

мінімальна змістова одиниця мовлення.[7]

Згідно з деякими психологічними і психолінгвістичними концепціям внутрішнього мовлення (Б.Г. Ананьєв, Т.Н. Ушакова та ін.) слово є основним структурним компонентом реалізації мовленнєвих та мисленнєвих процесів.[1]

Третьою, також основною одиницею є мовленнєве висловлювання. Воно визначається в психологічній та психолінгвістичній науці як самостійна комунікативна одиниця, як закінчене з боку змісту та інтонації голосове повідомлення, що характеризується певною (композиційною або граматичною) структурою.[6]

Мовленнєве висловлення, так само як і слово, виступає і як вимовна одиниця, і як «семантична одиниця». Його основною функцією є навмисна передача деякого уявного змісту, тобто голосове повідомлення.

У чому полягають особливості сприйняття і розуміння мовних висловлювань?

Які можуть бути виділені психолінгвістичні рівні розуміння висловлювань?

Розуміння висловлювань і текстів спирається на аналітично-синтетичні процеси, що протікають на декількох взаємопов'язаних рівнях [1,2]:

- Правильне сприйняття фонем та їх структурування в складові та лексичні одиниці.
- Розуміння значень слів, яке передбачає безліч напрямів реалізації орієнтовних операцій: а) орієнтування в можливою омонічності (відкритого і прихованого); б) орієнтування в мовленнєвому контексті; в) орієнтування в частоті вживання слів і т. д.

- Розуміння значень фраз, яке може ускладнюватися: а) розбіжністю глибинних семантико-сміслових і поверхневих синтаксичних структур; б) невідповідністю реальної послідовності подій порядку їх опису в мовлення; в) дистантними і підлеглими граматичними конструкціями; в) складністю парадигматичних відносин, які фіксуються в синтагматичній послідовності фраз і т. д.

- Розуміння змісту тексту може мати різну глибину і якість: а) рівень розуміння основного предмета висловлювання або тексту - того, про що йде мова; б) рівень розуміння основного змісту (значення) висловлювання або тексту на основі виділення ієрархії тим (підтем) і рем; в) рівень розуміння сенсу висловлювання або тексту в контексте взаємодії суб'єкта з світом та іншими людьми (мотиваційно-змістовний зміст).

Отже, мовленнєва діяльність реалізується за допомогою складного механізму психічної діяльності людини. Процеси осмислення, утримання в пам'яті, випереджального відображення є тими внутрішніми механізмами, за допомогою яких, у свою чергу, здійснюється дія основного операційного механізму мовлення, яку Н.І.Жинкін визначив як єдність двох ланок – механізму складання слів з елементів та складання фраз-повідомлень зі слів. Несформованість одного з механізмів призведе до порушення онтогенетичного розвитку, несформованості мовленнєвої діяльності.

Таким чином, саме психолінгвістичний підхід до визначення мовленнєвої діяльності та особливостей функціонування даного процесу є основою до визначення змісту навчально-корекційної роботи з дітьми з різними психофізичними порушеннями розвитку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Глухов В.П., Ковшиков В.О. Психолінгвістика. Теория речевой деятельности.- М.: Астрель,2007.- 318 с.
2. Глухов В.П. Основы психолінгвістики – М.: Астрель,2005. - с.24-31.
3. Дошкільна лінгводидактика.- Хрестоматія//Упорядник Богуш А.М.- Ч.ІІ, К.: Вища школа,1999. – с.38-47.
4. Жинкін Н.И. Язык. Речь. Творчество.-М.: Лабиринт,1998 - с.2-12.
5. Зимняя И.О. Лингвopsихология речевой деятельности - М.: Московский психолого-социальный институт, Воронеж: НПО «МОДЭК», 2001. - с.57-190.
6. Леонтьев А.А. Язык. Речь. Речевая деятельность.- М.2010, с.14-16.
7. Леонтьев А.А. Основы психолінгвістики.- М. 1999, с.287.

УДК: 616.33+616.342]-036.12-053.2-085:159.9

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАТУС І МОВЛЕННЄВІ ПОРУШЕННЯ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ, АСОЦІЙОВАНИМ З НР-ІНФЕКЦІЄЮ

Лукашук І.В.

кандидат медичних наук,

Молочек А.Ю.,

Ходаківська С.П.

кандидат медичних наук,

Лукашук В.Д.

доктор медичних наук, професор

Кафедра педіатрії № 5

Національного медичного університету

імені О.О. Богомольця

У роботі наведені результати психологічного та логопедичного обстеження дітей у віці 7-18 років з хронічним гастродуоденітом, асоційованим з *Helicobacter pylori*-інфекцією. Вивчали особливості психологічної адаптації та впливу корекційно-розвивальної логопедичної допомоги з метою оптимізації лікування.

Включення в комплексне лікування хронічного гастродуоденіту послідовної антигелікобактерної терапії, проведення психо- та логопедичної корекції підвищує ефективність терапії, ліквідує мовленнєві порушення і підвищує психологічну адаптацію дітей.

В роботі представлені результати психологічного і логопедичного обстеження дітей в віці 7-18 років з хронічним гастродуоденітом, асоційованим з *Helicobacter pylori*-інфекцією. Изучали особенности психологической адаптации и влияния коррекционно-развивающей логопедической помощи с целью оптимизации лечения.

Включение в комплексное лечение хронического гастродуоденита последовательной антигелікобактерной терапии, проведение психо- и логопедической коррекции повышает эффективность терапии, ликвидирует нарушения речи и повышает психологическую адаптацию детей.

The results of a psychological examination and speech therapy in children aged 7-18 years with chronic gastroduodenitis associated with *Helicobacter pylori* infection are presented in this article. We studied the peculiarities of psychological adjustment and the effect of correctional and developing speech therapy aid in order to optimize treatment.

Inclusion in the complex treatment of chronic gastroduodenitis anti *Helicobacter pylori* therapy, conducting psycho-correction and speech therapy increases the effectiveness of therapy, the psychological adaptation of children and eliminates the violations of speech.

Ключові слова: хронічний гастродуоденіт, асоційований з *Helicobacter pylori*, мовленнєві порушення, корекційно-розвивальна логопедична допомога, діти.

Ключевые слова: хронический гастродуоденит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, нарушения речи, коррекционно-развивающая логопедическая помощь, дети.

Key words: chronic gastroduodenitis associated with *Helicobacter pylori* infection, psychovegetative syndrome, speech disorders, correctional and developing speech therapy, children.

За останні десятиріччя хронічний гастродуоденіт (ХГД) вивчають з позиції інфікування Нр як найбільш істотного або навіть єдиного чинника розвитку захворювання [11, 12, 14]. В етіопатогенезі ХГД інфікування *Helicobacter pylori* (Нр) є важливим чинником, що діє переважно місцево [10, 13]. Разом з тим є інша точка зору, що ХГД не завжди супроводжується інфікуванням слизової оболонки шлунку Нр [14]. Незважаючи на новітні досягнення діагностики та сучасних технологій лікування, включаючи антигелікобактерну терапію, розповсюдженість та захворюваність на ХГД і далі продовжує збільшуватись [9]. Відсутні дослідження з вивчення ефективності ерадикаційної терапії у Нр-інфікованих дітей з урахуванням їх психологічних особливостей та мовленнєвих порушень.

Крім того, ХГД розглядають як типове психосоматичне захворювання, при якому психоемоційні і психосоціальні чинники мають суттєве значення [3, 8]. ХГД є системним захворюванням, в якому соматичне завжди опосередковане психічним [2, 3, 8]. Для відновлення порушених механізмів адаптивної регуляції і саморегуляції на різних рівнях потрібно застосовувати як медикаментозне лікування, так і психотерапію для підвищення ефективності лікування [1, 2]. Основними проявами хвороби є суб'єктивні прояви у вигляді чисельних скарг, що залежать від індивідуальних особливостей дитини.

У хворих на ХГД вивчали емоційну сферу, вегетативну регуляцію та адаптаційно-компенсаторні механізми, що складають структуру психовегетативного синдрому. Дію стресу розглядають як один з чинників розвитку ХГД патології [2, 3, 8].

Мета дослідження – оптимізація лікування хронічного гастродуоденіту, асоційованого з Нр-інфекцією, на основі застосування антигелікобактерної терапії та корекційно-розвивальної допомоги дітям з урахуванням психотравмуючих чинників.

Матеріали та методи дослідження.

Нами обстежено 104 дитини, хворих на ХГД, асоційований з Нр, у віці 7 – 18 років та 30 практично здорових дітей того ж віку.

Основну групу (I група) склали 68 дітей – отримували медикаментозну терапію (ерадикаційна терапія за схемою: в перші 5 днів – ранітидин + амоксицилін 2 рази/доба, в наступні 5 днів – ранітидин + амоксицилін + кларитроміцин 2 рази/доба) в поєднанні з психокорекцією та корекційно-розвивальною логопедичною допомогою. Групу порівняння (II група) склали 36 дітей – отримували лише медикаментозну терапію (ерадикаційна антигелікобактерна терапія без психокорекції, але відвідували логопедичні заняття).

Вивчали клінічні прояви хвороби для оцінки перебігу її. Всім хворим проводили езофагогастродуоденоскопію з морфологічним дослідженням біоптатів слизової оболонки шлунку для верифікації діагнозу. Оцінка морфологічних змін слизової оболонки шлунку базувалася на критеріях «Сіднейської класифікації» (1990) та її модифікації (Х'юстон, 1996). Використовували класифікацію гастритів, дуоденітів та гастродуоденітів у дітей, прийняту на VII Конгресі педіатрів Росії та країн СНГ, Москва (2002 р.).

Для ідентифікації гелікобактеріозу використовували експрес-методи: швидкий уреазний тест, бактеріоскопічний (дослідження мазка відбитка біоптату слизової оболонки), НрSA для виявлення антигенів Нр в калі та визначали сумарні антитіла до антигену СаgА Нр за тест-системою «ХелікоБест-антитіла» (Росія).

Всім дітям провели анкетування (за участю їх батьків) стосовно наявності всіх стресових ситуацій та мовленнєвих порушень, що були у дитини протягом життя; крім того, ретроспективно проаналізовано медичні карти всіх 104 дітей. План корекційного логопедичного навчання включав: корекцію дефектів звуковимови; формування навичок звукового аналізу і синтезу слів; формування навичок словотворення; формування граматичної будови мовлення; корекція пізнавальних

процесів: уваги, пам'яті, мисленневих операцій; розвиток психологічної готовності до навчання [7]. Логопедичні заняття проводились в умовах логопедичного пункту загальноосвітньої школи, спеціалізованого дошкільного закладу та поліклініки. У обстежених дітей мали місце основні мовленнєві порушення у вигляді дислалії, ринології, афазії, загальної затримки мовлення та заїкання.

Для визначення загального емоційного стану особистості в роботі використали комп'ютерний варіант кольорового тесту М.Люшера [4]. Оцінювали психічні якості особистості, рівень її активності, ступінь працездатності, стабільності вибору кольору та характеризували лабільність нервової системи та відхилення від автогенної норми. Для визначення психологічного типу особистості, стану емоційної стійкості та ступеня тривожності використовували опитувальник Айзенка. Аналіз реактивності та особистісної тривожності визначали за шкалою самооцінки Ч.Д. Спілберга [6]. Всі тести виконувалися дітьми індивідуально за участю дитячого психолога. Медико-психологічну допомогу обстеженим дітям надавав медичний психолог, дітям з мовленнєвими порушеннями – логопед дошкільної установи.

Отримані результати клінічного та параклінічного матеріалів оброблені методами варіаційної статистики з використанням статистичної програми «Statgraphics»; застосовані параметричні: середню арифметичну (M), похибку середньої арифметичної (m), сигмальне відхилення (SD), критерій Ст'юдента (t-тест) та непараметричні методи статистики: кількісні показники перевіряли на нормальність розподілу за допомогою тесту Шапіро-Уїлкі. Для оцінки достовірності різниці непараметричних показників застосовувалися критерій Вілкоксона для зв'язаних груп і критерій Вілкоксона-Манна-Уїтні для незв'язаних груп. Різниця в результатах вважалась достовірною при p_w та $p_r < 0,05$. Кореляційну залежність визначали за допомогою коефіцієнта рангової кореляції Спірмена.

Результати досліджень та їх обговорення

При аналізі, сприяючих чинників виникнення хронічного гастродуоденіту в обстежених дітей, встановлена роль як несприятливих аліментарних чинників, так і психогенних чинників. Порушення харчування мали місце у 84,6% хворих у вигляді великих проміжків між прийомами їжі, нерегулярність прийому її, сухоїдіння, вживання холодної їжі, незбалансований раціон з переважанням вуглеводів або жирів. У 90,4% дітей виявлена роль негативних психологічних чинників – постійні емоційні перевантаження в школі та вдома. Обтяжений генеалогічний анамнез по лінії обох батьків спостерігали у 31,7% дітей, при наявності в одного з батьків у 22,1%. У 14,4% дітей спостерігалась обтяженість по ожирінню, по цукровому діабету – у 10,6% дітей. Несприятливий пре- та інтранатальний анамнез (патологічний перебіг вагітності та пологів) мав місце у 86,5%. При народженні 17,3% дітей мали масу тіла менше 3 кг; на нетривалому природному вигодовуванні (менше 6 міс.) та штучному – було 68,3% дітей, пізні прикладання до грудей – 70,2%.

Психологічне тестування свідчило про особливості характеру з переважанням негативних емоцій (різноманітні страхи, емоційна нестійкість і лабільність, немотивовані зміни настрою). У 60,6% хворих встановлено зв'язок захворювання з психотравмуючими чинниками в родині та школі, а у 66,3% спостерігалось поєднання декількох психогенних чинників.

У обстежених дітей спостерігали скарги на: безпричинні зміни настрою у 30 (28,8%) хворих, порушення сну – у 16 (15,4%) дітей. У частини хворих 31 (29,8%) виявлено прояви психастенії (плаксивість, емоційна лабільність, нерішучість), у частини 24 (23,1%) дітей астено-депресивні прояви (зниження настрою, підвищена дратівливість, моторна та інтелектуальна загальмованість).

У 55,8% обстежених дітей з ХГД було інтенсивне шкільне та позашкільне навантаження, 10 (9,6%) дітей – були із неповних сімей та 19 (18,3%) – мали незадовільні соціальні умови. У 7 (6,7%) дітей встановлено психічну травму (перехід до нової школи, класу, розлучення батьків, втрата члена родини).

У 62,5% хвороба виникала на тлі спадкової схильності та наявності гастродуоденальних захворювань у близьких родичів. У 35,6% дітей діагностика і верифікація захворювання здійснювалася лише через 1-3 роки від початку хвороби, у 30,8% – через 3-5 років.

Хронічна вогнищева інфекція носогорла виявлена у 64,4% дітей, гострі кишкові інфекційні захворювання у ранньому віці – у 18,3% дітей.

Хронічний гастродуоденіт, асоційований з Нр, поєднувався у 72,1% (75) з гепатобіліарною патологією: у 44 дітей – біліарна дисфункція, у 31 – хронічний холецистит.

У обстежених дітей ендоскопічно виявляли еритематозну гастропатію у вигляді: нодулярного антрального гастриту (37,5%), поверхневого антрального гастриту (26,9%), розповсюдженого гастриту (10,6%) та ерозивні зміни слизової оболонки шлунку та слизової оболонки дуоденум (СОШ та СОД) (25%); останні з однаковою частотою зустрічалися у хлопчиків та дівчаток, найчастіше – у дітей старших 10 років.

Психологічні особливості у обстежених дітей. У 82,7% дітей виявили постійне психоемоційне перевантаження, акцентуацію особистості, підвищену тривожність, у частини (25%) дітей – субдепресивний стан. Також у значної частини дітей (70,2%) були постійні емоційні перевантаження в школі та вдома. Аналіз сімейної ситуації у обстежених дітей показав, що майже у всіх вона була оцінена як незадовільна. У половини дітей батьки проживали окремо (38,5%), і спостерігались внутрішньородинні конфлікти (51%). Варіант виховання у половини дітей був розцінений як гіпопротективний, у третини – гіперпротективний, у решти – недиференційований. У майже всіх дітей був недостатній емоційний контакт із членами родини.

При дослідженні агресії у дітей з хронічним гастродуоденітом виявили переважання образи, відчуття провини та непрямую агресію. Фруструюче відчуття провини провокує розвиток стану суб'єктивного дистресу і емоційних порушень, що знижує психічну адаптацію, сприяючи розвитку соматичного захворювання у дітей. Стримана агресія до членів сім'ї є тривалим і важко корегованим чинником, а при обтяженій спадковості може сприяти ураженню гастродуоденальної зони у дітей [1, 2].

У обстежених дітей характеризували поведінку та бажання досягнення мети. При первинному обстеженні

встановлено, що діти найчастіше надавали перевагу фіолетовому кольору (35,6%), що свідчить про бажання відокремитись від мікросоціального оточення. На другому ранговому місці у цих дітей домінував зелений колір (22,1%), який свідчить про необхідність самоствердження та підвищення особистої значущості. Третє місце у них посідав червоний колір (19,2%), що свідчить про внутрішню необхідність проявляти активність та рішучість. Інша частина дітей (28,8%) обирала зелений та фіолетовий кольори, що є проявом бути незалежним та вільним від обов'язків. Високий рівень нервової напруги, зумовлений прагненням до самоствердження (зелений) і потреба бути вільним (жовтий), при довгому існуванні призводить до скорочення та спазму м'язів.

Важливо зазначити, що обстежені хворі на останнє місце відкладали неприємні кольори. Останні відповідають актуальній проблемі, що найбільше хвилює пацієнта в даний момент і тим станам та бажанням, які дитина пригнічує в собі, оскільки вони нездійснені в даний час. Однак, з цими бажаннями потрібно рахуватись, адже вони є джерелом постійного стресу. Про це свідчать результати у обстежених дітей: хворі найчастіше відхиляли сірий колір (27,9%), 22,1% – чорний колір, 16,3% хворих – відхиляли коричневий колір. Зазначене свідчить, що всі ці хворі перебувають в стані значного емоційного напруження, що призводить до браку відпочинку. Саме про це свідчить агресивна поведінка в значній кількості обстежених дітей. Отже, у обстежених дітей встановлено відхилення у «психічній стійкості», яка визначає рівень стресостійкості.

Оцінювали короточасну пам'ять та концентрацію уваги. Пізнавальна діяльність у дівчаток була вищою в порівнянні з хлопчиками. Короточасна пам'ять була висока лише у частини дітей (38,5%). У 70,2% обстежених дітей з ХГД домінував середній рівень показника концентрації уваги.

Особистісна тривожність за даними опитувальника Спілберга у старшій віковій групі була в 3 рази вищою проти такої у молодшій віковій групі ($p < 0,05$). На противагу цьому, у дітей молодшої вікової групи домінували середні значення тесту.

Психологічне обстеження хворих виявило схильність до «соматизації» свого захворювання, бо трактували його, винятково як, «хворобу тіла». Крім того, встановлено, що вони не були готові до подолання подібного сприйняття своєї хвороби. Таке сприйняття може пояснювати небажання багатьох дітей що-небудь знати про своє захворювання, незацікавленість у розумінні його природи.

Таким чином, у більшості обстежених дітей з ХГД, асоційованим з Нр, спостерігається незбалансованість емоційних реакцій, що у старших школярів проявляється високим рівнем особистісної тривожності і є характерним для астенії. Зазначене в поєднанні з емоційною напругою може бути зумовлено із обмеженням волі під впливом батьків та вчителів і посилюється власним світосприйняттям. Пізнавальна діяльність у обстежених хворих зберігається на високому рівні. У меншій частині обстежених дітей з ХГД встановлено значну фізичну та емоційну втомленість, дефіцит енергетичних ресурсів, що супроводжується низьким рівнем особистісної тривожності та появи емоційної індиферентності. Зазначений стан не впливає на пізнавальну діяльність і поєднується з підвищенням концентрації уваги.

Загалом, різноманітні нервово-психічні порушення виявлені у 82,7% хворих, в той час як педіатри діагностували їх лише у 36,5% (в 2 рази менше).

В підсумку можна узагальнити, що у дітей та підлітків з ХГД, асоційованим з Нр:

— виявлено значне психоемоційне перевантаження в школі в поєднанні з внутрішньородинними проблемами, що є наслідком шкільної дезадаптації. Зниження пізнавальної діяльності на тлі тривожності та агресії свідчать про довготривалу надмірну емоційну напругу;

— у 1/3 обстежених високий рівень пізнавальної активності супроводжується фізичною та емоційною втомленістю або навіть емоційною індиферентністю;

— фенотипічні, емоційні особливості дітей та підлітків представляють єдину систему властивостей та відображають тип психосоматичної конституції; той чи інший тип психосоматичної конституції визначає особливості перебігу хронічного гастродуоденіту, що потрібно враховувати при проведенні психологічної допомоги дітям.

Для усунення психосоматичних розладів у дітей використовували корекційно-розвивальну роботу, в т.ч. и логопедичну, а також призначали психотропні фітопрепарати; батькам та іншим членам родини також надавали психологічну допомогу.

Оцінку ефективності лікування проводили за критеріями: успішність ерадикації Нр, тривалість астеновегетативного, больового та диспепсичного синдромів, зникнення афективно-когнітивних порушень.

Антигелікобактерну терапію отримали 104 дитини; зазначене лікування вони отримували вперше. Рівень ерадикації становив 92,3%. В I групі успішна ерадикація була у 94,1% (у 64 із 68 хворих). Показник ерадикації в II групі (група порівняння) становив 86,9%. Побічних ефектів антигелікобактерної терапії не спостерігали.

Під впливом лікування в I групі була більш сприятлива динаміка клінічних проявів (больовий і диспепсичний синдром). Вивчали вплив ерадикації Нр на ліквідацію клінічних проявів, а також досліджували чинники, що могли вплинути на результати лікування.

В I групі сприятливою також була динаміка емоційних порушень в порівнянні з II групою; успішні результати мала корекційно-розвивальна допомога психолога та логопеда у всіх дітей. В II групі у 18 із 22 дітей була успішною корекційно-розвивальна робота логопеда.

Отже, в I групі знижувався рівень тривоги та покращувався показник когнітивної сфери, ліквідувалися мовленнєві порушення.

В підсумку можна заключити:

- у дітей та підлітків, хворих на ХГД, асоційованих з Нр, виявлено психологічні та мовленнєві порушення, що визначають особливості перебігу хвороби;

- у дітей при ХГД, асоційованому з Нр, спостерігається значне психоемоційне перенапруження, яке проявляється схильністю до тривоги, страху, агресії, що необхідно враховувати при наданні корекційно-розвивальної допомоги;
- проведення психологічної та корекційно-розвивальної логопедичної допомоги дітям з ХГД знижує особистісну тривожність, покращує функціонування когнітивної сфери, сприяючи ліквідації мовленнєвих порушень, а також забезпечує високий показник ефективності атнигелікобактерної терапії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Волосянко А.Б. Порушення психологічного статусу у дітей з хронічним гастродуоденітом та їх корекція / Волосянко А.Б., Тимошук О.В., Кулеша-Любінець М.М., Арциховська В.Є. // Медична психологія. – 2011. – № 1. – С. 56-61.
2. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. -С.Пб.: Питер, 2000. -512с.
3. Лукьянова Е.М., Тараховский М.Л., Бобко С.А., Мороз А.Д., Цветкова Е.В. Особенности адаптации при хронических стрессах у детей с заболеваниями органов дыхания и пищеварения//Педиатрия-1995,№5.-С.69-72.
4. Люшер М. Цвет вашего характера. – М.: Вече, Персей, АСТ, 1996. – 400с.
5. Максименко С., Максименко К., Главник О. Адаптація дитини до школи / К.: Мікрос-СВС, 2003. -111с.
6. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методика и тесты. – Самара: Бахрах-медицина. – 2001. -340 с.
7. Соботович Е.Ф. Методика выявления речевых нарушений у детей и диагностика их готовности к школьному обучению. / Соботович Е.Ф., Андрусишин Л.Е, Бартенева Л.И. – К.: Актуальна освіта, 1998. – 127 с.
8. Цимерман Я.С., Белоусов Ф.В. Психосоматическая медицина и проблема язвенной болезни (обзор). Клиническая медицина.-1999.-№8.-С.9-15.
9. De Francesco V, Margiotta M, Zullo A, Hassan C, Troiani L, Burat-tini O, Stella F, Di Leo A, Russo F, Marangi S, Monno R, Stoppino V, Morini S, Panella C, Ierardi E. Clarithromycin-resistant geno types and eradication of *Helicobacter pylori*. Ann Intern Med 2006;144:94-100.
10. Francavilla R, Lionetti E, Castellaneta SP, Magista AM, Boscarelli G, Piscitelli D, Amoruso A, Di LA, Miniello VL, Francavilla A, Cavallo L, Ierardi E. Improved efficacy of 10-day sequential treatment for *Helicobacter pylori* eradication in children: a randomized trial. Gastroenterology 2005;129:1414-1419.
11. Gisbert JP, Marcos S, Gisbert JL, Pajares JM. High efficacy of ranitidine, bismuth citrate, amoxicillin, clarithromycin and metronidazole twice daily for only five days in *Helicobacter pylori* eradication. Helicobacter 2001;6:157-162.
12. Koletzko S. Evidence-based Guidelines From ESPGHAN and NASPGHAN for Helicobacter pylori Infection in Children / S. Koletzko, N. L. Jones, K. J. Goodman, B. Gold, M. Rowland, S. Cadranel, S. Chong, R. B. Colletti, T. Casswall, J. Guarner, N. Kalach, A. Madrazo, F. Megraud, and G. Oderda, on Behalf of the H pylori Working Groups of ESPGHAN and NASPGHAN // Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 2011;53: 230–243.
13. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. A. et al. Management of Helicobacter pylori infectionthe Maastricht IV/ Florence Consensus Report Gut. – 2012; 61:646–664.
14. Viara D., Zullo F., Vakil N. et al. Sequential therapy versus standard triple-drug therapy for *Helicobacter pylori* eradication: a randomized trail // Ann. Int. Med. – 2007. – 146. – P. 556 – 563.

УДК: 616.89:376.4:37.018.1

ФОРМУВАННЯ ШЛЮБНО-СІМЕЙНИХ ВІДНОСИН В СІМ'ЯХ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДИТИНУ З СИНДРОМОМ ДАУНА

Максимовська В.М.

Інститут корекційної педагогіки та психології
НПУ імені М.П.Драгоманова

У статті розглянуто теоретичні дослідження відношення батьків до дитини з синдромом Дауна, та вплив дитини на внутрішньо сімейний мікроклімат.

В статье рассмотрены теоретические исследования отношения родителей к ребенку с синдромом Дауна, и влияние ребенка на внутренний семейный микроклимат.

The paper considers theoretical research related to parent a child with Down syndrome, and the impact of the child on the inner family climate.

Ключові слова: синдром Дауна, сім'я, взаємовідносини, стрес, функції сім'ї.

Ключевые слова: синдром Дауна, семья, взаимоотношения, стресс, функции семьи.

Keywords: Down syndrome, family, mutual relations, stress, family functions.

Формування психічного стану дитини її розвиток та адаптація до соціуму залежить від сімейних взаємовідносин. Сім'я – спільність людей, що заснована на єдиній загальносімейній діяльності, пов'язаних подружніми вузами - батьківства – спорідненістю і тим самим здійснює відтворення населення і приємствненність сімейних поколінь, а також соціалізацію дітей і існування членів родини.

Дані про відношення батьків до дітей з розумовою та фізичною відсталістю неоднозначні. Одні автори вказують на те, що хворій дитині сім'я приділяє занадто багато турботи та уваги, інші вказують на відчуженість та ізоляцію від дитини з