – 426 с.

94. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных / А.Д. Наследов. - СПб.: Речь, 2004. – 392 с.

95. Носачев Г.Н. Патопсихологические синдромы («частная» патопсихология) / Г.Н. Носачев, Д.В. Романов // Патопсихология: учеб. пособ. для студентов психологических факультетов. – Самара, 2001. – Гл. 4. – С. 44-67.

96. Обухов С.Г. Общая психопатология и психические расстройства детского и подросткового возраста / С.Г. Обухов, Э.Е. Шустер. – Гродно: ГрГМУ, 2003. – 127 с.

97. Овсянников С.А. К проблеме систематики в психиатрии / С.А. Овсянников, Б.Д. Цыганков // XIV съезд психиатров России. 15-18 ноября 2005 г. : материалы съезда. – М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2005. – С. 104.

98. Овчарова Р.В. Практическая психология образования : учеб. пособие для студ. психол. фак. Университетов / Р.В. Овчарова. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 448 с.

99. Палеев Н.Р. Взаимосвязь психосоматики и соматопсихиатрии в современной медицине / Н.Р. Палеев, В.Н. Краснов // Клиническая медицина. – 2009. – №12. – С. 4-7.

100. Пивень Б.Н. Вопросы повышения эффективности психиатрической помощи / Б.Н. Пивень // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии : Российская конф. Москва 9-11 октября 2007г.: материалы. – М.: ИД "МЕДПРАКТИКА-М", 2007. – С. 161-162.



101. Пивень Б.Н. К диагностике экзогенно-органических психических расстройств / Б.Н. Пивень // Рос. психиатр, журн. – 2002. – № 6. – С. 1822.
102. Пивень Б.Н. Клиническая структура и динамика экзогенно-органических психических нарушений (сравнительное клинико-эпидемиологическое исследование) : автореф. дис. на соиск. науч. степ. докт. мед. наук / Б.Н. Пивень. – М., 1988. – 33 с.
103. Пивень Б.Н. Психоорганический синдром. Клинические границы / Б.Н. Пивень // Социальн. и клин, психиатр. – 1996. – Т. 6. – Вып. 3. – С. 138-141.
104. Пивень Б.Н. Экзогенно-органические заболевания головного мозга / Б.Н. Пивень. – М.: Изд-во «Медицина», 1998. – 144 с.
105. Пивень Б.Н. Экзогенно-органические психические расстройства и МКБ-10 / Б.Н. Пивень // Рос. психиатр, журн. – 2006. – № 1. – С. 34 - 37.
106. Пилявская О.И. Расстройства личности у девочек-подростков при резидуально-органическом психосиндроме / О.И. Пилявская // XIV съезд психиатров России. 15-18 ноября 2005 г. : материалы съезда. – М.: Российское общество психиатров, 2005. – С. 215.
107. Поляков Ю.Ф. Теоретико-методологические проблемы патопсихологии / Ю.Ф. Поляков // Клиническая психология / сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – С. 179-196.
108. Портнов А.А. Общая психопатология: учебное пособие / А.А. Портнов. – М.: Медицина, 2004. – 272 с.
109. Портнов А.А. Психиатрия: учебник для медицинских институтов / А.А. Портнов, Д.Д. Федотов. – М.: Медицина, 1971. – 471 с.
110. Рожнов В.Е. Руководство по психотерапии / В.Е. Рожнов. – Ташкент: «Медицина» УзССР, 1985. – 719 с.
111. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С.Я. Рубинштейн. – М.: Медицина, 1970. – 215 с.
112. Рустанович А.В. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках / А.В. Рустанович, В.К. Шамрей. – СПб.: "ЭЛБИ-СПб", 2006. – 214

с.

113. Семенов Д.В. Психопатологические симптомы и синдромы: учеб. пособие / Д.В. Семенов, А.В. Берсенев. – Владимир: Изд-во Владим. гос. ун-та, 2006. – 88 с.

114. Синьов В.М. Психолого-педагогічні проблеми дефектології та пенітенціарії / В.М.Синьов. – К. : МП «Леся», 2010. – 535 с.

115. Синьов В.М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка. Частина 1 / В.М. Синьов. – К., 2009. – 59 с.

116. Смирнов А.А. Проблемы психологии памяти / А.А. Смирнов. – М.: Просвещение, 1966. – 422 с.

117. Снежневский А.В. Общая психопатология / А.В. Снежневский. – Валдай, 1970. – 188 с.

118. Снежневский А.В. Клиническая психиатрия (избранные труды) / А.В. Снежневский. – М.: ОАО "Изд-во "Медицина", 2004. – 272 с.

119. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С.Ю. Циркина. – СПб.: Питер, 1999. – 746 с.

120. Сулимовская Е.И. Принципы патопсихологического исследования / Е.И. Сулимовская // Медицинская и судебная психология : курс лекций: учебное пособие / под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. – М.: Генезис, 2005. – С. 32-48.

121. Сухотина Н.К. Оценочные шкалы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью / Н.К. Сухотина, Т.И. Егорова // Соц. и клин. психиатрия. – 2008. – № 4. – С. 15-21.

122. Татьяна Л.Г. Психопатология и уголовный процесс / Л.Г. Татьяна. – Ижевск : Детектив-информ, 2002. – 263 с.

123. Ульenkova У.В. Интеграция детей с умеренными нарушениями развития в общеобразовательную среду: проблемы и перспективы решения / У.В. Ульenkova, Е.Е. Дмитриева // Коррекционная педагогика : теория и практика. – 2008. – № 4. – С.5-12.

124. Ульenkova У.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / У.В. Ульenkova, О.В. Лебедева. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 176 с.

125. Фролов Б. С. Психопатологические синдромы: руководство для врачей / Б.С. Фролов, В.Э. Пашковский. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2004. – 240 с.

126. Хомская Е. Д. Нейропсихология / Е.Д. Хомская. – СПб.: Питер, 2003. – 496 с.

127. Чуприков А.П. Розлади спектру аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога / А. П. Чуприков, Г. М. Хворова. – Львів: Мс, 2012. – С. 12-21.

128. Чуркин А.А. Социальные факторы и инвалидность вследствие психических заболеваний / А.А. Чуркин // Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – С. 296 -315.

129. Шевченко С.Г. Коррекционно-развивающее обучение. Организационно-педагогические аспекты: метод. пособие для учителей кл. коррекционно-развивающего обучения / С.Г. Шевченко. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. - 136 с.

130. Шеремет М.К. Логопедія / М.К. Шеремет, В.В. Тарасун, С.Ю. Конопляста, В.О. Кондратенко, Н.В. Чередніченко, І.С. Марченко, В.В. Тищенко, І.В. Мартиненко, О.Ю. Ромась // Підручник: 2-е вид., переобладнане та доповнене. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – С. 228-284.

131. Шереметьева И.И. Итоги изучения экзогенно-органических психических расстройств / И.И. Шереметьева // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: материалы рос. конф. Москва 9-11 октября 2007. – М.: ИД "МЕДПРАКТИКА-М", 2007. – С. 169.

132. Шереметьева И.И. Экзогенно-органические психические расстройства в общей структуре психических заболеваний / И.И.

Шереметьева // Рос. психиатр, журн. – 2005. – № 6. – С. 27-29.

133. Штенберг Э.Я. Психические расстройства сосудистого генеза / Э.Я. Штенберг, В.А. Концевой // Справочник по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1985. – С. 213-217

134. Шульженко Д.І. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей / Д.І. Шульженко. – К.: Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова, 2009. – С. 23-36.

135. Шумский Н.Г. Психоорганический синдром / Н.Г. Шумский // Большая медицинская энциклопедия. – М.: Сов. энцикл., 1983. – Т. 21. – С. 993-998.

136. Эббингауз Г. Очерки психологии / Г. Эббингауз. – СПб.: Изд-во О. Богдановой, 1911. – 86 с.

137. Энциклопедия психиатрии: руководство для практикующих врачей / Ю.А. Александровский и др.; под общ. ред. Ю.А. Александровского, Г.Л. Вышковского. – М.: "РЛС-2004П, 2003. – 544 с.

138. Юревич А.В. Психология и методология / А.В. Юревич // Психол. журн. – 2000. – Т. 21. – № 5. – С. 35-47.

139. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства / Н.Н. Яхно // Неврологический вестник. – 2007. – Т. 39. – В. 1. – С. 134-138.

140. Яхно Н.Н. Болезни нервной системы (руководство для врачей : в 2 т. / Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульман. – М.: Медицина, 2001. – Т. 1. – 231 с.

141. Blair R. J. Impaired social response reversal. A case of «acquired sociopathy» / R.J. Blair, L. Cipolotti // Brain. London, 2000. – Jun. Vol. 123(6). – P. 1122-1141.

142. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie / E. Bleuler. – Berlin: Springer, 1923. – 538 p.

143. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Zehnte Auflage umgearbeitet von M. Bleuler / E. Bleuler. Berlin: Springer Verlag, 1979. – 706 p.

144. Bonhoeffer K. Geistese und nervenkrankheiten / K. Bonhoeffer. – Leipzig, 1922. – 1416 p.

145. Bonhoeffer K. Psychische Residuarustande nach Encephalitis epidemica bei Kindern / K. Bonhoeffer. Klin, 1922b. – 1446 p.
146. Braak H. Spectrum of pathology / H. Braak, K. Del Tredici, E. Braak. // Mild cognitive impairment / ed. R.C. Petersen. Oxford University Press, 2003. – P. 149-189.
147. Brower M. C. Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behaviour : a critical review / M. C. Brower, B. H. Price // J. - Neurol Neurosurg – Psychiatry. – 2001. – Dec. Vol. 71 (6). – P. 720-726.
148. Comijs H. C. The course of cognitive decline in older patients / H. C. Comijs, M. G. Dik, D. J. H. Deeg et al. // Dement. Geriatr. Cogn. Dis. 2004. – 17: – P.136-142.
149. Dolan M. The neuropsychology of antisocial personality disorder / M. Dolan, I. Park // Psychol Med. – 2002. – Apr. Vol. 32 (3). – P. 417-427.
150. Espy K. A. New procedures to assess executive functions in preschool children / K. A. Espy et al. // Clin Neuropsychologist. – 2001. – 15: – P. 46-58.
151. Hamster W. Neuropsychological changes associated with stenoses or occlusions of the carotid arteries: a comparative psychometric study / W. Hamster, H. C. Diener // Eur Arch Psychiatr Neurol Sci. 1990. – 234: – P. 69-73.
152. Keller M. Reversible neurosycological deficits after mild traumatic brain injury / M. Keller et. al. // J. Neurol. Neurosurg. Psych. 2000/ – V. 68 – P. 761-764.
153. Mc Allister T. W. Neuropsychiatry sequelae of head injuries / T. W. Mc Allister // Psychiatr Clin - North - Am. – U.S., 1992. – Jun. Vol. 15(2). – P. 395-413.
154. Morris J. C. The clinical dementia rating (CDR). Current version and scoring rules / J. C. Morris // Neurology. – 1993. – Vol. 43. – P. 2412-2413.
155. O'Brien J. T. Vascular cognitive impairment / J. T. O'Brien et. al. // Lancet Neurology. – 2003 – 2: – P. 89-98.
156. Tatemichi T. K. Cognitive impairment after stroke : frequency, patterns, and relationship to functional abilities / T. K. Tatemichi et. al. // J Neurol

Neurosurg Psychiat 1994; 57: – P. 202-207.

157. Feshbach N. D. Empathy in children: Some theoretical and empirical considerations // Counseling Psychologist. – 1975. – V. 5. – P. 25-30.

158. Raine A. Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder / A. Raine // Arch - Gen - Psychiatry. – 2000. – Feb. Vol. 57(2). – P. 119-127.

159. Sachdev P. Attention deficit hyperactivity disorder in adults / P. Sachdev // Psychological Medicine. – 1999. – Vol. 29. – P. 507-514

160. Sandock B.A. Organic brain syndrom / B.A. Sandock // Comprehensive textbook of psychiatry. – 1975. – V. 1. – p. 1060.

161. Tateno A. Clinical correlates of aggressive behavior after traumatic brain injury / A. Tateno et al. // J. - Neuropsychiatry - Clin – Neurosci. – 2003. – Spring, Vol. 15 (2). – P. 155-160.

162. Xeniditis K. I. An inpatient treatment model for adults with mild intellectual disability and challenging behaviour / K. I. Xeniditis et. al. // Journal of Intellectual Disability Research. – 1999. – Vol. 43. – P. 128-134.

## ДОДАТОК А

1. Методика діагностики базової афективної регуляції Семаго Н.Я. Оцінка афективної регуляції дитини дозволяє поставити психологічний діагноз у таких випадках, як ранній дитячий аутизм (перекручене розвиток), дисгармонійний розвиток (екстра-або інтропунітивного тип), затримане і парціально несформований розвиток, пошкоджене або дефіцитарне розвиток.

Для оцінки сформованості рівнів афективної регуляції К. С. Лебединської та О.С.Нікольської (1991) була запропонована діагностична карта, на основі якої Т.Н.Павлій (1997) була розроблена «Карта спостережень за поведінкою дитини, що має емоційне недорозвинення».

В даній роботі була використана модифікована карта Т.Н. Павлій (Н.Я. Семаго, М.М. Семаго, 2000).

Дана схема орієнтована на аналіз поведінки і емоційних реакцій дитини в різних життєвих ситуаціях. Кожен з чотирьох рівнів аналізується з точки зору гіпо- або гиперфункціонуванням, що дає можливість представити як би «профіль» будови афективної регуляції. Під гіпер- або гіпофункцією ми розуміємо дисфункцію якого-небудь рівня афективної регуляції. На основі цієї схеми можливе створення програм з гармонізації загального профілю чи гармонізації рівнів.

При аналізі функціонування окремих рівнів афективної регуляції в першу чергу необхідно виявляти й аналізувати характер порушення взаємодії існуючих рівнів, особливості закріпилися гіперкомпенсаторних механізмів, визначати цілісний синдром афективної дезадаптації.

Частково дані для складання цієї схеми можна отримати з історії розвитку дитини - з психологічного анамнезу. Необхідно також безпосереднє спостереження за поведінкою дитини.

Аналізуючи симптоми, виявлені у дитини в процесі спостереження за ним в природних умовах, можна прийти до висновку про характер дисфункцій

базальної системи афективної регуляції в цілому. Зіставляючи ці уявлення з результатами психологічної діагностики та відомостями, отриманими з анамнезу, можна описати психологічну структуру емоційних особливостей дитини і, найголовніше, розробити для нього індивідуальний варіант корекційної програми, заснований на розумінні значення пропорційного розвитку і системного гармонійного ієрархічності будови рівнів афективної регуляції в онтогенезі.

### **СХЕМА спостереження за поведінкою дитини за Семаго Н.В.**

#### 1. Рівень польової реактивності (афективної пластичності)

##### 1А. При гіпофункції рівня

а) дитина чутлива до інтенсивності змін у процесі контакту та взаємодії з іншими людьми:

- Чутливий до різкої зміни голосу;
- Не переносить несподіваного (наприклад, з незнайомою людиною) зорового контакту, також для нього важкий тривалий зоровий контакт;

- Чутливий до якості дотиків, напружується, відхиляється, якщо хто-небудь несподівано сильно або різко притягує його до себе, садить, пересуває;

- Відчуває занепокоєння, напруга, якщо хто-небудь різко змінює дистанцію під час спілкування (сідає близько, стосується колінами);

- Завмирає, вередує або відмовляється працювати при швидкій зміні видів діяльності;

б) дитина чутлива до змін у розташуванні навколишніх об'єктів в процесі освоєння життєвого простору:

- Не любить перебувати в порожніх, занадто просторих приміщеннях;
- Боїться маленьких, закритих приміщень;
- Любить порядок, довго розкладає речі на парті, намагається ніби все класифікувати, розкласти по групах;



в) надмірно чутливий до інтенсивності сенсорних вражень:

- Не любить або боїться занадто гучних звуків, виду сильного полум'я, яскравого світла, навіть незначних перепадів температури;

г) в поведінці нерідко виявляються такі особливості:

- Боїться нових вражень;

- Боязкий, нерішучий при зміні обставин, не впевнений у власних силах, часто перестраховується;

- Часто має знижений настрій, бувають різкі перепади в настрої;

- Любить грати один.

1Б. При гіперфункції рівня

а) дитина не відчуває дискомфорту при інтенсивних змінах під час взаємодії і спілкування з іншими:

- Не втомлюється від випадкових і частих контактів з іншими людьми, може довго перебувати серед незнайомих людей, у натовпі;

- Не боїться дотиків чужих людей;

- Нечутливий до зміни дистанції під час спілкування;

- Нечутливий до негативної емоційної оцінки;

б) нечутливий до якості сенсорних вражень:

- Стійкий до холоду, голоду, болю;

- Нерозбірливий в їжі;

- Не має виражених сенсорних звичок;

- Прагне до частішої зміни вражень;

в) дитина негативно не реагує на інтенсивне зміна об'єктів в навколишньому під час освоєння простору:

- Не боїться висоти, досить спритно дереться, любить дивитися вниз з висоти;

- Не відчуває страху в просторому або тісному приміщенні;

г) в поведінці найчастіше проявляються такі особливості:

- Любить часті зміни в зовнішніх обставинах;

- Не боїться опинитися на новому місці, любить перебувати один, у тому числі в незнайомих місцях;

- Схильний до бродяжництва;

- Неадекватно оцінює свої можливості, некритичний;

- Насилу засвоює правила поведінки, не прагне їх виконати;

- Має підвищений настрій.

## 2. Рівень афективних стереотипів

### 2А. При гіпофункції рівня

а) дитина надмірно чутливий до якості сенсорних вражень і власним соматическому станом:

- Має стійкі звички в їжі, вимогливий до якості їжі, не приймає нових або незнайомих страв;

- Не любить розлучатися зі звичною одягом;

- Не любить перепадів температури, їжу приймає тільки тієї температури, до якої звик;

- Не може заснути в незвичній обстановці;

- Часто скаржиться на нездужання, не переносить найменшого болю;

- Швидко втомлюється, невинослив, часто скаржиться на втому;

- Часто відчуває невмотивований страх за власне здоров'я;

- Відчуває страх темряви, самотності, висоти, незнайомих людей і обставин;

б) дитина відчуває дискомфорт в нестабільних, мінливих обставинах:

- Насилу звикає до режиму в дитячому садку, школі, чутливий до змін в режимі;

- Насилу звикає до нового вчителя, нового колективу;

- Не любить змін, нових вражень, не прагне до них;

- Вередує, може відмовлятися від роботи або проявляти агресію при перемиканні на новий вид діяльності;

в) дитина відчуває труднощі і дискомфорт у взаємодії і спілкуванні з іншими людьми:

- Не схильний до співпраці, особливо, якщо воно протікає в незвичних для дитини обставинах;

- Має низьку комунікативність;

- Надмірно прив'язаний до людей, шкодують його;

- Має схильність до захисних, компенсаторних реакцій і, в разі негативної оцінки його діяльності, покарань, розгойдується, смочає палець, смикає предмети і т.п. .;

- Часто замкнутий, неговіркий, самотній або має таких же, як він, приятелів;

г) проявляє ряд особливостей в поведінці:

- Часто має знижений настрій;

- Дратівливий, буркотливий;

- Має ригідну самооцінку;

- Чутливий до ритмічним враженням, любить музику.

2Б. При гіперфункції рівня

а) має особливий потяг до різноманітних сенсорним враженням і утруднюється в оцінці власних фізіологічних потреб:

- Відсутні стійкі звички в їжі, всеїдний, любить рясну, різноманітну, смачну їжу, ненажерливий;

- Прагне до інтенсивних, яскравим сенсорним враженням (любить дивитися на вогонь, дощ і т.д.);

- Має тягу до неприємних вражень, небрезглив, може взяти з підлоги їжу і з'їсти її;

- Не боїться болю, витривалий.

б) відчуває проблеми в процесі взаємодії і спілкування з іншими людьми:

- Агресивний по відношенню до близьких, вчителям в тих випадках, коли йому не дозволяють здійснити потяг, задумане дію;

- Нечутливий до потреб інших, якщо вони суперечать задоволенню власних;

в) проявляє ряд особливостей в поведінці:

- Нетерплячий, ригиден;
- Схильний до стереотипних афективних реакцій при тиску з боку

інших;

- Може бути конформним, якщо хоче домогтися свого.

3. Рівень афективної експансії

3А. При гіпофункції рівня

а) дитина відчуває значні труднощі у вирішенні проблемних ситуацій:

- Не цікавиться новими завданнями;
- Швидко насичується, втрачає мету, відволікається, відмовляється від

діяльності, якщо вона викликає труднощі;

- Потрібна постійна організація діяльності, стимуляція і схвалення для продовження діяльності у важких для дитини обставин, самостійно роботу у випадках скрута не продовжує;

- Відчуває страх перед незнайомими, новими, невідомими обставинами;
- Не може прийняти рішення, зробити вибір, подолати опір;
- Схильний до фантазій на тему успіхів, подолання перешкод, ризику;

б) відчуває труднощі в спілкуванні та взаємодії з іншими людьми:

- Має невисоку комунікативність;
- Вселяє, некритичний;
- Відчуває надмірну потребу в увазі, підтримці, стимуляції з боку інших

людей;

- Може використовувати здатність інших людей до співпереживання з метою змусити їх виконувати його бажання;

- Сверхосторожен в сприйнятті негативної оцінки;

в) має ряд особистісних особливостей:

- Відчуває надмірну чутливість до оцінки негативних вражень;
- Може бути боязкий;
- Невпевнений у собі, має неадекватну самооцінку.

3Б. При гіперфункції рівня

а) дитина не може у розумінні сенсу взаємодії:

- Легко вступає в контакт, але до емоційного взаємодії не прагне;
- Проявляє короткочасну зацікавленість у завданнях;
- Легко заражається станом іншої людини;
- Схильний привертати увагу до себе будь-якими доступними засобами, часом навіть неадекватними;
- Підкоряється вимогам тільки при інтенсивній емоційній оцінці діяльності, під загрозою покарання;
- Часто проявляє негативізм;
- Вимагає постійної оцінки своєї діяльності (при цьому нечутливий до її знаку), постійної уваги до себе;
- Часто провокує конфлікти між іншими, відчуваючи від цього задоволення;

б) має ряд особистісних особливостей:

- Схильний до брехні, бродяжництва;
- Прагне до небезпечних, ризикованих вчинків, не відчуває страху висоти, темряви і т.п .;
- Відчуває потяг до негативних, часто гидким враженням;
- Отримує задоволення від ролі «бандита», негідника.

#### 4. Рівень емоційного контролю

##### 4А. При гіпофункції рівня

а) дитина відчуває труднощі в комунікації та надмірну залежність від емоційної оцінки інших людей:

- Проявляє низьку активність в контакті;
- Може помилятися у визначенні знака емоційної оцінки в процесі спілкування, виявляючи особливу чутливість до погляду, голосу, тактильному контакту, дистанції в спілкуванні;
- Прагне до звичного кола спілкування;
- Особливо вразливий у взаєминах навіть з близькими людьми;
- Відчуває постійну потребу в позитивній оцінці, в увазі;

- Невпевнений у правильності своєї поведінки, постійно потребує підтвердження цієї правильності з боку інших;
- Постійно звертається за допомогою до дорослих, несамотійний;
- Має надмірну симбіотичну зв'язок з матір'ю (найчастіше);
- Відчуває тривогу, страх, відмовляється від діяльності за відсутності емоційного співучасті близьких;
- У діяльності більше орієнтується не на результати праці, а на їх зовнішню оцінку;

б) має ряд особистісних особливостей:

- Вселяє, легко відмовляється від своєї думки на користь думки значущої людини, часто потрапляє під афективний тиск інших людей;
- Недовірливий, недовірливий до пропозицій інших;
- Надмірно залежний від прийнятих ним норм поведінки;
- Часто не терпить порушень в сформованих взаєминах.

4Б. При гіперфункції рівня

а) дитина відчуває надмірну потребу в емоційному спілкуванні з людьми:

- Легко вступає в контакт, відчуває задоволення від спілкування з випадковими людьми, легко заражається їх станом;
- Допускає близьку дистанцію в спілкуванні, чи не відчуваючи втому від спілкування з людьми, навіть малознайомими;
- Не вимогливий до якості спілкування;
- Під впливом інших може легко долати труднощі, але під впливом інших може і легко відмовитися від прийнятого рішення;
- Відчуває величезну потребу в захопленні або співпереживанні з боку всіх інших людей;

б) має ряд своєрідних особистісних рис:

- Конформен;
- Несамотійна, часто боягузливий;
- Сліпо підкоряється правилам, які вироблені іншими.

2. Методика «Вимірювання рівня тривожності Тейлора» (адаптована Немчіновим Т.А.),

Методика призначена для вимірювання рівня тривожності.

Опитувальник складається з 50 тверджень. Він може пред'являтися випробуваному або списком, або, як набір карток з твердженнями.

Підраховується кількість відповідей випробуваного, що свідчать про тривожності:

- оцінка 40-50 балів розглядається як показник дуже високого рівня тривожності,
- 25-40 балів свідчать про високий рівень тривоги,
- 15-25 балів - про середній (з тенденцією до високого) рівні,
- 5-15 балів - про середній (з тенденцією до низького) рівні,
- 0-5 балів - про низький рівень тривожності.

## Бланки методик

### Бланк методики «Вимірювання рівня тривожності Тейлора»

**Інструкція:** Відкладіть, будь-ласка, вправо ті картки, які містять твердження, з якими ви згодні, і вліво ті картки, які містять твердження, з якими ви не погоджуєтесь.

### Тестовий матеріал

1. Зазвичай я спокійний і вивести мене з себе нелегко.
2. Мої нерви засмучені не більше, ніж у інших людей.
3. У мене рідко бувають замки.
4. У мене рідко бувають головні болі.
5. Я рідко втомлююся.
6. Я майже завжди почуваю себе цілком щасливим.
7. Я упевнений в собі.
8. Практично я ніколи не червонію.
9. В порівнянні зі своїми друзями я вважаю себе цілком сміливою людиною.
10. Я червонію не частіше, ніж інші.
11. У мене рідко буває серцебиття.
12. Зазвичай мої руки досить теплі.
13. Я соромливий не більше ніж інші.
14. Мені не вистачає упевненості в собі.
15. Іноді мені здається, що я ні на що не придатний.
16. У мене бувають періоди такого занепокоєння, що я не можу усидіти на місці.
17. Мій шлунок сильно турбує мене.
18. У мене не вистачає духу винести усі майбутні труднощі.
19. Я хотів би бути таким же щасливим, як інші.
20. Мені здається іноді, що переді мною нагромаджені такі труднощі, які мені не здолати.
21. Мені нерідко сняться страхітливі сни.



22. Я помічаю, що мої руки починають тремтіти, коли я намагаюся щось-небудь зробити.
23. У мене надзвичайно неспокійний і переривчастий сон.
24. Мене дуже тривожать можливі невдачі.
25. Мені доводилося випробовувати страх в тих випадках, коли я точно знав, що мені ніщо не погрожує.
26. Мені важко зосередитися на роботі або на кокому-небудь завданні.
27. Я працюю з великою напругою.
28. Я легко приходжу в замішання.
29. Майже увесь час випробовую тривогу із-за кого-небудь або із-за чого-небудь.
30. Я схильний сприймати усе занадто серйозно.
31. Я часто плачу.
32. Мене нерідко мучать напади блювоти і нудоти.
33. Раз на місяць або частіше у мене буває розлад шлунку.
34. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.
35. Мені дуже важко зосередитися на чому-небудь.
36. Моє матеріальне становище дуже турбує мене.
37. Нерідко я думаю про такі речі, про які ні з ким не хотілося б говорити.
38. У мене бували періоди, коли тривога позбавляла мене сну.
39. Часом, коли я знаходжуся в замішанні, у мене з'являється сильна пітливість, що дуже бентежить мене.
40. Навіть у холодні дні я легко потію.
41. Часом я стаю таким збудженим, що мені важко заснути.
42. Я - людина легко збудлива.
43. Часом я почуваю себе абсолютно бесполезним.
44. Іноді мені здається, що мої нерви сильно розхитані, і я ось-ось вийду з себе.
45. Я часто ловлю себе на тому, що мене щось тривожить.
46. Я набагато чутливіший, ніж більшість інших людей.

47. Я майже увесь час переживаю почуття голоду.
48. Іноді я засмучуюся через дурниці.
49. Життя для мене пов'язане з незвичайною напругою.
50. Очікування завжди нервує мене.

### 3. Тест «Тест шкільної тривожності Філіпса».

Тест складається з 58 питань, які можуть зачитуватися школярам, а можуть і пропонуватися в письмовому вигляді. Бланк методики подано у додатку.

На кожне питання потрібно однозначно відповісти «Так» або «Ні».

При обробці результатів виділяють питання, відповіді на які не збігаються з ключем тесту. Відповіді, що не збігаються з ключем - це прояви тривожності.

При обробці підраховується:

1. Загальне число розбіжностей по всьому тесті. Якщо воно більше 50%, можна говорити про підвищену тривожність дитини, якщо більше 75% від загального числа запитань тесту - про високу тривожності.

2. Число збігів по кожному з 8 фактів тривожності, виділених у тесті. Рівень тривожності визначається так само, як і в першому випадку. Аналізується загальний емоційний внутрішній стан школяра, багато в чому визначається наявністю тих чи інших тривожних синдромів (факторів) та їх кількістю.

Змістовна характеристика кожного синдрому (фактора):

1. Загальна тривожність у школі - загальний емоційний стан дитини, що з різними формами його включення в життя школи.

2. Переживання соціального стресу - емоційний стан дитини, на тлі якого розвиваються його соціальні контакти (насамперед – зі однолітками).

3. Фрустрація потреби в досягненні успіху – несприятливий психічний фон, який дозволить дитині розвивати свої потреби в успіх, досягнення високого результату і т.д.

4. Страх самовираження - негативні емоційні переживання ситуацій, пов'язаних із необхідністю саморозкриття, представленні себе іншим, демонстрації своїх можливостей.

5. Страх ситуації перевірки знань - негативне ставлення і переживання тривоги в ситуаціях перевірки (особливо - публічної) знань, досягнень, можливостей.

6. Страх не відповідати очікуванням оточуючих - орієнтація на значимість інших в оцінці своїх результатів учинків і думок, тривога з приводу оцінок, які дають оточуючими, очікування негативних оцінок.

7. Низька фізіологічна опірність стресу – особливості психофізіологічної організації, що знижують пристосовність дитини до ситуацій стресогенного характеру, що підвищують ймовірність неадекватного деструктивного реагування на тривожний фактор середовища.

8. Проблеми і страхи у відносинах з вчителями - загальний негативний емоційний фон відносин з дорослими школі, що знижує успішність навчання дитини.

### Бланк «Тесту шкільної тривожності Філліпса»

Інструкція: «Діти, зараз Вам буде запропонований опитувальник, який складається із запитань про те, як Ви себе почуваєте в школі. Намагайтесь відповідати щиро і правдиво, тут немає правильних чи неправильних, гарних чи поганих відповідей. Над запитаннями довго не роздумуйте. На бланку для відповідей зверху запишіть своє ім'я, прізвище і клас. Відповідаючи на запитання записуйте його номер і відповідь «+», якщо Ви згодні з ним, чи «-» якщо не згодні»

Текст опитувальника

1. Чи важко тобі триматися на одному рівні з усім класом?
2. Чи хвилюєшся ти, коли вчитель говорить, що збирається перевірити, наскільки ти знаєш матеріал?
3. Чи важко тобі працювати в класі так, як цього хоче вчитель?
4. Чи сниться тобі іноді, що вчитель розлючений через те, що ти не знаєш урок?
5. Чи бувало так, що хто-небудь з твого класу набив чи вдарив тебе?
6. Чи часто тобі хочеться, щоб вчитель не поспішав при поясненні нового матеріалу, поки ти не зрозумієш, що він говорить?
7. Чи сильно ти хвилюєшся при відповіді чи виконанні завдання?
8. Чи трапляється з тобою що ти боїшся висловлюватись на уроці, тому що боїшся зробити безглузду помилку?
9. Чи тремтять у тебе коліна коли тебе викликають відповідати?
10. Чи часто твої однокласники сміються з тебе, коли ви граєте у різні ігри?
11. Чи трапляється так, що тобі ставлять більш низьку оцінку ніж ти очікував?
12. Чи хвилює тебе питання про те, чи не залишать тебе на другий рік?
13. Чи намагаєшся ти уникати ігор, в яких робиться вибір, тому що тебе, як правило, не вибирають.

14. Чи буває іноді, що ти весь тремтиш, коли тебе викликають відповідати?
15. Чи часто у тебе виникає відчуття, що ніхто з твоїх однокласників не хоче робити те, що хочеш робити ти?
16. Чи сильно ти хвилюєшся перед тим, як розпочати виконувати завдання?
17. Чи важко тобі отримувати такі оцінки, яких очікують від тебе батьки?
18. Чи боїшся ти іноді, що тобі стане дурно в класі?
19. Чи будуть твої однокласники сміятися з тебе, якщо ти зробиш помилку при відповіді?
20. Чи схожий ти на своїх однокласників?
21. Виконавши завдання, чи хвилюєшся ти про те, чи добре з ним справився?
22. Коли ти працюєш в класі, чи впевнений ти втому, що все добре запам'ятаєш?
23. Чи сниться тобі іноді, що ти в школі і не можеш відповісти на запитання вчителя?
24. Чи вірно те, що більшість дітей ставиться до тебе по-дружньому?
25. Чи працюєш ти більш старанно, якщо знаєш, що результати твоєї роботи будуть порівнюватися в класі з результатами твоїх однокласників?
26. Чи часто ти мрієш про те, щоб менш хвилюватися, коли тебе запитують?
27. Чи боїшся ти іноді вступати в суперечку?
28. Чи відчуваєш ти, що твоє серце починає сильно битися, коли вчитель говорить, що збирається перевірити твою готовність до уроку?
29. Коли ти отримуєш гарні оцінки, чи думає хто-небудь з твоїх друзів, що ти хочеш вислужитися?
30. Чи гарно ти себе почуваєш з тими із твоїх однокласників, до яких діти ставляться з особливою увагою?

31. Чи трапляється, що деякі діти в класі говорять щось, що тебе зачіпає?

32. Як ти думаєш, чи втрачають прихильність ті з учнів, які не справляються з навчанням?

33. Чи схоже на те, що більшість твоїх однокласників не звертають на тебе уваги?

34. Чи часто ти боїшся виглядати недоречно?

35. Чи задоволений ти тим, як до тебе ставляться вчителі?

36. Чи допомагає твоя мама в організації вечорів, як інші мами твоїх однокласників?

37. Чи хвилювало тебе коли-небудь, що думають про тебе оточуючі?

38. Чи сподіваєшся ти в майбутньому вчитися краще, ніж раніше?

39. Чи вважаєш ти, що одягаєшся в школу так само гарно, як і твої однокласники?

40. Чи часто ти задумуєшся, відповідаючи на уроці, що думають про тебе в цей час інші?

41. Чи володіють здібні учні якимись особливими правами, яких немає у інших дітей в класі?

42. Чи сердяться деякі з твоїх однокласників, коли тобі вдається бути кращим за них?

43. Чи задоволений ти тим, як до тебе ставляться однокласники?

44. Чи добре ти себе почуваш, коли залишаєшся один на один з вчителем?

45. Чи висміюють іноді твої однокласники твою зовнішність і поведінку?

46. Чи думаєш ти, що хвилюєшся про свої дошкільні справи більше, ніж інші діти?

47. Якщо ти не можеш відповісти, коли тебе запитують, чи відчуваєш ти, що ось-ось розплачешся?

48. Коли ввечері ти лежиш у ліжку, чи думаєш ти іноді з хвилюванням про те, що буде завтра у школі?

49. Працюючи над важким завданням, чи відчуваєш ти іноді, що зовсім забув речі, які добре знав раніше?

50. Чи тремтить злегка твоя рука, коли ти працюєш над завданням?

51. Чи відчуваєш ти, що починаєш нервуватися, коли вчитель говорить, що збирається дати класу завдання?

52. Чи лякає тебе перевірка твоїх знань у школі?

53. Коли вчитель говорить, що збирається дати класу завдання чи відчуваєш ти страх, що не впораєшся з ним?

54. Чи снилось тобі іноді, що твої однокласники можуть зробити те, що не можеш ти?

55. Коли вчитель пояснює матеріал, чи здається тобі, що твої однокласники розуміють його краще, ніж ти?

56. Чи хвилюєшся ти по дорозі в школу, що вчитель може дати класу роботу для перевірки знань?

57. Коли ти виконуєш завдання, чи відчуваєш ти зазвичай, що робиш це погано?

58. Чи тремтить злегка твоя рука, коли вчитель просить зробити завдання на дошці перед усім класом?



4. «Методика вивчення мимічної моторики» Г. А. Волкової.

Мета: визначити особливості вираження емоційних станів.

Організація: дитині пропонується зобразити емоційний стан. «Я скажу яке емоційний стан потрібно зобразити, а ти змалюєш».

- Радість
- Смуток
- Подив
- Гнів
- Переляк
- Страх

Результати фіксуються в таблицю.

Обробка результатів: проводиться за узагальненими критеріями.

Максимальна оцінка за методику 30 балів.

0 - 10 балів - низький рівень вираження емоційних станів;

11 - 20 балів - середній рівень вираження емоційних станів;

21 - 30 балів - високий рівень вираження емоційних станів

2. Модифікація методики «Вивчення розуміння емоційних станів людей, зображених на картинці»

Мета: вивчення розуміння емоційних станів людей.

Матеріал: портретні малюнки із зображенням дітей і дорослих, у яких яскраво виражено емоційний стан як основних емоцій (радість, страх, гнів, горе), так і їх відтінків.

Інструкція: дитині послідовно показують портретні малюнки із зображенням дітей і дорослих і задають питання: «Як почувують себе люди зображені? Як ти здогадався про це».

Обробка результатів проводиться за узагальненими критеріями.

Максимальна оцінка за методику 40 балів.

- 0 - 13 балів - низький рівень розуміння емоційних станів людей;
- 14 - 27 балів - середній рівень розуміння емоційних станів людей;
- 28 - 40 балів - високий рівень розуміння емоційних станів людей.

### 3. Модифікація тесту «Розпізнавання емоцій».

Мета: Перевірка здібностей розпізнавання різних видів простих і складних емоцій.

Дитині пропонується розглянути 5 рядів картинок із зображеннями різних персонажів, пов'язаних між собою будь-якої емоційно значущою ситуацією. У кожному випадку дитині необхідно зрозуміти ці взаємозв'язки на основі аналізу емоційних станів, відображених в міміці кожного з героїв ситуації. Всі картинки запропонованих Ситуацій супроводжують спеціальні питання, які направляють дитини в пошуках потрібного зображення.

Ряд 1. Інструкція. Дитині кажуть: «Подивися на цих гномиків і здогадайся, хто з них злякався ведмедика?»

Ряд 2. Дитину запитують: «З ким із гномиків подружиться дівчинка? Чому? »

Ряд 3. Дитину запитують: «Чому вираз обличчя у Чебурашки?» -і Потім: «Що він відчуває на першій картинці? На середній? В кінці?»

Ряд 4. Дитину просять: «Покажи тут саму допитливу мавпу (якщо дитина не розуміє слово« допитлива », можна пояснити: якою що - то цікаво, що - то її займає, дивує, приваблює)».

Ряд 5. Дитину запитують: «Як ти думаєш, вийшло вороні дістати черв'ячка з трубки чи ні і чому?» - І потім: «Подивися уважно на ворону, яка полетіла, що вона відчуває? Як ти думаєш чому? »

Обробка результатів проводиться за узагальненими критеріями.

Максимальна оцінка за методику 20 балів.

0 - 6 балів - низький рівень здібностей розпізнавання різних видів простих і складних емоцій;

7 - 12 балів - середній рівень здібностей розпізнавання різних видів простих і складних емоцій;

13 - 20 балів - високий рівень здібностей розпізнавання різних видів простих і складних емоцій.

5. Методика Равена складається з 36 завдань і призначена для вивчення логічності мислення. Випробуваному пред'являються малюнки з фігурами, пов'язаними між собою певною залежністю. Однією фігури не дістає, а внизу вона дається серед 6-8 інших фігур. Завдання випробуваного - встановити закономірність, що зв'язує між собою фігури на малюнку, і на опитувальному листі вказати номер обрану фігури з пропонованих варіантів. Тест складається з 3 серій. У кожній серії містять завдання наростаючої труднощі. У той же час характерно і ускладнення типу завдань від серії до серії.

Серія А. Випробуваний повинен доповнити відсутню частину зображення. Вважається, що при роботі з матрицями цієї серії реалізуються наступні основні розумові процеси: диференціація основних елементів структури і розкриття зв'язків між ними; ідентифікація відсутньої частини структури і зв'язки її з представленими зразками.

Серія АВ. Являє собою проміжний варіант, також побудований за принципом прогресивності. Тільки тут ступінь складності, а також кількість завдань на визначення доповнення до цілісності об'єктів та обліку змінюються ознак зростають, порівняно із завданнями серії А. Процес рішення завдань цієї серії полягає в аналізі фігур основного зображення і подальшій збірці відсутньої фігури (аналітико-синтетична розумова діяльність).

Серія В. Крім вже описаних типів завдань включає в себе завдання по знаходженню аналогії між двома парами фігур. Випробуваний розкриває цей принцип шляхом поступової диференціації елементів.

Під час виконання завдань тесту необхідно контролювати, щоб респонденти не списували один у одного. Правильне рішення кожного завдання оцінюється в один бал, потім підраховується загальна кількість балів по всіх таблицях і по окремих серіях. Отриманий загальний показник розглядається як індекс інтелекту, розумової продуктивності респондента.

Рівень I. «Супер -інтелектуал », якщо оцінка дорівнює або більше 95 % для даної вікової групи.

Рівень II. «Інтелектуальні можливості явно вище середнього», якщо оцінка дорівнює або більше 75 % , якщо оцінка дорівнює або більше 90%.

Рівень III. «Середній інтелект», якщо оцінка лежить між 25 % і 75 %.

Рівень IV. «Інтелектуальні можливості явно нижче середнього», якщо оцінка дорівнює або менше 25%.

Рівень V. «Істотне зниження інтелекту», якщо оцінка дорівнює або менше 5% для відповідної вікової групи.

6. Методика «Трикутники» призначена для діагностики рівня розвитку уваги. Інструкція: «Зараз ти будеш малювати ось такі трикутники, куточком вгору (Показати зразок на окремому аркуші, після чого зразок прибрати). За моєю командою ти повинен будеш припинити роботу і чекати наступного завдання». Через 2-2,5 рядки малюнка пропонується друге завдання: «А тепер продовжуй малювати трикутники, але тільки куточком вниз» (показати і прибрати зразок). Друге завдання виконується також 2,5 - 3 рядки. Обробка результатів: фіксуються помилки при виконанні завдань.

7. Методика «10 слів» О.Р. Лурія призначена для діагностики пам'яті. Зачитується 10 слів з інтервалом 4-5 секунд між словами. Після десятисекундної перерви випробовувані записують ті слова, які запам'ятали. Обробка результатів: фіксується кількість запомнених слів: високий рівень - 8-10 слів; середній - 4-7 слів; низький - 0-3 слова.

8. Методика Садовникова І.М. спрямована на виявлення порушень писемного мовлення (характер специфічних помилок, ступінь виразності). Методика дозволяє виявити дісграфічні помилки і їх типи.

завдання :

- Списати слова і речення з рукописного тексту.
- Списати слова і речення з друкованого тексту.
- Записати під диктовку літери (у разі забування позначити літеру крапкою):

а) малі літери: п, і, ш, т, м, щ, з, ц, е, г, л, д, у, б, е, ф, й, ч, е, и, в, ж, ь, х.

б) великі літери: Г, З, Д, Р, Н, К, Ч, У, Е, Т, Ц, П, Д, В, М, Ф, Е, Ж, Щ.

- Диктант складів: ас, мо, осьо, ли, ри, альо, яр, ма, жу, са, шо, чи, ац, бапо, дожеві, лери, шазі, жне, ащу, зню, лох, кор, плас, кро, аст, гли, арк, змі, кра, гро, астка, глорія, іжбо, щац, вздро, чит, щус, хви, айка, шос, крет, вач.

- Диктант слів різної структури:

Лижі; кущ; засне; ключ; шука; грак; круги; вулиця; качки; жили; бант; чищу; старенька; лелека; шарф.

- Записати після одноразового прослуховування: У ялинки пухнастий зайчик.

- Слуховий диктант.

КІТ

У Миши жив кіт. Звали kota Рижик. Хвіст у Рижика пухнастий. Хлопчик часто грав з котом . Вони були друзі.

ЙДЕ ВЕСНА

Сонце світить яскравіше. Сніг потемнів. Кругом великі калюжі. На

гілках надулися бруньки. На галявинах зелена трава. Дзюрчать швидкі струмки. Йде весна. Настав квітень. Пухкий сніг тане. Кругом дзюрчать струмочки. Біля ганку велика калюжа. Дітлахи прибрали ковзани і лижі. Вони пускають кораблики. Всі зустрічають весну. Хлопці вийшли на галявину. Добре навесні в лісі! Розквіла запашна конвалія. Щебечуть птахи. Діти побачили їжачка. Він згорнувся в клубочок. Вони не чіпатимуть їжака. Наближалася осінь. Частіше стали випадати дощі. Земля в саду вже усипана жовтим листям. Рідше чути голоси співочих птахів. Вони готуються до перельоту в теплі краї.

- Дати підписи до предметних малюнків (слова); до сюжетних малюнків (речення).

Інтерпретація результатів методики:

8-10 балів - високий рівень розвитку писемного мовлення. У цих дітей відсутні всі типи дісграфічних помилок, загальний рівень розвитку писемного мовлення досить високий;

5-7 балів - середній рівень розвитку писемного мовлення. Ці діти характеризуються присутністю помилок лише на рівні речення (словосполучення). Решта типів дісграфічних помилок відсутні.

3-4 бали - рівень розвитку писемного мовлення нижче середнього. Ці діти допускають помилки на рівні речення (словосполучення), на рівні слова. З усіх видів дісграфічних помилок, відсутні тільки помилки на рівні букви і складу.

0-2 бала - низький рівень розвитку писемного мовлення. Ці діти характеризуються присутністю всіх видів дісграфічних помилок. Загальний рівень розвитку писемного мовлення цих дітей дуже низький. Помилки допускаються дуже часто.

Виділяються три групи специфічних помилок:

- Помилки на рівні букви і складу;
- Помилки на рівні слова;
- Помилки на рівні речення (словосполучення).

При аналізі помилок була використана класифікація, розроблена Р.І. Лалаєвої і співробітниками кафедри логопедії РГПУ ім. Герцена (Санкт - Пітербург).

9. Методика Немова Р.С. «Чого не вистачає?» Спрямована на виявлення рівня розвитку сприйняття дітей з 4 років. Час проведення обстеження - 25 секунд. Інструкція обробки результатів:

- 10 балів (дуже високий рівень розвитку) - дитина впоралася із завданням за час менше, ніж 25 секунд, назвавши при цьому всі 7 відсутніх на картинках предметів.

- 8 - 9 балів (високий рівень розвитку) - час пошуку всіх відсутніх предметів зайняв від 26 до 30 секунд.

- 6 - 7 балів (норма) - час пошуку зайняв від 31 до 35 секунд.

- 4 - 5 балів (середній) - час пошуку склав від 36 до 40 секунд.

- 2 - 3 бали (низький) - час пошуку виявився в межах від 41 до 45 секунд.

- 0 - 1 бал (дуже низький) - час пошуку склало в цілому більше ніж 45 секунд.

10. Методика діагностики мовленнєвої діяльності Фотекова Т.О. призначена для виявлення особливостей мовного розвитку дітей молодшого шкільного віку, включає в себе: дослідження сенсомоторного рівня мовлення, навичок мовленевого аналізу, граматичного складу мовлення, дослідження словника і навичок словотворення, дослідження розуміння логіко-граматичних

відносин, дослідження сформованості зв'язного мовлення.

Інтерпретація результатів. Підсумовуються бали за всіма серіями. Максимальна кількість балів за всі серії - 200. При обробці результатів виводиться відсоток успішності виконання завдань. Виділяються 4 рівня успішності виконання:

4 - 100-80 % - високий рівень розвитку;

3 - 79,9-65 % - середній рівень розвитку;

2 - 64,9-50 % - нижче середнього рівень;

1 - 49,9 % і нижче - низький рівень.

11. Методика "Намалюй що-небудь" Т.Д. Марцинковської спрямована на діагностику уяви дитини. Дитині дають аркуш паперу, набір фломастерів або кольорових олівців і пропонують намалювати все, що вона захоче. На виконання завдання відводиться 4-5 хвилин. Якість малюнка оцінюється за наступними критеріями:

10 балів - дуже високий рівень, дитина за відведений час придумав і намалював щось незвичайне, яке свідчить про неабияку фантазію, багату уяву. Деталі й образи малюнка ретельно опрацьовані.

8-9 балів - високий рівень, дитина придумала і намалювала щось досить оригінальне, барвисте, емоційне. Деталі малюнка опрацьовані непогано.

5-7 балів - середній рівень, дитина придумала і намалювала те, що не є новим, але несе в собі елемент творчої фантазії. Малюнок викликає певне емоційне враження.

3-4 бала - низький рівень, дитина намалював щось дуже просте, неоригінальна. Фантазія проглядається слабо. Деталі не дуже добре



опрацьовані.

0-2 бали - дуже низький рівень, за час дитина так і не зумів нічого намалювати і намалював лише окремі штрихи і лінії.

## Результати методики «Вимірювання рівня тривожності Тейлора»

№ 1 група	Показник	№ 2 група	Показник	№ 3 група	Показник	№ 4 група	Показник	№ 5 група	Показник	№ 6 група	Показник
1	13	36	18	71	13	106	14	141	12	176	7
2	29	37	15	72	29	107	8	142	8	177	11
3	18	38	13	73	18	108	16	143	9	178	14
4	26	39	15	74	26	109	11	144	12	179	21
5	13	40	7	75	13	110	12	145	10	180	10
6	25	41	16	76	25	111	4	146	15	181	9
7	16	42	8	77	16	112	12	147	18	182	7
8	10	43	31	78	10	113	10	148	14	183	11
9	40	44	26	79	40	114	4	149	17	184	14
10	10	45	18	80	10	115	9	150	6	185	17
11	29	46	13	81	29	116	9	151	13	186	14
12	25	47	10	82	25	117	13	152	9	187	12
13	4	48	27	83	4	118	5	153	15	188	9
14	33	49	28	84	33	119	13	154	17	189	9
15	18	50	15	85	18	120	2	155	11	190	17
16	29	51	9	86	29	121	12	156	10	191	16
17	12	52	16	87	12	122	14	157	9	192	12
18	25	53	3	88	25	123	15	158	8	193	25
19	20	54	24	89	20	124	11	159	8	194	24
20	32	55	30	90	32	125	9	160	12	195	33
21	28	56	13	91	28	126	8	161	11	196	28
22	16	57	10	92	16	127	8	162	10	197	16
23	25	58	27	93	25	128	16	163	18	198	12
24	21	59	28	94	21	129	13	164	12	199	21
25	12	60	15	95	12	130	11	165	18	200	12
26	13	61	9	96	13	131	13	166	16	201	13
27	10	62	16	97	32	132	10	167	9	202	18
28	27	63	3	98	28	133	11	168	8	203	19
29	28	64	24	99	16	134	8	169	14	204	30
30	15	65	30	100	25	135	12	170	17	205	9
31	9	66	13	101	21	136	14	171	11	206	21
32	16	67	10	102	12	137	10	172	10	207	12
33	3	68	27	103	13	138	2	173	15	208	16
34	24	69	28	104	21	139	5	174	8	209	24
35	30	70	15	105	15	140	5	175	8	210	15

## Результати «Тесту шкільної тривожності Філліпса»

№ досліджуваного	Фактори тривожності							
	Загальна тривожність	Соціальний страх	Фрустрація, потреба у успіху	Страх самовираження	Страх ситуації перевірки знань	Страх не відповідати вимогам та сподіванням оточуючи	Низький фізіологічний опір стресу	Проблеми та страхи у відношеннях з дорослими
1	13,6	27,2	23,3	66,6	20	20	40	25
2	4,5	9	23	33,3	16,6	30	20	37,5
3	13,6	36,3	30,7	66,6	40	40	40	50
4	13,6	36,3	46,1	16,6	40	50	40	50
5	9	36,3	30,7	66,6	30	40	40	50
6	59	36,3	46,1	66,6	50	80	60	62,5
7	40,9	18,1	46,1	33,3	50	30	20	40
8	22,7	27,2	23	66,8	33,7	30	40	40
9	40,9	54,5	53,8	50	100	40	40	50
10	13,6	27,2	46,1	16,6	33,7	40	40	62,5
11	45,4	27,2	30,7	50	50	80	40	12,5
12	13,6	27,2	46,1	50	16,6	80	20	37,5
13	40	18,1	15,3	50	40	40	40	25
14	81,1	18,1	38,4	66,6	83,3	80	60	37,5
15	50	36,3	36,3	16,6	40	20	40	12,5
16	36,3	36,3	15,3	16,6	83,3	40	20	37,5
17	13,6	9	7,6	16,6	33,3	20	20	12,5
18	9	36,3	38,4	16,6	16,6	20	20	37,5
19	27,2	27,2	30,7	50	16,6	40	40	12,5
20	72,7	100	69,2	33	100	60	80	75
21	72,7	27,2	38,4	66,6	83,3	80	60	37,5
22	31,8	36,3	23	16,6	33,3	40	40	50
23	40	36,3	30,7	33,3	83,3	40	20	50
24	40,9	18,1	46,1	33,3	50	80	20	50
25	13,6	36,3	46,1	16,6	40	40	60	50
26	13,6	40	30,7	40	16,6	40	20	37,5
27	40	36,3	30,7	33,3	16,6	40	40	25
28	36,3	27,2	30,7	16,6	40	60	40	25
29	68,1	45,5	30,7	50	66,6	60	60	62,5
30	27,2	36,3	46,1	33,3	33,3	40	40	50
31	4,5	36,3	38,4	33,3	16,6	40	40	50
32	33,3	36,3	38,4	50	40	40	20	37,5
33	40	18,1	38,4	33,3	40	20	40	50
34	40,9	36,3	46,1	33,3	66,6	40	20	37,5

35	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
36	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
37	18,1	40	15,3	33	16,6	40	20	37,5
38	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50
39	9	36,3	40	50	16,6	20	20	37,5
40	9	18,1	23	40	40	20	40	50
41	18,1	36,3	38,4	40	40	20	40	25
42	9	18,1	23	50	46,1	40	40	50
43	72,2	45,4	46,1	50	50	60	60	62,5
44	36,3	36,3	46,1	66,6	50	40	40	37,5
45	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25
46	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
47	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
48	18,1	40	15,3	33	16,6	40	20	37,5
49	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50
50	9	36,3	40	50	16,6	20	20	37,5
51	9	18,1	23	40	40	20	40	50
52	18,1	36,3	38,4	40	40	20	40	25
53	9	18,1	23	50	46,1	40	40	50
54	72,2	45,4	46,1	50	50	60	60	62,5
55	36,3	36,3	46,1	66,6	50	40	40	37,5
56	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25
57	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
58	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
59	18,1	40	15,3	33	16,6	40	20	37,5
60	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50
61	9	36,3	40	50	16,6	20	20	37,5
62	9	18,1	23	40	40	20	40	50
63	18,1	36,3	38,4	40	40	20	40	25
64	9	18,1	23	50	46,1	40	40	50
65	72,2	45,4	46,1	50	50	60	60	62,5
66	36,3	36,3	46,1	66,6	50	40	40	37,5
67	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25
68	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
69	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
70	18,1	40	15,3	33	16,6	40	20	37,5
71	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50
72	9	36,3	40	50	16,6	20	20	37,5
73	9	18,1	23	40	40	20	40	50
74	18,1	36,3	38,4	40	40	20	40	25
75	9	18,1	23	50	46,1	40	40	50
76	7,2	45,4	46,1	50	50	60	60	62,5
77	36,3	36,3	46,1	66,6	50	40	40	37,5

78	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25
79	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
80	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
81	18,1	40	15,3	33	16,6	40	20	37,5
82	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50
83	9	36,3	40	50	16,6	20	20	37,5
84	9	18,1	23	40	40	20	40	50
85	18,1	36,3	38,4	40	40	20	40	25
86	9	18,1	23	50	46,1	40	40	50
87	7,2	45,4	46,1	50	50	60	60	62,5
88	36,3	36,3	46,1	66,6	50	40	40	37,5
89	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25
90	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
91	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
92	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
93	18,1	40	15,3	33	16,6	40	20	37,5
94	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50
95	9	36,3	40	50	16,6	20	20	37,5
96	9	18,1	23	40	40	20	40	50
97	18,1	36,3	38,4	40	40	20	40	25
98	9	18,1	23	50	46,1	40	40	50
99	7,2	45,4	46,1	50	50	60	60	62,5
100	36,3	36,3	46,1	66,6	50	40	40	37,5
101	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25
102	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
103	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
104	18,1	40	15,3	33	16,6	40	20	37,5
105	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50
106	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25
107	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
108	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
109	18,1	40	15,3	33	16,6	40	20	37,5
110	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50
111	26,7	5,4	57,3	13	63,4	26,6	60	62,5
112	31	11,9	78,3	3	86,8	19,9	80	75
113	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25
114	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
115	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
116	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25
117	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
118	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
119	18,1	40	15,3	33	16,6	40	20	37,5
120	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50

121	26,7	5,4	57,3	13	63,4	26,6	60	62,5
122	50	36,3	36,3	16,6	40	20	40	12,5
123	36,3	36,3	15,3	16,6	83,3	40	20	37,5
124	13,6	9	7,6	16,6	33,3	20	20	12,5
125	9	36,3	38,4	16,6	16,6	20	20	37,5
126	27,2	27,2	30,7	50	16,6	40	40	12,5
127	72,7	10	69,2	33	10	60	20	75
128	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50
129	9	36,3	40	50	16,6	20	20	37,5
130	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
131	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
132	18,1	40	15,3	33	16,6	40	20	37,5
133	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50
134	18,1	36,3	38,4	40	40	20	40	25
135	9	18,1	23	50	46,1	40	40	50
136	7,1	45,4	46,1	50	50	60	60	62,5
137	36,3	36,3	46,1	66,6	50	40	40	37,5
138	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50
139	9	36,3	40	50	16,6	20	20	37,5
140	9	18,1	23	40	40	20	40	50
141	18,1	36,3	38,4	40	40	20	40	25
142	9	18,1	23	50	46,1	40	40	50
143	7,2	45,4	46,1	50	50	60	60	62,5
144	36,3	36,3	46,1	66,6	50	40	40	37,5
145	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25
146	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
147	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
148	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25
149	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
150	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
151	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25
152	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
153	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
154	18,1	40	15,3	33	16,6	40	20	37,5
155	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50
156	26,7	5,4	57,3	13	63,4	26,6	60	62,5
157	50	36,3	36,3	16,6	40	20	40	12,5
158	36,3	36,3	15,3	16,6	83,3	40	20	37,5
159	13,6	9	7,6	16,6	33,3	20	20	12,5
160	27,2	27,2	30,7	50	16,6	40	40	12,5
161	72,7	100	69,2	33	100	60	80	75
162	72,7	27,2	38,4	66,6	83,3	80	60	37,5
163	31,8	36,3	23	16,6	33,3	40	40	50

164	40	36,3	30,7	33,3	83,3	40	20	50
165	40,9	18,1	46,1	33,3	50	80	20	50
166	13,6	36,3	46,1	16,6	40	40	60	50
167	13,6	40	30,7	40	16,6	40	20	37,5
168	40	36,3	30,7	33,3	16,6	40	40	25
169	36,3	27,2	30,7	16,6	40	60	40	25
170	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
171	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
172	18,1	40	15,3	33	16,6	40	20	37,5
173	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50
174	27,2	27,2	30,7	50	16,6	40	40	12,5
175	72,7	100	69,2	33	100	60	80	75
176	72,7	27,2	38,4	66,6	83,3	80	60	37,5
177	31,8	36,3	23	16,6	33,3	40	40	50
178	40	36,3	30,7	33,3	83,3	40	20	50
179	40,9	18,1	46,1	33,3	50	80	20	50
180	13,6	36,3	46,1	16,6	40	40	60	50
181	13,6	40	30,7	40	16,6	40	20	37,5
182	40	36,3	30,7	33,3	16,6	40	40	25
183	36,3	27,2	30,7	16,6	40	60	40	25
184	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
185	18,1	40	15,3	33	16,6	40	20	37,5
186	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50
187	9	36,3	40	50	16,6	20	20	37,5
188	9	18,1	23	40	40	20	40	50
189	18,1	36,3	38,4	40	40	20	40	25
190	9	18,1	23	50	46,1	40	40	50
191	72,2	45,4	46,1	50	50	60	60	62,5
192	36,3	36,3	46,1	66,6	50	40	40	37,5
193	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25
194	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
195	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
196	9	18,1	23	50	46,1	40	40	50
197	7,2	45,4	46,1	50	50	60	60	62,5
198	36,3	36,3	46,1	66,6	50	40	40	37,5
199	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25
200	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
201	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
202	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50
203	9	36,3	40	50	16,6	20	20	37,5
204	9	18,1	23	40	40	20	40	50
205	18,1	36,3	38,4	40	40	20	40	25
206	9	18,1	23	50	46,1	40	40	50

207	7,2	45,4	46,1	50	50	60	60	62,5
208	36,3	36,3	46,1	66,6	50	40	40	37,5
209	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25
210	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5



## Протокол методики вивчення мімічної моторики Волкової Г.А.

№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	№ досліджуваного	Кількість правильних виборів
1	22	36	23	71	23	106	23	141	15	176	9
2	24	37	22	72	22	107	22	142	15	177	10
3	25	38	23	73	23	108	15	143	16	178	10
4	22	39	22	74	22	109	23	144	22	179	17
5	23	40	23	75	22	110	14	145	8	180	15
6	24	41	22	76	22	111	24	146	23	181	20
7	25	42	23	77	22	112	23	147	23	182	22
8	22	43	22	78	22	113	22	148	22	183	15
9	23	44	23	79	22	114	14	149	14	184	23
10	22	45	22	80	22	115	17	150	17	185	14
11	23	46	23	81	15	116	7	151	7	186	24
12	24	47	22	82	15	117	22	152	22	187	17
13	23	48	23	83	15	118	24	153	24	188	15
14	24	49	22	84	15	119	25	154	22	189	20
15	22	50	23	85	15	120	15	155	23	190	22
16	23	51	22	86	15	121	18	156	24	191	15
17	24	52	23	87	15	122	21	157	25	192	23
18	25	53	22	88	15	123	22	158	23	193	12
19	23	54	22	89	15	124	22	159	23	194	14
20	23	55	22	90	16	125	18	160	23	195	24
21	23	56	22	91	22	126	21	161	22	196	22
22	22	57	22	92	8	127	24	162	21	197	23
23	22	58	22	93	23	128	21	163	15	198	24
24	22	59	23	94	9	129	20	164	16	199	25
25	22	60	23	95	8	130	14	165	22	200	23
26	23	61	23	96	7	131	16	166	8	201	23
27	22	62	22	97	9	132	15	167	23	202	23
28	23	63	23	98	8	133	15	168	9	203	22
29	22	64	22	99	23	134	17	169	8	204	8
30	23	65	23	100	9	135	15	170	7	205	23
31	22	66	22	101	24	136	9	171	9	206	9
32	23	67	23	102	22	137	8	172	17	207	24
33	22	68	22	103	9	138	15	173	7	208	22
34	23	69	23	104	8	139	14	174	9	209	12
35	22	70	22	105	7	140	22	175		210	25

**Протокол модифікованої методики «Вивчення розуміння емоційних станів людей, зображених на картинці» Волкової Г.А.**

№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	№ досліджуваного	Кількість правильних виборів
1	9	36	8	71	6	106	5	141	11	176	23
2	8	37	9	72	6	107	4	142	15	177	22
3	7	38	8	73	6	108	5	143	10	178	15
4	9	39	7	74	7	109	3	144	9	179	23
5	8	40	9	75	7	110	8	145	8	180	14
6	7	41	10	76	8	111	7	146	8	181	24
7	9	42	12	77	10	112	7	147	8	182	23
8	8	43	7	78	14	113	7	148	9	183	22
9	7	44	8	79	15	114	5	149	14	184	22
10	9	45	8	80	15	115	6	150	9	185	14
11	8	46	8	81	15	116	7	151	7	186	17
12	7	47	9	82	15	117	7	152	9	187	7
13	9	48	13	83	7	118	7	153	8	188	22
14	8	49	14	84	15	119	7	154	8	189	24
15	7	50	14	85	15	120	6	155	8	190	22
16	9	51	14	86	7	121	9	156	7	191	23
17	8	52	15	87	8	122	8	157	5	192	24
18	7	53	15	88	15	123	12	158	5	193	25
19	9	54	8	89	9	124	5	159	5	194	23
20	8	55	9	90	16	125	6	160	7	195	23
21	15	56	13	91	22	126	7	161	7	196	23
22	15	57	14	92	8	127	6	162	5	197	22
23	15	58	14	93	23	128	6	163	5	198	21
24	15	59	15	94	9	129	10	164	6	199	15
25	15	60	15	95	8	130	11	165	6	200	23
26	15	61	12	96	7	131	11	166	8	201	23
27	15	62	12	97	5	132	15	167	10	202	24
28	15	63	12	98	7	133	7	168	9	203	22
29	15	64	17	99	11	134	7	169	8	204	23
30	16	65	15	100	15	135	7	170	7	205	24
31	15	66	15	101	24	136	9	171	9	206	25
32	15	67	15	102	11	137	8	172	11	207	23
33	15	68	15	103	9	138	15	173	7	208	23
34	15	69	17	104	8	139	14	174	9	209	23
35	15	70	14	105	7	140	7	175	15	210	25

**Протокол модифікованої методики «Розпізнавання емоцій» Г. А.  
Волкової.**

№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	№ досліджуваного	Кількість правильних виборів
1	6	36	8	71	12	106	3	141	9	176	21
2	6	37	7	72	15	107	5	142	8	177	15
3	7	38	12	73	17	108	5	143	10	178	23
4	7	39	14	74	16	109	3	144	9	179	23
5	8	40	15	75	15	110	8	145	9	180	24
6	10	41	12	76	8	111	7	146	7	181	22
7	14	42	12	77	9	112	6	147	8	182	23
8	15	43	7	78	14	113	7	148	7	183	24
9	7	44	8	79	9	114	5	149	9	184	25
10	9	45	9	80	15	115	6	150	8	185	23
11	8	46	8	81	8	116	5	151	7	186	20
12	7	47	9	82	15	117	5	152	6	187	21
13	6	48	9	83	7	118	7	153	5	188	23
14	6	49	14	84	15	119	7	154	8	189	24
15	7	50	7	85	12	120	6	155	8	190	22
16	7	51	14	86	16	121	9	156	7	191	23
17	8	52	9	87	15	122	8	157	5	192	24
18	10	53	15	88	10	123	12	158	5	193	25
19	14	54	9	89	9	124	5	159	5	194	23
20	15	55	9	90	16	125	6	160	7	195	23
21	15	56	13	91	17	126	7	161	7	196	23
22	15	57	14	92	8	127	5	162	5	197	22
23	6	58	10	93	10	128	6	163	5	198	21
24	6	59	10	94	13	129	10	164	6	199	15
25	7	60	5	95	12	130	5	165	6	200	23
26	7	61	6	96	11	131	7	166	8	201	23
27	8	62	7	97	15	132	9	167	10	202	24
28	10	63	12	98	8	133	7	168	7	203	22
29	9	64	15	99	11	134	7	169	7	204	23
30	15	65	9	100	9	135	7	170	7	205	24
31	15	66	9	101	9	136	9	171	9	206	25
32	9	67	7	102	11	137	8	172	11	207	23
33	9	68	8	103	9	138	9	173	7	208	23
34	15	69	10	104	8	139	8	174	9	209	23
35	15	70	16	105	7	140	7	175	7	210	25

**Протокол результатів даних за методикою «Стандартні кольорові матриці Равена»**

№	Церебростенічна форма ПОС	Психопатоподібна форма ПОС	Неврозоподібна форма ПОС	Аутизм	Нормативний розвиток	Розумова відсталість
1	10	12	18	8	30	2
2	12	9	20	8	31	1
3	16	10	19	7	29	1
4	11	11	24	7	30	2
5	14	11	16	7	30	1
6	14	14	17	9	29	1
7	12	12	17	9	29	2
8	15	12	14	9	31	1
9	12	11	16	9	31	1
10	11	9	24	8	30	1
11	10	9	17	9	28	1
12	12	10	19	9	28	2
13	11	11	15	9	30	1
14	14	11	19	8	30	1
15	14	13	14	10	29	2
16	11	10	15	8	27	2
17	10	11	17	8	27	1
18	12	11	16	9	30	1
19	15	9	15	10	29	1
20	14	14	13	8	31	2
21	14	14	14	7	28	1
22	13	13	15	9	30	1
23	13	11	16	9	28	1
24	12	14	19	9	30	2
25	12	12	12	9	31	1
26	10	12	18	9	29	1
27	10	14	15	8	29	1
28	11	14	13	7	30	1
29	9	10	15	9	30	1
30	16	12	20	9	27	2
31	15	15	18	9	29	1
32	15	11	15	9	30	2
33	14	11	17	8	30	2
34	11	14	15	9	31	2
35	14	10	18	8	27	1
<b>Суми:</b>	439	407	585	297	1028	47
<b>Середнє:</b>	<b>12,54</b>	<b>11,63</b>	<b>16,71</b>	<b>8,49</b>	<b>29,37</b>	<b>1,34</b>

### Протокол результатів даних за методикою «Трикутники»

№	Церебростенічна форма ПОС	Психопатоподібна форма ПОС	Неврозоподібна форма ПОС	Аутизм	Нормативний розвиток	Розумова відсталість
1	3	3	2	2	5	1
2	3	2	3	2	5	1
3	4	2	3	2	5	1
4	3	3	2	3	5	1
5	3	4	4	2	5	2
6	4	3	3	2	5	1
7	3	3	3	3	5	1
8	3	4	3	3	5	1
9	3	4	3	2	5	1
10	4	3	3	2	4	1
11	3	2	3	2	5	1
12	3	3	3	2	5	2
13	3	2	3	2	5	1
14	3	3	4	2	5	1
15	3	3	2	2	5	1
16	3	2	3	2	5	1
17	3	2	3	2	5	1
18	3	4	3	2	4	1
19	3	4	4	3	5	1
20	3	3	3	2	5	1
21	3	4	3	2	5	1
22	3	4	3	2	5	1
23	4	2	3	3	5	1
24	3	2	3	3	5	1
25	3	3	4	2	5	1
26	3	3	3	2	5	1
27	3	4	3	2	5	2
28	3	2	3	2	5	1
29	3	4	3	2	4	1
30	4	4	3	2	5	1
31	3	3	3	2	5	1
32	3	3	3	3	5	1
33	3	3	3	2	5	1
34	3	4	3	2	5	1
35	3	3	3	2	5	1
<b>Суми:</b>	110	107	106	77	172	38
<b>Середнє:</b>	<b>3,14</b>	<b>3,07</b>	<b>3,03</b>	<b>2,20</b>	<b>4,91</b>	<b>1,09</b>

## Протокол результатів даних за методикою «10 слів» О.Р. Лурія

№	Церебростенічна форма ПОС	Психопатоподібна форма ПОС	Неврозоподібна форма ПОС	Аутизм	Нормативний розвиток	Розумова відсталість
1	6	6	6	4	10	2
2	6	7	6	4	9	1
3	6	7	6	5	9	1
4	6	6	6	4	9	1
5	5	7	5	4	10	1
6	6	5	5	3	10	1
7	6	8	5	4	9	2
8	6	6	6	5	9	1
9	5	7	5	4	9	1
10	5	4	5	3	10	1
11	6	7	5	3	10	1
12	6	8	6	4	10	1
13	5	6	6	3	10	1
14	5	8	6	4	10	2
15	5	4	5	5	10	2
16	6	5	5	5	10	2
17	6	6	5	4	10	1
18	6	5	6	4	9	1
19	6	7	6	3	9	1
20	6	8	6	4	10	1
21	5	7	6	4	10	1
22	5	6	6	5	10	1
23	5	8	5	3	10	2
24	6	5	5	3	10	1
25	6	6	6	4	10	2
26	5	6	5	4	10	1
27	5	8	5	3	10	1
28	6	6	5	5	10	1
29	5	6	5	4	10	2
30	5	7	6	4	10	1
31	6	8	5	4	10	2
32	5	7	6	3	10	1
33	5	7	5	3	10	1
34	5	6	5	5	10	1
35	5	5	6	4	9	2
<b>Суми:</b>	193	225	192	137	341	45
<b>Середнє:</b>	<b>5,51</b>	<b>6,43</b>	<b>5,49</b>	<b>3,91</b>	<b>9,74</b>	<b>1,29</b>

**Протокол результатів даних за методикою виявлення порушень  
писемного мовлення І.Н. Садовникової**

№	Церебростенічна форма ПОС	Психопатоподібна форма ПОС	Неврозоподібна форма ПОС	Аутизм	Нормативний розвиток	Розумова відсталість
1	4	5	3	2	10	1
2	4	6	3	2	10	0
3	3	4	3	2	10	2
4	4	5	4	3	9	1
5	4	5	4	2	10	1
6	5	5	5	2	10	2
7	4	4	4	2	10	2
8	4	6	4	2	9	0
9	3	6	4	2	10	1
10	3	5	5	2	9	1
11	4	3	4	3	9	1
12	4	7	4	2	10	1
13	4	5	4	2	10	0
14	4	5	3	2	9	1
15	4	6	4	3	10	1
16	3	4	4	3	9	2
17	4	5	3	2	9	0
18	4	6	4	2	10	1
19	5	5	5	2	10	1
20	4	6	3	2	10	1
21	4	6	4	3	10	2
22	4	5	4	2	9	1
23	4	6	5	2	10	1
24	4	4	3	3	9	1
25	4	5	5	3	9	0
26	4	5	4	2	9	2
27	4	6	4	2	10	1
28	4	5	4	2	10	1
29	5	5	3	2	9	1
30	3	6	4	2	10	1
31	4	5	4	2	10	0
32	4	6	4	3	10	1
33	4	5	4	2	9	2
34	4	5	5	2	10	1
35	4	7	4	2	10	1
<b>Суми:</b>	<b>138</b>	<b>184</b>	<b>139</b>	<b>78</b>	<b>337</b>	<b>36</b>
<b>Середнє:</b>	<b>3,94</b>	<b>5,26</b>	<b>3,96</b>	<b>2,23</b>	<b>9,63</b>	<b>1,03</b>

**Протокол результатів даних за методикою діагностика мовленнєвої  
діяльності Т.А. Фотекової**

№	Церебростенічна форма ПОС	Психопатоподібна форма ПОС	Неврозоподібна форма ПОС	Аутизм	Нормативний розвиток	Розумова відсталість
1	127	160	129	92	188	72
2	124	167	124	94	191	74
3	128	165	138	94	187	70
4	128	159	138	98	195	74
5	130	132	134	96	193	78
6	125	181	140	100	190	76
7	126	173	136	90	187	80
8	128	156	134	93	181	84
9	139	165	138	93	186	72
10	130	183	140	96	184	72
11	134	147	127	97	188	80
12	127	154	129	90	188	79
13	129	167	125	92	191	76
14	125	182	127	94	193	76
15	130	175	126	93	194	74
16	134	184	128	100	190	72
17	138	189	128	98	188	74
18	140	157	130	98	199	74
19	125	167	135	94	194	75
20	131	161	131	91	194	73
21	129	149	140	94	198	70
22	140	157	134	99	197	78
23	138	154	138	100	190	75
24	134	164	136	100	195	67
25	126	166	132	98	185	67
26	128	178	128	92	191	77
27	131	183	125	94	197	70
28	129	185	140	94	190	69
29	138	187	126	96	198	69
30	137	179	129	98	194	71
31	127	179	125	96	190	68
32	129	183	131	92	193	74
33	130	149	136	101	193	76
34	133	179	139	94	189	68
35	135	178	130	98	187	75
<b>Суми:</b>	4582	5894	4626	3339	6688	2579
<b>Середнє:</b>	<b>130,91</b>	<b>168,40</b>	<b>132,17</b>	<b>95,40</b>	<b>191,09</b>	<b>73,69</b>



## Протокол результатів даних за методикою «Чого не вистачає?»

**Р.С. Немова**

№	Церебростенічна форма ПОС	Психопатоподібна форма ПОС	Неврозоподібна форма ПОС	Аутизм	Нормативний розвиток	Розумова відсталість
1	4	8	4	2	8	1
2	4	7	4	2	8	0
3	4	9	4	2	8	0
4	5	8	5	3	9	1
5	4	7	5	2	8	1
6	4	7	5	3	9	1
7	4	6	4	3	9	1
8	5	8	4	2	9	1
9	5	6	5	2	9	0
10	5	5	5	3	8	1
11	5	5	5	2	8	1
12	4	6	4	3	9	1
13	4	7	5	3	8	0
14	4	4	5	2	8	0
15	4	7	5	2	9	1
16	4	7	4	2	9	1
17	4	6	4	2	9	1
18	4	6	4	3	8	2
19	5	5	4	3	8	1
20	4	6	4	2	8	1
21	4	7	4	3	8	1
22	4	6	4	3	9	0
23	5	8	5	2	9	2
24	5	6	5	2	8	1
25	4	5	4	2	9	1
26	4	8	4	2	9	1
27	5	7	4	3	8	2
28	5	8	4	3	8	1
29	4	8	4	3	8	0
30	5	4	5	3	8	0
31	5	8	5	3	9	2
32	4	7	4	2	9	0
33	4	8	5	2	9	1
34	4	8	5	2	8	2
35	4	8	4	2	9	1
<b>Суми:</b>	152	236	155	85	297	31
<b>Середнє:</b>	<b>4,34</b>	<b>6,74</b>	<b>4,43</b>	<b>2,43</b>	<b>8,49</b>	<b>0,89</b>

## Протокол результатів даних за методикою «Намалюй що-небудь»

**Т.Д. Марциновської**

№	Церебростенічна форма ПОС	Психопатоподібна форма ПОС	Неврозоподібна форма ПОС	Аутизм	Нормативний розвиток	Розумова відсталість
1	7	8	5	4	10	0
2	7	9	6	4	10	0
3	5	8	6	3	10	2
4	5	9	7	3	10	1
5	6	9	6	4	10	1
6	7	8	6	3	9	1
7	7	6	5	3	10	2
8	7	9	5	3	9	0
9	7	9	5	4	10	1
10	6	10	6	4	9	1
11	5	9	6	3	10	1
12	7	9	7	4	10	2
13	7	10	6	4	9	2
14	6	9	5	4	9	2
15	6	9	7	4	10	1
16	7	9	5	3	10	1
17	7	10	5	3	9	1
18	5	9	5	3	10	0
19	7	9	7	4	9	1
20	6	5	7	3	10	1
21	6	8	6	4	10	0
22	7	10	6	4	9	1
23	7	8	5	3	10	1
24	5	8	5	3	10	2
25	5	8	5	4	9	1
26	5	9	7	4	9	1
27	7	6	5	4	10	0
28	6	10	7	4	10	2
29	6	9	7	4	10	1
30	7	10	7	3	10	1
31	7	9	6	3	10	2
32	6	9	6	3	10	1
33	5	9	6	4	9	0
34	7	8	7	4	10	1
35	7	9	7	3	10	2
<b>Суми:</b>	<b>220</b>	<b>303</b>	<b>209</b>	<b>124</b>	<b>339</b>	<b>37</b>
<b>Середнє:</b>	<b>6,29</b>	<b>8,66</b>	<b>5,97</b>	<b>3,54</b>	<b>9,69</b>	<b>1,06</b>

## ДОДАТОК В

## Протоколи повторних досліджень

## Результати методики «Вимірювання рівня тривожності Тейлора»

№ 1 група	Показник	№ 2 група	Показник	№ 3 група	Показник
1	13	36	18	71	13
2	29	37	15	72	29
3	18	38	13	73	18
4	26	39	15	74	26
5	13	40	7	75	13
6	25	41	16	76	25
7	16	42	8	77	16
8	10	43	31	78	10
9	40	44	26	79	40
10	10	45	18	80	10
11	29	46	13	81	29
12	25	47	10	82	25
13	4	48	27	83	4
14	33	49	28	84	33
15	18	50	15	85	18
16	29	51	9	86	29
17	12	52	16	87	12
18	25	53	3	88	25
19	20	54	24	89	20
20	32	55	30	90	32
21	28	56	13	91	28
22	16	57	10	92	16
23	25	58	27	93	25
24	21	59	28	94	21
25	12	60	15	95	12
26	13	61	9	96	13
27	10	62	16	97	32
28	27	63	3	98	28
29	28	64	24	99	16
30	15	65	30	100	25
31	9	66	13	101	21
32	16	67	10	102	12
33	3	68	27	103	13
34	24	69	28	104	21
35	30	70	15	105	15

## Результати «Тесту шкільної тривожності Філіпса»

№ досліджуваного	Фактори тривожності							
	Загальна тривожність	Соціальний страх	Фрустрація, потреба у успіху	Страх самовираження	Страх ситуації перевірки знань	Страх не відповідати вимогам та сподіванням оточуючих	Низький фізіологічний опір стресу	Проблеми та страхи у відношеннях з дорослими
1	13,6	27,2	23,3	66,6	20	20	40	25
2	4,5	9	23	33,3	16,6	30	20	37,5
3	13,6	36,3	30,7	66,6	40	40	40	50
4	13,6	36,3	46,1	16,6	40	50	40	50
5	9	36,3	30,7	66,6	30	40	40	50
6	59	36,3	46,1	66,6	50	80	60	62,5
7	40,9	18,1	46,1	33,3	50	30	20	40
8	22,7	27,2	23	66,8	33,7	30	40	40
9	40,9	54,5	53,8	50	100	40	40	50
10	13,6	27,2	46,1	16,6	33,7	40	40	62,5
11	45,4	27,2	30,7	50	50	80	40	12,5
12	13,6	27,2	46,1	50	16,6	80	20	37,5
13	40	18,1	15,3	50	40	40	40	25
14	81,1	18,1	38,4	66,6	83,3	80	60	37,5
15	50	36,3	36,3	16,6	40	20	40	12,5
16	36,3	36,3	15,3	16,6	83,3	40	20	37,5
17	13,6	9	7,6	16,6	33,3	20	20	12,5
18	9	36,3	38,4	16,6	16,6	20	20	37,5
19	27,2	27,2	30,7	50	16,6	40	40	12,5
20	72,7	100	69,2	33	100	60	80	75
21	72,7	27,2	38,4	66,6	83,3	80	60	37,5
22	31,8	36,3	23	16,6	33,3	40	40	50
23	40	36,3	30,7	33,3	83,3	40	20	50
24	40,9	18,1	46,1	33,3	50	80	20	50
25	13,6	36,3	46,1	16,6	40	40	60	50
26	13,6	40	30,7	40	16,6	40	20	37,5
27	40	36,3	30,7	33,3	16,6	40	40	25
28	36,3	27,2	30,7	16,6	40	60	40	25
29	68,1	45,5	30,7	50	66,6	60	60	62,5
30	27,2	36,3	46,1	33,3	33,3	40	40	50
31	4,5	36,3	38,4	33,3	16,6	40	40	50
32	33,3	36,3	38,4	50	40	40	20	37,5
33	40	18,1	38,4	33,3	40	20	40	50
34	40,9	36,3	46,1	33,3	66,6	40	20	37,5
35	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
36	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
37	18,1	40	15,3	33	16,6	40	20	37,5
38	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50

№ досліджуваного	Фактори тривожності							
	Загальна тривожність	Соціальний страх	Фрустрація, потреба у успіху	Страх самовираження	Страх ситуації перевірки знань	Страх не відповідати вимогам та сподіванням оточуючи	Низький фізіологічний опір стресу	Проблеми та страхи у відношеннях з дорослими
39	9	36,3	40	50	16,6	20	20	37,5
40	9	18,1	23	40	40	20	40	50
41	18,1	36,3	38,4	40	40	20	40	25
42	9	18,1	23	50	46,1	40	40	50
43	72,2	45,4	46,1	50	50	60	60	62,5
44	36,3	36,3	46,1	66,6	50	40	40	37,5
45	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25
46	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
47	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
48	18,1	40	15,3	33	16,6	40	20	37,5
49	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50
50	9	36,3	40	50	16,6	20	20	37,5
51	9	18,1	23	40	40	20	40	50
52	18,1	36,3	38,4	40	40	20	40	25
53	9	18,1	23	50	46,1	40	40	50
54	72,2	45,4	46,1	50	50	60	60	62,5
55	36,3	36,3	46,1	66,6	50	40	40	37,5
56	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25
57	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
58	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
59	18,1	40	15,3	33	16,6	40	20	37,5
60	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50
61	9	36,3	40	50	16,6	20	20	37,5
62	9	18,1	23	40	40	20	40	50
63	18,1	36,3	38,4	40	40	20	40	25
64	9	18,1	23	50	46,1	40	40	50
65	72,2	45,4	46,1	50	50	60	60	62,5
66	36,3	36,3	46,1	66,6	50	40	40	37,5
67	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25
68	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
69	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
70	18,1	40	15,3	33	16,6	40	20	37,5
71	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50
72	9	36,3	40	50	16,6	20	20	37,5
73	9	18,1	23	40	40	20	40	50
74	18,1	36,3	38,4	40	40	20	40	25
75	9	18,1	23	50	46,1	40	40	50
76	72,2	45,4	46,1	50	50	60	60	62,5
77	36,3	36,3	46,1	66,6	50	40	40	37,5
78	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25

№ досліджуваного	Фактори тривожності							
	Загальна тривожність	Соціальний страх	Фрустрація, потреба у успіху	Страх самовираження	Страх ситуації перевірки знань	Страх не відповідати вимогам та сподіванням оточуючи	Низький фізіологічний опір стресу	Проблеми та страхи у відношеннях з дорослими
79	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
80	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
81	18,1	40	15,3	33	16,6	40	20	37,5
82	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50
83	9	36,3	40	50	16,6	20	20	37,5
84	9	18,1	23	40	40	20	40	50
85	18,1	36,3	38,4	40	40	20	40	25
86	9	18,1	23	50	46,1	40	40	50
87	72,2	45,4	46,1	50	50	60	60	62,5
88	36,3	36,3	46,1	66,6	50	40	40	37,5
89	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25
90	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
91	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
92	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
93	18,1	40	15,3	33	16,6	40	20	37,5
94	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50
95	9	36,3	40	50	16,6	20	20	37,5
96	9	18,1	23	40	40	20	40	50
97	18,1	36,3	38,4	40	40	20	40	25
98	9	18,1	23	50	46,1	40	40	50
99	72,2	45,4	46,1	50	50	60	60	62,5
100	36,3	36,3	46,1	66,6	50	40	40	37,5
101	31,8	27,2	23	33,3	50	40	60	25
102	13,6	27,2	53,8	33,3	16,6	60	20	62,5
103	10,3	40	18,1	23,1	16,6	40	40	25
104	18,1	40	15,3	33	16,6	40	20	37,5
105	22,4	22,7	36,3	23	40	33,3	40	50

## Протокол методики вивчення м'ічної моторики Волкової Г.А.

№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	Рівень
1	22	високий
2	24	Високий
3	25	Високий
4	22	Високий
5	23	Високий
6	24	Високий
7	25	Високий
8	22	Високий
9	23	Високий
10	22	Високий
11	23	Високий
12	24	Високий
13	23	високий
14	24	Високий
15	22	Високий
16	23	Високий
17	24	Високий
18	25	Високий
19	23	Високий
20	23	Високий
21	23	Високий
22	22	Високий
23	22	Високий
24	22	Високий
25	22	Високий
26	23	Високий
27	22	Високий
28	23	Високий
29	22	Високий
30	23	Високий
31	22	Високий
32	23	Високий
33	22	Високий
34	23	Високий
35	22	Високий
36	23	Високий
37	22	Високий
38	23	Високий
39	22	Високий
40	23	Високий
41	22	Високий
42	23	Високий

№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	Рівень
43	22	Високий
44	23	Високий
45	22	Високий
46	23	Високий
47	22	Високий
48	23	Високий
49	22	Високий
50	23	Високий
51	22	високий
52	23	Високий
53	22	Високий
54	22	Високий
55	22	Високий
56	22	Високий
57	22	Високий
58	22	Високий
59	23	Високий
60	23	Високий
61	23	Високий
62	22	Високий
63	23	Високий
64	22	Високий
65	23	Високий
66	22	Високий
67	23	Високий
68	22	Високий
69	23	Високий
70	22	Високий
71	23	Високий
72	22	Високий
73	23	Високий
74	22	Високий
75	22	Високий
76	22	Високий
77	22	Високий
78	22	Високий
79	22	Високий
80	22	високий
81	15	Середній
82	15	Середній
83	15	Середній
84	15	Середній
85	15	Середній
86	15	Середній
87	15	Середній



№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	Рівень
88	15	Середній
89	15	Середній
90	16	Середній
91	15	Середній
92	15	Середній
93	15	Середній
94	15	Середній
95	15	Середній
96	16	Середній
97	9	Низький
98	8	Низький
99	7	Низький
100	9	Низький
101	8	Низький
102	7	Низький
103	9	Низький
104	8	Низький
105	7	Низький

**Протокол модифікованої методики «Вивчення розуміння емоційних станів людей, зображених на картинці» Волкової Г.А.**

№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	Рівень
1	29	Високий
2	28	Високий
3	29	Високий
4	30	Високий
5	30	Високий
6	30	Високий
7	29	Високий
8	28	Високий
9	29	Високий
10	30	Високий
11	30	Високий
12	29	Високий
13	28	Високий
14	29	Високий
15	30	Високий
16	30	Високий
17	29	Високий
18	28	Високий
19	29	Високий
20	30	Високий
21	30	Високий
22	29	Високий
23	28	Високий
24	29	Високий
25	30	Високий
26	30	Високий
27	30	Високий
28	29	Високий
29	29	Високий
30	28	Високий
31	29	Високий
32	30	Високий
33	30	Високий
34	30	Високий
35	29	Високий
36	15	Середній
37	15	Середній
38	15	Середній
39	15	Середній
40	16	Середній
41	15	Середній

№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	Рівень
42	15	Середній
43	15	Середній
44	15	Середній
45	15	Середній
46	15	Середній
47	15	Середній
48	15	Середній
49	15	Середній
50	16	Середній
51	15	Середній
52	15	Середній
53	15	Середній
54	15	Середній
55	15	Середній
56	15	Середній
57	15	Середній
58	15	Середній
59	15	Середній
60	16	Середній
61	15	Середній
62	15	Середній
63	15	Середній
64	15	Середній
65	15	Середній
66	15	Середній
67	15	Середній
68	15	Середній
69	15	Середній
70	16	Середній
71	15	Середній
72	15	Середній
73	15	Середній
74	15	Середній
75	15	Середній
76	15	Середній
77	15	Середній
78	15	Середній
79	15	Середній
80	16	Середній
81	15	Середній
82	15	Середній
83	15	Середній
84	15	Середній
85	15	Середній
86	15	Середній

№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	Рівень
87	15	Середній
88	15	Середній
89	15	Середній
90	16	Середній
91	15	Середній
92	15	Середній
93	15	Середній
94	15	Середній
95	15	Середній
96	15	Середній
97	15	Середній
98	16	Середній
99	15	Середній
100	15	Середній
101	15	Середній
102	15	Середній
103	15	Середній
104	15	Середній
105	15	Середній

**Протокол модифікованої методики «Розпізнавання емоцій» Г. А.  
Волкової.**

№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	Рівень
1	5	Низький
2	6	Низький
3	5	Низький
4	5	Низький
5	5	Низький
6	11	Середній
7	10	Середній
8	10	Середній
9	11	Середній
10	10	Середній
11	11	Середній
12	10	Середній
13	11	Середній
14	10	Середній
15	11	Середній
16	11	Середній
17	10	Середній
18	10	Середній
19	11	Середній
20	10	Середній
21	11	Середній
22	10	Середній
23	11	Середній
24	10	Середній
25	11	Середній
26	11	Середній
27	10	Середній
28	10	Середній
29	11	Середній
30	10	Середній
31	11	Середній
32	10	Середній
33	11	Середній
34	10	Середній
35	11	Середній
36	11	Середній
37	11	Середній
38	11	Середній
39	10	Середній
40	11	Середній
41	10	Середній

№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	Рівень
42	11	Середній
43	11	Середній
44	11	Середній
45	11	Середній
46	10	Середній
47	11	Середній
48	10	Середній
49	11	Середній
50	10	Середній
51	11	Середній
52	11	Середній
53	11	Середній
54	11	Середній
55	10	Середній
56	11	Середній
57	10	Середній
58	11	Середній
59	11	Середній
60	11	Середній
61	11	Середній
62	11	Середній
63	11	Середній
64	11	Середній
65	11	Середній
66	14	Високий
67	15	Високий
68	14	Високий
69	15	Високий
70	14	Високий
71	15	Високий
72	14	Високий
73	15	Високий
74	14	Високий
75	15	Високий
76	14	Високий
77	15	Високий
78	14	Високий
79	15	Високий
80	14	Високий
81	15	Високий
82	14	Високий
83	15	Високий
84	14	Високий
85	15	Високий
86	14	Високий

№ досліджуваного	Кількість правильних виборів	Рівень
87	15	Високий
88	14	Високий
89	15	Високий
90	14	Високий
91	15	Високий
92	14	Високий
93	15	Високий
94	14	Високий
95	15	Високий
96	14	Високий
97	15	Високий
98	14	Високий
99	15	Високий
100	14	Високий
101	15	Високий
102	14	Високий
103	15	Високий
104	14	Високий
105	15	Високий

**Протокол результатів даних за методикою «Стандартні кольорові матриці Равена»**

№	Церебростенічна форма ПОС	Психопатоподібна форма ПОС	Неврозоподібна форма ПОС
1	12	17	14
2	14	21	11
3	17	19	12
4	13	20	14
5	16	18	12
6	15	20	16
7	14	17	14
8	17	19	14
9	14	19	12
10	13	23	11
11	12	21	12
12	14	19	13
13	12	18	12
14	16	20	14
15	15	19	15
16	14	19	12
17	12	20	14
18	15	18	12
19	17	15	12
20	16	18	16
21	16	18	16
22	14	17	15
23	15	16	13
24	13	17	16
25	14	18	14
26	12	16	14
27	11	17	16
28	14	19	16
29	11	18	12
30	17	18	13
31	17	19	17
32	16	17	12
33	16	18	13
34	13	19	16
35	17	19	13
<b>Суми:</b>	<b>504</b>	<b>646</b>	<b>478</b>
<b>Середнє:</b>	<b>14,40</b>	<b>18,50</b>	<b>13,66</b>



## Протокол результатів даних за методикою «Трикутники»

№	Церебростенічна форма ПОС	Психопатоподібна форма ПОС	Неврозоподібна форма ПОС
1	4	4	4
2	4	3	4
3	5	3	4
4	4	4	3
5	4	4	4
6	5	4	4
7	5	4	3
8	4	4	4
9	4	4	4
10	4	5	5
11	4	3	3
12	4	3	4
13	3	4	3
14	4	4	3
15	3	4	3
16	4	3	3
17	4	4	4
18	3	4	4
19	3	4	3
20	3	4	4
21	4	3	3
22	4	5	3
23	4	3	4
24	3	3	3
25	4	3	3
26	3	4	4
27	4	4	3
28	4	4	4
29	5	4	3
30	4	4	4
31	3	4	3
32	4	3	3
33	4	4	3
34	3	5	4
35	4	4	4
<b>Суми:</b>	135	133	124
<b>Середнє:</b>	<b>3,86</b>	<b>3,80</b>	<b>3,54</b>

## Протокол результатів даних за методикою «10 слів» О.Р. Лурія

№	Церебростенічна форма ПОС	Психопатоподібна форма ПОС	Неврозоподібна форма ПОС
1	7	7	7
2	7	7	6
3	6	8	7
4	7	7	7
5	6	7	6
6	7	7	5
7	6	8	6
8	7	8	7
9	6	7	6
10	5	6	5
11	6	7	6
12	6	8	6
13	5	7	6
14	7	8	6
15	5	6	5
16	7	7	6
17	7	6	6
18	6	7	7
19	6	8	6
20	6	8	6
21	5	7	6
22	5	6	6
23	5	8	5
24	6	6	5
25	6	6	6
26	6	7	6
27	6	8	6
28	6	6	5
29	5	7	5
30	6	8	6
31	7	8	5
32	6	7	6
33	5	7	6
34	6	6	6
35	7	7	7
<b>Суми:</b>	212	248	208
<b>Середнє:</b>	<b>6,06</b>	<b>7,09</b>	<b>5,94</b>

**Протокол результатів даних за методикою виявлення порушень  
писемного мовлення І.Н. Садовникової**

№	Церебростенічна форма ПОС	Психопатоподібна форма ПОС	Неврозоподібна форма ПОС
1	5	6	4
2	5	6	4
3	4	4	4
4	5	5	5
5	4	5	5
6	5	5	5
7	5	4	4
8	4	6	4
9	4	6	5
10	4	5	5
11	5	4	5
12	5	7	4
13	5	5	4
14	4	5	5
15	4	6	4
16	4	4	4
17	5	5	4
18	4	6	4
19	5	5	5
20	5	6	4
21	4	6	4
22	4	5	4
23	4	6	5
24	4	5	4
25	4	5	5
26	4	5	4
27	4	6	4
28	4	5	4
29	5	5	4
30	3	6	5
31	5	5	4
32	4	6	5
33	5	5	5
34	4	5	4
35	5	7	5
<b>Суми:</b>	154	187	156
<b>Середнє:</b>	<b>4,40</b>	<b>5,30</b>	<b>4,60</b>

## Протокол результатів даних за методикою діагностика

### Мовленнєвої діяльності Т.А. Фотекової

№	Церебростенічна форма ПОС	Психопатоподібна форма ПОС	Неврозоподібна форма ПОС
1	130	171	132
2	130	181	134
3	130	175	142
4	133	164	142
5	132	152	141
6	129	187	141
7	129	184	142
8	132	167	139
9	140	180	139
10	138	189	142
11	138	160	131
12	132	167	131
13	133	170	129
14	129	190	129
15	133	189	131
16	134	193	132
17	138	198	133
18	140	160	132
19	127	168	137
20	135	169	132
21	133	170	141
22	140	170	135
23	139	157	139
24	137	169	137
25	131	170	135
26	133	182	132
27	132	184	130
28	132	165	141
29	138	190	131
30	139	185	133
31	130	184	129
32	132	188	133
33	133	193	137
34	136	184	139
35	138	184	134
<b>Суми:</b>	4685	6189	4737
<b>Середнє:</b>	<b>133,86</b>	<b>176,85</b>	<b>135,34</b>

## Протокол результатів даних за методикою «Чого не вистачає?»

Р.С. Немова

№	Церебростенічна форма ПОС	Психопатоподібна форма ПОС	Неврозоподібна форма ПОС
1	5	8	5
2	5	7	4
3	5	9	5
4	6	8	6
5	6	7	5
6	4	7	5
7	6	7	5
8	6	8	5
9	6	8	6
10	5	6	5
11	6	6	6
12	5	6	4
13	4	7	5
14	5	5	5
15	6	7	5
16	4	7	4
17	5	6	5
18	4	6	4
19	6	5	5
20	5	6	5
21	4	7	5
22	4	6	4
23	5	8	5
24	6	6	5
25	4	6	5
26	5	8	5
27	6	7	4
28	5	8	5
29	4	8	4
30	5	4	6
31	5	8	6
32	4	7	4
33	6	8	5
34	5	8	6
35	5	8	4
<b>Суми:</b>	177	243	172
<b>Середнє:</b>	<b>5,06</b>	<b>6,94</b>	<b>4,91</b>

## Протокол результатів даних за методикою «Намалюй що-небудь»

**Т.Д. Марциновської**

№	Церебростенічна форма ПОС	Психопатоподібна форма ПОС	Неврозоподібна форма ПОС
1	8	9	6
2	8	9	7
3	5	9	7
4	6	9	8
5	7	9	7
6	8	8	7
7	8	9	6
8	8	9	5
9	7	10	6
10	7	10	7
11	7	9	7
12	7	9	7
13	8	10	6
14	7	9	7
15	7	9	7
16	7	9	7
17	8	10	6
18	6	9	6
19	7	9	7
20	7	8	8
21	6	8	6
22	8	10	6
23	7	10	5
24	6	8	6
25	6	9	5
26	6	9	7
27	7	9	6
28	7	10	7
29	6	9	7
30	8	10	7
31	7	9	6
32	6	9	7
33	6	9	6
34	7	9	7
35	8	9	7
<b>Суми:</b>	244	319	229
<b>Середнє:</b>	<b>6,97</b>	<b>9,12</b>	<b>6,54</b>

## ДОДАТОК В

### **Корекційно-розвивальна програма, спрямована на розвиток емоційної сфери молодших школярів з психоорганічним синдромом**

Корекційно-розвивальна програма, спрямована на розвиток емоційної сфери та саморегуляції поведінки молодших школярів з психоорганічним синдромом складається з 15 занять.

Мета програми - розвиток емоційної сфери молодших школярів із психоорганічним синдромом.

Завдання програми:

- знайомство дітей з основними емоціями: інтересом, радістю, здивуванням, сумом, гнівом, страхом, соромом, відразою, презирством;
- сприяння збагаченню емоційної сфери дитини;
- розвиток вміння у дітей розпізнавати емоційні прояви інших людей за різними ознаками (мімікою, пантомімікою, інтонацією та ін.);
- формування у дітей поняття про поділ емоцій на позитивні та негативні;
- сприяння відкритому прояву емоцій і почуттів різними соціально прийнятними способами (словесними, фізичними, творчими і т.д.);
- допомога дитині відреагувати наявні негативні емоції (тривожність, страх, гнів та ін.), що перешкоджають її повноцінному особистісному розвитку;
- розвиток навичок розпізнавати різницю між почуттями і вчинками (немає поганих почуттів, є погані вчинки) ;
- збагачення словника дітей за рахунок слів, що позначають різні емоції, почуття, настрої;
- навчання навичкам саморегуляції поведінки.

Організація занять.

Заняття проводяться з групою, що складається з 5-6 осіб, 2-3 рази на

тиждень. Тривалість одного заняття - від 35 до 45 хвилин в залежності від віку дітей. Віковий склад – 7-9 років.

### **Заняття № 1.**

Мета: встановлення емоційно-позитивного контакту з групою дітей, орієнтування їх в обстановці ігрової кімнати, ознайомлення з правилами і нормами поведінки. Знайомство і встановлення первинних взаємин.

Структура заняття:

Вступна частина.

Ритуал вітання

Індивідуальне привітання:

- Добрий день, ім'я, я рад(ий)а, що ти прийшов сьогодні на заняття!

- Добрий день, ім'я, я рад(ий)а бачити тебе сьогодні разом з нами!

Групове привітання:

- Здрастуйте! Я рад(ий)а вас бачити в нашій ігровій кімнаті. Які ви сьогодні красиві. Я думаю, ми прекрасно проведемо час, граючи в різні цікаві ігри. А ось у що ми будемо сьогодні грати - великий сюрприз!

Учасники групи стають в коло і виконують ритуал вітання.

Гра «Передай клубочок».

Мета: згуртування групи, налаштування дітей на позитивну взаємодію.

Хід гри: діти сидять на стільцях або на килимі по колу. Психолог передає клубок ниток дитині, та намотує нитку на палець і при цьому говорить ласкаве слово або добре побажання, або ласкаво називає її по імені, або вимовляє «чарівне ввічливе слово».

Потім передає клубок наступній дитині, поки не дійде черга до психолога.

Введення заборон і обмежень.

- П. Для початку я хочу вам показати кілька картинок. Що ви бачите на цій картинці?

- Годинник.



- П. Правильно. Ця картинка показує час. Годинники нам будуть нагадувати, що ми не повинні спізнюватися на наші заняття.

- П. А тепер подивіться на другу картинку. Що ви там бачите?

- Зламану іграшку, розірвану книгу.

- П. Правильно. І цій іграшці дуже боляче. Нею більше ніхто не зможе скористатися, а в книзі ніхто не прочитає цікаву розповідь. Щоб цього не сталося з нашими книгами та іграшками в ігровій кімнаті, ми не повинні їх ламати, рвати і ображати. А що намальовано на третій картинці?

- Хлопчики і дівчатка.

- П. Що вони роблять?

- Тримуються за руки.

-П. Ця картинка буде нагадувати нам про те, що ми не повинні битися, сваритися, лаятися.

- П. А тепер, що ви бачите на останній картинці?

- Як ми разом з психологом граємо в ігровій кімнаті.

-П. Всі ці чотири картинки будуть висіти на дошці. Щоб ви бачили. І не забували про те, що можна робити в ігровій кімнаті, а що не можна.

Розминка (5 хвилин).

П. Сьогодні ми з вами пограємо.

Гра «Дізнайся по голосу»

Мета: Гра на увагу, вміння пізнавати один одного по голосу.

Хід гри: діти стають в коло, вибирається ведучий. Він встає в центр кола і намагається впізнати дітей по голосу.

Основна частина (25 хвилин).

П. - Як ми добре провели час, граючи в цю гру. А тепер давайте помалюємо. Вільне малювання.

Розповідь про свій малюнок.

П - Які Ви молодці. Які прекрасні малюнки у вас вийшли! А тепер давайте пограємо ще в одну дуже цікаву гру.

Гра «Дракон кусає свій хвіст»

Мета: зняття напруженості, тривожних станів і страху.

Хід гри: звучить музика. Діти стають один за одним і міцно тримаються за того, хто стоїть попереду. Перша дитина - голова дракона - намагається зловити хвіст, а той ухилитися від неї. Діти не повинні відпускати один одного; в ролі голови і хвоста повинен побувати кожен бажаний.

- П. Я бачу, ви стомилися, давайте відпочинемо і пограємо в гру.

Гра «Дощик»

Мета: розвиток довільної уваги, групової згуртованості, релаксація, зниження м'язового тону, налаштування на ліричний лад.

Хід гри: Всі учасники стоять по колу. Ведучий йде всередині кола, і, коли він заглядає в очі учаснику, той починає повторювати його рухи до тих пір, поки ведучий не пройде коло і, знову не підійде до нього і, не загляне в очі і не змінить рух.

Ведучий йде по колу і, заглядаючи в очі по черзі всім учасникам, тре долонькою об долоньку, на другому колі - клацає пальцями, на третьому - плескає долонями по колінах, на четвертому - неритмічно плескає в долоні, на п'ятому - стукає по колінах, на шостому - плескає в долоні, на 7-му клацає пальцями, на 8-му - шарудить долоньками. Дощик закінчується і затихає.

- П. Можна сказати, що дощик, який пройшов в нашій групі, навів смуток, роздуми, спокій. Неважливо, чи йде він за вікном, важливо те, що відбувається з нами.

Заключна частина.

Рефлексія минулого заняття.

- П. Ми сьогодні добре відпочили і пограли. А тепер давайте сядемо і постараємося згадати, в які ігри ми сьогодні грали? З чим ми сьогодні познайомилися, які правила засвоїли? Що нового дізналися?

Що вам сподобалося, а що ні? Чим би ви хотіли займатися і в які ігри грати на наступних заняттях?

Ритуал прощання

- П. Ось і прийшов час прощатися. Але на прощання давайте встанемо в коло і пограємо в гру, яка називається «Хоровод».

Хід гри: діти стають в коло, беруться за руки, дивляться один одному в очі, посміхаються і водять хоровод під музику.

Групове прощання.

-П. Які ви молодці. Ви такі добрі і дружні. До побачення, мої милі, славні та веселі. Я сподіваюся, що ви ще прийдете в нашу ігрову кімнату, щоб пограти, поспілкуватися один з одним, дізнатися щось нове і невідоме. Ми з вами ще не раз зустрінемося і пограємо в різні веселі ігри.

Індивідуальне прощання.

- До побачення, ім'я, я рад(ий)а, що ти прийшов сьогодні і був з нами на занятті.

- До побачення, ім'я, я сьогодні була дуже рад(ий)а бачити тебе в такому гарному настрої. Сподіваюся, що і наступного разу ти обов'язково прийдеш на заняття.

## **Заняття № 2**

Мета: Актуалізація та реконструкція конфліктних ситуацій. Об'єктивування негативних тенденцій особистісного розвитку дитини в грі-комунікації з дорослими, малювання. Зняття надмірної напруги, тривожності, підвищення згуртованості групи.

Структура заняття:

Вступна частина (10 хвилин).

Ритуал вітання (індивідуальне, групове.)

Гра «Компліменти»

Мета: позитивний емоційний настрій, розвиток групової згуртованості.

Хід гри: Діти передають один одному по колу клубок, при цьому кажучи добрі слова або компліменти один одному. Наприклад: «Я рада бачити тебе сьогодні», «Ти сьогодні така гарна» і т.п.

Введення заборон і обмежень.

Рефлексія минулого заняття.

Розминка (5 хвилин).

Гра «Піаніно».

Мета: Згуртування групи, настрої дітей на позитивне взаємодія.

Хід гри: Діти сідають у коло щільно один до одного. Кожен гравець кладе руки на коліна іншому. Ліву - лівому сусідові, праву - правому сусідові. Руки - це клавіші, а грають - піаніно. За командою діти починають грати на піаніно по черзі, плескати руками по колінах, не збиваючись і не пропускаючи жодної руки. Гру можна супроводжувати називанням нот. Щоразу гру починати з нової дитини, поступово прискорюючи її хід.

Основна частина (25 хвилин).

Гра «Що було б, якби ...»

Мета: розвиток уяви, вміння розуміти емоційні стани героїв.

Хід гри: Дорослий показує дітям сюжетну картинку, у героя (-ів) якої відсутнє (і) обличчя. Дітям пропонується назвати емоцію, яка, як вони вважають, підходить до даного випадку і чому. Після цього дорослий пропонує дітям змінити емоцію на обличчі героя. Що було б, якби він став веселим (засумував, розлютився) і т.д.?

Можна розділити дітей на мікрогрупи за кількістю емоцій і кожній групі запропонувати розіграти ситуацію (тобто одна група продумує і розіграє ситуацію, якщо герой картинки розлютився, інша - якщо веселиться і т.д.).

Гра «Через скло».

Мета: розвиток уміння передавати думки і почуття за допомогою міміки обличчя і виразних рухів.

Хід гри: дітям пропонується сказати що-небудь один одному жестами, уявивши, що вони спілкуються через скло, крізь яке не проникають звуки, і не чують один одного. Теми для розмови: «Ти забув надіти шапку, а на вулиці мороз»; «Принеси мені склянку води, я дуже хочу пити», або дитина сама придумує повідомлення. Після гри необхідно обговорити, що відчували

діти при передачі повідомлень, чи легко їм було?

Заключна частина (10 хвилин).

Гра «Намалюй свій настрій».

Мета: зняття напруги. Розвиток уяви.

Хід гри: Психолог пропонує дітям вибрати колір, відповідний їх настрою і намалювати плями або лінії і т.д.

Рефлексія минулого заняття.

Групове і індивідуальне прощання.

### **Заняття № 3.**

Мета: Налаштування дітей на позитивну взаємодію в колективі, збагачення словникового запасу. Зняття напруги, розвиток комунікативних здібностей, зняття страхів. Розвиток уваги, довільності і самоконтролю.

Структура заняття:

Вступна частина (10 хвилин).

Ритуал вітання (групове та індивідуальне).

Введення обмежень і заборон.

Привітання ритуальне.

Мета: згуртування групи, налаштування дітей на позитивну взаємодію.

Хід гри: діти, які сидять у колі, беруться за руки, дивляться сусідові в очі і мовчки посміхаються один одному.

Розминка (5 хвилин)

Гра «Жучок».

Мета: Зняття тривожності і настороженості. Виявлення рівня самостійності групи і групових ролей.

Хід гри: діти стають в шеренгу за ведучим. Ведучий стоїть спиною до групи, виставивши з-під пахви свою руку з розкритою долонею. Ведучий повинен вгадати, хто з дітей доторкнувся до його руки (за виразом обличчя, рухом очей і т.п.). Ведучий водить до тих пір, поки не вгадає правильно. Того, хто водить, вибирають за допомогою лічилки.

Основна частина (25 хвилин).

Гра «Зіпсований телевізор»

Мета: Оцінка вміння розпізнавати, передавати і розуміти емоції.

Хід гри: Всі учасники гри, крім одного, закривають очі, «сплять». Ведучий мовчки показує учаснику, що «не спить», яку-небудь емоцію за допомогою міміки і жестів. Цей учасник, «розбудивши» другого гравця, передає побачену емоцію, як він зрозумів, теж без слів. Далі другий учасник «будить» третього і передає йому свою версію побаченого. І так поки всі не «прокинулися». Після цього ведучий опитує учасників гри, починаючи з останнього і, закінчуючи першим, про те, яку емоцію, на їхню думку, їм показували. Так можна знайти ланку, де відбулося викривлення інформації або переконатися, що «телевізор» був повністю справний.

Можливі питання для обговорення:

- За якими ознаками ти визначив саме цю емоцію?
- Як ти думаєш, що завадило тобі правильно зрозуміти її?
- Чи важко було тобі зрозуміти іншого учасника?
- Що ти відчував, коли зображував емоцію?

Тематичне малювання.

Тема: «Наша дружна група».

Мета малювання: оцінка згуртованості групи, вплив спільних занять на поведінку дітей.

Заключна частина (10 хвилин).

Рефлексія минулого заняття.

Ритуал прощання (групове та індивідуальне).

#### **Заняття № 4.**

Мета: розвиток уваги, пов'язаної з координацією слухового апарату і рухового аналізатора, зняття психом'язової напруги, розвиток комунікативних здібностей.

Структура заняття:

Вступна частина (10 хвилин).

Привітання (групове та індивідуальне).

Ритуальне привітання.

Рефлексія минулого заняття.

Розминка (5 хвилин).

Гра «Чотири стихії».

Мета: розвивати увагу, пов'язану з координацією слухового апарату і рухового аналізатора.

Хід гри: гравці сидять у колі. Ведучий повідомляє, що якщо він скаже слово «Земля!», всі повинні опустити руки вниз; «Вода!» - витягнути руки вперед; «Повітря!» - підняти руки вгору; «Вогонь!» - зробити обертання в ліктях. Хто помилиться - програє.

Основна частина (25 хвилин).

Гра «Гарчи лев, гарчи: стукай поїзд, стукай ....»

Мета: зняття напруги, розвиток комунікативних здібностей.

Хід гри: психолог встає з дітьми в центрі кімнати і дає їм установку: «Всі ми - леви. Велика лєвова сім'я. Давайте влаштуємо змагання, хто голосніше гарчить. Як тільки дам команду: «Гарчи лев», нехай кожен з вас спробує погарчати від душі. Психологу слід заохочувати дітей. Другий варіант гри: діти шикуються в потилицю один одному, поклавши руки на плечі тому, хто стоїть попереду. Установка: «Ви - паротяг», діти починають рухатися по кімнаті з пихканням і свистом. У ролі паротягу повинна побувати кожна дитина, і кожен раз поїзд повинен рухатися по кімнаті все більш швидко.

Гра «Художники - натуралісти».

Мета: зняття психом'язової напруги, корекція страхів, розвиток творчих здібностей.

Хід гри: перед початком гри психолог проводить довірливу бесіду з мікрогрупами або з кожною дитиною. Бесіда починається зі слів: «А от коли я був(ла) в твоєму віці, то я боялася (-ся), що ...», далі задаються наступні

питання: «А з тобою коли - небудь таке траплялося?», «Що ти боїшся? » і т.п.

Потім дітям пропонується намалювати все, про що тільки говорили, на великому аркуші.

Малювати можна за допомогою рідких фарб, олівців і т.д. Після того, як малюнок завершений, уточніть, що на ньому намальовано. Потім запропонуйте дітям зробити малюнок веселим. Якщо хтось із дітей утруднюється, то допоможіть йому. Так, наприклад, може піти райдужний дощик, який забризкає сумний малюнок, або засвітить сонечко і т.д.

Заключна частина (10 хвилин).

Гра «Добра тварина»

Мета: налаштування дітей на позитивну взаємодію.

Хід гри: учасники стають у коло і беруться за руки. Психолог тихим голосом каже: «Ми - одна велика добра тварина. Давайте послухаємо, як вона дихає! »Усі прислухаються до свого подиху, диханню сусідів. «А тепер послухаємо разом!».

Вдих - всі роблять крок вперед, вдих - крок назад. «Так не тільки дихає тварина, так само рівно б'ється його велике добре серце. Стук - крок вперед, стук - крок назад і т.д.

Рефлексія минулого заняття.

І, наостанок, давайте пограємо в гру, в яку ми грали на минулому занятті «Намалюй свій настрій».

Ритуал прощання

### **Заняття № 5.**

Мета: корекція емоційної сфери дитини, вміння відчувати і розуміти емоційні стани інших людей, розвиток уяви.

Структура заняття:

Вступна частина (10 хвилин).

Привітання (індивідуальне та групове).

Ритуал вітання.



Рефлексія минулого заняття.

Розминка (5 хвилин)

Гімнастика.

Мета: розвиток уваги, пантоміміки.

Дітям показують картинки із зображеннями веселих чоловічків, їх рухи потрібно повторити.

Основна частина (25 хвилин).

Гра «Хода».

Мета: зняття напруги, емоційне розкріпачення дітей.

Хід гри: дітям пропонується зобразити ходу різних людей і тварин, наприклад, походити як маленька дитина, клоун, фотомодель, старий, лев, кошеня, ведмідь і т.д.

Можливий варіант гри, коли діти самі придумують і відгадують, кого хотіли зобразити.

Етюд «Зустріч з другом».

Мета: розвивати здатність розуміти емоційний стан іншої людини й уміння адекватно висловити свій; розвивати виразні рухи.

Хід етюду: психолог розповідає дітям історію:

«У хлопчика у таборі був друг. Але пройшов табірний сезон, і їм довелося розлучитися. Нудно стало хлопчикові без нього. Пройшов ще один навчальний рік. Одного разу дітей повели на екскурсію в біологічний центр, і там хлопчик побачив свого друга. Як же зраділи вони один одному!»

За бажанням діти розігрують цю сценку. Виразні рухи: обійми, смуток, емоція радості, посмішка.

Етюд «Нова дівчинка» (етюд на вираження презирства).

До групи прийшла нова дівчинка. Вона була в ошатному платті, в руках тримала гарну ляльку, а на голові у неї був зав'язаний великий бант. Вона вважала себе найкрасивішою, а решту дітей негідними її уваги. Вона дивилася на всіх зверхньо, презирливо стиснувши губи...

Далі етюди можуть ускладнюватися. По-перше, можна розігрувати з

дітьми етюди, в яких емоції змінюють одна одну: здивування-страх, біль-радість, презирство-сором і т.д. По-друге, програвати етюди, в яких кілька учасників взаємодіють, переживаючи різні емоції: один сердиться - інший лякається.

Етюд «Про Таню». (Горе-радість).

Наша Таня голосно плаче:

Впустила в річку м'ячик. (Горе).

«Тихіше, Танечка, не плач -

Не потоне в річці м'яч! »(Радість).

Діти з різними інтонаціями розповідають знайомий вірш.

Заключна частина (10 хвилин).

Гра «Чарівний сон».

Мета: релаксація, розвиток уяви.

Хід: дитина засинає «чарівним сном», коли кожному може приснитися те, що він захоче. Під час «сну» добре використовувати спокійну, розслаблюючу музику. Після «пробудження» діти розповідають і показують те, що їм наснилося.

Рефлексія минулого заняття.

Ритуал прощання (індивідуальний та груповий).

### **Заняття № 6.**

Мета: розвиток групової згуртованості, зняття напруженості, навчити дітей розпізнавати емоції, зняття тривожності.

Структура заняття:

Вступна частина (15 хвилин).

Привітання (індивідуальне та групове).

Ритуал вітання.

Мета: налаштування дітей на позитивну взаємодію.

Гра «Компліменти».

Хід гри: сидячи в колі, всі беруться за руки. Дивлячись в очі сусіду,

треба сказати йому кілька добрих слів, за щось похвалити. Той, хто приймає комплімент, киває головою і каже: «Спасибі, мені дуже приємно!» Потім він говорить комплімент своєму сусідові. При ускладненні психолог може зробити комплімент або запропонувати сказати щось смачне, солодке, квіткове.

Під час гри психолог знаходиться в колі разом з усіма дітьми, показує приклад, підказує, підбадьорює, налаштовує дітей.

Рефлексія минулого заняття.

Розминка (5 хвилин).

Гра «Голосніше»

Мета: зняття напруженості.

Хід гри: Діти по команді починають висловлювати своє невдоволення, образи і т.д. на товаришів, вчителів, вихователів і т.д. Потім діти повторюють своє невдоволення, запрошуючи того, кому належала ця скарга. Далі необхідно засудити те, що сталося і звернути увагу на те, скільки було однакових скарг. Підібрати одну, дві скарги і обговорити.

Основна частина (25 хвилин).

Гра «Передай по колу»

Мета: досягти взаєморозуміння, згуртованості.

Хід гри: Діти йдуть по колу, передаючи один одному гарячу картоплю, крижину, метелика, показуючи це пантомімікою.

Етюд «Баба-Яга» (Етюд на вираження гніву).

Баба-Яга зловила Оленку, веліла їй затопити грубку, щоб потім з'їсти дівчинку, а сама заснула. Прокинулася, а Оленки нема - втекла. Розсердилася Баба-Яга, що без вечері залишилася. Бігає по хаті, ногами тупає, кулаками розмахує.

Етюд «Лисичка підслуховує» (Етюд на вираження інтересу).

Лисичка стоїть біля вікна хатинки, в якій живуть котик із півником, і підслуховує, про що вони говорять.

Заклучна частина (10 хвилин).

Гра «Рибалки і рибки».

Мета: зняття психом'язової напруги, страхів дотику, боязкості.

Хід гри: із загальної кількості дітей вибираються дві «Рибки». Решта учасників встають парами обличчям один до одного у дві лінії, беруть один одного за руки - і утворюють собою «сітку». Ведучий пояснює дітям, що маленька рибка випадково заплуталася в сітці і хоче вибратися. Рибка знає, що це дуже небезпечно, але попереду її чекає свобода. Вона повинна проповзти на животі під зчепленими руками, які при цьому зачіпають її по спині, злегка погладжують, лоскочуть. Виповзаючи з сітки, рибка чекає свою подругу, що повзе за нею, вони разом беруться за руки і стають сіткою.

Зауваження: чим більше учасників гри, тим вона корисніша і цікавіша. Потрібно стежити за тим, щоб рухи сітки не були агресивними.

Рефлексія минулого заняття.

Ритуал прощання (індивідуальний та груповий).

### **Заняття № 7.**

Мета: навчити усвідомлювати негативні риси свого характеру, розуміти почуття провини і жалю, вміти регулювати власні емоції.

Структура заняття:

Вступна частина (10 хвилин).

Привітання (індивідуальне, групове).

Розминка (5 хвилин)

Гра «БІП».

Хід гри: Діти сидять на стільцях. Ведучий з закритими очима ходить по колу, сідає по черзі на коліна до дітей і вгадує, на кому сидить. Якщо він вгадав правильно, той, кого назвали, говорить «БІП».

Основна частина (25 хвилин).

Етюд «Так буде справедливо».

Мета: емоційне усвідомлення дітьми негативних рис свого характеру. Вчити розуміти, яка поведінка відповідає якій рисі характеру і як вона

оцінюється.

Хід етюду. Психолог пропонує дітям послухати розповідь і оцінити вчинки дітей.

Мама пішла в магазин. Як тільки за нею зачинилися двері, брати стали балуватися: вони то бігали навколо столу, то боролися, то штовхалися, то кидали один в одного подушки. Раптом клацнув замок - повернулася мама. Старший брат, почувши, що двері відкриваються, швидко сів на диван. А молодший не помітив маминого приходу і продовжував грати з подушкою. Він підкинув подушку вгору і потрапив в люстру. Люстра стала розгойдуватися. Мама, розсердившись, поставила того, хто провинився в кут. Старший брат піднявся з дивана і став поряд.

- Чому Ти встав в кут? Я тебе не карала! - сказала мама.

-Так буде справедливо, - серйозно сказав старший брат, - адже це я придумав кидатися подушкою.

Мама розчулено посміхнулася і пробачила обох братів.

Бесіда.

Гра «Лото настроїв».

Мета: навчити визначати емоційні стани.

Хід гри: Для проведення цієї гри необхідні набори картинок, на яких зображені тварини з різною мімікою (наприклад: рибка сумна, рибка весела, рибка сердита). Кількість наборів відповідає кількості дітей.

Ведучий показує дітям схематичне зображення тієї чи іншої емоції. Завдання дітей: у своєму наборі відшукати тварину з такою емоцією.

Заключна частина (10 хвилин).

Гра «Ведмедик».

Мета: м'язове розслаблення.

Хід: дитина перетворилася на маленького ведмедика. Він лежить в барлозі. Подув холодний вітер і пробрався в барліг. Ведмедик замерз. Він стиснувся в маленький клубочок - гріється. Стало жарко, ведмежа розвернулося і загарчало.

Рефлексія минулого заняття.

Ритуал прощання (індивідуальний, груповий).

### **Заняття №8.**

Мета: виховувати у дітей почуття самовизначення в предметному світі, вчити засобам жестикуляції і міміки, розвиток виразності рухів.

Структура заняття:

Вступна частина (10 хвилин).

Привітання (індивідуальне та групове).

Введення обмежень і заборон.

Рефлексія минулого заняття.

Розминка (5 хвилин).

Гра «Що є у іграшки?»

Мета: гра виховує у дитини почуття самовизначення в предметному світі, усвідомлення свого тіла і його специфічні особливості.

Хід гри: психолог пропонує дітям порівняти себе з тією чи іншою іграшкою. Заохочуються висловлювання типу: «У качечки дзьобик, а в мене носик і т.д.»

Можна видозмінювати вправи, пропонуючи дітям порівнювати себе з улюбленими героями (казковими і телевізійними), і, нарешті, один із одним (ми одного зросту або різного і т.д.).

Основна частина (25 хвилин).

Гра «Хода».

Мета: зняття напруги, емоційне розкріпачення дітей.

Хід гри: дітям пропонується зобразити ходу різних людей і тварин, наприклад, походити як маленька дитина, клоун, фотомодель, старий, лев, кошеня, ведмідь і т.д.

Можливий варіант гри, коли діти самі придумують і відгадують, кого хотіли зобразити.

Гра «Іноземець».

Мета: розвиток виразності рухів, міміки, жестів, уяви.

Хід гри: до вас в гості приїхав іноземець. Він не розуміє української мови, а ви не розумієте його. Дитині пропонується поспілкуватися з ним, показати кімнату, запросити пообідати - без слів.

Заключна частина (10 хвилин).

Гра «Насос і м'яч».

Мета: усвідомлення відчуттів розслаблення і напруження

Хід гри: Один з учасників стає насосом, інші м'ячами. Спочатку «м'ячі» стоять, обм'якнувши всім тілом, на напівзігнутих ногах. Корпус нахилений вперед, голова опущена. Коли «насос» починає надувати м'ячі, супроводжуючи свої дії звуком, діти починають розпрямлятися, надувають щоки і піднімають руки. М'ячі надуті. Ведучий витягує шланг насоса з усіх м'ячів. Діти видають з силою звук «ш-ш-ш-ш-ш», повертаючись у вихідне положення. Насосом може бути і дитина, і дорослий.

Рефлексія минулого заняття.

Ритуал прощання (індивідуальний, груповий).

### **Заняття № 9.**

Мета: Вчити розпізнавати настрій по міміці, пантоміміці.

Структура заняття

Вступна частина (10 хвилин).

Привітання (індивідуальне та групове).

Рефлексія минулого заняття.

Розминка (5 хвилин).

Гра «Слухай хлопки».

Мета: розвиток активної уваги.

Хід гри: Діти стають в коло. Уважно дивляться на ведучого. Коли він ляскає в долоні один раз - потрібно прийняти позу «лелеки» (стояти на одній нозі, руки в сторони), два оплески - поза «жаби» (присісти, п'яти разом, носки і коліна в сторони, руки між ногами на підлозі). Три оплески - просто ходьба

на місці.

Основна частина (25 хвилин).

Гра «Різні настрої»

Мета: навчити розуміти емоційні стани інших людей.

Хід гри: діти жестами, мімікою і пантомімікою показують людей із різними емоційними станами, інші відгадують.

Гра «Передай по колу».

Мета: розвиток пантоміміки, формування групової згуртованості.

Хід гри: Діти йдуть по колу, передають гарячу картоплю, крижину, метелика, показуючи це за допомогою пантоміміки.

Психогімнастика з подальшим обговоренням.

1. Фокусник.
2. Силач з гирями.
3. Змія.
4. Сумна дитина.
5. Хитра лисиця.
6. Злий вовк.
7. Розсерджений тигр.

- Які емоції зображати складніше, які легше? Чи завжди ми правильно розуміємо той чи інший настрій і т.п.? Висновки.

Заключна частина (10 хвилин).

«Малюємо настрої».

Мета: розвиток емоційної сфери, уяви, розслаблення, проєкція власних почуттів та емоцій.

Дітям пропонується один з наступних варіантів завдань:

1. Намалюйте малюнок на тему: «Мій настрій зараз» (цим завданням можна починати кожне завдання).

2. Кожна дитина «витагує» картку з тією чи іншою емоцією, яку вона повинна зобразити.

3. Діти малюють ту емоцію, з якою познайомилися на даному занятті



(наприклад, страх, здивування та ін.). Під час обговорення вибирають малюнки, які найбільш яскраво відображають цю емоцію.

- Сподобалось? Що нового ви дізналися? В які ігри ви хотіли б пограти на наступному занятті? І т.п.

Рефлексія минулого заняття.

Ритуал прощання (груповий та індивідуальний).

### **Заняття № 10.**

Мета: зняття негативних емоційних станів. Вчити виражати емоції, настрої художніми прийомами. Ввести поняття позитивної та негативної емоції.

Структура заняття:

Вступна частина (10 хвилин).

Привітання (індивідуальне та групове).

Рефлексія минулого заняття.

Розминка (5 хвилин).

Гра «Тух-тібі-потух».

Мета: зняття негативних настроїв і відновлення сил.

Хід гри: психолог звертається до дітей: «Я повідомлю вам по секрету особливе слово. Це чарівне заклинання проти поганого настрою, проти образ і розчарувань. Щоб воно впливало по-справжньому, необхідно зробити наступне. Всі діти стають у коло, ведучий - в центр. Діти йдуть за годинниковою стрілкою, ведучий - проти. Як тільки я скажу (дам знак): «Раз, два, три, стоп» - всі зупиняються. Ведучий зупиняється проти одного з учасників і сердито-пресердито вимовляє чарівне слово: «Тух-тібі-потух». Потім ведучий міняється місцями з тим, навпроти кого зупинився, і гра триває. Щоб чарівне слово подіяло, необхідно говорити його не в порожнечу, а дивлячись в очі людині, яка стоїть перед вами».

У цій грі закладений комічний парадокс: хоча діти будуть намагатися говорити сердито, через деякий час вони не зможуть не розсміятися.

Основна частина (25 хвилин).

Гра «Смішинки і злючка».

Мета: розвиток уміння розпізнавати емоційні стани.

Хід гри: психолог пропонує дітям розглянути два портрети: на одному зображений веселий вираз обличчя, на іншому - злий. Дітей питають: «Який настрій зображено на картинці? Як ви дізналися? Давайте подивимося, як розташовані брови, ротик?» Діти уважно розглядають. «А тепер, давайте підійдемо до дзеркала і спробуємо зобразити спочатку веселий, потім сердитий вираз обличчя». Діти зображують за допомогою міміки різний настрій і порівнюють із портретами.

Вправа «Малюємо емоції» (заняття № 9).

Психогімнастичні етюди.

Етюд «Гидке каченя» (презирство і печаль).

На пташиному дворі з'явилася качка з каченятами. Всі каченята були звичайними, а одне каченя якесь незграбне, з довгою шиєю. Всі птахи незлюбили Гидке Каченя, вони гордовито говорили: «Яке воно бридке!» (Презирство). Навіть його мати - качка часто повторювала: «Очі б на тебе не дивилися!» Качки скубли його, кури клювали, а дівчина, яка давала птахам корм, штовхала його ногою. А каченя дуже переживало таке несправедливе ставлення до себе, йому було дуже сумно, що у нього немає друзів (печаль).

Етюд «Дуремар і Тортила» (презирство і гнів).

Прийшов Дуремар до ставка і зустрів там черепаху Тортилу. Захотів він її зловити, а черепаха просить: «Відпусти мене!» Дуремар і відповідає: «Ах ти, плавуча валіза, дурна тітка Тортила, чим ти зможеш від мене відкупитися? Хіба своєю кістяною кришкою, куди ховаєш лапи і голову. Я б продав її на гребінці» (презирство). Розсердилася черепаха на такі грубі слова і каже: «Клянуся - ні ти і ніхто інший не отримає чарівного ключика! Його отримає тільки той, хто змусить все населення ставка просити мене про це!» (гнів).

Етюд «Нова лялька» (Етюд на вираження радості).

Дівчинці подарували нову ляльку. Вона рада, весело скаче, крутиться, грає з лялькою.

Заключна частина (10 хвилин).

Гра «Олені»

Мета: релаксація, зняття напруги.

Хід гри: уявіть, що ви - олені. Підніміть схрещені руки вгору над головою, розчепірте пальці, напружте руки, щоб вони стали твердими, як роги у оленя. А тепер розслабте їх і опустіть на коліна. Повторити 3-4 рази.

Рефлексія минулого заняття.

Ритуал прощання. Групове і індивідуальне прощання.

### **Заняття № 11.**

Мета: розвиток виразності рухів, розвиток вміння розпізнавати емоційні стани подиву і сорому, навчання прийомам розслаблення.

Структура заняття:

Вступна частина (10 хвилин).

Привітання (індивідуальне та групове).

Рефлексія минулого заняття.

Розминка (5 хвилин).

Гра «Карлики і велетні»

Мета: розвиток активної уваги, групової згуртованості.

Хід гри: діти стають у коло. Коли ведучий говорить «велетні», всі повинні піднятися на носки і підняти обидві руки вгору, якщо він говорить «карлики», всі повинні сісти навпочіпки і витягнути руки вперед.

Основна частина (25 хвилин).

Гра «Лото настроїв».

Для проведення цієї гри необхідні набори картинок, на яких зображені тварини з різною мімікою (наприклад: рибка сумна, рибка весела, рибка сердита). Кількість наборів відповідає кількості дітей або кількістю мікрогруп.

Ведучий показує дітям схематичне зображення тієї чи іншої емоції.  
Завдання дітей: у своєму наборі відшукати тварину з такою емоцією.

Психогімнастичесні етюди.

Етюд «Фокус» (етюд на вираження подиву).

Хлопчик дуже здивувався: він побачив, як фокусник посадив у порожню валізу кішку і закрив її, а коли він відкрив, кішки там не було. З валізи вистрибнула собака.

Етюд «Хто з'їв варення?» (подив і сором).

Мама пішла на роботу, а хлопчик з кішкою залишилися вдома. Хлопчику дуже захотілося спробувати вишневе варення. Він не помітив, як з'їв всю банку. Коли мама повернулася, вона запитала: «Хто з'їв варення?», На що хлопчик відповів: «Кішка». Мама дуже здивувалася: «Хіба кішки їдять варення?» (подив). Хлопчику стало соромно за свій обман (сором).

«Хвилинка витівки».

Заключна частина (10 хвилин).

Гра «Сонячний зайчик».

Мета: зняття психом'язової напруги, розслаблення.

Хід гри: сядьте зручніше, розслабтеся. Сонячний зайчик зазирнув вам в очі. Уявіть. Він побіг далі по обличчю, ніжно погладь його долонями на лобі, на носі, на ротику, на підборідді, погладжуй акуратно голову, шию, руки, ноги. Він забрався на живіт - погладь животик. Сонячний зайчик - бешкетник, він любить і пестить тебе, подружися з ним. А тепер глибоко зітхнемо і посміхнемось один одному.

Найтепліше вам стало? Радісніше? Давайте подякуємо Сонячному зайчику. А коли вам буває весело?

Діти відповідають на запитання і разом з психологом заповнюють «Ромашку радості».

Рефлексія минулого заняття.

Ритуал прощання. Групове і індивідуальне прощання.

## Заняття № 12.

Мета: розвиток уміння розпізнавати емоційні стани. Дати поняття про різний ступінь інтенсивності емоцій. Розвиток довільності.

Структура заняття:

Вступна частина (10 хвилин).

Привітання (індивідуальне та групове).

Рефлексія минулого заняття.

Розминка (5 хвилин).

Гра «Совушка».

Мета: розвиток довільності, позитивне емоційне налаштування.

Хід гри: діти утворюють коло. Один із них, що знаходиться в центрі, зображує сову, решта - жучків, метеликів, пташок. По команді ведучого: «Настає день - все оживає» - всі діти бігають по колу, сова в цей час «спить». За командою: «Настає ніч - все завмирає», всі зупиняються, беруться за руки і будують кола - озера. Виграють ті, хто побудував коло раніше за всіх. Будуватися в коло без команди - неможна.

Основна частина (25 хвилин).

Гра-казка «Троє поросят».

Мета: розвиток емоцій, творчої активності, корекція тривожності.

Хід гри: психолог розповідає казку «Троє поросят», спираючись на останню частину казки, а всі діти виконують дії героїв за допомогою міміки і пантоміміки. Можна розподілити ролі між дітьми.

Обговорення.

Заклучна частина (10 хвилин).

Гра «Дощик».

Мета: розвиток довільної уваги, групової згуртованості, релаксація, зниження м'язового тону, налаштування на ліричний лад.

Хід гри: Всі учасники стоять по колу. Ведучий йде всередині кола, і, коли він заглядає в очі учаснику, той починає повторювати його рухи до тих пір, поки ведучий не пройде коло і, знову не підійде до нього і, не загляне в

очі і не поміняє рух.

Ведучий йде по колу і, заглядаючи в очі по черзі всім учасникам, трем долонькою про долоньку, на другому колі - клацає пальцями, на третьому - плескає долонями по колінах, на четвертому - неритмічно плескає в долоні, на п'ятому - стукає по колінах, на шостому - плескає в долоні, на 7-му клацає пальцями, на 8-му - шарудить долоньками. Дощик закінчується і затихає.

- Можна сказати, що дощик, який пройшов в нашій групі, навів смуток, роздуми, спокій. Неважливо, чи йде він за вікном, важливо те, що відбувається з нами.

Рефлексія минулого заняття.

Ритуал прощання. Групове і індивідуальне прощання.

### **Заняття № 13.**

Мета: навчити розуміти емоції відрази і сорому, розвиток адекватних форм прояву емоцій.

Структура заняття:

Вступна частина (10 хвилин).

Привітання (індивідуальне та групове).

Рефлексія минулого заняття.

Розминка (5 хвилин).

Гра «Білі ведмеді».

Мета гри: зняття напруженості.

Хід гри: намічається місце, де будуть жити білі ведмеді. Двоє дітей - білі ведмеді - беруться за руки. Зі словами: «Ведмеді йдуть на полювання» вони біжать, намагаючись оточити, піймати кого-небудь з гравців. Коли всі будуть спіймані, гра закінчується.

Основна частина (25 хвилин).

Гра «Двоє друзів».

Мета: зіставлення різних рис характеру, розвиток здатності розуміти емоційний стан іншої людини і адекватно висловити свій.

Хід гри: дорослий читає вірш:

Прийшли два юнака на річку засмагати.

Один вирішив купатися - став плавати й пірнати.

Інший сидить на камінці і дивиться на хвилю

І плавати побоюється: «А раптом я втоплюся?»

Прийшли взимку два друга кататися на ковзанах.

Один стрілою мчить – рум'янець на щоках.

Інший стоїть розгублений і дивиться на друга:

«Тут місце дуже слизьке, а раптом я впаду?»

Гроза дружків застала одного разу на лузі:

Один пробіжку зробив - зігрівся на ходу.

Інший тремтів під кущиком - і ось погані справи:

Лежить під ковдрою - кха-ха, апчхи!

Обговорення. Діти оцінюють поведінку за мімікою, пантоміма.

Гра «Лото настроїв» (заняття № 11)

Психогімнастичні етюди.

Етюд «Кіт Васько» (етюд на вираження сорому).

Господиня спекла сметаний пиріг до свята і пішла вбиратися. Кіт Васько прокрався на кухню і з'їв пиріг. Господиня прибїгла на шум і стала лаяти Васька. Васькові стало соромно.

Етюд «Солоний чай» (етюд на вираження відрази).

Хлопчик під час їжі дивився телевізор. Він налив в чашку чай і, не дивлячись, помилково замість цукру насипав сіль. Помішав і зробив перший ковток. До чого ж неприємний смак!

Заключна частина (10 хвилин).

Гра: «Легідні лапки».

Мета: зняття напруги, м'язових зажимів, розвиток чуттєвого сприймання.

Хід гри: дорослий підбирає 6-7 дрібних предметів різної фактури: шматочок хутра, пензлик, намисто, вату, тканину і т.п. Все це викладається

на стіл. Дитині пропонується оголити руку по лікоть, психолог пояснює, що по руках буде ходити звірятко і торкатися ласкавими лапками. Треба з закритими очима визначити, який звір торкався руки - відгадати предмет. Дотики повинні бути погладжувальними, приємними.

Варіанти: Звірятко може торкатися щоки, долонь, колін.

Рефлексія минулого заняття.

Ритуал прощання. Групове і індивідуальне прощання.

### **Заняття № 14.**

Мета: Зняття агресії, згуртування групи, виховання впевненості в собі, оцінка вміння розпізнавати емоції.

Структура заняття:

Вступна частина (10 хвилин).

Привітання (індивідуальне та групове).

Рефлексія минулого заняття.

Розминка (5 хвилин).

Гра «Піаніно».

Мета: Згуртування групи, налаштування дітей на позитивну взаємодію.

Хід гри: Діти сідають у коло щільно один до одного. Кожен грає кладе руки на коліна іншому. Ліву - лівому сусідові, праву - правому сусідові. Руки - це клавіші, а грають на піаніно. За командою діти починають грати на піаніно по черзі, плескати руками по колінах, не збиваючись і не пропускаючи жодної руки. Гру можна супроводжувати називанням нот. Щоразу гру починати з нової дитини, поступово прискорюючи її хід.

Основна частина (25 хвилин).

Гра «Дружна сім'я».

Мета: розвиток емоційно-виразних рухів рук і адекватного використання жестів, відображення взаємовідносин, що склалися в ігровій групі.

Хід гри: Діти сидять на стільчиках, розставлених по колу. Кожен



зайнятий будь-якою справою: один ліпить з пластиліну, інший вишиває, інший забиває гвіздочки в маленьку дощечку, хтось малює і т.д. Приємно дивитися на сім'ю, в якій так дружно працюють.

Діти повинні виробляти руками маніпуляції так, немов у них в руках не уявні, а реальні предмети.

Тематичне малювання.

Тема: «Наша дружна група».

Мета малювання: вплив на поведінку дітей. Поліпшення взаємин.

(10 хвилин).

Рефлексія минулого заняття.

Групове, індивідуальне прощання.

### **Заняття №15.**

Мета: Встановлення позитивної емоційної взаємодії в групі, надання повної свободи у виборі ігор. Узагальнення сформованих навичок на попередньому етапі.

Вступна частина (10 хвилин).

Привітання (індивідуальне та групове).

Ритуал вітання.

Рефлексія минулого заняття.

Розминка (5 хвилин).

П.- В які ви гри хочете пограти? Так як сьогодні останнє заняття, ви маєте право грати в ті ігри, в які захочете.

Основна частина (25 хвилин).

П.- Які ви молодці! Скільки хороших ігор ви засвоїли в процесі занять. А тепер давайте сядемо в коло. Я вдячн(ий)а вам за вашу уяву та цікаві ігри. А тепер давайте скажемо один одному тільки хороші слова.

Заклучна частина (10 хвилин).

П. - Які ви молодці, що побажали один одному всього доброго.

А тепер давайте намалюємо на пам'ять про наші заняття автографи.

(Діти малюють свої обличчя або залишають зображення своїх долоньок.).

Ритуал прощання (індивідуальний та груповий).

### **Психологічна корекція продуктивних стратегій міжособистісної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з психоорганічним синдромом**

Корекційно-розвивальна програма продуктивних стратегій міжособистісної взаємодії та саморегуляції поведінки для дітей молодшого шкільного віку з психоорганічним синдромом складається з 8 занять і розрахована на термін 4 тижнів.

Заняття проводилися за принципом психологічного тренінгу в спеціальному психологічному кабінеті, де можна вільно розташовуватися й пересуватися. Їх тривалість не перевищувала одного шкільного уроку.

Заняття проводилися двічі на тиждень. Тренінгова група складалася з 15 осіб у кожній групі. Дітей брали з різних груп. Кожній дитині забезпечувалася можливість проявити себе, бути відкритою і не боятися помилок. Проведення програми з дітьми молодшого шкільного віку не вимагало спеціальних матеріалів: знадобилися тільки зошити для малювання і записів, які на час перерви між заняттями зберігалися у ведучого, набори кольорових олівців, листки паперу зі шпильками для іменних табличок.

Робота здійснювалася за допомогою ігрових методів, методу групової дискусії, проєктивних методів «репетиції поведінки» та елементів психогімнастики.

#### **Заняття 1.**

##### **Вправа 1. «Привітання».**

Діти стоять по колу. Ведучий називає своє ім'я і робить вітальний жест. Потім перекидає м'яч одному з гравців. Дитина повинна зловити м'яч, назвати своє ім'я і зі своїм вітальним жестом кинути м'яч іншому учаснику.

##### **Вправа 2. «Договір».**

Психолог пропонує внести визначеність у відносини дітей у ході тренінгових занять. Він пропонує їм сформулювати загальні умови, прийняті всіма членами групи, обговорити їх, а фактом прийняття «підготовленого договору» стануть підписи дітей. Замість підпису дитина може поставити і відбиток свого пальця, попередньо вмочивши його в яку-небудь фарбу.

Вправа 3. «Дім».

Дітям роздають однакову кількість сірникових коробок і пропонується з них що-небудь побудувати. З малої кількості коробок красивої споруди не вийде. Це той висновок, якого повинні дійти діти. Тоді тренер пропонує їм згрупуватися по кілька людей і побудувати разом будинок із загальної кількості коробок. Діти, розділившись на групи, будують разом 2-3 будиночка, але красивих будинків все одно не виходить, так як бракує потрібної кількості деталей.

Психолог просить дітей пояснити, чому їх поодинокі зусилля не дають бажаного результату.

## **Заняття 2.**

Обладнання: сірникові коробки, обклеєні кольоровим папером, в кількості 35-40 штук, необклеєні сірникові коробки, кольоровий папір, ножиці, кольоровий картон, клей, гумовий м'яч.

Вправа 1. «Привітання».

Тренер задає питання про те, який настрій в даний момент у кожної дитини. Потім просить тих дітей, які оцінюють свій настрій як позитивний, поділитися ним із тими, у кого він недостатньо гарний. Для цього дитина свій настрій перекидає іншій дитині разом із гумовим м'ячиком. Знову ведучий цікавиться настроєм кожного учасника групи.

Вправа 2. «Черепашка».

Тренер встає біля однієї стіни, інші учасники розташовуються уздовж протилежної стіни. За сигналом ведучого починається рух. Тренер говорить про те, що рухатися треба дуже повільно, як черепаха, але гра буде

успішною, якщо всі учасники одночасно доторкнуться до протилежної стіни. Проте зупинятися не можна; тільки виконавши всі інструкції, група отримає приз.

Ця вправа може повторюватися 2-3 рази. Після того як вправу успішно завершено, ведучий обговорює з групою, чи важко було співвідносити свої дії з діями інших і що допомагало дітям виконати інструкцію. Потім - обіцяний приз.

Вправа 3. «Дім».

Дітям пропонується з усіх наявних сірникових коробок побудувати будинок, такий гарний, який би вони могли собі уявити. У тому випадку, якщо їм не вистачить деталей, вони мають можливість зробити їх самі із сірникових коробок і кольорового паперу. Після того як діти впоралися з роботою, ведучий ставить їм питання: чи подобається їм власний будинок і чи міг би він бути кращим? Чого не вистачає для того, щоб зробити його ще більш привабливим? Всі пропозиції дітей фіксуються ведучим, і він зобов'язується повернутися до них на наступній зустрічі.

### **Заняття 3.**

Обладнання: сірникові коробки, обклеєні кольоровим папером, в кількості 35-40 штук, необклеєні сірникові коробки, кольоровий папір, ножиці, кольоровий картон, клей.

Вправа 1. «Привітання».

Психолог пропонує кожній дитині вітати інших якимось незвичайним чином, але з обов'язковою умовою, що це вітання викликало б тільки позитивні реакції в інших.

Вправа 2. «Архітектори».

Психолог нагадує дітям про будівництво будинку на минулому занятті і про ті пропозиції щодо його поліпшення, які дали самі діти. Він повертається до тих пропозицій, в яких була закладена ідея спільного планування роботи, а не спонтанного будівництва. Після чого діти

розділяються на дві підгрупи. В обох групах діти готують свій проект будинку з тих деталей, які вони мають, і тих, які вони могли б ще виготовити. Потім слідує обговорення представлених проектів. Якщо діти вибирають один із проектів як кращий, то вся група готує загальний будмайданчик. Якщо кожна підгрупа відстоює свій варіант проекту, то всі готують будматеріали для двох майданчиків. Заняття завершується підготовкою будмайданчиків.

#### **Заняття 4.**

Обладнання: сірникові коробки, обклеєні кольоровим папером, в кількості 35-40 штук, необклеєні сірникові коробки, кольоровий папір, ножиці, кольоровий картон, клей.

Вправа 1. «Привітання».

Кожен учасник групи встає і вимовляє якусь фразу, звернену до всіх інших: «Добрий день!» Або «Радий вас бачити!». Ведучий просить, щоб фрази та побажання не повторювалися.

Вправа 2. «Будмайданчик».

Згідно певним планом і вибраним проектом на будмайданчику розгортається будівництво. Психолог пропонує дітям визначитися, хто які функції в цьому будівництві буде виконувати. У тому випадку, якщо виникають якісь суперечності, ведучий або виключає ролі, що викликали суперечку, або пропонує свої. Згідно з певним ролями діти приступають до будівництва. Добре, якщо є можливість використовувати відеозасоби для реєстрації дій дітей в ході будівництва. Заняття закінчується завершенням будівництва будинку.

#### **Заняття 5.**

Вправа 1. «Привітання».

Ведучий просить дітей вітати один одного, не використовуючи при цьому слова, тільки за допомогою виразу обличчя і жестів, як це робили б в

Японії, Америці, Англії, тубільці Африки і т. д.

Вправа 2. «Хто тут буде жити?»

Діти звертаються до своєї споруди. Ведучий просить похвалити і позитивно оцінити їхній будинок, випереджаючи висловлювання дітей фразою: «Який гарний будинок ми побудували!» Після того як похвали прозвучали, ведучий ставить дітям запитання: «Хто в цьому будинку буде жити?» Він приймає пропозиції дітей, зупиняючись на тих, в яких діти пропонують жити в цьому будинку разом, після чого починається заселення будинку і його благоустрій. Діти повинні розповісти не тільки про те, де вони будуть жити, в яких кімнатах, але й про те, як виглядатимуть їхні кімнати, як будуть будуватися їхні стосунки. Діти розповідають тільки про хороші аспекти відносин, як правило, виключаючи протиріччя. Психолог вказує на те, що в реальному житті часто зустрічаються ситуації, в яких відносини будуються як конфлікти, і пропонує дітям так само, як вони разом будували будинок, разом вирішувати конфлікти.

Вправа 3. «Конфлікти».

Психолог моделює ситуацію «з життя сусідів», в якій задіяні кілька людей, пропонує розподілити ролі в цій ситуації, а потім розв'язати її таким чином, щоб діти і раніше могли добре жити в побудованому будинку, - так само, як вони про це говорили.

## **Заняття 6.**

Вправа 1. «Привітання».

Психолог пропонує дітям спочатку привітатися один з одним так, ніби вони тільки недавно розлучилися, а потім пропонує привітатися так, ніби вони давно один одного не бачили.

Вправа 2. Гра «Загроза».

Психолог повідомляє дітям, що їх гарний будинок, який вони побудували і в якому оселилися, став об'єктом посягань впливової могутньої людини, яка хотіла би цей будинок забрати. І тільки вони самі зможуть

знайти спосіб не віддати свій будинок та зробити так, щоб він залишався таким же красивим і привабливим. Тільки зберігаючи хороші стосунки, діти мають шанс залишитися жити в цьому будинку.

Щоб виконати свій план, пан У. вирішив роз'єднати і пересварити мешканців будинку між собою. Спочатку він став пропонувати різні спокуси, і психолог викладає дітям варіанти пропозицій, які дав пан У. Діти реагують на пропозиції, після чого психолог допомагає їм зрозуміти, як їм вдалося впоратися з цими спробами пана У.

Наступний крок пана У. - це відкрита загроза. Психолог розповідає про його погрози дітям. Діти висловлюють свою реакцію, після чого психолог допомагає їм зробити висновок, як їм вдалося впоратися з цими загрозами пана У.

І, нарешті, остання спроба пана У. - це лестощі і обман. Він розхвалює жителів будинку, обманним шляхом намагається втертися в їхню довіру. Після чого знову слідує аналіз, і психолог просить дітей зробити висновок про те, як і чому їм вдалося зберегти будинок.

## **Заняття 7.**

### **Вправа 1. «Вираження довіри».**

Психолог пропонує кожній дитині висловити свою довіру всім членам групи. Вона може зробити це і по відношенню до кожного окремо. Позитивним відгуком на надану довіру мають стати посмішки. Якщо посмішки довіри виникають на обличчі, значить, довіра прийнята, вона була щирою.

### **Вправа 2. «Місто».**

Психолог каже дітям, що якщо їм вдалося побудувати і зберегти свій будинок, то тепер вони можуть побудувати і своє місто. Тільки тепер зовсім не обов'язково будувати його з кольорових сірникових коробок. Його можна створити за допомогою стабільних продуктивних взаємин. Психолог пропонує дітям не будувати ідеальні відносини, а навчитися долати

складнощі в реальних відносинах і дорожити тими відносинами, які вони мають.

### **Заняття 8.**

Обладнання: фарби, кольоровий папір, листи ватману, фломастери, кольорові олівці, ножиці, клей.

#### **Вправа 1. «Зв'язок».**

Психолог просить дітей за допомогою умовних символів, наприклад, кілець, зобразити, як вони оцінюють сформовані відносини в групі, а потім просить сказати, як вони збираються ці відносини зберегти.

#### **Вправа 2. «Світ».**

Кожна дитина повинна за допомогою міміки і жестів пояснити іншим дітям, яку рису світу, якою вона дорожить, вона зображує. Після того, як кожна дитина показала свій образ світу, діти за допомогою фарб, кольорового паперу і великих листів ватману зображують його на папері.

#### **Вправа 3. «Спасибі».**

Діти дякують один одному і пояснюють, чому вони навчилися на заняттях і як планують використовувати отриманий досвід взаємодії в реальному житті (в школі, сім'ї і т. д.).

## **Психологічна корекція взаємодії з однолітками дітей з психоорганічним синдромом**

### **Заняття 1. Як бачить себе дитина в навколишньому світі.**

Мета: дати можливість дитині за допомогою вербальних і невербальних прийомів пояснити оточуючим своє розуміння себе в навколишньому світі.

Обладнання: кольорові олівці, фломастери, великі аркуші ватману, маленькі призи.

Порядок проведення. Дітям пропонується вибрати образ казкового героя, з яким би вони могли себе порівняти, або представити себе казковим



героєм, який їм найбільше подобається.

Потім кожній дитині дають можливість пояснити, чому вона вибрала саме цього казкового персонажа і що в ньому найбільше приваблює.

Після цього кожній дитині пропонується намалювати свій образ казкового персонажа на картці і потім цю картку приколоти до одягу. З дітьми домовляються, що при спілкуванні з іншими людьми вони поводитимуться як їх герой.

У заключній частині дітям пропонується пояснити, що саме приваблювало їх у манері спілкування того чи іншого казкового персонажа.

## **Заняття 2. Чи вмю я слухати іншу людину.**

Мета: формування позитивних емоційних реакцій дитини у відносинах з іншими людьми.

Обладнання: музичні фрагменти із записами спокійною і агресивною музики.

Порядок проведення. Дітям розповідається казка про те, як жили-були в одній країні різні казкові герої (ті герої, яких вибрали самі діти), а потім кожній дитині дається можливість розповісти, як жили, що робили, як спілкувалися між собою казкові герої. Після цього фахівець, включаючи фрагменти із записами агресивної музики, звертає увагу дітей на негативні форми спілкування казкових героїв. Потім, включаючи благозвучну і спокійну музику, він відтворює позитивні форми спілкування. Після цього разом з дітьми необхідно зробити висновок про те, як важливо вміти уважно слухати іншу людину, а також схвалити позитивне емоційне реагування дітей.

## **Заняття 3. Хочу сказати приємне іншій людині.**

Мета: формування емпатійних реакцій дитини.

Порядок проведення. Завдання полягає в тому, щоб казкові персонажі, по черзі входячи в приміщення, спочатку похвалили інших, а потім і себе. По

ходу виконання завдання психолог звертає увагу на ту похвалу, яка викликала позитивні реакції оточуючих. Потім він просить розповісти про те, що відчували діти, коли їх хвалили і що більше їм сподобалося: слухати похвалу на свою адресу або самому хвалити іншого.

На закінчення психолог дає завдання дітям похвалити своїх родичів, друзів, знайомих і навіть незнайомих людей.

#### **Заняття 4. Ролі, які грають люди.**

Мета: формування навичок емоційно стабільних реакцій дітей в ситуаціях відсутності попереднього досвіду.

Обладнання: різні атрибути - шапочка доктора, указка вчителя, пензлик художника і т. д.

Порядок проведення. Дітям пропонується спочатку визначити ролі казкових героїв. Згідно з обраними ролями будується ситуація спілкування, після чого діти повинні пояснити, як змінилося їхнє емоційний стан і поведінку.

Друга частина заняття включає в себе моделювання ситуацій, в яких казкові герої діють як професіонали, використовуючи відповідні атрибути. Після цього діти повинні пояснити, як змінилися їхні емоційний стан і поведінка.

#### **Заняття 5. Де мені сісти?**

Мета: сформувати у дітей уявлення про залежність емоційних реакцій від ситуацій спілкування.

Порядок проведення. На відкритому просторі дітям пропонується наблизитися один до одного на максимально зручну для спілкування відстань. Психолог стежить за тим, як діти здійснюють цей процес, і потім просить їх пояснити, чому вони вибрали таку відстань. Після цього він пропонує дітям віддалитися один від одного і спілкуватися з цієї відстані, а потім пояснити, що вони при цьому відчувають і що змінилося. Вибравши

найбільш комфортне просторове розміщення, діти повинні пояснити, який емоційний стан вони відчують на різних дистанціях спілкування.

### **Заняття 6.**

Мета: створити можливості, щоб дитина могла задуматися про природу людської привабливості і симпатії.

Обладнання: зображення людських облич.

Порядок проведення. Психолог показує дітям зображення різних людей і просить відзначити ті, які їм найбільше сподобалися. Потім вибирає ті портрети, які сподобалися більшості або всім, і просить пояснити, чому саме ці портрети привернули увагу дітей. Діти описують свої емоційні реакції, що виникають при перегляді тих чи інших зображень.

У наступній вправі дітям пропонується пояснити сенс приказки: «Не все те золото, що блищить». В результаті заняття психолог підводить дітей до розуміння того, що не тільки зовнішня привабливість, а й внутрішні якості людини дозволяють нам визнати її красу.

### **Заняття 7.**

Мета: формування у дітей умінь і навичок неконфліктних реакцій.

Порядок проведення. В ході заняття розігруються ситуації, в яких казкові персонажі повинні брати участь у вирішенні спірних питань і проблем. Спочатку казковим персонажам пропонують самостійно вирішити ці питання, а потім психолог пропонує вирішення цих проблем із використанням прийомів неконфліктного реагування.

На закінчення заняття дітей просять пояснити, які способи реагування привели до позитивного розв'язання ситуації і чому.

### **Заняття 8.**

Мета: ознайомити дітей із тим, як важливо відчувати співчуття до інших людей.

Порядок проведення. На початку заняття конструюється казкова ситуація, в якій персонажі допомагають одному з них впоратися зі складним становищем, причому його діти вибирають самі. Потім психолог просить кожну дитину пояснити, що вона відчувала, коли допомагала іншому, і в підсумку підводить всіх до висновку про те, що допомога може викликати радісні почуття і у тієї людини, яка її надає.

### **Програма психологічної корекції, спрямована на розвиток пізнавальної сфери, саморегуляції рухової активності дітей з психоорганічним синдромом**

Корекційно-розвивальна програма розвитку пізнавальної сфери молодших школярів з психоорганічним синдромом складається з 6 занять.

Мета програми - розвиток пізнавальних процесів молодших школярів із психоорганічним синдромом.

Заняття проводяться з групою, що складається з 5-6 осіб, 2-3 рази на тиждень.

Тривалість одного заняття - від 35 до 45 хвилин в залежності від віку дітей.

Віковий склад – 7-9 років.

Завдання програми:

- розвиток розумової діяльності;
- розвиток пам'яті, уваги, сприймання, уяви;
- розвиток мовленнєвої діяльності;
- підтримувати у дітей інтерес до занять і матеріалу, що дозволить домогтися значного ефекту

#### **Заняття 1.**

Вправа 1. «Привітання».

Психолог пропонує дітям спочатку привітатися один з одним так, ніби

вони тільки недавно розлучилися, а потім пропонує привітатися так, ніби вони давно один одного не бачили.

#### Вправа 2. «Овочі та фрукти».

Мета заняття: закріпити знання дітей із ПОС про овочі та фрукти, сформувані розумові операції, сприяти розвитку мовленнєвої діяльності.

Хід заняття: розгляньте картинки і муляжі з овочами, порівняйте різні овочі (наприклад, помідор і огірок тощо) за такими ознаками: колір, форма, твердість, шорсткість, місцезростання, способи вживання в їжу. Розгляньте картинки і муляжі з фруктами. Порівняйте різні фрукти (наприклад, яблуко і груша тощо) за тими ж ознаками. Опишіть овочі та фрукти за вказаною схемою.

#### Вправа 3. «Телефонна лінія».

Мета заняття: навчити дітей із ПОС виділяти в об'єктах ознаки, предмети за даними ознаками, виділяти ряд істотних ознак.

Хід заняття: Прослухати передані «телефонною лінією» повідомлення про пропажу дитини і опис одного з дітей у класі. Інші діти зобов'язані шукати ту дитину, яка «загубилася».

#### Вправа 4. «Співвідношення форми, розміру і кольору».

Мета заняття : навчити дітей із ПОС абстрагуванню ознак.

Хід заняття: Гру проводять за типом геометричного доміно. До картки, яка поставлена попереднім гравцем, наступний гравець підбирає картку, що підходить за кольором та формою, і кладе поруч, пояснюючи, чому саме ця картка має бути покладена.

#### Вправа 5. «Назви предмет».

Мета заняття: навчити дітей із ПОС виділяти ознаки матеріалу, класифікувати предмети за цією ознакою.

Хід заняття: експериментатор упереміж розкладає знайомі для дітей предмети, зроблені з різних матеріалів. Діти розглядають і називають ці предмети. Після цього діти вибирають подібні за призначенням речі і ставлять питання про те, що відрізняє різні предмети один від одного.

Після проведення короткої бесіди, уточнення значень слів, що характеризують дані предмети, діти самостійно виконують класифікацію предметів за матеріалом.

Вправа 6. «Побудуй умовивід і судження».

Мета заняття: ознайомити дітей із ПОС із зовнішнім виглядом і назвами рослин та тварин, дати знання про них, допомогти дітям скласти судження і умовиводи про рослини та тварини.

Хід заняття: розглянути з дітьми із ПОС малюнки різних тварин і рослин. Відзначити, що є спільним у всіх тварин і рослин. Розповісти дітям про цих тварин і рослин. Показати дітям їх картинки. Запитати, що вони знають про цих тварин і рослин. Зробити висновок про них, побудувати судження і умовивід.

## **Заняття 2.**

Вправа 1. «Привітання».

Вправа 2. «Відмінності предметів».

Мета заняття: розвинути довільну увагу дітей із ПОС, сприяти розвитку розподілу і переключення уваги.

Хід заняття: дітям із ПОС пропонується розглянути картки, на кожній із яких зображено по 2 предмети, що відрізняються один від одного конкретними деталями. Діти повинні уважно вивчити картинки і знайти та пояснити всі відмінності.

Вправа 3. «Мозаїка».

Мета заняття: розвинути у дітей із ПОС концентрацію і обсяг уваги, сформувати у дітей уміння працювати за зразком.

Хід заняття: дітям із ПОС пропонується за зразком викласти з мозаїки або лічильних паличок різні фігури, цифри, букви, візерунки.

Вправа 4. «Допоможи цуценяті Сірку знайти дорогу».

Мета заняття: сприяти розвитку стійкості уваги.

Хід заняття: дітям із ПОС пропонуються картинки із різними

варіантами лабіринтів, за якими діти повинні допомогти цуценяті Сірку знайти дорогу. Діти повинні простим олівцем намалювати короткий шлях до виходу з лабіринту.

Вправа 5. «Слухайте уважно!».

Мета заняття: сприяти розвитку уваги і пам'яті.

Хід заняття: дітям із ПОС пропонується уважно послухати і запам'ятати, що відбувається за дверима (ведучим видаються різні звуки: музичні інструменти, записи голосів тварин і т.і.).

Потім дітям із ПОС пропонується описати ті звуки, які вони чули. Заняття проводиться з групою дітей. Кожен по черзі слухає, що відбувається, і потім діти розповідають, що вони чули.

Вправа 6. «Вогонь, вода, повітря, земля».

Мета заняття: сприяти розвитку уваги дітей із ПОС, розвитку слухового і рухового аналізаторів.

Хід заняття: діти із ПОС сідають в коло і виконують рухи відповідно до названої стихії.

При слові «Земля» діти повинні опустити руки вниз. При слові «Вода» діти повинні витягнути руки вперед. При слові «Вогонь» діти повертають голову. При слові «Повітря» діти повинні підняти руки вгору. Діти повторюють рухи. Далі ускладнюємо завдання, діти заплющують очі і стихії називаємо довільно.

### **Заняття 3.**

Вправа 1. «Привітання».

Вправа 2. «Постаті».

Мета заняття: сприяти розвитку зорової пам'яті дітей із ПОС.

Хід заняття: дітям із ПОС пропонуються різні картинки із зображенням різних геометричних фігур. Потім дітям пропонується уважно переглянути картинки і запам'ятати, що на них зображено. Потім картинки прибираються і діти повинні по пам'яті їх намалювати на дошці або на папері.

Вправа 3. «Цікаві історії».

Мета заняття: сприяти розвитку слухової пам'яті дітей із ПОС.

Хід заняття: дітям із ПОС пропонується уважно прослухати і запам'ятати різні історії. Потім діти повинні переказати один одному те, що почули. За кращий переказ дитині вручається приз.

Вправа 4. «Веселі картинки».

Мета заняття: сприяти розвитку зорової пам'яті дітей із ПОС.

Хід заняття: дітям із ПОС пропонується уважно розглянути різні картинки із зображенням тварин і рослин та запам'ятати їх. Потім діти повинні назвати ці тварини і рослини та розташувати їх у тій же послідовності, що і на картинці. Час запам'ятовування картинки – 10 секунд.

Вправа 5. «Байки».

Мета заняття: сприяти розвитку слухової пам'яті дітей із ПОС.

Хід заняття: дітям із ПОС пропонується уважно прослухати і запам'ятати різні забавлянки. Потім діти повинні повторити, те, що почули.

Вправа 6. «Заштриховані квадрати».

Мета заняття: сприяти розвитку зорової пам'яті дітей із ПОС.

Хід заняття: дітям із ПОС пропонується розглянути картинки, заштриховані квадратами. Діти повинні запам'ятати розташування заштрихованих квадратів і намалювати такі ж на дошці.

#### **Заняття 4.**

Вправа 1. «Привітання».

Вправа 2. «Таємниці».

Мета заняття: сприяти розвитку уяви дітей із ПОС.

Хід заняття: спочатку ведучий, потім діти із ПОС повинні назвати пари предметів, які, на їх думку, однозначно кодують деякий третій, задуманий ними предмет (наприклад, задумавши "фонтан", кажуть: "дерево" і "злива"), пропонуючи дітям відгадати задумане. Діти повинні написати якомога більше різноманітних предметів і явищ, які представляють собою можливість



розшифровки заданої пари слів, тобто утворюють синтези різних ознак цих предметів (так, у нашому прикладі це можуть бути дельта річки: вода "галузиться" подібно дереву; сиплеться на голову тирса і т.ін.). І так з іншими парами предметів.

Вправа 3. «Помилки».

Мета заняття: сприяти розвитку уяви і сприймання дітей із ПОС.

Хід заняття: ведучий називає дітям будь-який предмет. Діти повинні виписати якомога більше назв інших предметів, за які може бути прийнятий заданий предмет в умовах ускладненого бачення (наприклад, при спалаху світла лише на одну мить, в напівтемряві, в тумані і т.ін.).

Вправа 4. «Подія».

Мета заняття: сприяти розвитку уяви дітей із ПОС.

Хід заняття: ведучий розповідає дітям із ПОС про будь-яку подію. Діти мають написати якомога більше наступних за нею подій і явищ, які вона могла спричинити.

Вправа 5. «Постаті».

Мета заняття: сприяти розвитку точності сприймання дітей із ПОС.

Хід заняття: дітям із ПОС пропонується розглянути картинки із зображенням різних недомальованих геометричних фігур. Діти повинні домалювати їх.

Вправа 6. «Сприймання кольору».

Мета заняття: сприяти розвитку сприймання дітей із ПОС .

Хід заняття: дітям із ПОС пропонуються різнокольорові предмети. Діти із ПОС повинні назвати кольори. Ведучий підказує дитині, якщо вона не впорарається. Діти повинні повторювати цю вправу до тих пір, поки не освоять всю кольорову гамму.

## **Заняття 5.**

Вправа 1. «Привітання».

Вправа 2. «Розстав крапки».

Мета заняття: сприяти розвитку лексико-синтаксичного аналізу та синтезу дітей із ПОС.

Хід заняття: дітям із ПОС пропонуються різні картки, які містять текст, що складається з речень без крапок. Діти повинні знайти кінець речення та розставити крапки, після цього, вони повинні прочитати свої речення, відокремити їх одне від одного за допомогою паузи, озаглавити свій текст і вписати останнє речення до зошиту. Накреслити схему цього речення.

Вправа 3. «Слова, пропозиції».

Мета заняття: сприяти розвитку лексико-синтаксичного аналізу та синтезу дітей із ПОС.

Хід заняття: дітям із ПОС пропонується прочитати слова, записані в необхідній формі на дошці, і скласти речення з цих слів. Потім діти із ПОС повинні записати складені ними речення до зошиту і накреслити схеми цих речень.

Вправа 4. «Голосні літери».

Мета заняття: сприяти розвитку мовленнєвого аналізу і синтезу дітей із ПОС.

Хід заняття: дітям із ПОС пропонується прослухати склади і слова. Потім діти повинні називати голосні звуки складу, слова і визначати місце голосного звуку за схемою: пропонується назвати цифру, під якою записана схема. Аналізуючи інші слова, діти із ПОС повинні самостійно записувати схеми і голосні звуки.

Вправа 5. «Голосні літери».

Мета заняття: сприяти розвитку мовленнєвого аналізу і синтезу дітей із ПОС.

Хід заняття: дітям із ПОС пропонується прочитати записані на дошці склади і скласти з них слова і речення. Складені слова діти із ПОС повинні записати в зошит, потім зачитати і пояснити значення всіх слів.

Вправа 6. «Ах, ці звуки!».

Мета заняття: сприяти розвитку фонематичного аналізу і синтезу дітей

із ПОС.

Хід заняття: дітям із ПОС пропонується послухати слова і назвати перший звук у слові. Потім діти повинні прослухати склади і грюкнути тільки тоді, коли вони почують склад зі звуком [п]. Діти повинні сказати, на початку або в кінці складу вони чують звук [п]. Далі послухати слово, назвати в ньому перший звук і визначити місце голосного в слові. Показати це на схемі за допомогою фішок. І так далі з іншими звуками.

### **Заняття 6.**

Вправа 1. «Привітання».

Вправа 2. «Гардероб».

Мета заняття: навчити дітей утворювати зменшувально-пестливі форми іменників.

Хід заняття: дітям із ПОС пропонуються картинки із зображенням різних предметів гардероба. Ось перша картинка. На ній зображений ляльковий одяг. Назвіть ляльковий одяг у зменшувально-пестливій формі. Ляльковий одяг дуже красивий, він прикрашений різними деталями, назвіть їх. І так далі з іншими картинками.

Вправа 3. «Наші улюблені тварини».

Мета заняття: навчити правильно узгоджувати числівники з іменниками, складати розповіді-описи з використанням допоміжного зорового ряду.

Хід заняття: дітям із ПОС пропонуються картинки із зображенням найрізноманітніших тварин та їх дитинчат, на них діти повинні вибрати і назвати тільки домашніх тварин. Потім діти повинні порахувати, скільки дитинчат у кожній домашньої тварини, і відповісти на питання:

- як можна назвати людину, яка пасе корів? (пастух);
- чи багато корів і коней пасе пастух?
- як можна сказати, коли корів багато? (стадо корів);
- коли багато коней, говорять... (табун);

- якщо багато овець, говорять... (отара);
- я буду показувати вам малюнки, а кажіть, це стадо, табун або отара.

Той, хто помилиться, вибуває з гри.

Складання описового оповідання про коня:

- Відгадайте загадку і ви дізнаєтеся, про кого ми будемо розповідати:  
«Овес поїв і знову за справу» (відповідь: кінь).

Вправа 4. «Меблі».

Мета заняття: навчити дітей утворювати форму множини іменників від назв предметів меблів.

Хід заняття: дітям із ПОС пропонуються картинки із зображенням меблів. Діти повинні утворювати зменшувально-пестливі форми і форми множини іменників від назв предметів меблів.

Вправа 5. «Наша кухня».

Мета заняття: навчити дітей утворювати форму множини прикметників.

Хід заняття: дітям із ПОС пропонуються різні картинки із зображенням їдальні. Діти повинні розглянути картинку і сказати, як виглядає їдальня. (Показується картинка із зображенням їдальні). Що там є? Для чого в їдальню прийшли діти? Чому це місце так називається: їдальня? Що повинно стояти на столах у їдальні? Куди кладуть їжу? (У посуд). Назвіть посуд, який ви знаєте. Утворення відносних прикметників та узгодження їх з іменниками. Кухонні приналежності зроблені з металу, значить, вони ... металеві. Далі діти за прикладом повинні утворювати форму множини прикметників.

Вправа 6. «Квіти».

Мета заняття: навчити дітей використовувати в мовленні прийменники з іменниками в непрямих відмінках .

Хід заняття: дітям із ПОС пропонуються різні картинки із зображенням квітів. За прикладом діти повинні вживати просторові прийменники з іменниками в непрямих відмінках. Роздаємо дітям сюжетні картинки, за якими діти повинні скласти речення і записати їх на дошці.

## **Заняття 7.**

Вправа 1. «Привітання».

Вправа 2. «Прийде сіренький вовчок!»

Мета заняття: перевести сприймання рухової активності у слухову модальність (завдяки дзвіночкам), тим самим звернути увагу дитини на кількість і частоту незадовільних рухів і посмикувань, виробити довільність рухової активності, розвинути орієнтування у просторі, перцепцію, довільну увагу.

Хід заняття: дітей із ПОС саджають на стільці, на зап'ястя, плечі, коліна, гомілки та спину, чіпляємо дзвіночки. Ведучий розкажує правила гри: «Зайці мають сидіти тихо-тихо, щоб жоден дзвіночок не задзвенів і не привернув увагу сірого Вовчика, а ось коли Вовчик убіжить у ліс, то зайці можуть пострибати, подразнити сірого Вовчика». Кожні 2-3 хвилини ведучий має надати можливість дітям пострибати, перепочити. Далі завдання ускладнюється, діти мають сидіти із заплющеними очами і кожен раз, як задзвонить дзвіночок, відповісти ведучому, який саме (визначити місце розташування на тілі) дзвіночок дзвонив (приклад: дзвіночок на коліні лівої ноги).

Вправа 3. «Зачароване дерево».

Мета заняття: розвинути довільність рухової активності, орієнтування у просторі, перцепцію, співдружні рухи, довільну увагу.

Хід заняття: дитині із ПОС на зап'ястя, гомілки та спину чіпляємо дзвіночки. Ведучий розкажує правила гри: «Тебе зачарувала зла відьма, ти став деревом, твої руки і ноги – це гілки, а тіло – це стовбур, і щоб знову стати людиною, ти маєш станцювати танець, але не простий, а який складається із точних рухів гілок і стовбура, а щоб дізнатися, що рухи усі правильні, на тобі є дзвіночки і мають дзвеніти тільки ті, які повісили на певну гілку». Приклад танцю: Верхня ліва гілочка (помахати рукою, щоб задзвонив дзвоник, але тільки на лівій руці), нижня права гілочка, стовбур

(пересмикнути плечима, або нахилити торс, щоб дзвіночок на спині задзвонив, але усі інші дзвоники мовчали) і т.ін. Далі ускладнюємо завдання: співдружними рухами (приклад: ліва верхня і нижня права гілка). Для подальшого ускладнення заняття можна попросити дитину заплющити очі і виконувати інструкції с заплющеними очима.

#### Вправа 4. «Відображення»

Мета заняття: розвинути довільність рухової активності, орієнтування у просторі, перцепцію, співдружні рухи, довільну увагу.

Хід заняття: дитина із ПОС і ведучий становляться обличчям один до одного. Ведучий пояснює правила гри: «На деякий час ти стаєш моїм відображенням і копіюєш мої рухи. Якщо я підіймаю праву руку, то і ти так само підіймаєш праву руку, якщо я підіймаю ліву ногу, то і ти так само мусиш підняти ліву ногу». Далі ведучий виконує прості рухи (підіймає, опускає руки, ноги, нахиляється вперед і у боки). Далі ускладнюємо вправу одночасно виконуючи співдружні рухи.

#### Вправа 5. «Малюємо лише рукою, ноги нам не допомагають!»

Мета заняття: перевести сприймання рухової активності до слухової модальності (завдяки дзвіночкам), тим самим звернути увагу дитини на кількість і частоту недовільних рухів і посмикувань, розвинути довільність рухової активності, розвинути перцепцію, довільну увагу.

Хід заняття: дитині із ПОС на гомілки чіпляють дзвіночки, саджають за стіл. Ведучий розказує правила гри: «Вам треба намалювати геометричні фігури (ряд із будь яких геометричних фігур, розрахований на 2-3 хвилини малювання), але у малюванні ми задіємо лише руки, а перевіримо це завдяки дзвіночкам, які задзвонять, коли ноги або спина нам стане допомагати у малюванні!».

#### Вправа 6. «Граємо, як на роялі»

Мета заняття: розвинути моторику, перцепцію, орієнтування, довільну увагу.

Хід заняття: дитину із ПОС саджають за стіл, руки кладуть на стіл

долонями до низу. Пальці дитини мають бути розслаблені. Ведучий пояснює правила гри: «Зараз я буду торкатися твоїх пальців, той палець, до якого я доторкнувся, ти маєш підняти і опустити». Дотики до пальців дитини мають бути різної сили, від сильних дотиків до ледь відчутних, також можна доторкатися пір'ячком або маленьким молоточком. Далі ускладнюємо завдання, для цього просимо дитину закрити очі і виконуємо вправу із заплющеними очима, в подальшому можна несиметрично натискати на два пальці, по одному на кожній руці. В подальшому при дотику до пальця дитина має назвати палець і на який руці розташований (приклад: підіймаю вказівний палець правої руки). Ускладнення заняття – дитина має підіймати палець не за дотиком, а за вербальною командою (приклад – а тепер підійми мізинець лівої руки і т.ін.).

Вправа 7. «Дзеркальні рухи».

Мета заняття: розвинути моторику, перцепцію, орієнтування, довільну увагу.

Хід заняття: дитину із ПОС саджають за стіл, руки кладуть на стіл долонями до низу, ведучий сідає напроти дитини і кладе руки на стіл. Пальці дитини і ведучого мають бути розслаблені. Ведучий пояснює правила гри: «Зараз я буду підіймати пальці по одному, а ти маєш повторити мої рухи як у дзеркалі (той самий палець, але на протилежній руці)». Приклад: ведучий підіймає великий палець лівої руки, дитина має підняти великий палець правої руки і т.ін.