

УДК 376-056.26:376.018

УМОВИ СІМЕЙНОГО ВИХОВАННЯ ЯК ПРИЧИНА ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ГОСПІТАЛІЗМУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Тетяна Сняткова

аспірант кафедри спеціальної психології і медицини

Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова

м. Київ, Україна

ORCID ID 0000-0003-1655-5708

snyatkova74@ukr.net

Анотація. Стаття присвячена проблемі формування синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з ДЦП, що виникає внаслідок тривалої розлуки з найближчими людьми, які їх доглядають. Причини виникнення госпіталізму в дітей раннього віку з ДЦП пов'язані з втратою емоційних зв'язків з матір'ю внаслідок тривалого лікування в медичних закладах; з умовами виховання в соціально неблагополучних сім'ях; з розміщенням в дитячих будинках. Емпірично досліджено стан нервово-психічного розвитку дітей раннього віку з ДЦП, доведено, що в дітей, які виховуються в сім'ї, порушені емоційна та моторна сфери розвитку. У дітей з ДЦП, які проживають в інтернатах, виявлено більше порушень, що вказують на синдром госпіталізму (відставання в моторному, мовленнєвому, емоційному розвитку, у соціальній взаємодії). Доведено обумовленість відставання в нервово-психічному розвитку у дітей з ДЦП умовами їх проживання і сімейного виховання.

Ключові слова: госпіталізм; ранній вік; депривація; сімейне виховання; дитячий церебральний параліч.

Постановка проблеми в загальному вигляді. Нині однією з актуальних проблем сучасного суспільства стає зниження народжуваності здорових дітей, якомога рання діагностика порушень в розвитку в новонароджених і дітей раннього віку, а також пошук шляхів надання корекційної допомоги дітям з психофізичними вадами.

Внаслідок недорозвинення чи пошкодження мозку дитини на ранніх етапах розвитку виникає дитячий церебральний параліч (ДЦП), що є важким захворюванням центральної нервової системи. При ДЦП найбільше страждають контрольовані великими півкулями головного мозку такі сфери життєдіяльності дитини, як: регуляція довільних рухів, мовлення та функції аналізаторних систем (зір, слух, сенсорика). Найчастішими порушеннями в розвитку дітей із ДЦП є рухові порушення, психічні та мовленнєві розлади, недорозвиток зору, слуху, сенсорної чутливості та ін. Внаслідок комбінованої картини порушень в психофізичному розвитку діти раннього віку з ДЦП потребують якомога швидшого і повнішого надання допомоги, що охоплює медичну, психолого-педагогічну, корекційно-відновлювальні види.

Багато дітей раннього віку із ДЦП залежать від допомоги інших людей, що забезпечують їм пересування, харчування і догляд, надають медичну і психологічну допомогу. Від якості надання такої допомоги залежить життя цих дітей, успішність їх лікувально-корекційної реабілітації тощо. При цьому більшість дітей із ДЦП змушені перебувати тривалий час на лікуванні у різних медичних закладах, проходити складні і болісні процедури, що врешті здатні покращити їхній стан (Левченко, 2008).

Проблема дітей раннього віку із ДЦП ускладнюється ставленням батьків до стану здоров'я своїх дітей та основних і супутніх порушень в їх психофізичному розвитку. Часто, дізнаючись про невиліковний прогноз захворювання своєї дитини, матері відмовляються дітей з ДЦП, після чого цих дітей розміщують до дитячих будинків, і діти змушені там жити і розвиватися, позбавлені материнської турботи, втрачаючи емоційні зв'язки з сім'єю (Л. Волинець, А. Капська, Н. Комарова, Р. Рахманов та ін.).

Також при перебуванні в тривалій розлуці з матір'ю через лікування в спеціальних закладах, відчуваючи дефіцит спілкування з нею, брак позитивних емоцій та сенсорних стимулів, дитина з ДЦП має ризик відчувати симптоми госпіталізму (І. Левченко, О. Приходько, О. Мастюкова, К. Семенова та ін.).

І навіть в сімейних умовах виховання при відсутності забезпечення батьками належного догляду, турботи про дитину з ДЦП, при відсутності близьких емоційних відносин з мамою і татом, обмеженому соціальному й емоційному досвіді, в цих дітей раннього віку починають формуватися симптоми госпіталізму, який негативно впливає на їх психічний та інтелектуальний розвиток.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Психологічні особливості розвитку дітей із ДЦП розглядаються І. Левченко, О. Приходько, О. Мастюковою та ін. Проблеми надання медичної, психологічної, корекційної допомоги дітям з ДЦП вивчають Л. Волинець, А. Капська, Н. Комарова, Р. Рахманов, К. Семенова та ін.

Досліджуючи особливості розвитку дітей раннього віку із ДЦП, сучасні науковці виділяють проблему госпіталізму, що проявляється в порушенні фізичної і психічної сфер розвитку, погіршенні стану здоров'я дитини при розлуці з матір'ю (Г. Бевз, Н. Дмитріюк, І. Манохіна та ін.). Госпіталізм виникає при значному дефіциті сенсорних стимулів, і незадоволеності основних потреб у догляді, емоційному спілкуванні та ін.

Засади психолого-педагогічного супроводу дітей раннього віку з ДЦП, які мають синдром госпіталізму, розробляють Н. Бочаріна, Н. Дмитріюк,

Й. Лангмейєр, З. Матейчек, І. Мамайчук та ін.

Проте недостатньо дослідженими залишаються проблеми профілактики синдрому госпіталізму в дітей раннього віку із ДЦП, що на нашу думку, значно залежать від умов сімейного виховання цих дітей.

Відповідно **метою статті** є емпірично дослідити та проаналізувати особливості формування синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з дитячим церебральним паралічем залежно від умов їх сімейного виховання.

Теоретичні основи дослідження. На сучасному етапі розвитку психолого-педагогічної науки дослідники І. Мамайчук, О. Приходько, С. Тунтуєва зауважують, що госпіталізм – загальна назва для групи порушень поведінки і емоцій, що спостерігається в усіх дітей, які в різній мірі зазнали депривації і браку поваги до себе, які не отримували уваги й ласки, не відчували впевненості в тому, що близькі їх люблять. Це явище було вивчено на прикладах дітей, які довго перебували в стаціонарних умовах, де були обмежені контакти, і переважав напружений або пригнічений емоційний фон (Мамайчук, 2006; Приходько, 2008; Тунтуєва, 2015).

Дослідниця Б. Єржабкова відзначає, що «хоча госпіталізм вважається феноменом психічним, він супроводжується багатьма фізичними симптомами, такими як підвищення схильності до захворювання, зниження імунітету, відставання в розвитку, втрата дитиною ваги, проблеми зі сном, сповільнення моторики, проблеми в контактах аж до нездатності зав'язувати їх узагалі, симптоми, подібні до ідіотизму, можна зареєструвати навіть вищу смертність дітей» (Єржабкова, 2003: 230). Суміжними похідними госпіталізму науковець називає і такі особистісні дисфункції, як виникнення дефектів постійного характеру, утрата контактів із близькими особами, страх розлуки, туга за батьками, дезорієнтація в новому середовищі, страх перед болем, утрата самостійності, обмежена можливість у пересуванні, нудьга (Єржабкова, 2003).

Розглядаючи класичну депривацію, яка виникає в дітей, що залишились без батьківського піклування, Г. Бевз наголошує на тому, що її крайнім випадком є госпіталізм – «погіршення стану здоров'я дитини під впливом перебування в лікувальних установах, яке виникає внаслідок того, що дитина у віці немовляти втрачає вже налагоджені близькі зв'язки з матір'ю або особою, яка її заміщує» (Бевз, 2006: 15).

Одним зі складних аспектів досліджуваної проблеми Я. Гошовський називає те, що госпіталізм (шпиталізм) як негативне явище в психічному розвитку дитини, що виховується без опіки й сприятливої участі батьків, може трансформуватися в інституціоналізм. У такому випадку до суттєвої психічної та

фізичної відсталості як наслідку важких форм госпіталізму додається ще й тягар режимного перебування в дитячому навчальному закладі закритого типу (Гошовський, 2015: 89).

Отже, розлука з матір'ю призводить до виникнення тяжких емоційних переживань дитини, що позначається на багатьох психічних процесах і призводить до формування госпіталізму. Ці дані підтверджуються в дослідженні вчених Й. Лангмейера та З. Матейчека, які визначали, що найважливішим джерелом позитивних і негативних емоцій малюків була присутність і поведінка дорослих, а їх відсутність призводила до депривації і виникнення синдрому госпіталізму (Лангмейер, 2004).

Разом з цим госпіталізм може виникнути в дітей як в державних закладах, типу будинків дитини, інтернатів, так і в сім'ях, де батьки не приділяють дитині необхідної уваги. Зокрема, за ствердженням Е. Устінової, госпіталізм може розвинути в дитини, яка проживає з матір'ю, але не отримує достатньої уваги, такі умови зазвичай виникають у соціально неблагополучних сім'ях (Устинова, 2007: 205)

Досліджуючи причини виникнення синдрому госпіталізму, Н. Дмитріюк вказує на існування явних і прихованих його форм. Явний прояв госпіталізму має очевидний характер: перебування людини в умовах соціальної ізоляції, тривала самотність, виховання дитини в дитячому будинку і т.п. Це видиме відхилення від норми (у культурному розумінні). Прихований госпіталізм не так очевидний, він виникає при зовні сприятливих умовах, які, однак, не дають можливості задоволення значущих для дитини потреб. Частковий прояв госпіталізму можна спостерігати там, де не відбулося прямої розлуки дитини з матір'ю, але їх відносини з будь-якої причини не комфортні для дитини (Дмитріюк, 2015: 129).

Отже, основними причинами формування синдрому госпіталізму є відірваність від сім'ї, дефіцит спілкування з матір'ю, недостатність емоційних контактів і тісних зв'язків з людьми, які доглядають дитину раннього віку з ДЦП. Всі ці ситуації виникають в умовах розміщення дитини на тривале лікування в медичні заклади, недостатності емоційних зв'язків та догляду за дитиною з ДЦП в умовах сім'ї, чи взагалі при відмові матері від дитини з ДЦП та її переведенні до дитячих будинків. Тобто на формування синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з ДЦП здійснюють безпосередній і вагомий вплив умови їхнього сімейного виховання.

Методика дослідження. На початку емпіричного дослідження особливостей формування синдрому госпіталізму в дітей раннього віку з ДЦП залежно від умов їх сімейного виховання було визначено методики

діагностичного обстеження дітей.

Зокрема, в дослідженні використано психометричні методи, оскільки важливими їх характеристиками є валідність та надійність (Гасюк, 2015). Методики, що відносяться до психометричних, застосовуються для раннього виявлення відставання дитини від однолітків в розвитку психічних і моторних функцій. Як правило, дані методики побудовані за одним принципом: вони включають групи завдань, що спрямовані на вивчення мовленнєвої, моторної, пізнавальної, соціальної сфер. Відповідно до вікових змін, ці завдання ускладнюються. Результати вивчення дитини оцінюються шляхом зіставлення отриманих результатів з даними нормотипового розвитку. Використання психометричних методик надають можливість з'ясувати, чи знаходиться формування психіки дитини в межах норми, а в разі відставання – визначити, які саме сфери у дитини найбільш уражені.

Дані про розвиток дітей раннього віку з ДЦП були отримані в процесі складання карт нервово-психічного розвитку дітей кожної вікової категорії на основі методики Г. Пантюхіної, К. Печори, Е. Фрухт «Діагностика нервово-психічного розвитку дітей». Вказана методика використовується для діагностики дітей віком від 10 днів до 3 років, містить методичні рекомендації щодо діагностики дітей раннього віку. Своєчасна діагностика нервово-психічного розвитку дитини дає змогу виявити відхилення на ранньому етапі розвитку дитини, а також на основі діагностики застосувати комплекс розвитково-корекційних вправ (Пантюхіна, 2010).

Використання вказаної методики дало змогу оцінити вік формування у дитини навичок за наступними показниками: зорово-орієнтовні реакції, слухові орієнтовні реакції, емоції і соціальна поведінка, рухи руки і дії з предметами, загальні рухи, рухи, підготовчі етапи розвитку, розуміння мови, підготовчі етапи розвитку активної мови, активна мова, сенсорний розвиток, гра і дії з предметами, конструктивна діяльність, образотворча діяльність, навички та вміння в процесах, навички в годуванні, навички в одяганні. Для кожної дитини відзначався вік появи певної навички. Перераховані навички були в процесі дослідження згруповані в більш узагальнені, а саме: сенсорний розвиток дитини, соціальний розвиток дитини, дії з предметами, загальні дії, розуміння мови, активна мова, навички (для дітей віком до одного року), навички та вміння (для дітей віком від одного до трьох років).

Для аналізу результатів застосовано метод кількісної оцінки нервово-психічного розвитку дітей, розроблений К. Печорою, що дає змогу оцінити глибину відставання дітей раннього віку з ДЦП. К. Печора виокремила п'ять

груп розвитку:

I група: 1) діти з нормальним розвитком; 2) діти з випередженням у розвитку.

II група: 1) діти з відставанням у розвитку на 1 епікризний термін; 2) діти з негармонійним розвитком (частина показників вище на 1-2 і більше епікризних термінів, частина нижче норми на 1 епікризний термін);

III група: 1) діти з відставанням у розвитку на 2 епікризних терміна; 2) діти з дисгармонійним розвитком (частина показників нижче на 1, а частина на 2 епікризних терміна, розвиток за деякими показниками може бути вище норми);

IV група: 1) діти з відставанням у розвитку на 3 епікризних терміна; 2) діти з дисгармонійним розвитком (частина показників нижче на 1-2, частина на 3 епікризних терміна, деякі показники можуть бути вище норми);

V група: 1) діти з відставанням на 4-5 епікризних терміна; 2) діти з дисгармонійним розвитком (частина показників нижче норми на 1-3, частина – на 4-5 епікризних термінів, а деякі показники можуть бути вище норми) (Печора, 2010).

При відставанні в розвитку більше, ніж на 5 епікризних термінів, групу розвитку не визначають, а роблять наступний висновок – «розвиток нижче 5 групи».

У дослідженні приймали участь 150 дітей раннього віку від трьох місяців до трьох років. Серед них 100 дітей з діагнозом дитячий церебральний параліч, що проживають у сім'ях та 50 дітей, що живуть поза сім'єю (дитячі будинки-інтернати). В процесі дослідження діти були розподілені на три групи відповідно до віку: від 3 місяців до одного року, від 1 року до 2 років, від 2 до 3 років. Досліджуючи прояви госпіталізму у дітей раннього віку з ДЦП, емпіричні дані аналізували за наступними напрямками:

- особливості сенсорного розвитку дітей раннього віку з ДЦП, які проживають у сім'ях та в дитячих будинках-інтернатах;
- особливості мовленнєвого розвитку дітей раннього віку з ДЦП, які проживають з сім'єю та поза її межами;
- особливості рухового розвитку дітей раннього віку з ДЦП;
- особливості розвитку навичок у різних видах діяльності у дітей раннього віку з ДЦП, які проживають у сім'ях та в дитячих будинках-інтернатах.

Аналіз отриманих емпіричних даних проводився в кілька етапів. Зокрема, на першому етапі досліджувані були розділені на три групи відповідно до віку: від 3 місяців до одного року; від року до двох та від двох до трьох років. При діагностичному обстеженні дітей з ДЦП в кожній віковій групі окремо ми

аналізували дані щодо нервово-психічного розвитку дітей, які проживають в сім'ї, та які проживають в інтернатах.

Результати дослідження. За результатами дослідження дітей з ДЦП віком від трьох місяців до 1 року показник «зорово-орієнтовних реакцій» встановлено в межах норми у 21% дітей, які проживають в сім'ї, і у 15%, які проживають в умовах інтернату. Слухові орієнтовні реакції в нормі виявлено у 24% дітей, які проживають у сім'ї, і відповідно лише у 16% досліджуваних, які проживають поза її межами. Крім того, у розвитку слухових орієнтовних реакцій у 12% дітей з ДЦП, які проживають в інтернатах, виявлено відставання на три епікризних терміни. Таке ж відставання виявлено у розвитку зорових орієнтовних реакцій у 8% досліджуваних. У дітей, які проживають у сім'ї, відставання на три епікризних терміни не спостерігається. Таким чином, можемо припустити, що недостатній сенсорний розвиток спостерігається у дітей з ДЦП не залежно від умов проживання, однак він значно вищий у досліджуваних, які проживають в умовах інтернату. Акцентуємо увагу на цих двох показниках, оскільки вважаємо, що у віці до одного року активний розвиток зорових і слухових реакцій дитини стимулює розвиток всіх психічних процесів, а також дає суттєве підґрунтя для подальшого загального розвитку дитини. Узагальнені показники нервово-психічного розвитку у дітей з ДЦП першого року життя подані в таблиці 1.

Таблиця 1

Нервово-психічний розвиток дітей з дитячим церебральним паралічем першого року життя

Діти / показники	Діти, які проживають в сім'ї					Діти, які проживають в інтернатах				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
Зорові орієнтовні реакції	21%	54%	25%	-	-	15%	46%	31%	8%	-
Слухові орієнтовні реакції	24%	49%	27%	-	-	16%	48%	24%	12%	-
Емоції, соціальна поведінка	10%	41%	29%	20%	-	-	34%	48%	14%	4%
Дії з предметами	12%	43%	27%	18%	-	4%	38%	43%	8%	7%
Загальні дії	5%	34%	43%	20%	-	-	36%	48%	10%	6%
Розуміння мови	16%	43%	27%	14%	-	-	8%	18%	38%	28%
Активне мовлення	15%	51%	23%	11%	-	-	18%	52%	17%	13%
Навички і уміння	7%	47%	33%	13%	-	-	23%	34%	29%	14%

На другому році життя активно розвивається мовлення дитини. Дитина намагається зрозуміти мову дорослого і активно користуватися мовленням. Тому при аналізі результатів зосереджено увагу саме на цих показниках. Таким чином, розуміння мови, що відповідає віковим нормам розвитку, виявлено у 23% дітей, які проживають у сім'ї, та лише у 7%, які проживають поза сім'єю. Відставання на п'ять епікризних термінів, за результатами дослідження, спостерігається у 2%

дітей, які проживають в умовах інтернату, і на чотири епікризних терміни у 29%. У досліджуваних, які проживають з батьками, відставання на п'ять термінів не виявлено, однак у 11% дітей є відставання на чотири епікризних терміни.

Розвиток активного мовлення, що відповідає віковій нормі, спостерігається у 19% дітей, які проживають у сім'ї, а відставання на один епікризний термін виявлено у 51%. В той же час серед дітей, які проживають поза сім'єю, за даним показником 17% мають відставання на п'ять, а 22% на чотири епікризних терміни, при цьому норми розвитку не виявлено у жодної дитини.

В таблиці 2 подано узагальнені показники нервово-психічного розвитку в дітей з ДЦП другого року життя.

Таблиця 2

**Нервово-психічний розвиток дітей з дитячим церебральним паралічем
другого року життя**

Діти / показники	Діти, які проживають в сім'ї					Діти, які проживають в інтернатах				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
Зорові орієнтовні реакції	31%	44%	25%	-	-	13%	48%	29%	10%	-
Слухові орієнтовні реакції	34%	49%	17%	-	-	15%	43%	25%	17%	-
Емоції, соціальна поведінка	14%	46%	24%	16%	-	-	34%	40%	18%	8%
Дії з предметами	12%	45%	29%	14%	-	8%	34%	46%	12%	7%
Загальні дії	8%	37%	39%	16%	-	-	34%	50%	10%	6%
Розуміння мови	23%	43%	23%	11%	-	7%	24%	38%	29%	2%
Активне мовлення	19%	51%	21%	9%	-	-	17%	44%	22%	17%
Навички і уміння	9%	49%	31%	11%	-	-	21%	34%	30%	15%

У дітей віком від двох до трьох років, які проживають у сім'ї, за всіма показниками даної методики не спостерігається відставання на п'ять епікризних термінів. У 16% від загальної кількості досліджуваних найбільш суттєве відхилення (чотири епікризних терміни) виявлено в розвитку емоційної та моторної сфери, у 11% – в розумінні мови та у 9% в розвитку активного мовлення.

У частини дітей, які проживають в умовах інтернату, виявлено відставання на п'ять та чотири епікризних терміни в моторній, емоційній та мовленнєвій сфері. В той час розвиток, що відповідає віковій нормі, виявлено лише у 8% дітей в розумінні мови, у 5% у дії з предметами та в розвитку зорових і слухових реакцій відповідно у 14% та 15%. У дітей, які проживають з батьками, показник розвитку, що відповідає віковій нормі суттєво вищий, про що свідчать результати, подані в таблиці 3.

Таблиця 3

**Нервово-психічний розвиток дітей з дитячим церебральним паралічем
третього року життя**

Діти / показники	Діти, які проживають в сім'ї					Діти, які проживають в інтернатах				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
Зорові орієнтовні реакції	31%	54%	15%	-	-	14%	45%	33%	8%	-
Слухові орієнтовні реакції	34%	44%	22%	-	-	15%	44%	28%	13%	-
Емоції, соціальна поведінка	12%	43%	27%	18%	-	-	32%	48%	16%	4%
Дії з предметами	6%	46%	24%	14%	-	5%	36%	44%	8%	7%
Загальні дії	8%	36%	39%	17%	-	-	32%	44%	12%	12%
Розуміння мови	21%	43%	25%	11%	-	8%	21%	39%	28%	4%
Активне мовлення	19%	50%	22%	9%	-	-	21%	46%	20%	13%
Навички і уміння	10%	47%	31%	12%	-	-	21%	32%	33%	14%

Узагальнюючи результати, отримані в процесі проведеного дослідження, ми дійшли висновку, що у дітей віком від трьох місяців до трьох років, які мають діагноз «дитячий церебральний параліч» і проживають у сім'ї, не спостерігається відставання на п'ять епікризних термінів за жодним із показників. Найбільш значне відхилення (на чотири епікризних терміни) спостерігається в розвитку емоцій та соціальної поведінки дитини, а також у вмінні діяти з предметами. Відхилення на три епікризних терміна найбільш суттєве за такими показниками: «загальні дії» та «навички й уміння». В той же час розвиток, що відповідає нормі, найчастіше виявляється у дітей при дослідженні слухових, зорових орієнтовних реакцій та розвитку активного мовлення. Узагальнені показники нервово-психічного розвитку у дітей з ДЦП, які проживають у сім'ї, можна спостерігати на рис. 1.

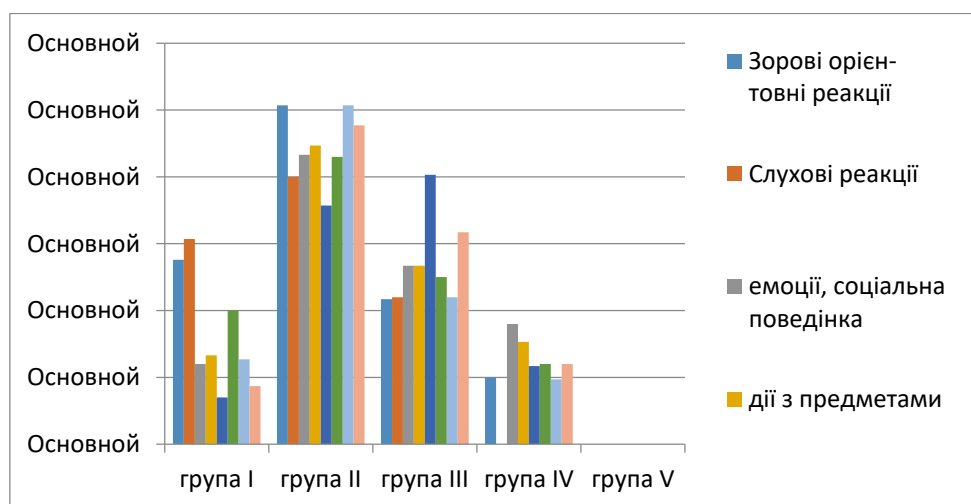


Рис. 1. Узагальнені показники нервово-психічного розвитку у дітей з ДЦП, які проживають у сім'ї

У той же час на рис. 2 відображено показники розвитку дітей, які проживають в умовах інтернату. Як свідчать результати дослідження, значне

відхилення (відставання на п'ять епікризних термінів) найбільш виражено у моторному та мовленнєвому розвитку дітей, які проживають в умовах інтернату. Разом з тим найбільш виражені показники відхилення на чотири епікризних терміни виявлено знову ж таки у моторному та мовленнєвому розвитку, а також у розвитку емоційної сфери та соціальної поведінки дитини. Розвиток, що відповідає віковій нормі, властивий лише невеликій кількості дітей з ДЦП, які проживають в умовах інтернату. Як правило, такий розвиток спостерігався при дослідженні слухових та зорових орієнтовних реакцій, відповідно 15,4% та 14% від загальної кількості дітей віком від трьох місяців до трьох років. 7,7% досліджуваних даної групи мають достатній розвиток розуміння мови.

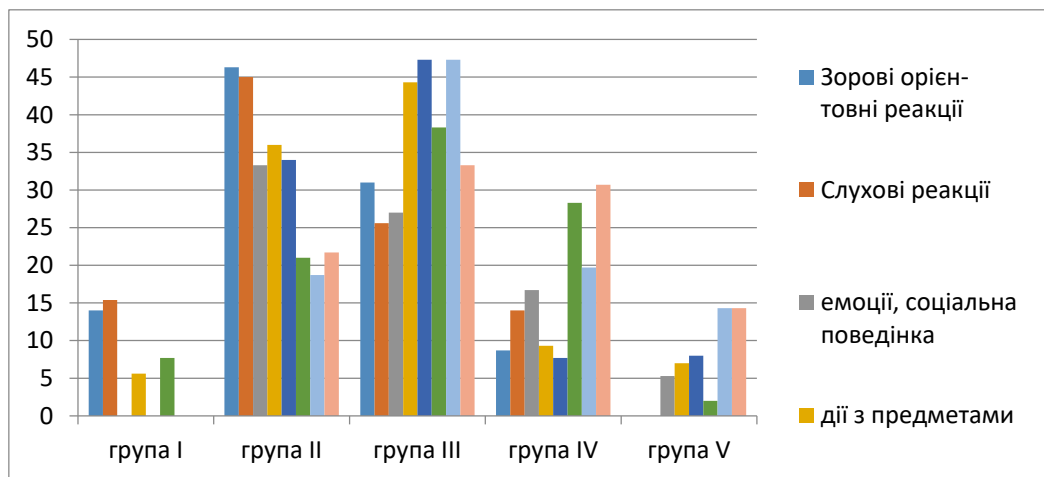


Рис. 2. Узагальнені показники нервово-психічного розвитку у дітей з ДЦП, що проживають поза сім'єю

Таким чином, за результатами дослідження у дітей, які проживають у сім'ї, найбільш суттєві відхилення в розвитку спостерігаються в емоційній та частково моторній сфері, в той час як у дітей з дитячим церебральним паралічем, що проживають поза сім'єю, найбільші проблеми виявлені в мовленнєвому, моторному розвитку, а також в розвитку емоційної сфери та соціальної взаємодії. На наш погляд, причини даного відставання в розвитку можуть бути пов'язані не лише із захворюванням, але й з особливостями взаємодії з дитиною оточення, із сімейними умовами її виховання.

Висновки з дослідження і перспективи подальших розвідок у цьому напрямі. За результатами проведеного дослідження в дітей із ДЦП, які виховуються в сім'ї, виявлено значно менше порушень в нервово-психічному розвитку, при цьому найбільш порушеними виявилися емоційна та частково моторна сфери їх розвитку. А в дітей раннього віку з ДЦП, які проживають в умовах інтернату, виявлено значно більше симптомів порушеного нервово-психічного розвитку, що вказує на наявність у них синдрому госпіталізму, а

саме: відставання в моторному і мовленнєвому, емоційному розвитку, а також в соціальній взаємодії. На основі отриманих даних причини відставання в нервово-психічному розвитку у дітей раннього віку з ДЦП обумовлюються умовами їх проживання і виховання. Зокрема, в дітей раннього віку з ДЦП, які проживають в сім'ї, спостерігаються порушення моторної сфери розвитку, що обумовлюється захворюванням нервової системи та порушенням функціонування великих півкуль головного мозку. Також в цих дітей виявлено відставання в емоційному розвитку, що частково пояснюється уповільненим формуванням емоційних зв'язків із матір'ю, недостатністю розуміння її емоційних реакцій.

У дітей раннього віку з ДЦП, які позбавлені материнського і батьківського піклування, проживають в інтернаті, спостерігаються значні відставання в моторному та емоційному, мовленнєвому розвитку та соціальній взаємодії, що вказує на формування синдрому госпіталізму в цих дітей. Тобто діти з ДЦП, які не мають досвіду спілкування з найближчими людьми – батьками і членами сім'ї, і не виховуються в умовах сімейного оточення, додатково мають ще й проблеми у розумінні мовлення дорослих, в активному мовленні у відповідь на їх звертання, ці діти не можуть правильно та адекватно відреагувати на висловлювання інших. Також у них спостерігаються труднощі соціальної взаємодії, вони не охоче вступають в контакти з дорослими, бояться їх, не відповідають на питання, замикаються в собі, байдуже ставляться до пропонуваного видів діяльності.

Зважаючи на виявлені особливості нервово-психічному розвитку дітей раннього віку із ДЦП, які виховуються в сім'ї та проживають в інтернаті, психолого-педагогічний супровід цих категорій дітей має здійснюватися з вищою інтенсифікацією моторно-мовленнєвих та соціально-комунікативних напрямів розвитку. При цьому для забезпечення оптимальних результатів психологічної роботи з дітьми раннього віку з ДЦП, які проживають в інтернатах, їх варто залучати до спеціальної соціально-комунікативної діяльності, проводити з ними різні мовленнєві ігри та ін. Перспективним напрямом дослідження є розробка психологічної програми для корекційно-відновлювальної роботи з дітьми раннього віку із ДЦП, які проживають в інтернатах, для наступного проведення з ними занять.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бевз, Г. М. (2006). Прийомні сім'ї (оцінка створення, функціонування та розвитку). Київ: Главник.
2. Бочаріна, Н. О. (2016). Особливості розвитку особистості дитини в умовах психічної депривації. *Молодий вчений, № 6 (33)*. 98–402.
3. Волинець, Л. С., Капська, А. Й. & Комарова, Н. М. (2000). Соціальне становлення

дитини у прийомній сім'ї: соціальний супровід : навч.-метод. посіб. Київ: Український інститут соціальних досліджень.

4. Гасюк, Н. І. (2015). Оцінка психомоторного розвитку передчасно народжених дітей на першому році життя. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії*, 15, 3-1 (51), 368–371.

5. Гошовський, Я. О. (2015). Феноменологія інституційної депривації: ревіталізаційні аспекти. *Психологічні перспективи*, 26, 84–96.

6. Дмитріюк, Н. С. (2015). Науково-практичний аспект проблеми депривованої особистості. *Актуальні проблеми психології*, 1(42), 128–133.

7. Єржабкова, Б. (2003). *Вибрані питання соціальної педагогіки*. Дрогобич : Вимір.

8. Лангмейер, Й. & Матейчек, З. (2004). *Психическая депривация в детском возрасте*. Прага : Мед. Изд-во «Авиценум».

9. Левченко, І. Ю., Приходько, О. Г. & Гусейнова, А. А. (2008). *Детский церебральный паралич: Коррекционно-развивающая работа с дошкольниками*. Москва : Книголюб.

10. Мамайчук, І. І. (2006). *Психологическая помощь детям с проблемами в развитии*. Санкт-Петербург: Речь.

11. Манохіна, І. В. (2012). *Соціально-педагогічна робота з дітьми-сиротами та дітьми, позбавленими батьківського піклування*. Дніпропетровськ.

12. Пантюхіна, Г. В., Печора, К. Л. & Фрухт, Э. Л. (2010). *Методы диагностики нервно-психического развития детей раннего возраста*. Москва. URL: http://karagai-edu.ru/upload/versions/24502/37724/Methodika_diagnostiki_NPR_polnyj_variant.pdf.

13. Печора, К. Л. & Пантюхіна, Г. В. (2010). *Диагностика нервно-психического развития детей 2-3-го года жизни*. Москва: Сфера.

14. Приходько, О. Г. (2008). *Ранняя помощь детям с церебральным параличом в системе комплексной реабилитации* : монографія. Санкт-Петербург.

15. Рахманов, Р. В. (2015). Психічний стан батьків, які виховують дітей з дитячим церебральним паралічем (клініко-психіатричне дослідження). *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, 2 (4), 42–48.

16. Семёнова, К. А., Мастюкова, Е. М., & Смуглин, М. Я. (2013). *Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей*. Москва: Книга по Требованию.

17. Тунтуєва, С. В. (2015). Соціально-психологічні особливості дітей, які розлучаються із біологічними сім'ями. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка*, № 1 (290), 193–198.

18. Устинова, Е. И. (2007). Становление предметного сознания у детей, воспитывающихся в условиях коммуникативно депривированной социальной среды. *Вестник Томского государственного университета*, 300-1, 205–208.

CONDITIONS OF FAMILY EDUCATION AS A CAUSE OF THE FORMATION OF HOSPITALISM SYNDROME IN EARLY CHILDREN WITH CHILDHOOD CEREBRAL PALSY

Tatiana Snyatkova

PhD student of the Department of Special Psychology and Medicine

National Dragomanov Pedagogical University

Kyiv, Ukraine

ORCID ID 0000-0003-1655-5708

snyatkova74@ukr.net

Abstract. The article is devoted to the problem of the formation of hospitalism syndrome in young children with cerebral palsy, which arises as a result of long-term separation from the mother or loved ones, who care for and raise these children.

The problem of hospitalism in young children with cerebral palsy is studied by G. Bevz, N. Dmitriyuk, I. Manokhina, who indicate that hospitalism is manifested in the deterioration of the child's health, when separated from the mother, in the lack of sensory stimulation, and dissatisfaction with basic needs for care, emotional communication. N. Bocharina, N. Dmytriyuk, J. Langmeyer, Z. Mateychek, I. Mamaychuk and others develop the principles of psychological and pedagogical support of young children with cerebral palsy with the syndrome of hospitalism.

The aim of the article is to empirically investigate and analyze the features of the formation of hospitalism syndrome in young children with cerebral palsy, depending on the conditions of their family upbringing.

The causes of hospitalism syndrome in young children with cerebral palsy are identified: 1) refusal of mothers and placement of children with cerebral palsy in orphanages, where they do not receive proper care and develop in conditions of motor, sensory, emotional deprivation; 2) loss of emotional ties with the mother due to long-term treatment in medical institutions; 3) lack of care and emotional attitude to the child with cerebral palsy on the part of the mother in the conditions of upbringing in socially disadvantaged families.

The state of neuropsychological development of young children with cerebral palsy, who are brought up in families and live in boarding schools, has been empirically studied. It has been proven, that children with cerebral palsy who are brought up in a family, have the most impaired emotional and motor areas of neuropsychological development. Young children with cerebral palsy living in boarding schools have a lag in motor and speech, emotional development, and social interaction. This indicates a greater number of symptoms of impaired neuropsychological development and the presence of hospitalism syndrome in children with cerebral palsy living in boarding schools.

The results of the study proved the positive impact of family upbringing and living of children with cerebral palsy in the family on their neuropsychological development. Psychological and pedagogical support of young children with cerebral palsy should be carried out with a higher intensification of motor-speech and social-communicative areas of development and taking into account the conditions of their family upbringing.

Key words: hospitalism; early age; deprivation; family upbringing; cerebral palsy.

REFERENCES

1. Bevz, H. M. (2006). *Pryiomni sim'i (otsinka stvorennia, funktsionuvannia ta rozvytku) [Foster families (assessment of creation, functioning and development)]*. Kyiv: Hlavnuk. [in Ukrainian].
2. Bocharina, N. O. (2016) Osoblyvosti rozvytku osobystosti dytyny v umovakh psykhychnoyi deprivatsiyi [Features of development of the child's personality in the conditions of mental deprivation]. *Molodyy vchenyy. – Young scientist*, 6 (33), 398–402. [in Ukrainian].
3. Volynets, L. S., Kapska, A. Y., & Komarova, N. M. (2000). *Sotsialne stanovlennia dytyny u pryiomnii sim'i: sotsialnyi suprovid [Social formation of the child in a foster family]*. Kyiv: Ukrainskyi instytut sotsialnykh doslidzhen. [in Ukrainian].
4. Hasiuk, N. I. (2015). Otsinka psykhomotornoho rozvytku peredchasno narodzhenykh ditei na pershomu rotsi zhyttia [Assessment of psychomotor development of premature infants in the first year of life]. *Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Visnyk ukrainskoi medychnoi stomatolohichnoi akademii – Current issues of modern medicine: Bulletin of the Ukrainian Medical Dental Academy*, 15, Issue 3-1 (51), 368–371. [in Ukrainian].
5. Hoshovskiy, Ya. O. (2015) Fenomenolohiia instytutsiinoi deprivatsii: revitalizatsiini aspekty [Phenomenology of institutional deprivation: revitalization aspects.]. *Psykhologichni perspektyvy – Psychological perspectives*. № 26. P. 84–96. [in Ukrainian].

6. Dmytriyuk, N.S. (2015) Naukovo-praktychnyy aspekt problemy deprivovanoyi osobystosti [Scientific and practical aspect of the problem of deprived person]. *Aktual'ni problemy psikhologii – Current problems of psychology*, 1 (42), 128–133. [in Ukrainian].
7. Yerzhabkova, B. (2003). *Vybrani pytannia sotsialnoi pedahohiky [Selected issues of social pedagogy]*. Drohobych : Vymir. [in Ukrainian].
8. Langmeyyer, Y. & Mateychek, Z. (2004). *Psikhicheskaya deprivatsiya v detskom vozraste [Psychic deprivation in childhood]*. Praga : Meditsinskoye izdatel'stvo «Avitsenum». [in Russian].
9. Levchenko, I. Ju., Prihodko, O. G. & Gusejnova, A. A. (2008). *Detskij cerebral'nyj paralich: Korrekcionno-razvivajushhaja rabota s doskol'nikami [Cerebral palsy: Correctional and developmental work with preschool children]*. Moskva : Knigoljub. [in Russian].
10. Mamaychuk, I. I. (2001) *Psikhologicheskaya pomoshch' detyam s problemami v razvitii [Psychological assistance to children with developmental problems]*. Sankt-Peterburg: Rech'. [in Russian].
11. Manokhina, I. V. (2012) *Sotsialno-pedahohichna robota z ditmy-syrotamy ta ditmy, pozbavleny batkivskoho pikluvannya [Socio-pedagogical work with orphans and children deprived of parental care]*. Dnipropetrovsk. [in Ukrainian].
12. Pantjuhina, G. V., Pechora, K. L. & Fruht, Je. L. (2010). *Metody diagnostiki nervno-psihicheskogo razvitija detej rannego vozrasta [Methods for diagnosing the neuropsychic development of young children]*. Moskva. URL: http://karagai-edu.ru/upload/versions/24502/37724/Metodika_diagnostiki_NPR_polnyj_variant.pdf. [in Russian].
13. Pechora, K. L., Pantjuhina, G. V. (2010). *Diagnostika nervno-psihicheskogo razvitija detej 2-3-go goda zhizni [Diagnosis of the neuropsychic development of children of 2-3 years of age]*. Moskva: Sfera. [in Russian].
14. Prihodko, O. G. (2008). *Rannyya pomoshch' detyam s tserebral'nyim paralichom v sisteme kompleksnoy reabilitatsii [Early assistance to children with cerebral palsy in the system of complex rehabilitation]*. Sankt-Peterburg. [in Russian].
15. Rakhmanov, R. V. (2015). Psykhichniy stan batkiv, yaki vykhovuiut ditei z dytiachym tserebralnym paralichem (kliniko-psykhiatrychne doslidzhennia) [Mental state of parents raising children with cerebral palsy (clinical and psychiatric study)]. *Psykhiatriia, nevrolohiiia ta medychna psikhologiiia. – Psychiatry, neurology and medical psychology*, 2 (4), 42–48. [in Ukrainian].
16. Semjonova, K. A., Mastjukova, E. M. & Smuglin, M. Ja. (2013). *Klinika i reabilitacionnaja terapija detskih cerebral'nyh paralichej [Clinical and rehabilitation therapy of cerebral palsy]*. Moskva: Kniga po Trebovaniju. [in Russian].
17. Tuntuieva, S. V. (2015). Sotsialno-psikhologichni osoblyvosti ditei, yaki rozluchaiutsia iz biolohichnyimi sim'iami [Socio-psychological characteristics of children who separate from biological families]. *Visnyk Luhanskoho natsionalnoho universytetu imeni Tarasa Shevchenka. – Bulletin of Taras Shevchenko National University of Luhansk*, № 1 (290), 193–198. [in Ukrainian].
18. Ustinova, E. I. (2007). Stanovlenie predmetnogo soznaniia u detej, vospityvajushhysja v uslovijah kommunikativno deprivirovannoj social'noj sredy. [The formation of objective consciousness in children brought up in a communicatively deprived social environment]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. – Bulletin of Tomsk State University*, 300-1, 205–208. [in Russian].

Матеріали надійшли до редакції 13.04.2022 р.