

Качмарик Х.В. Особливості розробки індивідуальної програми розвитку як аспект психологічного супроводу аутичної дитини в умовах дошкільної установи.

У статті розглядаються особливості психологічного супроводу аутичних дітей в умовах дошкільної установи. Проаналізовано один з компонентів психологічного супроводу: психологічну корекцію, який передбачає розробку індивідуальної програми розвитку як аспект психологічного супроводу аутичної дитини. На основі факторного аналізу створено і описано факторну модель психологічної корекції, як одного з компонентів психологічного супроводу аутичної дитини у дошкільній установі. Виокремлено і обґрунтовано етапи реалізації індивідуальної програми розвитку аспекті психологічного супроводу: сенсорна інтеграція аутичних дітей для подолання їх над вразливості, встановлення емоційного контакту спеціалістів з аутичною дитиною, введення дитини у стан слухання, активізація пізнавальних процесів аутичної дитини.

Ключові слова: аутична дитина, психологічна корекція, психологічний супровід, етапи психологічного супроводу, індивідуальна програма розвитку.

Качмарик Х.В. Особенности разработки индивидуальной программы развития как аспект психологического сопровождения аутичного ребенка в условиях дошкольного учреждения.

В статье рассматриваются особенности психологического сопровождения аутичных детей в условиях дошкольного учреждения. Проанализированы один из компонентов психологического сопровождения: психологическую коррекцию, предусматривающий разработку индивидуальной программы как аспект психологического сопровождения аутичного ребенка. На основе факторного анализа создано и описано факторную модель психологической коррекции, как одного из компонентов психологического сопровождения аутичного ребенка в дошкольном учреждении. Выделены и обоснованы этапы реализации индивидуальной программы аспекте психологического сопровождения: сенсорная интеграция аутичных детей для преодоления их сенсорной чувствительности, установление эмоционального контакта специалистов с аутичным ребенком, введение ребенка в состояние слушания, активизация познавательных процессов аутичного ребенка.

Ключевые слова: аутичный ребенок, психологическая коррекция, психологическое сопровождение, этапы психологического сопровождения, индивидуальная программа развития.

Kachmaryk Kh. Features an individualized program of psychological support as an aspect of an autistic child in a preschool.

The article discusses features of psychological support for autistic children in preschool. Analysis of each component of psychological support: psychological adjustment, which involves the development of an individual program of psychological support as an aspect of an autistic child. Based on factor analysis, established and described factor model of psychological adjustment as a component of psychological support for autistic children in preschool institutions. Singled out and proved stages of individual development programs aspects of psychological support: sensory integration of autistic children to overcome their sensory sensitivity, establish emotional contact specialists autistic child, putting the child in a state hearing, activation of cognitive processes autistic child.

Keywords: autistic child, psychological adjustment, psychological support, stages of psychological support, individual development program.

Стаття надійшла до редакції 15.01.2014р.

Статтю прийнято до друку 20.02.2014р.

Рецензент: д.психол н., проф.Шульженко Д.І.

УДК: 159.922.76-056.36-053.5:159.923.2

**ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ
ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ
ІЗ ПСИХООРГАНІЧНИМ СИНДРОМОМ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ**

Клименко І.С.

Постановка проблеми. Психічний дизонтогенез у дітей із резидуальною церебрально-органічною патологією не обов'язково може мати характер одночасного відставання в дозріванні всіх психічних процесів, або мати стійкі патопсихічні прояви. Часто психічний розвиток таких дітей здійснюється асинхронно, розвиток одних психічних процесів своєчасно, тоді як інші відстають за часом виникнення і можуть бути спотворені по структурі, а патопсихічні аномалії не стійкі в проявах, що ускладнює ранню діагностику і диференціацію. Саме таким є психоорганічний синдром (ПОС) - психопатологічні прояви органічного ураження мозку (А.В. Снежневський, 1983; В.Н. Кузнецов, 2000; Б.М. Півень, 2006). Особливості психічних процесів та емоційно-вольової сфери при психоорганічному синдромі були предметом досліджень, з використанням не тільки клінічних, але і експериментально-психологічних, патопсихологічних методів (Б.В. Зейгарник, 1962, 1969, 1976; Х. Вальтер-Бюель, 1951; С.Я. Рубінштейн, 1970; В.В. Ковальов, 1974; В.М. Блейхер, 1976, 1986; А.Е. Личко, 1979; А.П. Чуприков, 1980; Д.Н. Ісаєв, 1982; Б.М. Півень, 1998; Н.Є.Буторіна, 2000, 2001; Р.Б. Карімова, 1990; 2002; Л.А.Бенько, 2004; Н.А. Благініна, 2009; Bleuler E. 1923, 1979; Lauter H., 1973; Sandok B., 1975, 1980). В

патопсихології виділяється екзогенний органічний симптомокомплекс, на основі якого і диференціюється психоорганічний синдром, триада Вальтера-Бюеля - зниження пам'яті та інтелектуальної продуктивності, інертність психічних процесів, особливо інтелектуальних, трудність переключення активної уваги і її вузькість, а також різноманітні афективні порушення. Однак не акцентується увага на міру вираженості різноманітності порушень, а лише стверджується їх нозологічна відповідність екзогенно-органічним ураженням головного мозку різної етіології. Симптомокомплекс Вальтера-Бюеля виражений як у дорослих, так і у дітей із психоорганічним синдромом, але у дітей він має певні вікові особливості. Органічне ураження головного мозку, що лежить в їх основі, виникає в період інтенсивного розвитку мозкових систем і функцій, при більшій або меншій морфофізіологічній незрілості центральної нервової системи. Це веде до появи в клінічній картині психоорганічного синдрому у дітей, особливих феноменів властивих тому чи іншому рівню вікового нервово-психічного реагування (В.В. Ковальов, 1969), а також різних симптомів порушення розвитку психічних і неврологічних функцій.

У зв'язку з цим, актуальним є саме диференційований, міждисциплінарний підхід у вивченні особливостей психічного розвитку в рамках різних проявів психоорганічного синдрому у дітей.

Мета роботи – дослідження особливостей пізнавальної (мислення, пам'ять, увага, мовна діяльність, сприйняття, уява, комунікативні навички) та емоційної сфер дітей молодшого шкільного віку із психоорганічним синдромом шляхом диференційного аналізу з дітьми інших клінічних груп, та нормально розвиваючимися дітьми.

Проблема особливостей психічного розвитку. Когнітивні порушення в структурі психоорганічного синдрому припускають дефіцит пам'яті, уваги, мислення, недорозвинення мовленевих функцій, дефіцит швидкого засвоєння або відтворення інформації. Ці стани проявляються труднощами знаходження слів, зниженням швидкості мовлення, чим викликають помітний дистрес, перешкоджають діяльності на звичному рівні, але не відповідають критеріям деменції. Психоорганічний синдром у дітей протікає з порушеннями розвитку пізнавальної діяльності, мовних функцій, емоційної незрілості, в основному без грубих порушень в опорно-руховому апараті. При віковій сформованості зору і слуху ці діти погано навчаються [3, с. 560].

У дошкільному та молодшому шкільному віці у дітей із психоорганічним синдромом органічні порушення центральної нервової системи в тій чи іншій мірі вираженості, як правило, зберігаються в 50% - 92% випадків [2, с. 371].

Для цього контингенту дітей характерна дисфункція діенцефальних та стовбурових структур головного мозку. Більшість дослідників відзначають, що труднощі в навчанні дітей із психоорганічним синдромом тісно пов'язані з ослабленням механізмів регуляції центральної нервової системи, яке на психологічному рівні проявляється в низькій працездатності, швидкій стомлюваності, частою відволікаємостю. Емоціональній нестійкості. Порушення пізнавальної діяльності при психоорганічному синдромі, на думку ряду авторів, пов'язано з явищами церебральної астенії. Органічна недостатність, наявна у даній категорії дітей, проявляється астеничними станами, порушеннями розвитку когнітивних функцій, зниженням об'єму пам'яті та уваги, психічної виснаженістю. У афективній сфері у дітей із психоорганічним синдромом спостерігається емоційна лабільність, підвищена збудливість [1, с. 452].

У дітей із психоорганічним синдромом у розвитку всіх видів мислення і особливо словесно-логічного спостерігається відставання. Відзначається значне розходження між рівнем інтуїтивно-практичного і словесно-логічного мислення у цих дітей: практично правильно виконуючи завдання, діти часто не можуть обґрунтувати свої дії. Спостерігається більш високий рівень розвитку наочно-дієвого і наочно-образного мислення у дітей із психоорганічним синдромом в порівнянні зі словесно-логічним мисленням, відносно віку. У дітей із психоорганічним синдромом операції мислення більш розвинені на чуттєвому, конкретно-предметному, ніж на вербально-абстрактному рівні. Перш за все, у цих дітей страждає процес узагальнення. Потенційні можливості дітей із психоорганічним синдромом значно нижче, ніж у однолітків з нормою розвитку. Описано також ряд інших особливостей мислення дітей із психоорганічним синдромом. Серед них неповноцінність процесів аналізу, узагальнення, абстрагування; недостатня гнучкість мислення. Такі діти аналізують неплановірно, опускають багато деталей, виділяють мало ознак. При узагальненні порівнюють об'єкти попарно (замість порівняння одного об'єкта з усіма іншими), роблять узагальнення по несуттєвим ознаками. До початку шкільного навчання у них не сформовані розумові операції: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення. У дітей із психоорганічним синдромом слабо розвинені доступні за віком розумові операції [1; 3].

Дослідження свідчать про низьку ефективність роботи механізмів уваги у дітей із психоорганічним синдромом, що є наслідком незрілості нейрональних мереж, відповідальних за механізми селекції інформації, що істотно обмежує адаптивний ресурс цих дітей у порівнянні із дітьми з нормою розвитку. Стратегія емоційного сприйняття у дітей із нормою розвитку характеризується емоційним «заглибленням» уваги в бік «захоплення» загрозливою інформацією (сигнали «страху»), відображаючи адаптивну стратегію активного опанування загрози. Навпаки, у дітей із психоорганічним синдромом особливості сприйняття емоційних стимулів вказують на менш

адаптивну, субмісивну стратегію «уникнення» емоційно значимої інформації [3; 4; 6].

Численні клінічні і психологічні дослідження доводять, що значне місце в структурі дефекту пізнавальної діяльності дітей із психоорганічним синдромом належить порушень пам'яті. Дітям із психоорганічним синдромом властиво недорозвинення самоконтролю, слабка вибірковість пам'яті, невміння навмисно застосовувати раціональні способи мнемічної діяльності, низька розумова активність в процесі відтворення [3; 6].

Від 40% до 60% дітей із психоорганічним синдромом на сьогоднішній день мають виражені дефекти мовлення (фонетико-фанематичне недорозвинення мовлення, заїкування). У решти дітей спостерігається загальне недорозвинення мовлення, яке проявляється в її запізнілому формуванні, обмеженості і бідності словникового запасу, порушеннях фонематичного слуху, недостатній активності та низькій виразності (Г.Б.Абрамович, 1965; В.В.Ковалев, 1969; В.Н. Кузнецов, 2001; С.Н. Зінченко, 2001; Н.Н. Яхно, 2007; Е. Bleuler, 1923; та ін.).

Інтелектуальна незрілість дитини проявляється в недостатності знань і уявлень про навколишній світ. Дефекти мовлення призводять до труднощів формування операцій порівняння, диференційованого сприйняття об'єктів. Спостережуваний розрив в дошкільному віці між орієнтуванням у просторі з точкою відліку від «себе» і сприйняттям-відтворенням просторових відносин між предметами у дітей із психоорганічним синдромом значно вище, ніж у однолітків з нормальним розвитком. Осягнення об'єктивних відносин між предметами у них формується в більш пізні терміни, що впливає на формування узагальнених уявлень про простір, здатність визначати напрямок не тільки щодо себе, але і по відношенню до інших об'єктів [3; 5].

Численими дослідженнями підтверджено, що в структурі дефекту у дітей із психоорганічним синдромом виступає незрілість емоційної сфери (Т.Є. Єгорова, Г.І. Жаренкова, В.І. Лубовський, Л.І. Переслені), яка проявляється в слабкості вольових установок, емоційної нестійкості, рухової розгальмованості або, навпаки, апатії, афективної збудливості, імпульсивності. У дітей із психоорганічним синдромом спостерігається відставання у розвитку емоцій, найбільш вираженими проявами якого є емоційна нестійкість, лабільність, легкість зміни настроїв і контрастних проявів емоцій. Вони легко і, з точки зору спостерігача, часто невмотивовано переходять від сміху до плачу і навпаки. Відзначається нетолерантність до фрустраційних ситуацій. Так, незначний привід може викликати емоційне збудження і навіть різку афективну реакцію, неадекватну ситуації. Така дитина то проявляє доброзичливість по відношенню до інших, то раптом стає злою і агресивною. При цьому агресія направляється не на дію особистості, а на саму особистість. Нерідко у дітей із психоорганічним синдромом відзначається стан занепокоєння, тривожність. Що означає, що на відміну від нормально розвинутих дітей діти із психоорганічним синдромом фактично не потребують взаємодії з однолітками. Грати вони воліють поодиночі. У них не відзначається виражених прихильностей до будь-кого, емоційних переваг до когось із однолітків, тобто не виділяються друзі, міжособистісні стосунки нестійкі. Взаємодія носить ситуативний характер. Діти віддають перевагу спілкуванню з дорослими або з дітьми молодше себе, але і в цих випадках не проявляють значної активності [3; 5; 6].

Таким чином, у дітей із психоорганічним синдромом часто присутні відхилення в емоційній сфері, їм притаманні порушення процесів збудження і гальмування, самоконтролю. У таких дітей уповільнено формуються розумові операції, такі наприклад як порівняння і узагальнення, їм важко виділити якісь предмети на тлі інших, або навпаки дати предметам узагальнюючу назву. Найчастіше у дітей із психоорганічним синдромом спостерігається уповільнений темп мовленевого розвитку, у порівнянні з однолітками з нормою розвитку. У них спостерігається обмеженість словникового запасу, страждає вимовляння, так само у таких дітей часто зустрічаються порушення дрібної моторики, що проявляється в загальній незручності, незграбності.

Результати дослідження. У дослідженні особливостей психічного розвитку взяли участь 210 дітей молодшого шкільного віку, хлопчики і дівчатка. На момент проведення експерименту дітям усіх досліджених груп було від 6 років 6 місяців до 8 років. Вибірка складала 70 дітей (54 хлопчика і 16 дівчат) з діагнозом – F-07.9 «Резидуально-органічне ураження центральної нервової системи у формі психоорганічного синдрому», 35 дітей (27 хлопців і 8 дівчат) з діагнозом «Легка розумова відсталість» F-70, 35 дітей (29 хлопців і 6 дівчат) – F-90 «Гіпердинамічний, гіперкінетичний синдром з дефіцитом уваги», 35 дітей (26 хлопчиків і 9 дівчат) з діагнозом F-84.0 «Дитячий аутизм», 35 дітей (25 хлопців і 10 дівчат) з нормою психофізичного розвитку.

Для дослідження особливостей мислення молодших школярів із ПОС в порівнянні з дітьми з нормою розвитку, дітьми із СПР, дітьми з аутизмом, дітьми з РВ ми використовували методику - «Стандартні кольорові матриці Равена».

Для дослідження особливостей уваги - «Трикутники» на виявлення рівня розвитку довільної уваги, стійкості, концентрації і переключення уваги.

Для дослідження пам'яті - «10 слів» А.Р. Лурія для діагностики пам'яті.

Для дослідження писемного мовлення використовували методику виявлення порушень писемного мовлення І.М. Садовникової.

Для дослідження мовленнєвої діяльності - методика діагностики мовленнєвої діяльності Т.А. Фотекової.

Для дослідження особливостей сприйняття ми використовували методику діагностики сприйняття «Чого не вистачає?» Немова Р.С..

Для дослідження особливостей уяви ми використовували методику «Намалюй що-небудь» Марциновської Т.Д..

Для дослідження особливостей емоційної сфери ми використали методику «Кольоровий психодіагностичний тест» М. Люшера.

Для оцінки розходжень між групами досліджуваних дітей по рівню кількісно вимірюваних ознаки ми використовували t-критерій Стьюдента.

Отримані дані за результатами дослідження випробуваних груп дітей представлені в таблицях 1, 2, 3,4.

Табл. 1.

Досліджувані групи дітей	середні результати дослідження мислення	t _{емп} N1	t _{емп} N2	середні результати дослідження уваги	t _{емп} N1	t _{емп} N2
церебростенічна форма ПОС (N1)	12,54			3,14		
Психопатоподібна форма ПОС (N2)	11,63			3,03		
аутизм	8,49	11,6>1,99	9,8>1,99	2,2	10,4>1,99	8,3>1,99
норма розвитку	29,37	44,3>1,99	50,7>1,99	4,91	25,3>1,99	20,9>1,99
СПР	23,43	17,3>1,99	19,3>1,99	4,46	13,2>1,99	13>1,99
РВ	1,34	33,9>1,99	34,3>1,99	1,09	29,3>1,99	21,6>1,99

Табл. 2.

Досліджувані групи дітей	середні результати дослідження пам'яті	t _{емп} N1	t _{емп} N2	середні результати дослідження ісемного мовлення	t _{емп} N1	t _{емп} N2
церебростенічна форма ПОС (N1)	5,51			3,94		
Психопатоподібна форма ПОС (N2)	5,49			3,4		
аутизм	3,91	11,4>1,99	11,3>1,99	2,23	17,1>1,99	14,3>1,99
норма розвитку	9,74	38,5>1,99	38,6>1,99	9,63	51,7>1,99	43,8>1,99
СПР	7,89	18,3>1,99	18,5>1,99	7,23	27,4>1,99	23,5>1,99
РВ	1,29	38,4>1,99	38,2>1,99	1,03	22,4>1,99	19,4>1,99

Табл. 3.

Досліджувані групи дітей	середні результати дослідження овленевої діяльності	t _{емп} N1	t _{емп} N2	середні результати дослідження сприйняття	t _{емп} N1	t _{емп} N2
церебростенічна форма ПОС (N1)	130,91			4,34		
Психопатоподібна форма ПОС (N2)	132,17			4,43		
аутизм	95,4	37>1, 99	35,7> 1,99	2,43	17,4> 1,99	16,7> 1,99
норма розвитку	191,09	56,2> 1,99	51,7> 1,99	8,49	37,7> 1,99	33,8> 1,99
СПР	168,4	37,5> 1,99	33,9> 1,99	6,74	21,8> 1,99	21>1, 99
РВ	73,69	54,5> 1,99	52,7> 1,99	0,89	26,5> 1,99	27,2> 1,99

Табл.4.

Досліджувані групи дітей	середні результати дослідження яви	t _{емп} N1	t _{емп} N2	середні результати дослідження емоційної сфери	t _{емп} N1	t _{емп} N2
церебростенічна форма ПОС (N1)	6,29			2,03		
Психопатоподібна форма ПОС (N2)	5,97			2		
аутизм	3,54	17,2> 1,99	15,2> 1,99	1,89	1,2 < 1,99	0,9<1, 99
норма розвитку	9,69	21,3> 1,99	23,3> 1,99	3,86	18,3>1 ,99	18,6> 1,99
СПР	8,66	14,8> 1,99	16,8> 1,99	2,77	6,7>1, 99	7,7>1, 99
РВ	1,06	29,1> 1,99	27,3> 1,99	1,66	3,4>1, 99	3,1>1, 99

Висновки:

1. Діти молодшого шкільного віку з церебростенічною і психопатоподібною формою психоорганічного синдрому мають III рівень розвитку мислення за методикою Ровена. Ці діти характеризуються середнім інтелектом. Діти з аутизмом мають IV рівень розвитку мислення. Інтелектуальні можливості цих дітей явно нижче середнього рівня. Діти з розумовою відсталістю мають V рівень розвитку мислення. Для них характерно істотне зниження інтелекту. Діти з нормою розвитку та діти з синдромом психомоторної розгальмованості мають II рівень розвитку мислення. Інтелектуальні можливості цих дітей середні та вище середнього. При цьому діти з нормою у розвитку трохи перевершують дітей із синдромом психомоторної розгальмованості за рівнем розвитку мислення. Рівень розвитку мислення у дітей із психоорганічним синдромом нижче, ніж у дітей з нормою у розвитку та дітей із синдромом психомоторної розгальмованості, але вище, ніж рівень розвитку мислення у дітей з аутизмом і розумовою відсталістю.

2. Діти молодшого шкільного віку з церебростенічною і психопатоподібною формою психоорганічного синдрому мають середній рівень розвитку уваги. Їм характерні порушення переключення, концентрації, стійкості, обсягу уваги. Рівень розвитку уваги у дітей з ПОС значно нижче, ніж у дітей з нормою у розвитку та дітей з СПР, але вище, ніж рівень розвитку уваги у дітей з аутизмом і розумовою відсталістю.

3. Діти молодшого шкільного віку з церебростенічною і психопатоподібною формою ПОС мають середній рівень розвитку пам'яті. Рівень розвитку пам'яті у дітей з ПОС значно нижче, ніж у дітей з нормою у розвитку та дітей з СПР, але вище, ніж рівень розвитку пам'яті у дітей з аутизмом і розумовою відсталістю.

4. Діти молодшого шкільного віку з церебростенічною і психопатоподібною формою ПОС мають рівень розвитку письма нижче середнього. Рівень розвитку письма у дітей з ПОС значно нижче, ніж у дітей з нормою у розвитку та дітей з СПР, але вище, ніж рівень розвитку письма у дітей з аутизмом і розумовою відсталістю.

5. Діти молодшого шкільного віку з церебростенічною і психопатоподібною формою ПОС мають середній рівень розвитку мовленевої діяльності. Рівень розвитку мовлення у дітей із ПОС значно нижче, ніж у дітей з нормою у розвитку та дітей з СПР, але вище, ніж у дітей з аутизмом і розумовою відсталістю.

6. Діти молодшого шкільного віку з церебростенічною і психопатоподібною формою ПОС мають середній рівень розвитку сприйняття. Рівень розвитку сприйняття у дітей з ПОС значно нижче, ніж у дітей з нормою у розвитку та дітей з СПР, але вище, ніж у дітей з аутизмом і розумовою відсталістю.

7. Діти молодшого шкільного віку з церебростенічною і психопатоподібною формою ПОС мають середній рівень розвитку уяви. Рівень розвитку уяви у дітей з ПОС нижче, ніж у дітей з нормою у розвитку та дітей з СПР, але вище, ніж у дітей з аутизмом і розумовою відсталістю.

8. Діти молодшого шкільного віку з церебростенічною і психопатоподібною формою ПОС мають незадовільний емоційний стан, хоча і більш сприятливий, ніж у дітей з РВ. Емоційний фон у дітей з ПОС менш сприятливий, ніж у дітей з нормою у розвитку та дітей з СПР.

9. Діти молодшого шкільного віку з ПОС мають когнітивні й емоційні порушення і відстають у розвитку пізнавальної та емоційної сфер у порівнянні з нормальними дітьми.

Література

1. Антипенко Е.А., Анисимова Л.М., Одинцов Е.А., Рустов А.В. Особенности когнитивного дефекта при дисциркуляторной энцефалопатии /Е.А. Антипенко, Л.М. Анисимова, Е.А. Одинцов, А.В. Рустов/ /возрастной аспект/ Цитология. 1997. - Т. 39, № 6.-452 с. **2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.** Психосоматическая медицина. /В. Бройтигам, П.Кристиан/ - М., 1999.- 371с. **3. Ковалев, В.В.** Психиатрия детского возраста /В.В. Ковалев/ - М.: Медицина, 1995. - 560 с. **4. Кричевец А.Н.** Внутренние условия развития и психофизическая проблема / А.Н. Кричевец // Вопр. психологии. - 2005. - № 1. - С. 3-18. **5. Яхно Н.Н.** Когнитивные расстройства // Неврологический вестник. /Н.Н. Яхно/ 2007. - Т. 39.-В. 1.-С. 134-138. **6. Bonhoeffer K.** Psychische Residuarustanden nach Encephalitis epidemica bei Kindern /K. Bonhoeffer/Klin, 1922b. - 1446 p.

References

1. Antipenko E.A., Anisimova L.M., Odincov E.A., Rustov A.V. Osobennosti kognitivnogo defekta pri disirculjatornoj jencefalopatii /E.A. Antipenko, L.M. Anisimova, E.A. Odincov, A.V. Rustov/ /vozrastnoj aspekt/ Citologija. 1997. - Т. 39, № 6.- 452 s. **2. Brojtigam V., Kristian P., Rad M.** Psihosomaticheska j medicina. /V. Brojtigam, P. Kristian/ - M., 1999.- 371s. **3. Kovalev, V.V.** Psihijatrija det'skogovozrasta /V.V. Kovalev/ - M.: Medicina, 1995. - 560 s. **4. Krichevec A.N.** Vnutrennie uslovija razviti ja psihofizicheska j problema / A. Krichevec // Vopr. psihologii. - 2005. - № 1. - S. 3-18. **5. Jahno N.N.** Kognitivny e rasstrojstva // Nevrologicheskij vestnik. /N.N. Jahno/ 2007. - Т. 39.-V. 1.-S. 134-138. **6. Bonhoeffer K.** Psychische Residuarustanden nach Encephalitis epidemica bei Kindern /K. Bonhoeffer/ Klin, 1922b. - 1446 p.

Клименко І.С. Диференційна діагностика особливостей психічного розвитку дітей молодшого шкільного віку із психоорганічним синдромом резидуально-органічного генезу

У статті розглянуті результати дослідження особливостей психічного розвитку у виділених груп дітей із психоорганічним синдромом (психопатоподібною і церебростенічною формами) в порівнянні з дітьми із нормою психічного розвитку, дітьми з синдромом психомоторної разгальмованості, дітьми з аутизмом, дітьми з розумовою відсталістю. Дослідження проводились в галузі пізнавальної (мислення, пам'ять, увага, мовна діяльність, сприйняття, уява, комунікативні навички) та емоційної сфер психічного розвитку.

Психічний дизонтогенез у дітей з церебрально-органічною патологією часто здійснюється асинхронно, розвиток одних психічних процесів своєчасно, тоді як інші відстають за часом виникнення і можуть бути спотворені по структурі, а патопсіхічні аномалії не стійкі в проявах. У зв'язку з цим, актуальним є саме диференційований, міждисциплінарний підхід у вивченні особливостей психічного розвитку дітей із психоорганічним синдромом.

Результати вивчення особливостей психічного розвитку дітей молодшого шкільного віку із психоорганічним синдромом свідчать про когнітивні порушення і відставання у розвитку пізнавальної сфери. Діти молодшого шкільного віку з церебростенічною і психопатоподібною формою психоорганічного синдрому мають незадовільний емоційний стан.

Ключові слова: психоорганічний синдром, психопатоподібна форма психоорганічного синдрому, церебростенічна форма психоорганічного синдрому, синдроми психомоторної разгальмованості, розумова відсталість, аутизм, когнітивні функції, емоційний стан.

Клименко И.С. Дифференциальная диагностика особенностей психического развития детей младшего школьного возраста с психоорганическим синдромом резидуально – органического генеза

В статье рассмотрены результаты исследования особенностей психического развития в выделенных группе детей с психоорганическим синдромом (психопатоподобной и церебростенической формами) в сравнении с детьми с нормой психического развития, детьми с синдромом психомоторной расторможенности, детьми с аутизмом, детьми с умственной отсталостью. Исследования проводились в области познавательной (мышление, память, внимание, речевая деятельность,

восприятие, воображение, коммуникативные навыки) и эмоциональной сфер психического развития.

Психический дизонтогенез у детей с церебрально – органической патологией часто осуществляется асинхронно, развитие одних психических процессов своевременно, тогда как другие отстают по времени возникновения и могут быть искажены по структуре, а патопсихологические аномалии не устойчивы в проявлениях. В связи с этим, актуальным является именно дифференциальный, междисциплинарный подход в изучении особенностей психического развития детей с психоорганическим синдромом.

Результаты изучения особенностей психического развития детей младшего школьного возраста с психоорганическим синдромом свидетельствуют о когнитивных нарушениях и отставании в развитии познавательной сферы. Дети младшего школьного возраста с церебростенической и психопатоподобными формами психоорганического синдрома имеют неудовлетворительное эмоциональное состояние.

Ключевые слова: психоорганический синдром, психопатоподобная форма психоорганического синдрома, церебростеническая форма психоорганического синдрома, синдромы психомоторной расторможенности, умственная отсталость, аутизм, когнитивные функции, эмоциональное состояние.

Klimentko I.S. Differential diagnostics features mental development of children of primary school age with psycho-organic syndrome residually – organico rigin

The article describes the results of studies of the mental development in selected groups of children with psychoorganic syndrome (psychopathic and cerebrotenic forms) compared with children with normal mental development of children, with psychomotor disinhibition syndrome, children with autism, children with mental retardation. The studies were conducted in the field of cognitive (thinking, memory, attention, speech activity, perception, imagination, communication skills) and emotional spheres of mental development.

Psychic disontogenesis of children with cerebral – organic pathology is often formed asynchronously, the development of some mental processes in a timely manner, while others lag in time of occurrence and may be distorted by the structure and pathopsychological anomalies are not stable in the manifestations. In this regard, it is relevant differential, interdisciplinary approach to the study of singularities of mental development of children with psychoorganic syndrome.

Results of the study features of mental development of children of primary school age with psychoorganic syndrome show cognitive impairment and development delay in cognitive area. Children of primary school age with cerebrotenic and psychopathic forms of psychoorganic syndrome have poor emotional state.

Keywords: psychoorganic syndrome, psychopathic form of psycho-organic syndrome, cerebrotenic form of psychoorganic syndrome, psychomotor disinhibition, mental retardation, autism, cognitive function, emotional state.

Стаття надійшла до редакції 20.02.2014 р.

Статтю прийнято до друку 01.03.2014 р.

Рецензент: д.мед.н., проф. Пілягіна Г.Я.

УДК 159.922.76-056.316:159.942

ВПЛИВ ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА ЕМОЦІЙНЕ РЕАГУВАННЯ РОЗУМОВО ВІДСТАЛИХ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ

Коваленко В.Є.

Успішна соціалізація та самореалізація розумово відсталих дітей мають бути забезпечені особливими способами побудови навчального процесу, шляхом корекції і компенсації порушень фізичного і психічного розвитку, умілого використання змісту освіти для виправлення недоліків розвитку пізнавальної та емоційно-вольової сфер. В.М. Сильнов наголошує на тому, що незалежно від форми організації навчального процесу, освітнє середовище має забезпечити комплекс умов для цілеспрямованого розвитку психічних процесів, набуття практичного та емоційного досвіду дитини, а відтак – і соціалізації у суспільстві. Освітнє середовище виступає фактором, який детермінує особистісний і емоційний розвиток, що входить до його складу [1, с. 413].

У дослідженнях вітчизняних і зарубіжних вчених (В.К. Вілюнас, Л.С. Виготський, О.В. Запорожець, Є.П. Ільїн, А.Д. Кошелева, О.М. Леонтьєв, Я.З. Неверовіч, Casey, Harris, Saarni та ін.) зазначається, що стан емоційного розвитку визнається одним з центральних факторів адаптації та соціалізації дітей. Отже, можливості соціальної адаптації учнів молодшого шкільного віку з розумовою відсталістю багато в чому будуть визначатися особливостями емоційної регуляції їх поведінки, а також рівнем сформованості у них умінь управління своїм емоційним реагуванням в різних ситуаціях соціальної взаємодії з дорослими і однолітками. Л.С. Виготський та С.Л. Рубінштейн розглядають емоційне реагування як складний комплекс реакцій на явища навколишньої дійсності, що полягає в когнітивному оцінюванні ситуації і на цій основі її подальшому афективному відображенні [2].

Питанням визначення сутності, структури, характеристик освітнього середовища присвячені праці М.С. Артем'євої, І.Д. Бежа, В.І. Бондаря, О.О. Дмитрієва, В.В. Засенко, А.А. Колупаєвої, А.Н. Коноплевої, М.М. Малофєєва, В.М. Сильнова, О.А. Стребелевої, О.В. Хуторського, Л.М. Шипіциної, Н.Д. Шматко та ін.