

пристосування до нього. Вчена встановила, що під час переходу дитини у новий навчальний заклад рівень її адаптивності залежить перш за все від того, яку роль передбачає „грати“ новачок у новому класі, які обставини привели його в інший заклад, як він „вписується“ в основні параметри психологічного клімату класу, а саме: у сукупність ціннісних орієнтацій, мотиваційних установок, міжособистісних стосунків, у спрямованість лідерів тощо. Усі ці фактори значною мірою впливають на результат пристосування новачка до нового навчального середовища [4].

Узагальнення точок зору з приводу означеної проблеми дає підстави для висновку про те, що успішність адаптації може визначитися як індивідуальними психофізіологічними особливостями людини, так і життєво сформованими особистісними характеристиками: здібностями, моральними установками, життєвим досвідом тощо, тобто чинниками соціального ґатунку.

Варто пам'ятати, що дитина з тяжкими порушеннями мовлення має труднощі які стосуються

спілкування з оточуючим світом. Саме відсутність повноцінного спілкування може стати причиною що ускладнює психічний розвиток такої дитини.

Як свідчить аналіз літературних джерел найгостріше постає питання адаптації дітей з тяжкими порушеннями мови до нових умов діяльності.

Н.Л.Гуткина, О.В.Коптаєва[3] стверджують, що процес переходу дошкільника до шкільного навчання супроводжується низкою труднощів. Це насамперед пов'язано із значним психічним навантаженням, труднощами у спілкуванні, які в свою чергу впливають на перебіг адаптації дитини у нові соціальній групі.

На нашу думку, однією з ефективних умов соціалізації та адаптації дитини з тяжкими порушеннями мовлення є включення її в колектив (групу) здорових однолітків. Саме тому, «раннє» включення такої дитини є позитивним кроком до розвитку її вміння адекватно взаємодіяти з оточуючими, формувати соціальну впевненість у власних можливостях тощо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Березин Ф.Б. Психологическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.
2. Выготский Л.С. Воспитание эмоционального поведения / Выготский Л.С. Педагогическая психология. – М., 1991. – С. 128-144.
3. Гуткина Н.И. Психологическая готовность к школе. – М.: Академический Проект, 2000. — 3-е изд., перераб. и доп. — 184 с.
4. Закутская Л.И. Процесс адаптации учащегося при переводе его в новый учебный коллектив городской школы: Автореф. дис. ... канд. пед. наук / КГПИ. – К., 1988. – 22 с.
5. Коломенский Я.Л., Панько Е.А. Учителю о психологии детей шестилетнего возраста. – М.: Просвещение, 1988. – 190 с.
6. Коломинский Н.Л. Развитие личности учащихся вспомогательной школы. – К.: Рад. школа, 1978. – 87 с.
7. Коробейников И.А. Нарушения развития и социальная адаптация. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 192 с.
8. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические основы психологии. – М.: Наука, 1984. – 445 с.
9. Шипицына Л.М. „Необучаемый“ ребенок в семье и обществе: Социализация детей с нарушением интеллекта. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Речь, 2005. – 477 с.
10. Эльконин Д.Б. Психология обучения младшего школьника. – М., 1974. – С. 58-71.

УДК 616.891.6:613.956

ПСИХОСОМАТИЧНА ПАТОЛОГІЯ У ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

Мозгова Г.П.

Інститут соціології, психології та управління
НПУ імені М.П.Драгоманова

Проведено клініко - епідеміологічне дослідження розповсюженості психосоматичної патології у дітей та підлітків з порушеннями психофізичного розвитку в загальномедичній практиці. З'ясовано фактори ризику формування психосоматичної патології, яке дозволило визначити достовірні маркери вірогідності виникнення та подальшого розвитку психосоматичної патології.

Проведено клініко-епідеміологічне дослідження розповсюженості психосоматичної патології у дітей та підлітків з порушеннями психофізичного розвитку в загальномедичній практиці. В роботі виявлені найбільш значимі фактори ризику виникнення та подальшого розвитку психосоматичних захворювань, які призводять до інвалідизації пацієнтів, їх соціальної та педагогічної дезадаптації.

In this article the author makes review and analyzes the features of formation of children's psychosomatic pathology. The author makes review and analyzes the features of formation of children's psychosomatic pathology as a result of activity of different risk factors. The authors of this research tried to investigate the state of psychoneurological system of children with psychosomatic pathology and psychosomatic disfunction.

Ключові слова: психосоматична патологія, порушення психофізичного розвитку, психологічний стан, діти, фактори ризику.

Ключевые слова: психосоматическая патология, нарушения психофизического развития, психологический статус, дети, факторы риска.

Key words: psychosomatic pathology, psychosomatic disorders, psycho-physical disorders, psychological state, children, risk factors.

Вступ. Проблема психосоматичної патології у широкому розумінні - це проблема існування людини [1,2,3]. По суті, психосоматичні захворювання чи, так звані, хвороби адаптації – це велике коло розладів, що поєднують у собі соматичні та психологічні порушення [5,6]. Традиційно до психосоматичної патології відносять гіпертонічну хворобу та виразку шлунку і дванадцятипалої кишки, неспецифічний виразковий коліт, цукровий діабет, ревматоїдний артрит, бронхіальну астму – захворювання, які мають прогресивний перебіг та супроводжуються низкою різноманітних психологічних і соматичних порушень, що поглиблюються з часом та порушують якість життя людини [2,3,4].

Проблема психосоматичних відносин – одне з найбільш складних питань сучасної медицини та психології, незважаючи на те, що тісний взаємозв'язок психічного та соматичного встановлений і вивчається ще з часів Гіппократа, Платона, Аристотеля. У процесі розвитку медицини питання впливу психіки на перебіг соматичного захворювання спочатку не розглядалось. На сьогодні, в час стрімкого інформаційного потоку, зниження рухової активності, впливу несприятливих факторів навколишнього середовища стає актуальним розгляд питань психічного та соматичного здоров'я у єдності їх впливу один на одного, тобто, психосоматики [1,2,3].

Дія природного відбору значно змінюється через соціальність людини. В психосоматиці більше спільних моментів, ніж суттєвих відмінностей під час вивчення окремих захворювань. Психосоматична патологія як загальнопатологічний процес має наступні особливості: існує лише у людини, оскільки психіка виступає як значущий компонент об'єктивних порушень життєдіяльності; має нестереотипну відповідь на дію причинних факторів та відрізняється відсутністю генетично детермінованих уніфікованих захисних пристосувальних механізмів [4,5].

Таким чином, можна зробити висновок, що у виникненні психосоматичних захворювань провідну роль відіграють два основних компоненти:

психотравмуючий чинник та стан суб'єкта, який зазнає його впливу. При цьому вирішальним фактором стає стиль поведінки в різних несприятливих ситуаціях. У людини, орієнтованої на пошук в різних сферах діяльності, яка має високий рівень креативності, набагато більше шансів визначити характер взаємодії зі світом та соціальним оточенням. Саме тому велике значення в лікуванні та профілактиці психосоматичних захворювань має орієнтація хворого на його максимальну творчу самореалізацію.

Особливе місце у цьому плані займають діти з порушеннями психофізичного розвитку. Порушення розвитку є універсальною формою реакції організму на будь-який негативний вплив не тільки біологічних, але й несприятливих соціально-психологічних факторів.

Для визначення порушень розвитку у дітей у вітчизняній літературі використовують різні терміни: аномалії розвитку, діти з особливими потребами, діти зі спеціальними освітніми потребами, діти з особливостями психофізичного розвитку та ін. Усі перераховані поняття відображають різні сторони проявів порушеного розвитку, але найбільш загальні ознаки таких порушень характеризуються терміном „дизонтогенез“, який запропонував Є. Швальбе у 1927 році для визначення відхилень внутрішньоутробного формування організму. На теперішній час під цим поняттям розуміють різні форми порушень онтогенезу, які охоплюють всі періоди дитинства (до 3 років), коли морфологічні системи організму ще не досягли зрілості.

Порушення нервової системи можуть бути зумовлені біологічними та соціальними чинниками, які можуть діяти як окремо, так і поєднуватися, ускладнюючи розвиток дитини. Найгрубіший недорозвиток психічних функцій виникає внаслідок впливу негативних чинників у період інтенсивної клітинної диференціації структур головного мозку, тобто на ранніх етапах ембріогенезу.

Відомо, що розвиток дитини з порушеннями психофізичного розвитку має низку власних закономірностей. Складність структури аномального розвитку заключається у присутності первинного

дефекту, який викликаний біологічним фактором та вторинних порушень, які виникають під впливом первинного дефекту у процесі подальшого аномального розвитку.

Чим даліше «розведені» між собою першопричини (первинний дефект біологічного походження) та вторинний симптом (порушення у розвитку психічних процесів), тим більше можливостей відкривається для корекції та компенсації останнього за допомогою раціональної системи навчання та виховання.

Однак даних, що стосуються розповсюдженості, структури та особливостей перебігу психосоматичної патології у дітей з порушеннями психофізичного розвитку в доступній літературі нами не знайдено.

Мета дослідження: клініко-експериментальне вивчення патогенетичної ролі медичних і психологічних факторів у виникненні та прогресуванні психосоматичної патології у дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

Матеріали та методи

Обстежено 199 дітей у віці від 7 до 17 років з психосоматичною патологією (ПСП), з них 111 – без порушень психофізичного розвитку (ППФР) та 98 з ППФР. Діагнози верифіковані згідно МКХ-10.

Когортно-епідеміологічний метод дозволив встановити розповсюдженість психосоматичної патології у дітей та підлітків з порушеннями психофізичного розвитку та без них.

Соціально-демографічний метод використовувався для аналізу чинників, які впливали на формування психосоматичної патології.

Шляхом опитування відповідно до розробленого нами опитувальника збиралась інформація про саму дитину, її сім'ю, матеріально-побутові умови, стан здоров'я, спадкову обтяженість, шкідливі звички, наявність конфліктних та інших психогенних ситуацій, успішність і характер міжособистісних стосунків.

Клініко-психологічний метод застосовувався для вивчення психопатологічних особливостей у дітей та підлітків з психосоматичною патологією.

Клініко-психологічні дослідження здійснювались за допомогою наступних методик:

- використання шкали особистісної та реактивної тривожності Ч.Д. Спілбергера–Ю.Л.Ханіна дозволило визначити рівень тривожності як конституціональної

особливості пацієнта чи наслідку хворобливого стану, або реакції особистості на стресові події;

- -методика багатофакторного дослідження особистості Р. Кеттела (виявлення особливостей особистості, які утворюють в актах людських взаємовідносин своєрідну єдність спонукань, дій та переживань, що дозволило встановлювати цілісність індивідуальності);
- -для визначення загального психоемоційного стану дітей був використаний розроблений нами "Спосіб діагностики стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей та підлітків", пріоритетність якого підтверджена Деклараційним патентом України на корисну модель №44347 від 25.09.2009р. (Г.Мозгова, В.Синьов, Г.Бекетова);
- -комплексна нейрофізіологічна діагностика з використанням топографічного картування спектральної потужності основних ритмів електроенцефалограми (ЕЕГ) та її спектрального аналізу;
- -спеціальні інструментальні методи дослідження (УЗО органів черевної порожнини, щитоподібної залози, нирок, фіброезофагогастроудоденоскопія, за необхідності з прицільною біопсією з подальшим гітологічним дослідженням біоптатів, внутрішньошлункова рН-метрія, спірографія);
- -загальноклінічні, біохімічні, імуноферментні методи діагностики;
- -статистичні методи: обробку одержаних даних здійснювали методами математичної статистики (кореляційний аналізи) на ПЕОМ за допомогою програм SPSS та «Excel» з пакету «Microsoft Office 2003», «STATISTIKA 8.0», «EPIINFO 5.0». Під час формування репрезентативних вибірок для розрахунку достатньої кількості обстежених ми використали програму STATCALC з пакету EPIINFO, V.5.0;

Результати досліджень та їх обговорення

Проведене дослідження дозволило виявити розповсюдженість психосоматичної патології серед дітей з ППФР та без них, а також визначити основні фактори ризику формування та прогресування ПСП.

Таблиця 1. Психосоматична патологія у дітей без психофізичних вад розвитку (n=111)

Рейтингове місце	Нозології	Абсолютні величини	%
I	Бронхіальна астма	84	68
II	Виразкова хвороба 12-палої кишки	17	12
III	Цукровий діабет	6	5
IV	Ревматоїдний артрит	4	4
Всього	Психосоматична патологія	111	89

Таблиця 2. Психосоматична патологія у дітей з психофізичними вадами розвитку (n=98)

Рейтингове місце	Нозології	Абсолютні величини	%
I	Виразкова хвороба 12-палої кишки	63	56
II	Бронхіальна астма	30	26
III	НВК	4	3
IV	Цукровий діабет	2	1
Всього	Психосоматична патологія	98	86

Результатом даного обстеження є висновок про наявність психосоматичної патології та її нозологічну приналежність. Як видно з таблиць 1 та 2, розповсюдженість психосоматичної патології серед дітей з ППФР та без них практично однакова та складає відповідно 86% та 89% ($p > 0,05$). Однак в структурі психосоматичної патології найбільш значущими нозологіями у дітей, як без ППФР, так і з ними виявилась бронхіальна астма (БА) та виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК).

Проте у дітей без ППФР розповсюдженість БА (68%) значно перевищила розповсюдженість ВХ ДПК (12%) ($p < 0,001$), яка за висловом Ф.Александера (2002) є «королевою психосоматики». У дітей з порушеннями психофізичного розвитку, навпаки, виявляється статистично достовірне превалювання виразкової хвороби над бронхіальною астмою – 56% та 26% відповідно ($p < 0,001$).

59

Таблиця 3. Розподіл хворих з ПСП за віком і статтю (n=199)

Групи дітей	Кількість дітей	Вік, роки				Стать	
		5-6	7-10	11-13	14-17	Хлопчики	Дівчатка
I група (n = 98)	абс. число	7	30	32	29	49	49
	%	7,2	30,6*	32,7	29,5	50,0	50,0
II група (n = 111)	абс. число	6	23	41	39	55	56
	%	5,4	21,7	36,9	36,1	49,5	50,5

Примітка: різниця достовірна ($p < 0,05$) * - між хворими 7-10 і 14-17 років; I група – діти з психофізичними вадами; II група – діти без психофізичних вад.

Співвідношення дівчаток і хлопчиків в I та II групах склало 1:1. Переважна більшість дітей в обох групах (62,2% і 73,0% відповідно) мала вік від 11 до 17 років. Скоріш за все, це обумовлено тим, що у

більшості хворих дітей початок захворювання припадає на ранній шкільний вік (7-10 років), а для формування хронічної патології, зазвичай, потрібен час у 2-4 роки. При цьому ризик хронізації захо-

рювання значно зростає саме в пре- та пубертатний період, що пояснюється особливостями функціонування дитячого організму в ці періоди. Гетерохронність становлення процесів регуляції різноманітних фізіологічних функцій обумовлює, так

звані, критичні періоди розвитку дитячого організму, що є основою підвищеної чутливості дитини до середовищних впливів і розвитку десинхронізу - одного з перших неспецифічних проявів багатьох патологічних станів.

Таблиця 4. Прогностична таблиця оцінки ризику формування психосоматичної патології у дітей з психофізичними вадами

Фактори ризику та антиризик	ДК	Ј
Фактори ризику		
Конфлікти у родині (між батьками)	10,48	2,45
Погана чи відсутня пошукова активність	9,48	2,45
Незадовільне харчування	8,34	1,42
Конфлікти у родині (діти – батьки)	8,23	1,33
Алекситимія	7,24	1,12
Незадовільний соціальний статус батьків	3,77	0,68
Травми голови та хребта у анамнезі	3,67	0,57
Метеочутливість	3,46	0,51
Смерть батьків	2,28	0,41
Неповна родина	2,25	0,39
Патологія у пологах	2,24	1,23
Не бере участь у творчих гуртках	2,23	0,36
Не займається спортом	2,03	0,34
Наявність в родині хронічних соматичних захворювань	1,86	0,32
Наявність в родині вроджених вад	1,82	0,31
Захворювання у матері під час вагітності	1,76	0,28
Погана успішність у школі	1,66	0,28
Конфлікти у школі	1,56	0,22
Перинатальне ураження ЦНС	1,54	0,17
Часті ГРВІ в анамнезі	1,12	0,02
Аварії та катастрофи у анамнезі	1,12	0,02
Один у родині	1,11	0,01
Фактори антиризик		
Гармонійні відносини у родині	-5,95	0,95
Пошукова активність (креативність)	-4,68	0,64
Раціональне харчування	-3,66	0,54
Повна родина	-3,54	0,45
Задовільний соціальний статус батьків	-1,08	0,24
Заняття у творчих гуртках	-0,98	0,19
Необтяжена спадковість	-0,89	0,18

Аналіз факторів ризику формування психосоматичної патології, враховуючи їх різнонаправленість і мультифакторіальність, обґрунтовує необхідність виявлення їх статистично значимих комбінацій. Це дозволить вже на ранніх етапах розвитку захворювання прогнозувати вірогідність його подальшого перебігу.

При проведенні когортно-епідеміологічного дослідження дані щодо наявності/відсутності патологічних симптомів для проведення порівняльного аналізу з оцінкою частот ознак й розрахунком величин діагностичних коефіцієнтів та мір інформативності були цифровані. Числове вираження симптомів здійснювали через розрахунки інтегрального показника інтенсивності симптоматики в залежності від ступеня виразності і частоти виникнення симптому. На кожну дитину заповнювалась анкета з переліком різних факторів ризику.

Дані анкет сумувались у протокол. Проведене комплексне дослідження дозволило створити прогностичну таблицю (Таб.4) для оцінки ризику формування психосоматичної патології у дітей. В цю таблицю були зведені всі статистично значущі фактори і розташовані в ній у порядку зменшення модулів їх діагностичних коефіцієнтів (тобто, в порядку зменшення їх «прогностичної сили»). Оцінка ризику за допомогою згаданих таблиць здійснюється шляхом застосування послідовної процедури Вальда (у модифікації Є. Гублера, 1978).

Суть процедури полягає у тому, що діагностичний коефіцієнт (ДК) притаманних особі ознак додаються один до одного, поки не буде досягнуто бажаний рівень достовірності прогнозу.

Так, наприклад, достовірності прогнозу на рівні $p < 0,05$ відповідає значення суми діагностичних коефіцієнтів $\Sigma ДК > 13$, на рівні $p < 0,01$ – $\Sigma ДК > 20$, а на рівні $p < 0,001$ – $\Sigma ДК > 30$. В світлі цього стає зрозумілим, що жоден з встановлених факторів ризику не є самодостатнім для вірогідного прогнозу (зі всіх факторів поданих у таблиці ДК < 13), і тому вірогідний прогноз можливий лише при їх сукупному використанні.

В процесі дослідження встановлено також сім факторів антиризиків формування психосоматичної патології. Їхня потужність коливається від малої (Необтяжена спадковість – ДК = -0,89 при $J = 0,18$) до помірної (Гармонійні відносини у родині – ДК = -5,95 при $J = 0,92$). Тим не менше, наявність перелічених в табл. 4 факторів антиризиків, разом забезпечить достовірність прогнозування резистентності на рівні $p < 0,01$, оскільки у такого поєднання факторів модуль ДК = -20,77 більше 20 - граничного значення для цього рівня достовірності.

Вивчені клініко-параклінічні особливості перебігу ПСП у дітей з ППФР та без ППФР, основні синдроми та симптоми перебігу даної патології.

Визначені основні клінікопатологічні тенденції в психологічному та нейрофізіологічному статусі обстежених дітей обох груп, які можна діагностувати на ранніх етапах формування захворювання.

Клінічна картина ПСП у дітей з ППФР та без них характеризувалась поліморфізмом скарг і клінічних синдромів. Основними синдромами у дітей з ВХ ДПК були больовий абдомінальний (93,8% і 91,7%), диспептичний (65,2% і 58,4%), синдром хронічної інтоксикації (38,8% і 38,7%) відповідно, які достовірно не відрізнялись в обох групах ($p > 0,05$).

Таблиця 5. Розподіл хворих по тривалості ПСП (n=194)

Група дітей	Нозологічна форма	Тривалість захворювання, роки			Всього
		1-2 роки	До 5 років	Більше 5 р	
		аб. ч. (%)	аб. ч. (%)	аб. ч. (%)	аб. Ч. (%)
I група (n=93)	Бронхіальна астма	4 (4,3)	16 (17,2)	10 (10,7)	30 (32,5)
	Виразкова хвороба	21 (22,6)	23 (24,7)	19 (20,4)	63 (67,5)*
Всього		25(26,9)	39(41,9) ^	29(31,1) +	93(100)
II група (n=101)	Бронхіальна астма	45 (44,6)	23 (22,8)	16 (15,8)*	84 (83,2) *
	Виразкова хвороба	9 (8,8)	7 (7,1)	1 (0,9)	17 (16,8)
Всього		54(53,4) #	30(29,9)	17(16,7)	101(100)

Примітка: * - різниця достовірна ($p < 0,05$) між пацієнтами з БА та ВХ ДПК; # - між тривалістю ПСП 1-2 роки; ^ - до 5 років; + - більше 5 років.

Таблиця 6. Розподіл хворих по тяжкості ПСП (n=194)

Група Дітей	Нозологічна форма	Тяжкість захворювання			Всього
		Легка	Середня	Тяжка	
		аб. ч. (%)	аб. ч. (%)	аб. ч. (%)	аб. ч., %
I група (n=93)	Бронхіальна астма	2 (6,7)*	10 (33,3)*	18 (60,0)*	30 (100,0)
	Виразкова хвороба	8 (12,7)*	23 (36,5)*	32 (50,8)*	63 (100,0)
Всього		10 (10,8)*	33 (35,4)	50 (53,8) *	93 (100)
II група (n=101)	Бронхіальна астма	45 (44,6)	23 (22,8)	16 (15,8)	84 (100,0)
	Виразкова хвороба	9 (8,8)	7 (7,1)	1 (0,9)	17 (16,8)
Всього		54 (53,4)	30 (29,9)	17(16,7)	101(100)

Примітка: * - різниця достовірна ($p < 0,05$) між I та II групами

Що стосується астено-невротичного синдрому, то він достовірно частіше зустрічався у дітей з ПСП та ППФР (95,9% і 52,1%) ($p < 0,001$). Така ж тенденція виявлена і серед обстежених з БА. Однак, виявлено, що у дітей без психофізичних вад (II група) незначна тривалість захворювання (1-2 роки) мала місце більш як у половини хворих (53,4%), до 5 років - у 29,9%, більше 5 років - у 16,7%. Що стосується пацієнтів з психофізичними вадами (I група), то у них відмічено достовірне збільшення тривалості захворювання: 1-2 роки – лише у 26,9% хворих, в той час як до 5 років – у 41,9% та більше 5 років 31,1% дітей ($p < 0,05$) (табл. 5).

Тобто, вказане пов'язано з більш тривалим, а також значно тяжчим перебігом захворювання у дітей з ППФР (табл. 6).

У віковій структурі ПСП у дітей з ППФР виявлено достовірно більш ранній початок захворювання на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки порівняно з дітьми без психофізичних вад розвитку ($10,5 \pm 0,7$ та $14,2 \pm 0,5$ років відповідно ($p < 0,05$). Також визначено більш тяжкий та затяжний перебіг психосоматичної патології у переважної більшості (53,8%) дітей з психо-фізичними вадами розвитку проти 16,7% у дітей без ПФВР ($p < 0,001$) (табл.6).

Психологічні маркери формування психосоматичної патології у дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

62

Таблиця 7. Прогностична таблиця маркерів ризику–антиризик у формування психосоматичної патології (психологічне дослідження)

Опитувальник	Ознака	Діапазон ознаки	ДК	Ј
Маркери ризику				
Тест Спілбергера–Ханіна	Висока особистісна тривога	> 50 балів	4,53	0,21
		46-50 балів	7,84	0,13
	Висока реактивна тривога	> 45 балів	2,33	0,07
		36-45 балів	7,30	0,21
Методика Р. Кеттела	Низькі показники самооцінки	$\leq 3,0$ балів	0,57	0,01
		3,1-5,0 балів	7,34	0,45
	Низька емоційна сталість	$\leq 3,0$ балів	0,68	0,14
		3,1-5,0 балів	6,70	1,38

	Висока тривожність	6,0-7,0 балів	1,95	0,12
		8,0-9,0 балів	7,35	0,31
Проективний тест «Добро» і «Зло» Із вибором кольору	Низька працездатність	30-45 балів	7,40	0,23
	Низька працездатність	46-50 балів	2,84	0,18
	Відхилення від автогенної N	30-45 балів	4,71	0,27
	Відхилення від автогенної N	46-50 балів	6,30	0,11
Маркери анти ризику				
Тест Спілбергера-Ханіна	Низька особистісна тривога	< 36 балів	-1,68	0,27
		36-40 балів	-4,38	0,42
	Низька реактивна тривога	< 26 балів	-0,73	0,07
		26-30 балів	-3,71	0,47
Методика Р. Кеттела	Висока самооцінка	> 7,0 балів	-0,57	0,01
		6,0-7,0 балів	-7,91	0,46
	Висока емоційна сталість	> 7,0 балів	-0,68	0,05
		6,0-7,0 балів	-1,02	0,02
Проективний тест	Високий рівень працездатності	≥ 50-60 балів	-1,07	0,16

Визначення психологічного стану можна розглядати як інтегральну складову здоров'я дитини, оскільки саме на особистісному рівні сфокусовані ті проблеми, які ми плануємо виявити в процесі діагностики. Окрім об'єктивної ситуації кожної людини (життєвих обставин, реального стану здоров'я), суттєвим є визначення її суб'єктивного ставлення до цієї ситуації, а також оцінка її власних реакцій на життєві труднощі, індивідуальних ресурсів опору і розвитку. Відомо, що брак механізмів захисту ускладнює процеси розпізнавання та вираження емоцій, зменшує спроможність дитини до психічної переробки стресу, знижує можливість управління інтенсивними негативними переживаннями. Останні можуть слугувати основою для формування в подальшому різноманітних психосоматичних розладів, які можуть бути розглянуті як окремих особистісний спосіб реагування (Н.Максимова, Е.Мілюкіна, 2000).

Аналіз даних психологічного дослідження дозволив встановити сім маркерів сприйнятливості до ПСП, а саме: високі рівні особистісної і реактивної тривоги (за тестом Спілбергера-Ханіна), низькі показники самооцінки та високі показники тривожності й емоційної лабільності (за тестом Р.Кеттела), низька працездатність і високі показники відхилення від автогенної норми за проективним тестом «Добро» та «Зло» з вибором кольору), пріоритетність якого захищена деклараційним патентом України.

Як видно з табл. 7, деякі зі встановлених маркерів, наприклад, висока особистісна тривога та

висока реактивна тривога за тестом Спілбергера-Ханіна, та низька працездатність і відхилення від автогенної норми за проективним тестом «Добро» та «Зло» з вибором кольору є самодостатніми для вірогідного визначення ризику – антиризиком, оскільки їх ДК достатньо високий, але менше порогового значення 13, яке забезпечує безпомилковість діагностичного висновку на рівні $p < 0,05$, тому вони забезпечуватимуть необхідну достовірність діагностичних висновків лише при їхньому сукупному використанні з іншими.

ВИСНОВКИ

1. З'ясовано, що розповсюдженість ПСП у дітей з ППФР достовірно не відрізняється від такої у пацієнтів без ПФВР і складає 89 та 86 осіб на 1000 дитячого населення відповідно.

2. Визначено, що у структурі ПСП у дітей з ППФР та без них переважають дві нозологічні форми – бронхіальна астма та виразкова хвороба дванадцятипалої кишки. Однак, у пацієнтів з ПФВР найбільшу питому вагу має виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, яка виявлена у 56%, бронхіальна астма складала 26%, а цукровий діабет і неспецифічний виразковий коліт – 1% і 3% відповідно. При відсутності ППФР виявлено зворотню тенденцію – бронхіальна астма була у 68%, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки у 12%, цукровий діабет у 5% та ревматоїдний артрит склав 4%.

3. У віковій структурі у дітей з ПСП та ППФР виявлено достовірно більш ранній початок

захворювання на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки порівняно з дітьми без психофізичних вад розвитку ($10,5 \pm 0,7$ років та $14,2 \pm 0,5$ відповідно).

5. З'ясовані клінічні особливості перебігу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у дітей без ПФВР: наявність мало- та асимптомних клінічних форм у 29,0% пацієнтів; виявлення перших клінічних ознак хвороби у вигляді ускладнень (шлунково-кишкова кровотеча, рубцево-виразкова деформація слизової оболонки дванадцятипалої кишки) (8,1%). Така ж закономірність відмічена і у дітей з ПФВР. Однак, частота виявлення ускладнених форм захворювання була достовірно вищою (14,7%).

6. Особливостями клінічного перебігу ПСП у дітей з ПФФР була їх більша тривалість (73,0%) та тяжкість (53,8%) проти 46,6% і 16,7% у хворих без ПФВР.

7. Виявлені кардинальні комплексні психологічні маркери розвитку ПСП у дітей з ПФФР і без них, а саме: високі рівні особистісної і реактивної тривоги (за тестом Спілбергера-Ханіна), низькі показники самооцінки та високі показники тривожності і емоційної лабільності (за тестом Р.Кеттела), низька працездатність та високі показники відхилення від автогенної норми (за проєктивним тестом «Добро» та «Зло» з вибором кольору).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства у детей \ М.: Из-во НГМА.- 2000.- 320с.
2. Арон И.С. Психосоматические аспекты личности детей, страдающих соматическими заболеваниями // Казанский медицинский журнал. – 2000. -№2. –С.133.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн./Пер.с нем. Г.А. Обухова, А.В. Брунека; Предисл. В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
4. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста \СПб.: Спец.лит., 1996. – 454с.
5. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской психопатологии \ учебное пособие.- Ростов нД.: Феникс, 2000.- 576с.
6. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т.2.
7. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Издательский Дом «БАХРАХ-М».-2000.- 667с.
8. Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта.-Л.-«Медицина».-1991.-224 с.
9. Albrecht F. Chronic fatigue syndrome // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 2000. – V. 39, № 7.
10. M.W.Buchler., H.Friass, W.Uhl, P.Malfertheiner. – Berlin, Wien: Wissenschafts-Verlag; A Blackwell Publishing Company, 2002. – 614p.
11. Dunbar F. Synopsis of psychosomatic diagnosis and treatment // St. Louis., Mosby, 1948. 243p.

УДК: 372.3:616.89 - 008.434

ДО ПРОБЛЕМИ МОВЛЕННЄВОЇ ГОТОВНОСТІ ДІТЕЙ-ЛОГОПАТІВ

Нікішенко Г. В.

спеціаліст вищої категорії, вчитель-методист,
вчитель-логопед ДНЗ № 41 «Дударик» м. Черкас,
консультант-логопед МПМПК

У статті розглядається проблема мовленнєвої готовності до школи дітей старшого дошкільного віку з вадами мовленнєвого розвитку, які пройшли курс корекційного навчання в логопедичній групі дитячого садка. Це питання є актуальним не тільки з огляду на те, що відхилення мовленнєвого розвитку негативно впливають на засвоєння шкільної програми, але й тому, що на сучасному етапі заклади освіти в Україні перейшли на навчання дітей з 6-ти років. На наш погляд, шестирічні діти з порушенням мовленнєвого розвитку мають право на продовження корекційно-відновлювального впливу, адже старший дошкільний вік триває до 7 років. Пропонуємо конспект фронтального заняття, яке проводилось у форматі методичного об'єднання вчителів-логопедів дошкільних навчальних закладів м. Черкас.

В статті розглядається проблема речової готовності к школі дітей старшого дошкільного віку з вадами мовленнєвого розвитку, які пройшли курс корекційного навчання в логопедичній групі дитячого садка. Це питання є актуальним не тільки з огляду на те, що відхилення мовленнєвого розвитку негативно впливають на засвоєння шкільної програми, але й тому, що на сучасному етапі заклади освіти в Україні перейшли на навчання дітей з 6-ти років. На наш погляд, шестилітні діти з порушенням мовленнєвого розвитку мають право на продовження корекційно-відновлювального впливу, адже старший дошкільний вік триває до 7 років.