

retardation, extreme variant of norms and mental retardation. It is concluded that the existing diagnostic tools need to be improved.

The research analysis about causes and characteristics of the development of children with impaired mental function is presented. The group of children with impaired mental function is diverse in its composition, but it unites children whose mental retardation is considered reversible. A description of the psychological characteristics of the development of children with impaired mental function was studied. Based on this study, it is concluded that these are children with unrealized age possibilities. All the main age-related mental growths are formed slowly and have specificity. The group of children with mental retardation is characterized by uneven or delayed maturation of higher mental functions, insufficiency of cognitive activity, reduced level of efficiency, and underdevelopment of the emotional-personal sphere. Researchers have proven that children with impaired mental function are lagging behind their normally developing peers in communicative development.

The importance of communication with adults and peers for the development of children with impaired mental function and their full integration into society is emphasized. The paper presents a functional model of communicative activity. This model is a scheme of the communicative act. It has been used to formulate criteria in determining problem stages in the communication process of children with adults and peers. To study the components of communicative activity, it is important to consider the following parameters: the comfort level for children during their interaction with peers; the nature of activity in relation to the subject of communication; speech activity; children's statements; the duration of the communicative act; the nature of the communicative initiative and emotional manifestations of children to peers. The leading motive, the content of the need and the basic means of communication are defined as separate components of the communication process. This makes it possible to determine the direction and correction of psychological and educational assistance to children with mental retardation under conditions of inclusive education.

Key words: developmental delay, intellectual incapacity, classification of developmental delay, communicative act, peculiarities of children's development.

DOI 10.31392/NPU-nc.series19.2019.37.16
УДК 616.831-009.11-053.2

Сняткова Т.М., vitaliks70@ukr.net

ПОПЕРЕДЖЕННЯ СИНДРОМУ ГОСПІТАЛІЗМУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Стаття присвячена розгляду проблеми госпіталізму, який виникає у дітей раннього віку, що змушені довгий час бути у розлуці з матір'ю через тривале лікування або проживання у дитячих установах. Особливо гостро дана проблема виникає у дітей з дитячим церебральним паралічем, які страждають від рухових, психічних та мовленнєвих порушень, відрізняються специфічним розвитком пізнавальної сфери. Напрямами роботи з попередження синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з церебральними паралічами є забезпечення середовища, багатого на різноманітні стимули; надання можливостей для здійснення рухової активності, організація турботливого спілкування дорослих з дітьми; наповнення дня цікавими змістовними заняттями, іграми тощо.

Ключові слова: дитячий церебральний параліч, ранній вік, госпіталізм, попередження, напрями попередження.

Проблема надання психологічної, корекційно-педагогічної допомоги і підтримки, супроводу дітей з психофізичними порушеннями є надзвичайно актуальною, оскільки останнім часом все більше народжується фізіологічно не зрілих, не здорових дітей. Особливу категорію дітей, які потребують допомоги і підтримки, становлять діти раннього віку із церебральним паралічем. Сенситивність даного віку до втручання, корекційно-педагогічної і психологічної, логопедичної роботи, визначає можливість якомога раннього надання допомоги даним дітям, що сприяє компенсаторній можливості їх організму, вирішенню значної частини проблем в їх фізичному, інтелектуальному, мовленнєвому, особистісному розвитку.

Особливості розвитку дітей із церебральним паралічем вивчаються вітчизняними і зарубіжними клініцистами, педагогами, психологами Л. Алексєєвою [1], Т. Алексєєнко [2], В. Левченковою [14], І. Мамайчук [15], О. Приходько [22-23], А. Синицею [25] та ін.

Приділяючи увагу розвитку дітей з церебральним паралічем, їх реабілітації і вихованню, сучасні

науковці піднімають проблему госпіталізму, що виникає у дітей внаслідок тривалої розлуки з матір'ю, їх розміщення у спеціалізовані дитячі установи, стаціонарні лікарні тощо (Н. Дмитріюк [7-8], І. Манохіна [16], К. Педь [21], О. Приходько [22-23] та ін.).

Дослідження проблем госпіталізму дітей із церебральним паралічем (Н. Дмитріюк [7-8], Т. Журавель [9], О. Кокорева [11], та ін.) виявили важливість попередження і подолання синдрому госпіталізму, що забезпечують зворотність його наслідків для розвитку дітей. При цьому успішність цих заходів може бути забезпечена шляхом створення умов для розвитку особистісного та інтелектуального потенціалу кожної дитини, а також при правильному кадровому оснащенні закладів, де отримують медичну допомогу діти із церебральним паралічем, при продуманому індивідуальному підході до кожної дитини [7, с. 130].

Незважаючи на досить різноманітний науково-теоретичний аналіз даної проблеми, практичні аспекти профілактики госпіталізму у дітей з церебральними паралічами розглянуті недостатньо. Зважаючи на вказане, **метою статті** є висвітлення напрямків роботи щодо попередження синдрому госпіталізму у дітей раннього віку з церебральним паралічем.

Дитячий церебральний параліч – тяжке захворювання центральної нервової системи, що виявляється в різноманітних психомоторних порушеннях у комплексі з провідним руховим порушенням. Це складне порушення, яке посідає одне з перших місць в структурі дитячої інвалідності. Тяжкість захворювання обумовлена складністю рухових, психічних та мовленнєвих порушень [22, с. 8].

О. Приходько [22-23] стверджує, що лікувати і навчати потрібно всіх дітей з церебральним паралічем. При цьому, на думку дослідниці, завдання реабілітації дитини з церебральним паралічем завжди індивідуальні та динамічні. Всі вони спрямована на оптимальний розвиток моторних, психічних і мовленнєвих функцій, поліпшення якості життя дитини з церебральним паралічем із забезпеченням їй максимальної незалежності і самоствердження.

При цьому, як зазначає О. Приходько, надання соціальної, психологічної, корекційно-педагогічної допомоги, здійснення роботи з соціальною адаптації дитини з церебральним паралічем, її інтеграції в суспільство здорових однолітків значною мірою залежать від кооперації в роботі медиків, психологів, логопедів, фахівців в галузі корекційної педагогіки [23, с. 38-39].

Психолог Р. Мухамедрахімов [19] відзначає, що програма профілактично-корекційного втручання на ранніх етапах розвитку дітей з церебральним паралічаем збільшує можливості для їхньої успішної ранньої соціалізації з наступним забезпеченням самостійності в житті, що зменшить витрати суспільства на спеціальне навчання та виховання до досягнення дошкільного та шкільного віку. Він вказує, що програму раннього втручання «Абілітація немовлят» на ранніх етапах розвитку дітей з церебральним паралічем можна вважати успішною за різними показниками. Діти, які брали участь у програмі, краще адаптувалися до життя після завершення експерименту, а сім'ї цих дітей виявилися в кращих економічних умовах [19, с. 164].

У праці А. Синиці [25] відзначено, що період раннього дитинства має ряд психофізичних особливостей, які вирізняють його від наступних вікових періодів, а саме: інтенсивність, пластичність, здатність до компенсації, тісний зв'язок фізичного та психічного розвитку, нерівномірність, стрибкоподібність, лабільність. Саме тому доцільно враховувати весь комплекс фізіологічних та психічних особливостей дітей раннього віку з церебральним паралічем, які потребують створення спеціальних умов для життя та розвитку. Дослідниця вказує, що перші роки життя дитини є найбільш оптимальними для проведення профілактичної і корекційної роботи. Правильно організована рання допомога з перших років життя дозволяє не тільки впливати на наявні порушення в розвитку дитини, попереджувати виникнення вторинних порушень, з'ясовувати рівень соціальної дезадаптації дітей, а й досягати максимально можливого для кожної дитини рівня загального розвитку [25, с. 82].

Реабілітологами, психологами та соціальними педагогами разом з батьками повинна проводитися необхідна профілактична і корекційна робота для дітей, хворих на церебральний параліч. Така робота повинна бути спрямована на загальний розвиток дитини, попередження виникнення в неї небажаних особистісних рис, на формування пізнавальної активності, задоволення різних інтересів, оскільки у багатьох дітей із церебральним паралічем є потенційно збережені передумови до розвитку інтелектуальних процесів (мислення, пам'яті тощо) [15, с. 217].

Важливим напрямком у психологічній роботі з дітьми із церебральним паралічем є психологічна корекція їх пізнавальної, емоційної та соціальної сфери життя. Особливу роль у процесі надання психолого-соціальної та реабілітаційної допомоги відіграє фізичне виховання, а саме лікувальна гімнастика. З урахуванням специфіки рухових порушень при дитячому церебральному паралічі лікувальна гімнастика має наступні основні завдання: розвиток випрямлення й рівноваги; розвиток функції руки й предметно-маніпулятивної діяльності; розвиток зорово-моторної координації; гальмування й подолання неправильних поз і положень; попередження формування вторинного рухового стереотипу [1, с. 189].

Проте, розглядаючи проблему надання кваліфікованої допомоги та підтримки дітям з церебральним паралічем, варто звернути увагу на явище госпіталізму, яке виникає у зв'язку із тривалим лікуванням та перебуванням у закладах надання медичної допомоги, розміщенням у заклади для дітей-сиріт, позбавлених батьківського піклування.

За ствердженням І. Манохіної, «госпіталізм» – погіршення стану здоров'я дитини як наслідок тривалого перебування в лікувальних установах, що виникає, коли дитина ще немовлям втрачає вже налагоджені близькі зв'язки з матір'ю або особою, яка її замінює [16, с. 106].

Зарубіжні та вітчизняні дослідники почали звертатися до проблеми госпіталізму в контексті ранньої інституалізації дітей, а також материнської депривації/сепарації від матері.

Проблема госпіталізму розглядається у науковому психолого-педагогічному, медичному і соціологічному просторі у зв'язку з депривацією, яку дослідниця Н. Каут визначає як «різноманітні порушення у формуванні та функціонуванні психіки внаслідок відносно тривалого блокування значущих потреб людини, обмеження в їхньому задоволенні. Особливо це стосується перцептивних служб (у відчуттях і сприйманні), потреб у спілкуванні, емоційній підтримці, самореалізації, повазі, безпечності, творчості, ідентичності, інтимності тощо» [10, с. 46].

Представники класичного психоаналізу: Дж. Боулбі, Д. Віннікот, Р. Спітц у своїх працях зводять психічну депривацію у дитячому віці до материнської депривації, до взаємовідносин «мати – дитина». Один із перших дослідників Р. Спітц в середині минулого століття пов'язав емоційні та когнітивні розлади дітей, позбавлених піклування, з нестачею материнської турботи. Поворотним пунктом з вивчення психічної депривації у дитинстві стала монографія Дж. Боулбі «Материнська турбота та психічне здоров'я». Дослідник Д. Боулбі, завдяки якому поняття «депривація» (що дослівно означає – позбавлення, втрата) ввійшло у наукове середовище, трактував причини його виникнення відсутністю батьківської уваги, емоційною холодністю по відношенню до дитини, тобто, фрустрацією потреби в батьках [3, с. 273].

Ідея негативного впливу на розвиток дитини раннього віку різних порушень у стосунках з матір'ю, деприваційних умов виховання була обґрунтована в теорії об'єктних відносин Д. Віннікотом. Вчений вважає, що довготривала розлука з матір'ю в період раннього дитинства (до 4-х років) безпосередньо впливає на розвиток особистісного розладу у дитини. Д. Віннікот довів, що порушення стосунків у діаді «мати – дитина» стає важливим фактором порушень особистісної і поведінкової сфери, непостійності у взаємодії з оточуючими, низьким емоційним контролем, імпульсивністю, схильністю до агресивних зривів [4, с. 68-70].

Узагальненню багаточисленних емпіричних даних, що стосуються проблеми депривації, присвячено монографію чехословацьких авторів Й. Лангмейєра та З. Матейчека «Психологічна депривація у дитячому віці». Зокрема, автори виокремлюють найважливіші потреби дитини в процесі її розвитку і, відповідно, форми депривації та можливості задовольнити ці потреби [13]. У дітей, які довго знаходяться в одноманітному, збідненому середовищі, які перебувають у розлуці з матір'ю, зокрема, при недостатності сенсорних стимулів, нестачі інформації, необхідної для психологічного благополуччя виникає сенсорна депривація (стимульна за Й. Лангмейєром та З. Матейчеком) Утворюється своєрідний «стимульний» голод. Вчені Й. Лангмейєр та З. Матейчек відзначають, що сенсорна депривація в цьому випадку є складовою частиною материнської депривації. Автори зазначають, що для дитини вплив сенсорної депривації у порівнянні з дорослим більш травматичний, може викликати порушення мислення і мовлення, особистісні та поведінкові розлади [13, с. 131].

В українській психолого-педагогічній науці першими, хто займався проблемою госпіталізму та

вихованням важковиховуваних дітей, були А. Макаренко, В. Сухомлинський, які робили акцент саме на впливі середовища на особистість дитини.

Проблемою розвитку дітей раннього віку в депривованих умовах також займався відомий вчений Л. Виготський. Однією з центральних його ідей є визначення найважливішою умовою розвитку дитини соціальну ситуацію її розвитку – систему стосунків між дитиною та соціальною дійсністю, визначення дорослого як носія культурно-історичного досвіду і найважливішого джерела розвитку дитини. Тільки в постійному контакті з дорослим, на думку Л. Виготського [5], можлива інтеріоризація як основний механізм розвитку дитини. Крім того, цей контакт сприяє формуванню в дитині потреби в прихильності до близького дорослого.

Погляди Л. Виготського [5] знайшли свою розробку в концепціях інших психологів, які також розглядають дитинство, як результат соціогенезу взаємодії дитини та дорослих. Так, В. Мясіщев визначає головною умовою гармонійного розвитку особистості є різноманітність стосунків із оточуючим світом та необхідність дослідження ситуацій, як найбільш значущих джерел депривації для конкретної особистості [20].

При цьому особливо актуальними, з огляду на психічний розвиток дитини у перші роки життя, є емоційна і комунікативна депривації. Саме у зв'язку з цим було виявлено «синдром госпіталізму» у дітей з емоційною депривацією. За ствердженням Н. Каут, даний синдром полягає в тому, що у дитини, яка в перші роки життя була позбавлена можливості спілкування з матір'ю чи особою, яка її заміняє, спостерігаються значні відхилення у темпах фізичного, розумового та емоційного розвитку, спостерігаються поведінкові порушення та труднощі соціально-психологічної адаптації [10, с. 47].

Емоційну депривацію вважають базовою для формування материнської депривації, яка, за свідченням І. Крупника, є одною з найтяжчих за наслідками для розвитку дитини. Саме нестача емоційно теплого відношення до дитини, недостатність спілкування з матір'ю в результаті її відсутності взагалі, чи тимчасово в умовах перебування дитини на лікуванні, у випадку емоційно холодного, можливо авторитарного типу виховання, ведуть до незадоволення потреб дитини у любові та прийнятті і, як наслідок, – до великої кількості порушень психічного, інтелектуального, мовленнєвого розвитку, психічних розладів, не сформованості базової довіри до світу. У таких дітей можуть виникнути емоційні розлади (висока тривожність, роздратованість, негативізм, ворожість, підозрілість, пригніченість, апатія та депресія, підвищена агресивність), неадекватна самооцінка, невпевненість в собі. Можливе виникнення психозів та неврозів у майбутньому [12, с. 159].

Дж. Боулбі стверджує, що рання розлука з матір'ю призводить до синдрому «афективної тупості». Внаслідок материнської депривації у дитини формується активне неприйняття самої себе, нездатність до дружби, любові, відсутність спільності, подібності з іншими людьми, нехтування собою та іншими. Найчастіше все це знаходить своє вираження та розрядку в агресії, що спрямована на інших людей і проявляється або на зовнішньому рівні (втрата самоконтролю, гнів, обурення, агресивна жестикуляція), або на внутрішньому «прихованому» (озлобленість, недобррозичливість тощо) [3, с. 275].

Ізоляція дитини від матері, зазвичай, призводить до тяжких наслідків інтелектуального розвитку та особистісних функцій, які не піддаються виправленню. На думку Г. Прихожан, Н. Толстих, недоліки виховання, пов'язані з відсутністю материнського «тепла» та любові, полягають у тому, що дитина виявляється дезорієнтованою в духовних цінностях, у тому числі й цінностях власного «Я» [24].

Ще одним із видів депривації, який виникає у дітей з дитячим церебральним паралічем в умовах госпіталізму, які знаходяться на лікуванні та відірвані від спілкування з матір'ю чи особою, яка її заміняє, є рухова депривація. Як зазначає Д. Гошовська, діти, які унаслідок захворювання протягом довгого часу не можуть рухатися, часто страждають депресією, підвищеною збудливістю і агресивністю. Немовлята проявляють занепокоєння, коли їх туго пеленають. Вимушене обмеження рухів завжди негативно позначається на здоров'ї дитини, а наслідки рухової депривації гальмують психічний розвиток дитини з порушеннями опорно-рухового апарату [6, с. 207].

К. Педь [21] уточнює, що госпіталізм у дітей, які змушені тривалий час перебувати на лікуванні без присутності мами, формується як правило, в період між 6-11 місяцями й до 2-х років. Дослідниця називає три стадії формування синдрому госпіталізму у дітей:

1. Перша стадія прояву госпіталізму характеризується яскраво вираженим протестом: криком,

агресивними спробами вирватися з несприятливої ситуації. Але через кілька годин, можливо, і днів, дитина заспокоюється, вона ніби втрачає надію в результативність своїх зусиль. У цей період може виникнути аутоеротична активність (ссання пальця, мастурбація, розгойдування тіла), що є виявом намагань самої дитини розширити поле сенсорної стимуляції без допомоги дорослого. Поступово дитячий плач стає монотонним, а то й зовсім припиняється, погляд набуває меланхолічного виразу.

2. На другій стадії діти ніби «завмирають». Вони годинами можуть лежати з широко відкритими очима, сфокусованими в одному напрямку. Спілкування з таким дітьми поступово ускладнюється, а то й зовсім стає неможливим. Розвиток поступово затримується, дитина втрачає вагу, сон стає нестійким, знижується опір організму захворюванням. Далі порушується життєдіяльність основних життєвих систем – травлення, дихання, функціонування шкіряних покривів та основних органів, що робить їх вразливими до інфекцій. Якщо вчасно їй не допомогти, то процес стає незворотним, що в крайніх випадках закінчується смертю.

3. Якщо дитині вдалося вижити, то на третій стадії починається процес відтворення стосунків з оточуючими. Але дитина вже «психологічно відмовилася» від материнської любові. І в цей момент вона може відреагувати на повернення матері байдужістю [21, с. 142].

А. Машкаринець-Бутко [18] стверджує, що госпіталізм – синдром патології дитячого психічного й особистісного розвитку – результат відокремлення дитини від матері та її ранньої інституалізації. У дитячому віці госпіталізм негативно впливає на всі сфери особистості, що формується, гальмуючи її інтелектуальний і емоційний розвиток, спотворюючи «Я-концепцію», руйнуючи фізичне благополуччя та ін. Загальні ознаки госпіталізму в дитячому віці – втрата у вазі, млявість, апатичність, підвищена сонливість, м'язовий гіпотонус, уникнення контактів з оточуючими (відсутність зорового спостереження, поворотів «на голос», «гуління» у відповідь на ласку дорослого), слабкий плач тощо. У крайніх формах може призвести до серйозних душевних захворювань (дитячі маразми та ін.), хронічного інфікування, іноді до смерті [18, с. 116-117].

Основними показниками госпіталізму у дітей з церебральним паралічем Н. Дмитріюк називає: тривожність, страх, затримку мовлення, інтелектуальні розлади. Істотною є саме психологічна сторона цих наслідків: обмеженість моторики дитини, відлученість її від соціуму, позбавленість з раннього дитинства материнської любові [7, с. 129].

Наслідками пережитого у ранньому дитинстві госпіталізму дослідниця І. Манохіна [16] називає формування таких типів депривованої особистості:

1. «Пригнічений тип», для якого характерна пасивність, апатичність. Стан таких дітей ускладнює можливість адекватної оцінки, їх інколи помилково відносять до розумово відсталих.

2. «Соціально провокативний тип», що формується внаслідок постійного проживання дітей в закритих установах і характеризується контрастними емоційними реакціями;

3. «Гіперактивний тип». Для таких дітей характерний легкий вступ у контакт, демонстративні тенденції поведінки з яскравим інтересом до всіх оточуючих, що сприймається як гра, забава;

4. «Пристосовані діти» характеризуються компенсаторною поведінкою у відповідь на недостатність задоволення їх соціальних потреб, що проявляється у жадібності, ранніх сексуальних зв'язках, аутичних тенденціях, нарцисизмі тощо [16, с. 106].

Надзвичайно важливим завданням психолого-педагогічної науки і практики є розробка заходів попередження та профілактики синдрому госпіталізму. Така превентивна робота передбачає вивчення психологічних та індивідуальних особливостей дітей із церебральним паралічем, а також створення умов для превенції та компенсації негативного впливу госпіталізму на них.

У психіатрії та психології найчастіше визначають профілактику у контексті, що є дуже близьким до медичного, як сукупність заходів, спрямованих на попередження розладів психіки та поведінки, підтримку психічного благополуччя; попередження розвитку захворювання та його рецидиву, а також заходи, спрямовані на попередження переходу хвороби її у хронічні форми [9, с. 86].

Дослідники у галузі соціальної педагогіки та соціальної роботи Т. Алексєнко [2] та Л. Мардахаєв [17] визначають профілактику як сукупність або ж систему заходів, розроблених з метою попередження виникнення та розвитку будь-яких відхилень у розвитку, навчанні, вихованні особистості [17, с. 231], а також загалом як комплекс превентивних заходів, які проводяться шляхом організації загальнодоступної

медико-психологічної і соціально-педагогічної підтримки [2, с. 376].

З метою профілактики і подолання госпіталізму з дітьми із церебральним паралічем у дитячих установах проводяться комплексні психолого-медико-педагогічні заходи, що передбачають спільну роботу фахівців різного профілю: логопеда, психолога, психотерапевта, психіатра. Вирішальне значення тут має створення сприятливого соціально-психологічного клімату в оточенні дитини, організація загальнооздоровчих заходів і проведення корекційного навчання на основі активізації інтелектуальної і творчої діяльності [6, с. 210].

Профілактика синдрому госпіталізму у дітей з церебральними паралічами полягає в тому, щоб максимально наповнити день дитини цікавими заняттями, грою, при цьому забезпечити її сенсорними стимулами, достатнім інформаційним наповненням і спілкуванням з дорослими та іншими дітьми.

На основі ґрунтовного аналізу напрацювань Н. Дмитріюк [8] ми визначили такі напрями попередження госпіталізму у дітей раннього віку з церебральним паралічем:

1. Забезпечення достатньої кількості сенсорних стимулів та їх мінливості. Для повноцінного психічного розвитку дитина потребує середовища, забезпеченого стимулами різної модальності (тактильні, візуальні, акустичні подразники). Тому в оточуючому дитині середовищі має бути достатньо зорових, слухових, дотикових та інших стимулів. Необхідною умовою для дозрівання мозку у дитячому і ранньому віці є достатня кількість зовнішніх вражень. Оскільки, саме у процесі надходження в мозок і переробки інформації різної модальності відбувається активний розвиток органів чуття і відповідних структур мозку. Збіднене середовище негативно впливає на дозрівання мозку у дитячому і ранньому віці. Ті ділянки мозку дитини, які не тренуються починають атрофуватися, і якщо дитина знаходиться в умовах сенсорної ізоляції, то відбувається різке відставання і уповільнення всіх сторін розвитку: своєчасно не розвиваються рухи, мовлення, помітна затримка розумового розвитку. Через відсутність сприятливих умов щодо їх тусування як в дошкільному, так і в молодшому шкільному віці, ці зони відставання, як правило, не зникають, а ще й ускладнюються, нерідко приводять до затримок психічного розвитку [8, с. 102].

2. Надання змоги для рухової активності. Адже, як зазначає Д. Гошовська [6], вимушене обмеження рухів завжди негативно позначається на здоров'ї дитини. Це відбувається через дефіцит дуже важливих для стану нервової системи відчуттів від м'язів, суглобів, сухожилів. Обмежену рухливість, стан рухового обмеження організм дитини підсвідомо намагається подолати патологічними звичними діями – смоктанням пальців, обкушуванням нігтів, накручуванням волосся тощо [6, с. 207].

3. Створення необхідних умов для структурованості та чіткого впорядкування зовнішнього світу стимулів. Важливою основою психічної потреби дитини раннього віку є потреба диференційованої і постійної структури зовнішніх стимулів, тобто певного осмисленого порядку стимулів.

4. Надання можливості для встановлення інтимного емоційного ставлення до певної особи (якщо матим відсутня чи не може знаходитися поруч з дитиною на лікуванні). З цією метою здійснюється організація достатнього за кількістю й адекватного за змістом спілкування дітей з дорослими [8, с. 102-104].

Дослідники О. Кокорева, Є. Єлісеєв стверджують, що профілактика і корекція госпіталізму вимагає грамотного сенсорного середовища, привнесення в життя дитини достатньої кількості сенсорних стимулів. Особливо ця вимога актуальна для дітей, чий мозок ще перебуває в процесі дозрівання. З метою загального поліпшення психічного стану дитини з церебральним паралічем О. Кокорева, Є. Єлісеєв пропонують використання так званих сенсорних кімнат. Вплив спокійних тонів колірному спектру, доповнений релаксуючою музикою, імітацією звуків природи (наприклад, дощу або співу птахів), ароматерапією, – все це сприяє нормалізації емоційного фону, релаксації, підвищенню працездатності [11, с. 284].

Також для подолання госпіталізму варто уникати інформаційного дефіциту, тобто забезпечити дитині отримання нових вражень, знань з різних джерел, спілкування з різними людьми. Інакше кажучи – привнесення в її життя необхідної кількості інформаційних стимулів, що надають змогу вибудувати адекватні когнітивні моделі навколишнього світу, а також – оволодіти способами побудови цих моделей. Також важливо забезпечити повноцінне емоційне спілкування з дитиною, яке особливо актуальне на ранніх стадіях розвитку. Для цього спеціально організовується суб'єктно-орієнтоване спілкування

дорослого (лікаря, педагога, медперсоналу) з дитиною з церебральним паралічем в адекватній віковому періоду формі [11, с. 284-285].

Велику роль в профілактиці госпіталізму відіграють такі заходи, як грамотний підбір міждисциплінарної команди з урахуванням психологічної сумісності, раціональна організація життя дитини з церебральним паралічем тощо [11, с. 286].

Відповідно до вказаного, О. Приходько радить медичному персоналу лікувальних закладів, які надають допомогу дітям з церебральним паралічем:

- «завоювати довіру та увагу» маленького пацієнта, турботливо ставитися до нього, проводити бесіди з дитиною, застосовуючи заспокійливі жести, приємну інтонацію у спілкуванні з нею, погладжувати її руки, голову (після встановлення довірливого контакту, щоб не налякати додатково);

- важливо створювати доброзичливу атмосферу та позитивне ставлення до маленьких пацієнтів, доцільно якомога більше спілкуватися з ними, розповідати їм казки, читати книги, вчити малюванню, ліпленню, повідомляти елементарні дані про простір, пори року і т.п.;

- максимально задіяти інтереси та увагу дитини у стаціонарному відділенні, створивши ігрові куточки, забезпечивши їх різноманітними сенсорними стимулами (іграшками, альбомами, телевізором та ін.). У таких ігрових куточках дитина має отримати змогу поспілкуватися з іншими дітьми чи просто пограти в іграшки, помалювати, полистати яскраві ілюстровані книжки, подивитися картинки тощо;

- забезпечити необхідні умови для рухової активності маленьких пацієнтів, для проведення з ними реабілітаційних заходів. Якщо дитина з церебральним паралічем, яка потрапляє у стаціонарне відділення, не має змоги рухатися, вона гостріше і негативніше реагує на всі лікувальні процедури, на лікарів та інший медперсонал [23, с. 45].

Важливою є співпраця міждисциплінарної команди фахівців із батьками дитини з церебральним паралічем чи особами, які їх замінюють. Саме за допомогою групового впливу батьків і колективу медиків, педагогів, логопедів на хвору дитину можна досягти стійкого покращення її фізичного стану та попередити формування синдрому госпіталізму.

Таким чином, напрямами роботи з попередження госпіталізму у дітей раннього віку з церебральним паралічем є: забезпечення багатостимульного середовища, надання можливості здійснення рухової активності, організація достатнього за кількістю й адекватного за змістом спілкування дітей з дорослими, наповнення дня цікавими змістовними заняттями, іграми, спілкуванням і турботою.

Дітям із церебральним паралічем у соціально-реабілітаційних установах, лікарнях важливо створити доброзичливу атмосферу довірливого спілкування з медперсоналом; організувати чіткий розпорядок дня, що включає цікаві заняття, спілкування з однолітками, педагогами; надати змогу для рухливої активності та доступ до ігрового куточка. Комплексний підхід до попередження госпіталізму сприяє визначенню ризику його виникнення у дітей з церебральними паралічами та проведенню вчасної профілактичної роботи, що попередить порушення в їх емоційному та психічному розвитку.

Перспективи подальших пошуків у напрямі дослідження вбачаємо в поглибленні теоретичних та емпіричних аспектів проблеми госпіталізму у дітей з церебральним паралічем та проведенні діагностичних досліджень з метою його виявлення та попередження у дітей раннього віку з церебральними паралічем.

Список використаних джерел:

1. **Алексеева, Л. С.** Адресный социальный патронаж семьи и детей. М. 2000. 342 с.
2. **Алексеевко, Т. Ф.** Соціальна педагогіка: словник-довідник. Вінниця: Планер. 2009. 542 с.
3. **Боулби, Д.** Создание и разрушение эмоциональных связей. М. 2004. 232 с.
4. **Винникот, Д. В.** Семья и развитие личности. Екатеринбург: Литур. 2004. 400 с.
5. **Выготский, Л.С.** Психология. М. 2000. 1008 с.
6. **Гошовська, Д. Т.** Спеціальна психологія та методика педагогічно-корекційного тренінгу: метод. посібник. Луцьк. 2011. 265 с.
7. **Дмитріюк, Н. С.** Науково-практичний аспект проблеми депривованої особистості. Актуальні проблеми психології. 2015. Т. 1. № 42. С. 128-133.
8. **Дмитріюк, Н. С.** Теоретичний аналіз феномену психічної депривації особистості дитини у психологічній науці.

Психогенеза особистості: вікові та педагогічні модифікації: монографія. Луцьк. 2014. С. 92-109.

9. **Журавель, Т. В.** Соціальна профілактика як напрям соціально-педагогічної діяльності. Соціальна педагогіка : навч. посібник. К.: Академвидав. 2013. С. 85-101.
10. **Каут, Н. М.** Основи дефектології та логопедії. Дрогобич. 2012. 372 с.
11. **Кокорева, Е. Г., Елисеєв, Е. В.** Влияние различных видов депривации на развитие детского организма. Вестник ЧГПУ. 2013. № 12.2. С. 279-287.
12. **Крупник, І. Р.** Феномен психічної депривації та його значення в сучасному суспільстві. Проблеми загальної та педагогічної психології. К. 2012. Т. 14. Ч. 1. С. 156-163.
13. **Лангмейер, Й., Матейчик, З.** Психическая депривация в детском возрасте. Прага. 2009. 162 с.
14. **Левченкова, В. Д.** Морфологическая основа восстановительного лечения последствий перинатального повреждения центральной нервной системы и детского церебрального паралича. Коррекционная педагогика: теория и практика. 2008. № 3 (27). С. 22-24.
15. **Мамайчук, И. И.** Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб. 2001. 420 с.
16. **Манохіна, І. В.** Соціально-педагогічна робота з дітьми-сиротами та дітьми, позбавленими батьківського піклування. Дніпропетровськ. 2012. 276 с.
17. **Мардахаєв, Л. В.** Словарь по социальной педагогике: учеб. пособ. М.: Издательский центр «Академия». 2002. 368 с.
18. **Машкаринець-Бутко, А. І.** Особливості розвитку дітей-вихованців загальноосвітніх шкіл-інтернатів. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Педагогіка, соціальна робота». 2013. № 27. С. 116-118.
19. **Мухамедрахимов, Р. Ж.** Мать и младенец: Психологическое взаимодействие: монография. СПб.: СПб ГУ. 2003. 288 с.
20. **Мясищев, В.Н.** Психология отношений. Воронеж: НПО «МОДЭК». 1995. 356 с.
21. **Педь, К. В.** Методика соціально-виховної роботи: Навч. посібник. Полтава: ПДПУ. 2009. 254 с.
22. **Приходько, О. Г.** Ранняя помощь детям с двигательной патологией в первые годы жизни: метод. пос. СПб.: КАРО. 2006. 112 с.
23. **Приходько, О. Г.** Ранняя помощь детям с церебральным параличом в системе комплексной реабилитации. Монография. СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена. 2008. 208 с.
24. **Прихожан, А. М., Толстых, Н. Н.** Дети без семьи. М.: Педагогика. 1990. 158 с.
25. **Синиця, А. О.** Проблема логопедичного супроводу дитини раннього віку з дитячим церебральним паралічем у сучасній теорії та практиці. Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. К. 2016. № 31. С. 81-87.

References

1. **Alekseyeva, L. S.** Adresnyy sotsial'nyy patronazh sem'i i detey. M. 2000. 342 s. [in Russian].
2. **Alyeksyeyenko, T. F.** Sotsial'na pedahohika: slovnyk-dovidnyk. Vinnytsya: Planer. 2009. 542 s. [in Ukrainian].
3. **Boulbi, D.** Sozdaniye i razrusheniye emotsional'nykh svyazey. M. 2004. 232 s. [in Russian].
4. **Vinnikot, D. V.** Sem'ya i razvitiye lichnosti. Yekaterinburg: Litur. 2004. 400 s. [in Russian].
5. **Vygotskiy, L.S.** Psikhologiya. M. 2000. 1008 s. [in Russian].
6. **Hoshovs'ka, D. T.** Spetsial'na psikhohohiya ta metodyka pedahohichno-korektsiynoho treninhu: metod. posibnyk. Luts'k. 2011. 265 s. [in Ukrainian].
7. **Dmytriyuk, N. S.** Naukovo-praktychnyy aspekt problemy deprivovanoyi osobystosti. Aktual'ni problemy psikhohohiyi. 2015. T. 1. № 42. S. 128-133. [in Ukrainian].
8. **Dmytriyuk, N. S.** Teoretychnyy analiz fenomenu psikhichnoyi deprivatsiyi osobystosti dytyny u psikhohohichniy nautsi. Psikhoheneza osobystosti: vikovi ta pedahohichni modyfikatsiyi: monohrafiya. Luts'k. 2014. S. 92-109. [in Ukrainian].
9. **Zhuravel', T. V.** Sotsial'na profilaktyka yak napryam sotsial'no-pedahohichnoyi diyal'nosti. Sotsial'na pedahohika : navch. posibnyk. K.: Akademvydav. 2013. S. 85-101. [in Ukrainian].
10. **Kaut, N. M.** Osnovy defektolohiyi ta lohopediyi. Drohobych. 2012. 372 s. [in Ukrainian].
11. **Kokoreva, Ye. G., Yeliseyev, Ye. V.** Vliyaniye razlichnykh vidov deprivatsii na razvitiye detskogo organizma. Vestnik CHGPU. 2013. № 12.2. S. 279-287. [in Russian].
12. **Krupnyk, I. R.** Fenomen psikhichnoyi deprivatsiyi ta eho znachennya v suchasnosti suspil'stvi. Problemy zahal'noyi ta pedahohichnoyi psikhohohiyi. K. 2012. T. 14. CH. 1. S. 156-163. [in Russian].
13. **Lanhmeyer, Y., Mateychyk, Z.** Psikhicheskaya deprivatsiya v detskom vozraste. Praga. 2009. 162 s. [in Russian].
14. **Levchenkova, V. D.** Morfologicheskaya osnova vosstanovitel'nogo lecheniya posledstviy perinatal'nogo povrezhdeniya tsentral'noy nervnoy sistemy i detskogo tserebral'nogo paralicha. Korrektsionnaya pedagogika: teoriya i praktika. 2008. №3 (27). S. 22-24. [in Russian].
15. **Maмайчук, I. I.** Psikhologicheskaya pomoshch' detyam s problemami v razvitii. SPb. 2001. 420 s. [in Russian].

16. **Manokhina, I. V.** Sotsial'no-pedahohichna robota z dit'my-syrotamy ta dit'my, pozbavlenymy bat'kivs'koho pikluvannya. Dnipropetrovs'k. 2012. 276 s. [in Ukrainian].
17. **Mardakhayev, L. V.** Slovar' po sotsial'noy pedagogike: ucheb. posob. M.: Izdatel'skiy tsentr «Akademiya». 2002. 368 s. [in Russian].
18. **Mashkarynets'-Butko, A. I.** Osoblyvosti rozvytku ditey-vykhovantsiv zahal'noosvitnikh shkil-internativ. Naukovyy visnyk Uzhhorods'koho natsional'noho universytetu. Seriya «Pedahohika, sotsial'na robota». 2013. № 27. S. 116-118. [in Ukrainian].
19. **Mukhamedrahimov, R. ZH.** Mat' i mladenets: Psikhologicheskoye vzaimodeystviye: monografiya. SPb.: SPb GU. 2003. 288 s. [in Russian].
20. **Myasyshev, V. N.** Psikhohiya otnosheniy. Voronezh: NPO «MODEK». 1995. 356 s. [in Russian].
21. **Ped', K. V.** Metodyka sotsial'no-vykhovnoyi roboty: Navch. posibnyk. Poltava: PDPU. 2009. 254 s. [in Ukrainian].
22. **Prikhod'ko, O. G.** Rannaya pomoshch' detyam s dvigatel'noy patolohiyei v pervyye gody zhizni: metod. pos. SPb.: KARO. 2006. 112 s. [in Russian].
23. **Prikhod'ko, O. G.** Rannaya pomoshch' detyam s tserebral'nym paralichom v sisteme kompleksnoy reabilitatsii. Monografiya. SPb.: Izd-vo RGPU im. A.I. Gertsena. 2008. 208 s. [in Russian].
24. **Prykhozhan, A. M., Tolstykh, N. N.** Deti bez semi. M.: Pedagogika. 1990. 158 s. [in Russian].
25. **Synytsya, A. O.** Problema lohopedychnoho suprovodu dytyny rann'oho viku z dytyachym tserebral'nym paralichem u suchasnyy teoriiy ta praktytsi. Naukovyy chasopys NPU im. M. P. Drahomanova. Seriya 19: Korektsiyna pedahohika ta spetsial'na psikhohiya. K. 2016. № 31. S. 81-87. [in Ukrainian].

Сняtkova T. H. Предупреждение синдрома госпитализма у детей раннего возраста с церебральным параличом

Статья посвящена рассмотрению проблемы госпитализма, возникающего у детей раннего возраста, которые вынуждены долгое время быть в разлуке с матерью из-за длительного лечения или проживания в детских учреждениях. Особенно остро данная проблема возникает у детей с церебральными параличами, которые страдают от двигательных, психических и речевых нарушений, отличаются специфическим развитием познавательной сферы. Профилактическими направлениями работы по предупреждению синдрома госпитализма у детей раннего возраста с церебральными параличами является обеспечение среды, богатой на различные стимулы; предоставление возможностей для двигательной активности, организация заботливого общения взрослых с детьми; насыщение дня интересными содержательными занятиями, играми и тому подобное.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, ранний возраст, госпитализм, предупреждение, направления работы.

Snyatkova T. N. Prevention of the syndrome of hospitalism in young children with cerebral palsy

The article is devoted to the consideration of the problem of hospitalism occurring in young children who have to be separated from their mothers for a long time due to long-term treatment or living in institutions. This problem is especially acute in children with cerebral palsy, who suffer from motor, mental and speech disorders, and are characterized by a specific development of the cognitive sphere. General signs of hospitalism in childhood – loss in weight, lethargy, apathy, avoidance of contacts with others, anxiety, fear, speech delay, intellectual disorders, limited motor activity. Hospitalism at an early age negatively affects all spheres of the child, inhibits intellectual and emotional development, distorts the «I-concept», destroys physical well-being, leads to neurotic development, etc.

Prevention is defined as a set of preventive measures carried out by organizing public medical, psychological and socio-pedagogical support in order to prevent the occurrence and development of any deviations in development, training, education of the individual. Correctly selected directions of preventive work taking into account individual and psychological peculiarities of patients with cerebrovascular disease affect the dynamics of their mental and personal development, provide successful prevention of the formation of hospitalism. Preventive work to prevent the syndrome of hospitalism in young children with cerebral palsy is to provide an environment that is rich in various incentives; providing opportunities for physical activity, the organization of caring communication adults with children; saturation of the day with interesting meaningful activities, games, etc. For an integrated approach to the prevention of hospitalism syndrome in children with cerebral palsy, the cooperation of an interdisciplinary team of specialists and parents of children or persons replacing them is important.

Key words: cerebral palsy, early age, prevention, directions of prevention.