

- 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, Amoroso 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 приємственисть 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

боку батьків.

В дослідженнях Сіляєваої Е.Г. виділяються два типи відносин батьків до хворої дитини – це максимальна самовідданість, коли життя родини планується в залежності від потреб дитини, і відчуженість батьків, часткове або повне перекидання відповідальності за дитину на державні установи [4]. Відомий американський педіатр Б. Спок виділив наступні види відносин батьків до «особливої» дитини:

1. Батьки, що помилково вважають себе винними в стані дитини, настоюють на проведенні самих різноманітних методів лікування та діагностики, які не приносять результатів;
2. Батьки, що не помічають проблем дитини і доводять оточуючим, що їх дитина нормальна. Такі батьки пред'являють до дитини завищені вимоги, що занижує самооцінку дитини;
3. Батьки, що соромляться особливостей своєї дитини;
4. Батьки, що поступово приходять до висновку безнадійності дитини та відмовляють у проявленні почуттів до неї;
5. Батьки, що виховують дитину природно, та допомагають їй освоювати навколишній світ паралельно не проявляючи гіпер чи гіпоопіки [5].

Науковці виділили три групи розділення сім'ї, члени якої в різній мірі приймають участь у взаємодії з хворою дитиною та піклування про неї. *Перша група*, представлена членом сім'ї, що бере на себе роль головного опікуна, і весь повсякденний догляд та обслуговування дитини виконує він, на шкоду особистого життя та інтересів. В сім'ях з дитиною - інвалідом, це як правило, мати. На відміну від інших членів сім'ї саме мати намагається знайти причину хвороби чи спробами виправдати себе в тому, якою народилася дитина, ознайомлюється в інформаційному плані про перебіг та особливості захворювання дитини. Як правило матері, частіше від інших членів родини, страждають від будь – якого посилення чи ослаблення симптомів хвороби.

Друга група, це члени сім'ї, які приймають участь в повсякденному спілкуванні, але в меншій степені. Вони мають можливість реалізовувати особистісні плани та інтереси, але їх емоційний зв'язок з хворим дуже сильний. Почуття провини, що цей член сім'ї (батько), мало приділяє часу хворій дитині, через активну соціальну зайнятість, приводить до порушення взаємовідносин та відчуження між головним опікуном (мати) та іншими членами сім'ї.

Третя група, це близькі чи далекі родичі, які не мають постійного контакту з дитиною, але знають проблеми сім'ї пов'язані з хворобою дитини. Дуже часто вони мають звинувачення до батьків хворої дитини.

Дослідження Савіної А.Е. та Чарової О.Б. показали, що матері, діти яких відстають у розумовому розвитку, відрізняються надмірним гіперконтролем, знизеним прагненням до співпраці та допомоги, формалізацією спілкування [3]. Багато матерів вважають дітей несамостійними, неконтрольованими, пасивними, скривдженими. Це свідчить про створення образу дитини - інваліда. Таке сприйняття впливає на негативне виховання дитини в сім'ї. Емоційне несприйняття дитини може бути первинним та вторинним. Первинне виникає коли вагітність та народження дитини було небажаним. В більшості випадків вагітність жінки, при первинній відторгнутості протікає дуже складно, з частими загрозами переривання вагітності, оскільки у жінки існує неусвідомлене прагнення позбавитися дитини. Діагностування синдрому Дауна в пренатальному періоді веде до неусвідомленого несприйняття вагітності, страху народжувати, жінка не може візуально уявити своє дитя. Це все приводить також до порушення фізіологічних пологів.

Після пологів причиною вторинного несприйняття, може стати наявність генетичного порушення, фізичний дефект, при синдромі Дауна наявність ще й супутніх захворювань. На відношення матері до дитини, з синдромом Дауна, у великій мірі впливає наявність в сім'ї здорової дитини та послідовність народження дітей. Якщо синдромна дитина в сім'ї народилася першою то емоційно вона більше сприймається ніж та дитина, що народилася за рахунком друга чи третя, а в сім'ях, де синдромна дитина єдина, у великій більшості спостерігається її емоційне сприйняття. Дослідженнями реакцій батьків на повідомлення про «особливість» їхньої дитини, займалися Lamb та Meyer, вчені дійшли висновку, що з самого початку матері в основному реагують більш емоційно, виражають страх не впоратися в піклуванні про дитину. Чоловіки, реагують менш емоційно і задають питання про довгостроковість чи проявлення відхилень. Автори відмічають, що повідомлення сприймаються батьком як інструментальна криза, а мати сприймає – як експресивну кризу.

Британський вчений Hogbu, провів дослідження 87 батьків (чоловіки) діти яких мають синдром Дауна, оцінюючи функціонування в шлюбі, соціальну підтримку, адаптованість, рівень стресу та особистісних якостей, і дійшов до таких висновків [7]:

1. Важкість порушень у дитини не впливає на адаптацію батька.
2. Батьки однаково адаптуються до хвороби сина чи дочки.
3. Рівень невротичності батька впливає на адаптацію.
4. Більша частина досліджуваних батьків не схильні до депресій та значних особистісних проблем.
5. Отримання соціальної підтримки для батька позитивно впливає на адаптацію.
6. Батьки не відчують серйозних проблем у шлюбі і вони не більш схильні до розлучень ніж контрольна група.
7. Вік дитини не пов'язаний із стресом батька.
8. Стрес батька, зворотно пропорційний рівню його освіти і суб'єктивно оцінюваній фінансовій відповідності.

Другою групою були 90 батьків, в своєму дослідженні він приділив увагу на погляд чоловіків стосовно впливу дитини, з синдромом Дауна, на сім'ю в цілому та на них самих. Аналіз даних привів до таких висновків:

1. Батьки дуже часто (46% випадків) відмічали веселу вдачу своєї дитини.
2. Скарги на обмеження, що накладаються на сім'ю через порушення дитини, відмічено у 43%.
3. Порушення у дитини ніяк не впливають на сім'ю, або в дуже малій мірі, спостерігалось у 30%.
4. Після повідомлення діагнозу 42% батьків, відчували душевне потрясіння.
5. Стурбованість, що буде з їх дитиною з віком виникає у 36% батьків.

В цілому Hornby зробив висновок, що батьки, які прийняли участь в дослідженні непогано пристосувались до своїх дітей з синдромом Дауна.

Наслідком правильного функціонування сім'ї є подружня пристосованість, як узгодженість взаємодії подружжя на психологічному, соціальному та біологічному рівнях, зачіпає всі сторони життя і взаємовідносин сім'ї.

В системній сімейній теорії доводиться, що народження дитини є стресом, який долається завдяки зміні сімейної системи [2]. Народження дитини з синдромом Дауна – це великий стрес для сім'ї, оскільки до звичайних змін додається шок від діагнозу, турбота про здоров'я та розвиток дитини, почуття сорому та провини, порушення матеріального блага. Період після народження дитини вважається самим складним для подружжя, коли відносини між чоловіком та дружиною стають напруженими, порушується комунікація та з'являється дезінтеграція подружніх відносин, переживання батьків характеризуються глибочістю, довготривалістю та загострюються постійними труднощами з якими стикається сім'я. Почуття провини у батьків, дітей з розумовою відсталістю, характеризується нездоланністю, нав'язливістю, епізодичністю, нападаподібністю з періодами загострення. Почуття сорому, за свою дитину, за її «особливий» вигляд, у батьків присутнє постійно. Ці два почуття взаємно підсилюють одне одного. Причому, почуття сорому, приводить до сімейної самоізоляції [1].

Подружні відносини в значній мірі залежать від емоційного стану жінки. При народженні дитини з синдромом Дауна, в більшій степені страждають матері оскільки саме вони беруть на себе відповідальність за лікування навчання та адаптацію дитини. І тому у них частіше ніж у чоловіків спостерігається роздратованість, тривожність, постійне занепокоєння, жінка намагається весь час буди з хворою дитиною, як наслідок у чоловіка формується почуття фрустрації та хронічне зниження емоційного стану [6]. Поведінка батька має велике значення, оскільки емоційний стан дружини її душевна рівновага в великій мірі залежить від моральної підтримки, взаєморозуміння та допомоги в вихованні та догляді за дитиною, якщо батько включений в ситуацію, то шлюбно – сімейні відносини залишаються стабільними і навіть укріплюються. Поява синдромної дитини може привести до посилення та проявлення прихованого внутрішньосімейного конфлікту, що був між батьками ще до народження дитини, дуже часто це є приводом до розлучення таких сімей.

Дослідженнями відмічено, що наявність в сім'ї дитини з синдромом Дауна, веде до порушення та утруднення основних функцій сім'ї і рольових взаємодій між подружжям. Наслідком стресової ситуації, в якій перебуває родина, є сімейні труднощі та конфлікти як незадоволенні потреби у взаємовідносинах. Особливо це впливає на психоемоційну та сексуально – еротичну сфери. Складності при вихованні та соціалізації дитини порушують виховну функцію сім'ї. Наявність у дитини супутніх захворювань їх діагностика та лікування може значною мірою вплинути на матеріально - економічну функцію.

Сім'я, для дитини з синдромом Дауна, виступає в якості первинного мікросоціуму та створює умови для формування особистості. Адаптація до соціального середовища, у синдромних дітей, залежать від взаємовідносин дитини з батьками та мікроклімату в сім'ї. Емоційне відчуження та неприязнь в сім'ї частіше за інших відчувають діти з психофізичними відхиленнями. Для всіх сімей, що виховують дитину з синдромом Дауна, характерним є: зниження соціального статусу; порушення та зміна всіх функцій сім'ї; порушення сімейних взаємовідносин; нервово- психічне та фізичне навантаження; неочікуваний розвиток дитини. Комплексний супровід сімей, що виховують дитину з синдромом Дауна, включає в себе роботу не тільки по формуванню відносин між батьками і дітьми, а й з загальними проблемами сім'ї та педагогічну та психотерапевтичну роботу з подружною парою.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

- 1.Бочарова Е.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Постникова Л.В. Качество жизни семей, воспитывающих детей с отклонениями в психическом и речевом развитии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003.- Т.13, вып. 3.- с.23-25.
- 2.Зарецкая Н.Ю., Бурк О.А. Ребенок с особыми потребностями в семье: системный семейный поход// Семейная психология и психотерапия, 2006. №1. – с. 62-74.
- 3.Савина Е.А., Чарова О.Б. Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями развития // Вопросы психологии, 2002 №6.- с.15-21.
- 4.Силяева Е.Г.(ред.) Психология семейных отношений с основами семейного консультирования: Учеб. Пособие под. ред. Е.Г. Силяевой.- М.: Издательский центр «Академия», 2002.-192с.
5. Спок Б. Ребенок и уход за ним.- М.: «Попури», 2003.- 736 с.
- 6.Шипицина Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта.СПб: Речь, 2005.- 477с.
7. Hornby, G. (1994). Counselling in child disability: Skills for working with parents. London: Chapman and Hall.

УДК 316.454.5-056.262

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ РОЛІ СПІЛКУВАННЯ У РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ З ПОРУШЕННЯМ ЗОРУ

Мамічева О.В.

доктор психологічних наук, доцент
Донбаський державний педагогічний університет

Стаття присвячена вивченню ролі спілкування у розвитку особистості з порушенням зору. Розглянуто питання формування особистості в умовах зорового дефекту, що обмежує коло спілкування та призводить до утворення неадекватних соціальних установок, які у подальшому негативно впливають на процес спілкування