

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені М. П. ДРАГОМАНОВА**

На правах рукопису

ЗАПЛАТИНСЬКА АННА БОГДАНІВНА

УДК:376.2:159.93:616.831–009.11

**ТЕХНОЛОГІЯ СЕНСОРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ У КОРЕКЦІЙНОМУ
ВИХОВАННІ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ
ПАРАЛІЧЕМ**

13.00.03 – корекційна педагогіка

Дисертація

на здобуття наукового ступеня кандидата
педагогічних наук

Науковий керівник
доктор педагогічних наук, професор
Шевцов Андрій Гаррієвич

Київ – 2016

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СЕНСОРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ	11
1.1. Теоретико-методологічне обґрунтування сенсорної інтеграції та використання сенсорно-інтегративної терапії в корекційно-реабілітаційній роботі	11
1.2. Особливості сфери сенсорної інтеграції та її функціонування у дітей із церебральним паралічем.....	40
Висновки до першого розділу.....	49
РОЗДІЛ 2. РІВНІ РОЗВИТКУ СЕНСОРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ	52
2.1. Організація, зміст та методи констатувального експерименту з вивчення рівнів сформованості сенсорної інтеграції	52
2.2. Дослідження рівнів сформованості сенсорно-інтегрального розвитку у дітей дошкільного віку	75
Висновки до другого розділу.....	97
РОЗДІЛ 3. ТЕХНОЛОГІЯ КОРИГУВАННЯ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ ЗА ДОПОМОГОЮ СЕНСОРНО-ІНТЕГРАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ	100
3.1. Обґрунтування та зміст технології сенсорної інтеграції для дітей дошкільного віку із церебральним паралічем.....	100
3.2. Корекційна робота з формування здатності у дошкільника з церебральним паралічем до сенсорної інтеграції в умовах мультисенсорного середовища.....	138
Висновки до третього розділу.....	157
ВИСНОВКИ	160
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	163
ДОДАТКИ	184

ВСТУП

Актуальність теми. За даними Центру медичної статистики МОЗ України за 2010 – 2015 роки серед дітей до 18 років з обмеженнями життєдіяльності близько 2% становили діти з патологією нервової системи. Упродовж останніх 10 років є тенденція до зростання цих показників, що пов'язано із покращенням обліку хворих та інтенсивною реанімацією немовлят з ознаками тяжкої натальної патології.

Перше місце серед дитячої інвалідності за неврологічним профілем посідає дитячий церебральний параліч, тому значна кількість наукових праць присвячена питанням симптоматики, механізмів, структури рухових й супутніх розладів та пошуку ефективних технологій і методів лікування дитячого церебрального параліча (ДЦП) (Л. Бадалян, М. Ейдінова, В. Козявкін, Є. Лільїн, В. Мартинюк, О. Мастюкова, О. Правдіна-Вінарська, К. Семенова, Є. Сологубов, F. Niethard, W. Phelps, H. Knupfer, F. Rathe, V. Vojta, K. Vobath та V. Vobath, A. Peto та ін.). На основі їх досліджень розроблено методологічні основи та корекційно-реабілітаційні технології впливу на дітей із порушеннями психофізичного розвитку, що дає змогу отримувати ефективні результати реабілітування дошкільників з ДЦП (Т. Ахутіна, Г. Бойко, Л. Виготський, Т. Вісковатова, І. Левченко, І. Мамайчук, О. Приходько, А. Семенович, В. Синьов, Є. Соботович, Н. Стадненко, В. Тарасун, А. Шевцов, М. Шеремет, Л. Шипіцина, М. Ярмаченко, M. Bornstein, J. Kirby).

У спеціальній освіті на теоретичному та практичному рівнях здійснено низку розробок щодо корекційно-відновлювальної роботи з дітьми із церебральним паралічем із урахуванням складності порушень та вдосконалення навчально-виховного процесу в спеціальних закладах, особливо у пошуку ефективних комплексних технологій і засобів розвитку дитини в дошкільній ланці освіти (І. Бех, Л. Данилова, Л. Дробот, М. Єфименко, Т. Ілляшенко, М. Іпполітова, Б. Калижнюк, А. Обухівська, Є. Постовойтова, О. Романенко, Л. Ханзерук, О. Чеботарьова, та ін.).

Враховуючи наявність коморбідних порушень сенсорних аналізаторів та розумового розвитку у дітей із церебральним паралічем, можемо стверджувати про внесок у теорію та практику корекційно-реабілітаційної роботи з цією категорією дітей учених із сурдо-, тифло-, логопедагогіки, корекційної психопедагогіки та спеціальної психології (Р. Боскіс, Т. Богданова, М. Земцова, Р. Левіна, С. Миронова, І. Моргуліс, Ф. Рау, Є. Синьова, Л. Солнцева, С. Федоренко, Л. Фомічова, Г. Чиркіна, Д. Шульженко та інші).

Зазначені вище дослідження розкривають шляхи та етапи надання вчасної комплексної допомоги дітям із порушеннями опорно-рухового апарату задля підготовки до навчання у школі та інтеграції їх у суспільстві. У світовій практиці реабілітаційної роботи чільне місце посідає технологія сенсорної інтеграції, яка найбільш повно охоплює корекційну складову щодо подолання порушень розвитку, що негативно впливають на формування рухових і пізнавальних процесів в осіб із обмеженнями життєдіяльності (А. Jean Ayres, U. Kiesling, F. Loughorn, L. Jane Miller та інші).

Проте вивчення здатності до сенсорного інтегрування у дітей із церебральним паралічем досі залишається поза увагою науковців та практиків, потребує методичного забезпечення цього процесу з метою впровадження інтегральних реабілітаційних технологій у систему спеціальної дошкільної освіти та розробки засобів коригування сенсорної дезінтегрованості. Актуальність і недостатня розробленість цієї проблеми обумовлює вибір теми дисертаційного дослідження «Технологія сенсорної інтеграції у корекційному вихованні дошкільників із дитячим церебральним паралічем».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дослідження виконано відповідно до тематичного плану науково-дослідної роботи кафедри ортопедагогіки та реабілітології Факультету корекційної педагогіки та психології Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова за напрямом: «Принципи, закономірності, зміст, методи і форми навчання, виховання та реабілітації дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату». Тему дисертації затверджено Вченою радою

Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова (протокол № 9 від 26.04.2012) та узгоджено Міжвідомчою Радою з координації наукових досліджень педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 5 від 29.05.2012).

Мета дослідження - підвищити ефективність процесу коригування психофізичного розвитку дітей дошкільного віку із церебральним паралічем шляхом розроблення та впровадження технології сенсорно-інтегративної терапії.

Для досягнення мети дослідження визначено такі **завдання**:

1. Здійснити аналіз сучасних науково-методичних досліджень щодо застосування сенсорно-інтегративної терапії у процесі коригування психофізичного розвитку дітей дошкільного віку із церебральним паралічем.

2. Визначити теоретичні та методичні основи сенсорно-інтегративної терапії дітей дошкільного віку із церебральним паралічем в умовах спеціального корекційно-реабілітаційного середовища.

3. Дослідити особливості та рівні сформованості сфери сенсорної інтеграції у дітей дошкільного віку із церебральним паралічем.

4. Обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити технологію коригування психофізичного розвитку дітей дошкільного віку із церебральним паралічем за допомогою сенсорно-інтегративної терапії.

Об'єктом дослідження є виховання дошкільників із дитячим церебральним паралічем.

Предмет дослідження – коригування порушень психофізичного розвитку дітей дошкільного віку із церебральним паралічем за допомогою технології сенсорної інтеграції.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять фундаментальні положення про умовно-рефлекторну діяльність та здатність структур мозку до сенсорного інтегрування як неврологічного явища, що впливає на формування суспільного досвіду та розвиток пізнавальних процесів (П. Анохін, В. Бехтерев, Л. Виготський, О. Запорожець, О. Лурія, І. Павлов,

Ж. Піаже, І. Сеченов, Л. Цветкова, А. Jean Ayres та ін.); концепції єдності біологічних та соціальних чинників психічного розвитку, опосередкованого розвитку особистості в діяльності та середовищі (П. Анохін, Л. Виготський, М. Берштейн, П. Гальперін, В. Давидов, О. Леонт'єв, С. Рубінштейн); теорія еволюційно-вікової періодизації, що визначає особливу значимість дошкільного віку (Л. Виготський, О. Леонт'єв, Д. Ельконін, В. Мухіна та ін.); теорія психічного розвитку дитини з психофізичними порушеннями, структурного аналізу первинного та вторинного дефектів, компенсаторні закономірності психічного розвитку (Л. Виготський, В. Лубовський); теоретико-методологічні основи корекційного виховання та системно-синергетичне моделювання реабілітаційних процесів (В. Бондар, В. Засенко, Є. Соботович, М. Монтессорі, С. Миронова, В. Синьов, Є. Синьова, В. Тарасун, С. Федоренко, Л. Фомічова, А. Шевцов, М. Шеремет, Д. Шульженко та інші); положення про психолого-педагогічну і медико-соціальну корекцію порушеного розвитку (В. Лубовський, О. Венгер, І. Єременко, М. Лісіна, В. Петрова, О. Мастюкова та ін.); закономірності формування сенсорного розвитку, принципи сенсомоторної організації діяльності дітей з церебральним паралічем (Г. Бєлова, Є. Каліжнюк, І. Левченко, О. Мастюкова, Н. Сімонова, Т. Шамарін та ін.).

Методи дослідження: *теоретичні:* аналізування та синтезування емпіричних даних та узагальнення психолого-педагогічної, методичної літератури з питань корекції порушень розвитку дошкільників із церебральним паралічем для вивчення понятійно-категоріального апарату дослідження; порівняння та узагальнення поглядів науковців з розгляду питання здатності до сенсорного інтегрування як базового компонента пізнавальних процесів з метою теоретичного обґрунтування та розроблення технології сенсорної інтеграції; *емпіричні:* спостереження за сенсомоторним розвитком та складовими сенсорної інтеграції дошкільників із церебральним паралічем у навчально-виховному процесі та практичних видах діяльності для визначення сформованості сенсорної інтеграції та потенційних напрямів її розвитку; бесіда,

опитування, педагогічний експеримент: констатувальний для визначення рівнів сформованості сенсорно-інтегрального розвитку та формувальний з метою розроблення та апробації технології сенсорної інтеграції для дошкільників з церебральним паралічем; **статистичні:** кількісний і якісний аналіз експериментальних даних щодо рівнів сформованості сенсорної інтеграції у дітей дошкільного віку з церебральним паралічем, методи статистичної обробки даних за t-критерієм Стюдента з метою перевірки ефективності формувального експерименту та встановлення кількісних залежностей між процесами, що досліджувались.

Організація дослідження. Дослідно-експериментальну роботу здійснювали у три етапи.

На першому етапі розглянуто і проаналізовано нейрофізіологічну та психолого-педагогічну літературу з питань дослідження сенсорної інтеграції та її значення у формуванні пізнавальних психічних процесів і вплив на формування соціального становлення дошкільника. Визначено мету, предмет і завдання дослідження.

На другому етапі визначено блоки сенсорної інтеграції, критерії, показники та рівні сформованості сенсорно-інтегрального розвитку, розроблено технологію експериментальної роботи, проведено констатувальний експеримент, проаналізовано результати.

На третьому етапі розроблено та обґрунтовано методику формування здатності до сенсорного інтегрування у дошкільників з церебральним паралічем та зміст формувального експерименту, узагальнено і систематизовано наукову інформацію та результати експериментальної роботи. На основі аналізу підбито підсумки і сформульовано висновки дослідження.

Експериментальна база. Дослідження проводилось в шести областях України – Львівській, Запорізькій, Миколаївській, Хмельницькій та Київській, зокрема в Національному педагогічному університеті імені М. П. Драгоманова на Факультеті корекційної педагогіки та психології, Комунальному закладі «Хортицький національний навчально-реабілітаційний багатопрофільний

центр», Львівському дошкільному навчальному закладі «Барвінок», Комунальному закладі Львівської обласної ради Львівській спеціальній загальноосвітній школі-інтернат І-ІІ ступенів «Довіра», Навчально-реабілітаційному центрі «Джерело», Комунальному закладі «Миколаївський центр соціально-психологічної реабілітації дітей», Кам'янець-Подільському багатoproфільному навчально-реабілітаційному центрі.

Експериментом охоплено дошкільників з церебральним паралічем та загального розвитку.

Наукова новизна здобутих результатів:

— *вперше* проаналізовано особливості сенсорного інтегрування та педагогічні умови, напрями і методи корекційного впливу на формування сенсорного інтегрування дітей дошкільного віку з церебральним паралічем засобами сенсорно-інтегративної терапії;

визначено критерії та рівні сформованості сенсорної інтеграції, які представлено як основу для відбору діагностичних засобів;

обґрунтовано, розроблено й експериментально перевірено технологію коригування сенсорної інтеграції у дітей дошкільного віку із церебральним паралічем засобами сенсорно-інтегративної терапії, зокрема в умовах сенсорно-інтегративного середовища;

— *удосконалено* структуру та зміст підготовки дітей з церебральним паралічем до активної суспільної діяльності;

— *набули подальшого розвитку* поняття «технологія», «сенсорна інтеграція», «сенсорно-інтегративна терапія» в корекційній освіті та напрями їх застосування в корекційно-виховній роботі з дітьми із церебральним паралічем.

Теоретична значимість результатів дослідження визначається внеском у теорію формування здатності до сенсорного інтегрування в дошкільників з церебральним паралічем. У понятійний апарат теорії та методики педагогічної освіти запроваджено поняття «технологія сенсорної інтеграції», визначено сутність, структуру, критерії та рівні сформованості. Здобуті результати

слугуватимуть теоретичною базою для подальших робіт у галузі розробки питань корекції здатності до сенсорного інтегрування.

Практичне значення дослідження полягає у розробці та практичному апробуванні технології коригування сенсорної інтеграції дітей дошкільного віку з церебральним паралічем засобами спеціально створеного корекційно-реабілітаційного середовища. Розроблено методичні рекомендації, які можуть бути запропоновані до впровадження в спеціальних та загальноосвітніх дошкільних закладах, реабілітаційних центрах, для розробки спецкурсів підвищення кваліфікації педагогічних кадрів та викладання фахових дисциплін у вищих педагогічних навчальних закладах за спеціальністю «Корекційна освіта», зокрема за спеціалізацією «Ортопедагогіка».

Результати дослідження впроваджено на Факультеті корекційної педагогіки та психології Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова (довідка № 554/16 від 24.03.2016), а також у корекційно-реабілітаційне середовище дошкільних закладів і навчально-реабілітаційних центрів: Комунальний заклад «Хортицький національний навчально-реабілітаційний багатoproфільний центр» Запорізької обласної ради (довідка № 01/568 від 12.06.2015); Львівський дошкільний навчальний заклад «Барвінок» (довідка № 53 від 04.08.2015); Комунальний заклад Львівської обласної ради Львівська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат I-II ступенів «Довіра» (довідка № 178 від 18.09.2015); Навчально-реабілітаційний центр «Джерело» (довідка № 284 від 27.07.2015); Комунальний заклад «Миколаївський центр соціально-психологічної реабілітації дітей» Миколаївської міської ради (довідка № 358 від 10.03.2016); Кам'янець-Подільський багатoproфільний навчально-реабілітаційний центр (довідка № 181 від 23.10.2015).

Апробація результатів дисертації. Основні теоретичні положення та висновки, викладені у дисертації, доповідалися під час виступів на Міжнародних науково-практичних конференціях: «Wspolczesne problemy i obszary badan pedagogiki specjalnej» (Тарнув, 2011); «Корекційна освіта: історія,

сучасність та перспективи розвитку» (Кам'янець-Подільський, 2012, 2013, 2015, 2016 рр.); «Сучасний світ і незрячі: доступність та інклюзія – нова якість життя» (Луцьк, 2013); «Wykształcenie najlepszym antidotum na dyskryminację niewidomych» (Варшава, 2013); «Обдаровані діти – інтелектуальний потенціал держави» (Київ, 2014); «Актуальні проблеми ортопедагогіки та ортопсихології» (Київ, 2012, 2014).

На міждисциплінарних науково-практичних конференціях з міжнародною участю та Всеукраїнських науково-практичних конференціях та семінарах: «Соціально-педагогічна реабілітація в закладах освіти: проблеми та перспективи» (Хмельницький, 2009); «Соціальна адаптація дорослих осіб з порушенням розвитку» (Львів, 2012); «Wyzwania rozwojowe społeczności lokalnych. Uczelnia – Praca – Pracodawca. Debata Tarnowska» (Тарнув, 2014); «Діагностика раннього розвитку дитини» (Київ, 2015); «Роль навчально-реабілітаційних центрів у створенні регіонального та корекційно-реабілітаційного освітнього простору для дітей з особливими освітніми потребами» (Львів, 2015); «Основи сенсорної інтеграції дітей з порушеннями психофізичного розвитку» (Київ, 2015).

На педагогічних нарадах та семінарах базових спеціальних дошкільних закладів, звітно-наукових конференціях викладачів НПУ імені М. П Драгоманова впродовж 2012-2016 рр.

Публікації. Основні положення та результати дослідження висвітлено в 14 публікаціях автора, з них: 8 у наукових фахових виданнях (2 у співавторстві), 1 у міжнародному фаховому періодичному виданні; 1 стаття та 3 тез надруковано у збірниках конференцій, 1 методичний посібник.

Структура та обсяг дисертації. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (197 найменувань з них 20 іноземною мовою) та додатків. У тексті містяться 7 таблиць, 9 гістограм, 1 формула. Загальний зміст дисертації — 183 сторінки, з них 163 сторінки основного тексту.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СЕНСОРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

1.1. Теоретико-методологічне обґрунтування сенсорної інтеграції та використання сенсорно-інтегративної терапії у корекційно-реабілітаційній роботі

Аналіз розвитку науки у галузі корекційно-реабілітаційної роботи, спрямованої на подолання рухових дисфункцій, виникнення яких пов'язане з центральною нервовою системою, показав, що на початку ХХ ст. у науково-терапевтичних колах переважав підхід, що брав до уваги лише непрямий ефект із застосуванням методів реабілітації, котрі впливали з анатомічного стану хворих та відповідних ортопедичних знань. Сьогодні відбуваються пошуки відповідей щодо того, яким чином дисфункції сенсорної сфери впливають на виникнення рухових порушень і навпаки, як, впливаючи на формування сенсорної інтеграції, можна коригувати рухові розлади, зокрема у осіб із церебральним паралічем.

Дослідженнями міжгалузевих наук доведено, що для правильного функціонування центральної нервової системи необхідне належне надходження інформації від органів чуття. Актуальність даного питання сприяє постійному науковому пошуку у напрямі встановлення, що саме вважається явищами «сенсорної інтеграції», як їх розуміють та яким чином впливати на організм дитини з порушеннями психофізичного розвитку для його формування.

Вперше про феномен інтеграції говорив Н. Spenser, згодом, у 1902 Ch. S. Scherington використав поняття «сенсорна інтеграція» в галузі фізіології і нейробіології щодо опису функцій нейронів. Н. Munk, в подальшому ввів його в теорію про інтегративні способи роботи мозку, розвиваючи ідею про його компенсаторні можливості [2, с. 4-10].

На сьогодні існує низка різноманітних підходів та пояснень процесу та явищ сенсорної інтеграції. Їх огляд дозволить зрозуміти еволюцію цього поняття та шляхи впровадження його у психолого-медико-педагогічний простір. Зокрема, застосування цього поняття стосовно дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

Вчені-фізіологи неоднозначно описують це явище, так І. Сеченов відзначав, що орган чуття є почергово рецептором й ефектором, де в основі відчуття лежить повний і складний рефлекторний акт, що підкорюється загальним законам рефлекторної діяльності. В. Бехтерев зазначав, що в роботі кори головного мозку немає абсолютної постійності, а все відносно, і характеризував діяльність центральної нервової системи як безперервний змінний вплив на органи чуття і разом з тим зворотній вплив постійної імпульсації з боку внутрішніх органів і систем. С. Боткін розглядав органи чуття як єдині канали, за допомогою яких зовнішній світ проникає в людську свідомість [15; 17].

Вчення І. Сеченова та І. Павлова про вищу нервову діяльність свідчать, що відчуття – це своєрідні рефлекторні дії, фізіологічним підґрунтям яких є нервові процеси, що виникають у результаті впливу подразників на органи чуття, або аналізатори [17; 19; 67; 76].

Також, І. Павлов та його послідовники зазначають, що організм є саморегулюючою системою, і подальші дослідження у заданому напрямі засвідчили, що ураження однієї з аналізаторних ділянок мозку призводить до виникнення порушення, внаслідок чого включається механізм компенсації і починається швидка перебудова складових компенсаторного процесу. Згодом цей процес П. Анохін умовно поділив на прості (біологічні) та складні (поведінкові) рефлекси і почав розглядати інтеграцію в центральній нервовій системі як закономірний фізіологічний феномен. А замкнену функціональну систему, що працює завдяки постійному взаємозв'язку різних аналізаторних систем, як вищий принцип інтегрування механізмів психічної діяльності [9; 16; 19; 109].

Оскільки, діяльність аналізаторів не є ізольованою і виявляється у взаємодії (світло підвищує слухову чутливість, а слабкі звуки підвищують зорову чутливість тощо), процес відчуття розглядаємо як систему сенсорних дій, спрямованих на селекцію і перетворення специфічної енергії зовнішньої дії, яка забезпечує адекватне відображення навколишнього світу і розуміємо, що кожне сприйняття відбувається на основі чуттєвих даних відчуттів та враховує відтворений минулий досвід і осмислення сприйнятого. Надалі цими образами оперують вищі психічні функції: увага, пам'ять, мислення, емоції, почуття. Отже, діяльність аналізаторів не є ізольованою і виявляється у складній взаємодії з центральною нервовою системою.

Інтенсивний розвиток психофізіологічного вивчення питання сенсорного інтегрування припадає на початок 60-х — кінець 70-х років ХХ ст. у зв'язку з удосконаленням електрофізіологічних методів (електроенцефалографії) дослідження та появою нових: магніто-енцефалографії, позитронно-емісійної, ядерної, магнітно-резонансної томографій, мікроелектродної техніки реєстрації імпульсної активності нервових клітин та інше, що дало змогу науковцям оперувати принципово новими експериментальними даними [28].

Завдяки використанню технічних медичних заходів вдалося інтегрувати теоретико-практичні дослідження попередників, зокрема, концепцію біологічного аналізатора І. Павлова з принципами нейронної організації мозкових структур (за Е. Адріаном) [28, с. 293]; виявити модульну організацію сомато-сенсорної кори (описану Т. Візелом, В. Маунткаслом, Д. Х'юбелом) [194]; розробити теорію кодування інформації в сенсорній системі (за В. Мак-Каллохом, Є. Соколовим, Д. Хеббом) [185]; описати нейронні коди пам'яті (за А. Лебедєвим) [69]; дослідити фізіологічні механізми емоційної поведінки (за П. Мілнером, Дж. Олдсом, Р. Томпсоном) [28, с. 293-294]; виявити принципи поєднання жорстких та гнучких ланок кірково-підкіркових структурно-функціональних систем, які забезпечують психічні процеси (за Н. Бехтеревою) [18].

Наприкінці 60-х рр. XX століття ширшого значення терміну «сенсорна інтеграція» надала А. Jean Ayres, яка розробила першу концепцію сенсорної інтеграції та висловила думку про те, що система відчуттів готова функціонувати ще до народження дитини. Підтвердженням цього є наявність у плода активної сенсорної системи, що відображено у медичних дослідженнях. Зокрема визначено, що органи чуття і відповідні центри мозку дитини розвиваються до третього місяця вагітності, а протягом наступних шести вони удосконалюються і спеціалізуються відповідно до виконуваних в подальшому функцій (Додаток А) [1; 109; 180; 181; 182].

Наприклад, у внутрішньоутробному розвитку плода зір перебуває в стані тимчасової бездіяльності, оскільки він неможливий без світла. Проте, плід сприймає слабе помаранчеве світло при безпосередньому висвітленні живота матері. Нюх проявляється лише за наявності повітря, тому не діє до моменту народження, а смак добре розвинений, оскільки плід поглинає певну кількість амніотичної рідини. Дослідження смакових відчуттів плода показали, що додавання розчину цукру шляхом введення у навколоплідні води змушує плід їх жадібно «ковтати», а під час використання гіркого розчину кількість спожитої плодом рідини зменшується, і як наслідок негативних смакових відчуттів плід показує гримаси незадоволення, що добре видно під час УЗД [178.].

На сьогодні найбільш детально вивчено чутливість шкірного покриву плоду, що піддається безперервному впливу м'язів матки і черевної стінки матері. Так, Ф. Вельдман описав метод встановлення зв'язку з плодом на емоційному рівні – гаптономію (контакт через дотик), що дає можливість підтримувати глибокий контакт між батьком, матір'ю і плодом через черевну стінку [197].

Достатньо вивчено й слухові сприймання плоду, оскільки внутрішнє вухо, яке сприймає звуки і передає сигнали в мозок, формується в кінці шостого місяця вагітності. Фахівці отримали висновки щодо того, коли батько регулярно розмовляє з плодом під час вагітності дружини, дитина після

народження буде впізнавати його голос. Також дослідження показали, що голос матері знімає напруження та повертає плід, а згодом і саму дитину до стану емоційної рівноваги. Науковці відзначають, що під час прослуховування музики плід вибірково реагує на неї: так, твори Л. Бетховена і Й. Брамса діють на плід збудливо, А. Моцарта й А. Вівальді – заспокоюють його, рок-музика змушує «шаленіти». У свою чергу новонароджені діти можуть розпізнавати музику або пісні, почуті в пренатальному періоді [173].

Щоб зрозуміти цей феномен, було проведено низку досліджень і доведено існування вібраційного резонансу. Тобто, при стимуляції однієї системи чи нервового центру вібрація поширюється на інші, які іннервуються, і це призводить до динамізації всієї центральної нервової системи, включаючи мозок [179].

Отже, плід, що розвивається внутрішньоутробно, запам'ятовує сенсорну інформацію та інформацію емоційного характеру, які отримує через організм матері та зберігає її на клітинному рівні. Це доводить існування феномену процесу безперервної реєстрації і запам'ятовування, який описали С. Рубінштейн та І. Менухін [119].

Враховуючи дослідження нейрофізіології та психології, варто розглянути декілька сучасних теорій щодо розуміння існування поняття «сенсорна інтеграція» та фізіологічних передумов, які лежать в його основі.

Так, за І. Мюллером, уся сукупність сенсорного досвіду («сенсоріум») визначається станом функціонування сенсорних нервів або їхньої мозкової проекції, де кожен орган чуття пов'язаний з ЦНС і виробляє «специфічну енергію» або якість у відповідь на зовнішній стимул. Той самий стимул, діючи на аналізаторні системи, зумовлює різні якості переживань, враховуючи інтенсивність впливу та визначає сенсорну якість. Цю ідею продовжили досліджувати Г. Гельмгольц ідеєю щодо аналізу слухового сприймання [186; 192] та Е. Герінг, обґрунтувавши теорію колірної зору [183].

Г. Фехнер запропонував інший підхід до взаємовідношень фізичної стимуляції та її феноменального образу – «психофізичний паралелізм», тобто

кількісна психофізична закономірність, що пов'язує силу відчуття певної сенсорної якості та її величину (вага, розмір, інтенсивність) у поєднанні уявлень (знань) та актуальних вражень досягаються за рахунок звичних повторюваних процесів, що мають форму емпіричного або логічного висновку і здійснюються автоматично, несвідомо. Даний «емпіричний» погляд було протиставлено «нативізму», котрий визнає вродженість і незмінність стимульно-сенсорних зв'язків. Вирішальним аргументом на користь «емпіризму» послуговували дослідження Дж. А. Стреттона, що довели здатність успішно і швидко відновлювати можливість до просторового орієнтування після інверсії (розвороту навколо горизонтальної осі) мережевого зображення [28; 178].

Також на увагу заслуговує теорія психофізіолога Д. Хебба про істотні властивості сприйняття, які не є вродженими, а потребують навчання, тобто в процесі розвитку заучуються і відтворюються послідовні акти, які містять сенсорні й моторні компоненти [185].

Сенсорно-тонічну теорію поля запропонували американські дослідники С. Уопнер і Г. Вернер для інтерпретації великої кількості фактів і феноменів просторового сприйняття, що розглядається як результат інтеграції всієї сукупної сенсорної інформації, котра виходить як від об'єкта, так і від самого суб'єкта. Ця система зазвичай перебуває у рівновазі, а в разі порушення цього стану прагне відновити його через зміну одного з параметрів [28, с. 296-299].

Теорія фіксованої установки була запропонована Д. М. Узнадзе як спроба пояснити організуючу роль попереднього досвіду у формі потреби або предметних очікувань, передналаштувань, здебільшого неусвідомлених щодо актуальних (ситуаційних) сенсорних даних. У своїй теорії Д. Узнадзе розглядає установку не як безпосередню суб'єктивну обробку сенсорного впливу, а як певну інтенційну активність суб'єкта у конкретній ситуації.

Теорію перцептивної готовності сприйняття Дж. Брудера розглядають як процес категоризації: сигнал, що надійшов, звіряється певним чином (краще або гірше) з «підготовленою» категорією, яка визначає умови, необхідні для підтвердження чи спростування перцептивної гіпотези. Стратегії процесу

розв'язання охоплюють кілька стадій: первинну, грубої категоризації, пошуку додаткових ознак, а також проміжної та остаточної перевірки. На готовність категорій впливає контекст, досвід та актуальні установки визначеної потреби. Авторами запропоновано такі механізми прототипів нейрофізіологічних процесів, які б забезпечували перцептивну готовність, тобто: групування й інтеграцію (за типом клітинних ансамблів Хебба); упорядкування альтернатив; встановлення відповідності; блокування «входів» [185].

Психологи, які об'єдналися навколо цього теоретичного підходу, що дістав назву «Новий погляд» (Л. Постман, І. Лачінс, М. Шеріф та ін.), зробили істотний внесок в експериментальне дослідження процесів перцептивної установки широко застосовуючи процедуру тахістоскопічного подання стимулів (малюнків, слів), що мають різну суб'єктивну ймовірність [28; 101].

Г. Гельмгольц, І. Сеченов, Н. Ланге, Ч. Шеррінгтон, Д. Хебб та ін. охарактеризували теорію активного сприймання «Моторна теорія сприймання», в якій розглядали специфіку впливу моторики (пізніх кінестетичних відчуттів) на формування та функціонування чуттєвого образу, що підтверджує роль впливу моторної активності на розвиток сприймання [28, с. 295-297; 185].

Також провідну роль сенсомоторики відзначали Б. Ананьєв, О. Запорожець та ін., вказуючи, що поєднання роботи шкірно-механічного та рухового аналізаторів забезпечують інформацію про розміри, форму та інші якості предмета, тому першою стадією розвитку мислення названо стадію сенсомоторного інтелекту. Таким чином, рефлексорна концепція психіки І. Сеченова пояснює значення психомоторики в процесі сприймання простору та часу [31; 51; 53].

В. Барабанщиков, узагальнив багаторівневі дослідження перцептивних процесів, підтвердивши, що чуттєве відображення лежить в основі перцептивних досліджень. Автор характеризує різні традиційні підходи до вивчення сприйняття та протиріччя, які їх супроводжують. Результат його дослідження – це постановка завдань інтегральної концепції під назвою

«онтологічний напрям», яка доводить, що сприйняття це не лише когнітивний зміст, а також подія життєдіяльності [11].

Як бачимо у сучасних дослідженнях розглядають механізми інтеграції сенсорних систем на рівні мозку. Отже, специфічні людські якості, довільна діяльність, вищі психічні функції не є біологічно спадковими, а формуються прижиттєво через предметну діяльність та в процесі спілкування, але на основі законів діяльності мозку.

Таким чином, відображення внутрішньосистемних процесів та керування ними є необхідною умовою ефективного функціонування особи у зовнішньому середовищі, тому будь-яке сприйняття зовнішніх явищ є полімодальним, тобто завжди залучено чуттєві відображення внутрішніх процесів.

Запропоновані концептуальні ідеї, базуючись на положеннях про те, що дитина вже від народження має сенсорні здібності, які можна підсилити, використовуючи відповідні вправлення, стали методологічним підґрунтям нового напрямку – системного підходу до розуміння психофізіологічних та нейрофізіологічних явищ сенсорної інтеграції, що виступають наріжним каменем у процесі, який в психолого-педагогічному просторі прийнято називати «сенсорний розвиток» та «сенсорне виховання» (О. Граборов, О. Декролі, Ж. Демор, О. Запорожець, Ян А. Коменський, Г. Костюк, Б. Менель, М. Монтесорі, С. Русова, Ф. Фребель, К. Ушинський, Є. Тихеева) [6; 31; 176].

Власне Л. С. Виготський звернув увагу на те, що в основі формування і розвитку вищих психічних функцій лежить складний процес інтеграції зовнішнього світу у внутрішній. Керуючись його теорією про складність структури порушення, можна частково пояснити відсутність успіху в проведенні корекційної роботи з дітьми із комбінованими порушеннями розвитку, коли здійснюється коригування психічної сфери без відповідного врахування особливостей перцептивної сфери [33; 114; 133].

Так, О. Запорожець відзначав, що недоліки різних складових сенсорних систем призводять до функціональних чи органічних порушень у роботі

моторної сфери та внутрішніх органів. Крім того, від правильного функціонування сенсорних систем залежать такі вищі психічні функції як пам'ять, формування і розвиток мовлення, мислення, самопізнання, комунікативні функції [6; 50; 51].

Серед вірогідних проблем онтогенезу у цій площині можна визначити і загальні недоліки сенсорного виховання (несформованість сенсорних еталонів, недостатній сенсорний розвиток тощо), так і проблему формування здатності до сенсорної інтеграції, в якій інтегрування сенсорних відчуттів здійснюється на рівні нейрофізіологічних процесів центральної нервової системи.

У своїх дослідженнях Ж. Піаже запропонував розглядати розвиток сприймання як певного роду діяльність, яка організує і збагачує взаємозв'язки між елементами в сенсорному полі. Первісна недиференційованість перцептивного поля узгоджується із зовнішньо-руховою активністю дитини, яке, зіштовхуючись з незмінними властивостями речей, породжує сенсомоторні схеми переміщення в середовищі і маніпулюванні об'єктами [112; 150].

Ж.-Ж. Руссо підкреслював, що з усіх здібностей першими формуються і вдосконалюються відчуття. М. Монтессорі вважала, що сенсорний розвиток тісно пов'язаний з інтелектуальним. А також важливого значення сенсорному вихованню для всебічного розвитку дитини надавали Ф. Фребель, С. Русова, Л. Венгер та інші [32; 102; 120].

Вищі психічні функції розвиваються постійно під впливом опосередкованого навчання, і розвиток є результатом цілеспрямованої діяльності. В основі їх формування лежить практична діяльність, а не навпаки, як вважалося раніше. Тому кожному віковому періоду виокремлено провідний вид діяльності, яка формує у визначеній хронології вищі психічні функції з урахуванням ієрархізації та міжсистемної взаємодії: спочатку вищі психічні функції формуються як зовнішні предметні, що згодом стають внутрішніми, розумовими функціями. Дані ідеї відображено у працях Л. Виготського, Л. Венгера, А. Ружської та інших [33; 34; 37; 51; 74].

Отже, в основі психолого-педагогічного розуміння технології сенсорної інтеграції лежать нейрофізіологічні та соціальні явища, такі як: сенсорний розвиток, сенсорне виховання, сенсорна культура. Сенсорний розвиток ми розглядаємо як засвоєння соціального досвіду шляхом залучення процесів відчуття та сприйняття, формування уявлень про зовнішні властивості предметів та їх розміщення у просторі. Засвоєння дітьми суспільного сенсорного досвіду шляхом використання сенсорних еталонів знайшли своє підтвердження в ряді експериментальних робіт зі сприйняття звуковисотних відношень, кольорів, величин, форм тощо (Г. Кислюк, Л. Пеньковська, В. Сохіна, А. Рузька та ін.) [32; 49; 72].

Нейрофізіологічні дослідження також підтверджують, що сприймання формуються на основі відчуттів різної модальності і у дошкільному віці є незавершеними (С. Вайнерман, Л. Філіппова та ін.), і констатують, що викликане відчуття однієї модальності у процесі взаємодії з предметом об'єднуються та інтегруються з іншими, даючи уявлення про нього в цілому [15; 42; 67].

Психологічне вивчення процесів сенсорної інтеграції, сенсорного розвитку та виховання констатує, що знання, які отримані словесним шляхом і не підкріплені практичним вправлінням, чуттєвим досвідом є нестійкими, нечіткими (В. Аванесова, Е. Пілюгіна, Н. Поддьяков), тому провідним у формуванні сенсомоторного сприймання є метод практичного вправління та безпосередньої взаємодії з предметом [14; 40; 71].

Отже, сенсорний розвиток становить фундамент пізнавального розвитку дитини, оскільки чуттєве пізнання світу у ранньому та дошкільному віці є найбільш сприятливим періодом для формування і вдосконалення діяльності органів відчуття, накопичення уявлень про оточуючий світ.

Сенсорне виховання в системі освіти розглядається як керований педагогічний вплив на формування способів чуттєвого пізнання і вдосконалення відчуттів та сприймань. Тому, в історії психології і педагогіки проблема генези сприйняття і розвитку сенсорних здібностей привертала увагу

багатьох учених: З. Богуславська, Л. Венгер, О. Гребенщикова, Д. Ельконін, Н. Карпінська, М. Кистяківська, О. Пілюгіна, М. Сакуліна, Є. Удальцова, О. Усова, О. Фрухт та ін. [32; 42; 177].

В Україні свої праці сенсорному вихованню та сенсорному розвитку присвятили І. Барбашова, З. Дорошенко, А. Ільченко, О. Літовченко, Н. Маліновська, Т. Маркова, Т. Пірожкова, Т. Поніманська, І. Светлова, С. Трикоз та інші [12; 48; 144].

Сформованість сенсорно-інтегративних процесів лежить в основі спілкування дитини з оточуючим світом, що має важливе значення для всебічного розвитку дитини, і є однією з основних сторін дошкільного виховання. Тому для успішного засвоєння знань про оточуючий світ необхідно, щоб усі органи відчуття функціонували в межах норми і отримували подразники, стимули різної сили та концентрації. Власне на дидактичну та виховну цінність сенсорного виховання вказували: О. Граборов, Ж. Демор, О. Запорожець, Г. Костюк, Б. Менель, М. Монтесорі, С. Русова, Ф. Фребель, Є. Тихеева та інші [50; 80].

Також великої уваги у сенсорному вихованні приділяють сформованості сенсорних еталонів, проте це не означає навчитись умінню їх називати, розрізняти, характеризувати якості, а передбачає їх використання у повсякденному житті, що сприяє сприйманню навколишнього світу крізь призму суспільного досвіду. Зокрема, М. Монтесорі ввела в систему дошкільного виховання поняття «сенсорна культура», оскільки вважала, що дитина розвивається шляхом соціального наслідування, тому розглядала це явище як результат засвоєння дитиною культури, створеної суспільством, і оволодіння нею загальноприйнятими уявленнями про предмети, їх колір, фактуру, розмір, кількість тощо [103, 38-42].

Сучасні дослідження про діяльність центральної нервової системи та її роль в формуванні психічних процесів дозволяють розуміти, що ураження структур мозку не призводять до проблем чутливості, руху, тону, рефлексів, а лише до їх дезінтеграції, порушення якої залежить від форми, локалізації і

розміру патологічного джерела. Особливу увагу цьому питанню приділяють фахівці, котрі вивчають особливості дітей із сенсорними, психопедагогічними та комплексними порушеннями розвитку. Особливості сенсорного розвитку у дітей з порушеннями зорового сприймання та коригування пізнавальних процесів відображено у працях [132; 136; 137; 145]; особливості формування сенсорної сфери у дітей з порушеннями слуху вивчали [20; 141]; особливого значення у формуванні сенсорного сприймання надають автори, описуючи дітей з порушеннями інтелектуального розвитку [23; 100; 130; 131]; труднощі сприймання сенсорної інформації також відмічають у дітей з тяжкими порушеннями мовлення [142; 143; 155]; характеристику порушень сенсорного розвитку та їх наслідки для осіб з церебральним паралічем зустрічаємо у працях, присвячених ортопедагогіці [153; 162; 165; 166; 169].

Питання використання сенсорної інтеграції у психолого-медико-педагогічному просторі визначене потребою створення мультисенсорного середовища для роботи з дітьми із комбінованими порушеннями психофізичного розвитку, зокрема церебральним паралічем. Оскільки для них характерні надмірне або недостатнє проходження імпульсів у ЦНС, що призводить до порушеного сприймання або дезінтеграції отриманих сигналів, внаслідок чого дитина має неповну, нечітку, спотворену інформацію, що збіднює світ її вражень.

Дані психолого-педагогічні передбачення підтверджують нейропсихологічні дослідження виділяючи 3 блоки щодо формування здатності до сенсорного інтегрування у дошкільному віці:

- соціально-біологічний блок (концепції: соціально-біологічна інтеграція розвитку дитячої діяльності; взаємозв'язок мозку та психіки; «співпраця» аналізаторів; взаємодія та взаємовплив на усіх рівнях). Тобто, першою умовою формування вищих психічних функцій є діяльність у світі предметів, другою – опосередкована взаємодія з об'єктами, створеними людиною в процесі спілкування. Оскільки психічні можливості людини не є проявом особливих біологічних якостей, а формуються в процесі розвитку та виховання, тому в

дитини з моменту народження не існує свідомості, вона виникає в процесі отримання сенсорної інформації, що згодом формує індивідуальність людини, її особистість, поведінку, які є набутими функціями, сформованими внаслідок навчання [44].

Дослідники відзначають, що впродовж перших 18 місяців життя дитини відбувається становлення сенсомоторної координації та формування особистості, тому до кінця першого року життя відбувається інтеграція вроджених та набутих реакцій біологічного походження. З 2-х до 5-ти років відбувається дозрівання асоціативних вторинних полів і формуються модально-специфічні функції, з 8-ми до 14-ти років відбувається розвиток просторової та квазіпросторової функцій, дозрівають лобні долі, що дозволяє здійснювати регулювання, програмування, контроль емоційно-вольових процесів та відбувається формування особистості [48; 60; 112; 175].

- нейропсихологічний блок розглядає інтеграцію в ЦНС як закономірний фізіологічний феномен, що дозволяє виділити такі принципи: фізіологічна архітектура системи, дозрівання мозку, ієрархія та локалізація ВПФ; складна послідовність формування вищих психічних функцій; динамічна локалізація вищих психічних функцій (кожен етап формується у певній послідовності та у визначеному віці); поступова латералізація вищих психічних функцій (включення в роботу обох півкуль, їх роль в локалізації формування і розвитку ВПФ); системна локалізація вищих психічних функцій (взаємодія визначених груп ВПФ, спосіб їх системної локалізації) [2; 57; 159].

- психологічний блок передбачає формування сенсорної інтеграції за такими принципами: принцип формування вищих психічних функцій у предметній діяльності; принцип позитивного формування і розвитку вищих психічних функцій; соціальний вплив на формування та розвиток мозку і вищих психічних функцій [77; 115; 119].

Так, L. Miller для описаного вище феномену сенсорної дезінтеграції використовує термін «сенсорно-інтегральні дисфункції» (SID) і розглядає їх як неврологічне порушення, що характеризується дефіцитом сенсорної інтеграції,

під час якого розлади обробки інформації проявляються нездатністю відфільтрувати фон подразників і визначити їх важливість за умови, що дитина не отримувала необхідної для розвитку кількості сенсорних відчуттів впродовж доби (Додаток Б) [190].

У дослідженні також звертаємо увагу на поняття «сенсорна депривація», що розуміємо як часткову або повну відсутність отримання зовнішньої інформації від одного чи кількох органів відчуттів. Вчені вважають, що сенсорна депривація зумовлена порушеннями зору, слуху та м'язово-суглобового відчуття і суттєво впливає на сприйняття в цілому, знижує його якість, обмежує об'єм інформації, утруднює інтелектуальну діяльність дітей (Г. Белова, Е. Каліжнюк, І. Левченко, О. Мастюкова, Н. Сімонова, Т. Шамарін та інші) [58; 70; 93].

У закордонній та корекційно-педагогічній практиці явище сенсорної депривації використовують як терапію, що містить релаксаційний ефект і «запускає» процеси внутрішнього підсвідомого аналізу, структурування і сортування інформації, самоналаштування і стабілізацію психіки, при цьому враховується, що тривала відсутність зовнішніх подразників призводить до надмірної збудливості, галюцинацій, депресії та асоціальної поведінки.

Враховуючи досвід вивчення питання сенсорної інтеграції протягом ХХ століття фахівцями різних галузей знань, перелічених і охарактеризованих вище явищ у психолого-педагогічному глосарії з'являється термін «сенсорно-інтегративна терапія». Одними із базових підходів сенсорної терапії є методи відновлення чуттєвості, тобто активація мозку шляхом стимуляції первинних відчуттів, що набуває лікувального характеру. Спираючись на дослідження фахівців, котрі застосовують сенсорно-інтегративну терапію і займаються стимулюванням розвитку взаємодії та співорганізації аналізаторних систем з метою формування здатності мозку інтерпретувати отримані ззовні сигнали для забезпечення певного рівня комфорту в цілому. Технологія сенсорної інтеграції є немедикаментозною, виступає як засіб профілактики, лікування,

реабілітування і є розробленою на знаннях основ фізіології, психології, корекційної педагогіки, педіатрії, педагогіки, психіатрії.

Слід зазначити, що у психолого-педагогічному просторі основами формування сенсорного інтегрування вважаємо такі заходи: співпраця (взаємодія дитини з оточуючим середовищем та дорослим - оволодіння формами поведінки та діяльності); поетапне формування вищих психічних функцій (формування в діяльності, від зовнішньої до внутрішньої розумової форми); автоматизації вищих психічних функцій і переходу на інший рівень реалізації; формуючої мотивуючої сфери свідомості (дитина «присвоює» досвід соціуму і робить його «власним» - це тривалий процес, в основі якого лежить передача дитині знань та умінь) [2; 158; 175].

Тому розглядаємо сенсорно-інтегративну терапію (СІТ) як технологію, яка дозволяє фахівцю надати дитині таку кількість та інтенсивність подразників (сенсорних, вестибулярних, пропріоцептивних, тактильних), що створить умови стимуляції центральної нервової системи шляхом формування її діяльності і покращення функціонування синаптичних з'єднань. Важливим аспектом успіху терапії є мотивація дитини та вміння педагога адаптувати завдання до форми «керованої навчальної гри», тобто будувати корекційно-розвивальний процес з використанням стимуляції визначеного програмою аналізатора з урахуванням індивідуальних потреб дитини.

Корекційна спрямованість сенсорно-інтегративної терапії передбачає формування вищих психічних функцій в межах вікового рівня за структурою, застосовуючи різні шляхи, методи і завдання. Відсутність чи порушення балансу в діяльності ЦНС призводить до виникнення труднощів розвитку. Тому слід пам'ятати про «закон нашарування» Е. Кречмера, коли нижчі інстанції скеровують частину своїх функцій тим, що надбудовуються вищими інстанціями. Основною корекційно-виховною метою СІТ є формування в дитини осьових (тілесних, зорово-просторових) вертикальних та горизонтальних взаємодій; тому спеціалісти додатково використовують

елементи методик психомоторної, тілесно-орієнтованої корекції та інших терапій і технологій.

Важливим питанням в побудові програми сенсорно-інтегративної терапії є фахова діагностика, оскільки дизонтогенетична картина передбачає поліморфність і не завжди піддається традиційним методам вивчення індивідуального розвитку. Тому нейропсихологічний аналіз проблеми дозволяє виявити первинні патогенні механізми, пов'язані з особливостями церебрального онтогенезу.

Враховуючи досвід різних культур та інтерпретації поняття «сенсорна інтеграція», можемо розглядати її як процес, під час якого нервова система дитини отримує інформацію від рецепторів усіх аналізаторних систем, що організуються та інтерпретуються таким чином, щоб відобразитися у цілеспрямованій діяльності. У більшості людей даний процес відбувається автоматично (онтогенетично), забезпечуючи реакції відповідно до потреб оточення і зумовлюючи сенсомоторний розвиток. У випадку виникнення порушень обробки сенсорних сигналів проявлятимуться дисфункції у моторному, пізнавальному розвитку та поведінці дитини [170; 191].

Таким чином, формування сенсорних відчуттів і сприймань та їх включення шляхом застосування СІТ у розвитку дитини є основою її абілітування і дозволяє впорядковувати хаотичні уявлення дитини, отримані під час взаємодії із зовнішнім світом, а також розвиває спостережливість, готує до реального життя; є основою для розвитку уяви, розвиває увагу; надає можливість оволодівати новими способами предметно-пізнавальної діяльності, що забезпечує засвоєння сенсорних еталонів, навичок навчальної діяльності; впливає на розширення словникового запасу, розвиток зорової, слухової, моторної, образної та інших видів пам'яті.

Отже, «сенсорна інтеграція» як принцип діяльності мозку та «сенсорне інтегрування» як процес формування потрібних для повноцінної життєдіяльності психічних властивостей людини щодо системної організації,

сортування і переробки чуттєвих вражень є тісно пов'язаним з психолого-педагогічними процесами сенсорного виховання та рухового розвитку.

Враховуючи викладені вище проаналізовані дослідження, звертаємо увагу на авторські корекційно-реабілітаційні технології впливу на дитину з церебральним паралічем їх філософію та методологію, що слід враховувати в процесі реабілітації та побудові програми сенсорно-інтегративної терапії.

З метою попередження виникнення та подолання порушень розвитку, зокрема сенсорного компонента, пропонуємо розглянути такі технології, що дозволяють формувати в дитини з церебральним паралічем рухові, сенсорні та емоційні реакції, які природнім шляхом не формуються або формуються зі значним запізненням чи спотворено.

Нейро-розвивальна терапія (Neuro Developmental Treatment, NDT - Бобат-терапія) - метод реабілітації ДЦП, розроблений Бертою та Карелом Бобат в 40-х роках ХХ століття, базується на теорії рефлексорного та ієрархічного дозрівання нервової системи. Відповідно до досліджень моторні проблеми при церебральних паралічах виникають внаслідок ураження центральної нервової системи, що порушує розвиток постуральних антигравітаційних механізмів і призводить до сповільнення та спотворення нормального моторного розвитку дитини.

Нейророзвивальний підхід Бобат-терапії скеровано на сенсомоторні компоненти, які порушуються при ураженні центральної нервової системи: м'язевий тонус, рефлексі, патологічні моделі руху, постуральний контроль, органи відчуття та інше. Метою відновного лікування є стимуляція типового моторного розвитку та профілактика виникнення контрактур і деформацій. [188].

Войта-терапія - основним завданням методики є вплив на сенсорну, вегетативну та психічну системи і формування рухової сфери і навичок руху, відповідно до віку дитини. Для вирішення цього завдання використовують рефлексі повзання і повороту, феномени яких впливають на керування тілом в цілому, його вертикалізацію та можливості руху вперед.

Практичним результатом Войта-терапії є формування правильних рухових навичок, ефект яких відбувається через фіксацію дитини в позі рефлексу та впливу руками на зони ураження. Вибір зони стимуляції є індивідуальним, залежить від виду рухового порушення та реакції-відповіді та не викликає болю [196].

Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації СІНР або метод Козьяккіна – технологія лікування дітей з церебральним паралічем і органічними ураженнями нервової системи. Шляхом стимуляції компенсаторних можливостей дитячого організму та активування пластичності мозку система створює в організмі дитини новий функціональний стан, який відкриває можливості для швидшого моторного та психічного розвитку дитини.

В основі системи реабілітації лежить полімодальний підхід із застосуванням різнобічних методів впливу. Основним компонентом методики є біомеханічна корекція хребта та великих суглобів у поєднанні з комплексом лікувальних заходів: рефлексотерапією, лікувальною фізкультурою, системою масажу, ритмічною гімнастикою, механотерапією та апітерапією [62].

Методика Кніллів (Knill's method) - використовується в реабілітаційних центрах для осіб з глибокими порушеннями психофізичного розвитку в якості допоміжної терапії. Заняття проводяться у групах кілька разів на тиждень, в особливо складних випадках – щодня, і доповнюють базову реабілітаційну програму, формуючи почуття безпеки; розуміння власного тіла; чутливість до стимулів ззовні; уміння вступати в контакт і комунікувати; виконувати рухову діяльність під музику, спів чи словесний супровід.

Тілесно-орієнтована терапія за В. Шерборн - фізичні вправи, що виконуються в парі (або в групі) та скеровані на взаємодію з партнером і передбачають усвідомлення дитиною меж і можливостей власного тіла. Вправи вчать дитину керувати власним тілом і емоційно реагувати на рухи партнера, дозволяють розвивати дрібну та загальну моторику, містять завдання на розвиток мовлення. Терапію можна поєднувати з іншими видами занять для

створення уявлення про предмети та відчуття, що вивчаються дитиною в період застосування терапії [193].

Кондуктивна педагогіка А. Петьо базується на освітній моделі впливу та об'єднує педагогічні й реабілітаційні цілі в одній програмі, вона спрямована на формування «ортофункції», тобто здатності функціонувати у суспільстві, незважаючи на інвалідність. Автор вважає, що моторні порушення коригуються з урахуванням пошкодження центральної нервової системи, а їх складність залежить від недостатньої координації та взаємодії між різними відділами мозку і їх функціями.

Базовою ідеєю Кондуктивної педагогіки є знання про здатність нервової системи до формування нових нервових зв'язків за допомогою їх мобілізації певними засобами та заходами спрямованого, активного процесу навчання, великого значення у технології надається формуванню у дитини мотивації і прагненню до успіху [148].

Баламетрика (Програма сенсомоторної стимуляції «Learning Breakthrough Program» Френка Белгау). Програма призначена для тренування та розвитку сенсомоторної сфери шляхом формування і коригування діяльності вестибулярного апарата, зокрема координаційних процесів, серед яких - рівновага. В основі реалізації програми лежить використання спеціально розроблених засобів для балансування. Програма базується на врахуванні здатності структур мозку (синапсів) до інтегрування зорових, слухових, моторних аналізаторів під час вправлення з матеріалом та формування фізичних рухів.

В педагогічному просторі застосовуються авторські програми розвитку дитини, які включають в себе знання про сенсорну інтеграцію та дозволяють творчо підходити до побудови психолого-педагогічного процесу навчання дітей з церебральним паралічем і забезпечувати корекційно-розвивальну складову з метою формування ініціативи й самостійності, активної поведінки в конкретних ситуаціях, в діяльності, в спілкуванні, що визначається мірою значущості речей і явищ оточуючого життя та розвиває сенсорні здібності.

Методика М. Монтесорі. Автор велику увагу приділяє розвитку сенсорної сфери та дрібної моторики. З цією метою розроблено навчально-методичні посібники та розвивально-дидактичний матеріал, призначений для гармонізації педагогічного впливу на дитину з психофізичними порушеннями. Методикою передбачається формування навички «свобода вибору», основним завданням дорослого під час роботи є підтримка та стимулювання розвитку, зосередження уваги на цікавій роботі, доведення розпочатого до логічного завершення (без часових обмежень), аналіз виконаної роботи та інше [102].

Методика раннього розвитку Глена Домана. Методика заснована на стимуляції центральної нервової системи дитини за допомогою дотику, зорового і слухового сприйняття. Фізичний розвиток автор пропонує стимулювати за допомогою системи вправ і рухливих ігор, що застосовуються з перших днів життя і стимулюють усі групи м'язів дитини (динамічна гімнастика). Ідея технології заключається в тому, що фізична активність і формування рухової координації у дитини сприяють розумовому розвитку [47].

Augmentative and Alternative Communication (AAC). Технологія, котра сприяє формуванню у дітей з церебральним паралічем та/або тяжкими порушеннями мовлення розуміння граматичної структури мовлення та вчить комунікуванню з соціумом за допомогою піктограм (малюнкові зображення, схеми, фото, реальні предмети).

Добір засобів залежить від віку, рівня психофізичного розвитку та обраної технології (Bliss, PCS, PECS, Pictogram, Льюб – система та ін). Технологія передбачає формування у дітей з церебральним паралічем умінь сприймати, розпізнавати та відтворювати мовленнєве спілкування за допомогою додаткових засобів, тобто зчитувати та передавати інформацію за спеціально сформованим досвідом [184; 187].

Перелічені вище технології передбачають тісну співпрацю між фахівцями різних галузей знань, що дозволяє враховувати комплексність порушень при церебральному паралічі та проводити пропедевтичну роботу усією міждисциплінарною командою на попередження виникнення вторинних

порушень розвитку в дитини. Власне на цьому етапі виникає питання впровадження ігрової діяльності з терапевтичною метою, що забезпечить практичне вправлення у різних середовищах і дасть можливість відпрацювати здатність до сенсорного інтегрування [54; 55; 64; 96; 139; 140; 163; 177].

Слід зазначити, що використання у корекційно--реабілітаційній діяльності фахівців авторських технологій не обмежується вище переліченими. Чим більшим арсеналом технологій і методик володіє фахівець, тим результативнішою буде його робота з дітьми, особливо в процесі індивідуалізації розвитку дитини із церебральним паралічем.

Вище описано, що сенсорна інтеграція спрямовується на вирішення проблем, пов'язаних з інтерпретацією мозком сигналів, отриманих від нервової системи в цілому. Ідея інтеграції полягає у створенні комфортного сприймання усіх подразників зовнішнього середовища та реакцій відповіді на них. Шляхом практичних вправлень дитина із церебральним паралічем вчиться адаптуватися до середовища та його зовнішніх подразників [1; 97; 98; 109].

У країнах, де інформація про роль інтеграції відчуттів поширилась давно, в початкових та навчально-реабілітаційних закладах обладнано кімнати сенсорної інтеграції, що містять як типові технічні забезпечення для стимулювання систем відчуття: гойдалки, гамаки, камертони, «сухі» басейни, наповнені кульками, матраци, наповнені водою, м'ячі, наповнені грубо подрібненим пінопластом, різнокольорові освітлювачі тощо, так і додаткові, необхідні кожному фахівцеві засоби для роботи на формування тих чи інших розвивальних, пізнавальних, контрольних завдань.

Під час організації мультисенсорних середовищ для впровадження сенсорно-інтегративної терапії враховують такі фактори:

- проста стимуляція основних відчуттів з метою подразнення конкретних рецепторів, що належать до тієї ж системи;
- врахування медичних протипоказань;
- поєднання відповідно до підібраної послідовності стимуляції різних систем;

- використання однієї стимуляції в різних ситуаціях;
- мотивація дитини та підтримка певного рівня зосередження.

Як зазначалось вище, мотивація, яка формується через емоційно забарвлений стан, виступає природньою фізіологічною потребою, що сприяє ефективності застосування сенсорно-інтегративної терапії в корекційній роботі, у нашій ситуації, в роботі з дітьми із множинними порушеннями та недорозвиненнями, мотивація формується «штучно», проте вона не менш ефективна, ніж природна. Заради отримання приємної стимуляції діти часом переживають сильні, інколи неприємні чи навіть больові відчуття. У цей період використовують позитивні підкріплення і природні механізми самостимуляції до мотивації, згодом саморегуляція буде забезпечувати необхідну мотивацію до навчання.

В процесі впровадження технології сенсорно-інтегративної терапії авторами виокремлено три типи сенсорних кімнат: темну, світлу та сенсомоторного розвитку, які передбачають власні засоби коригування та практику їх використання. Проте підлягають уніфікованому методичному забезпеченню.

Оскільки в роботі сенсорні кімнати використовують фахівці різних галузей знань та спеціальностей (лікарі, логопеди, психологи, корекційні педагоги, реабілітологи) з урахуванням форми основного порушення і супутніх розладів заняття можуть бути спрямовані на розв'язання таких завдань:

- зняття м'язового тону та психоемоційного навантаження, досягнення стану релаксації;
- активація різних функцій центральної нервової системи за рахунок створення збагаченого мультисенсорного середовища;
- стимуляція ослаблених сенсорних функцій (зору, слуху, тактильних відчуттів і т.д.);
- розвиток рухових функцій;
- створення позитивного емоційного фону, підвищення мотивації до проведення інших корекційно-реабілітаційних заходів.

В освітніх закладах (особливо спеціальних) сенсорні кімнати використовуються з метою:

- педагогічної корекції розвитку дитини;
- проведення корекційних занять з дітьми, які мають різні сенсомоторні порушення;
- корекції ігрової діяльності;
- для розв'язання шкільних проблем (зняття стресів в період підготовки до екзаменів, корекції психічних процесів і ін.);
- для корекції психічного розвитку дітей із захворюваннями нервової системи;
- реабілітації дітей з підвищеною агресивністю та поведінковими порушеннями;
- розвитку пізнавальної діяльності у дітей з психоневрологічними порушеннями;
- розвитку мовлення і діагностики дітей з порушеннями слуху і мовлення.

Також сенсорні кімнати використовують як додатковий інструмент для різних видів терапевтичного впливу, що дозволяє підвищити ефективність корекційно-розвивальної та реабілітаційно-виховної роботи.

Під час роботи в сенсорних кімнатах з дітьми із порушеннями психофізичного розвитку дотримуються таких принципів роботи:

1) Індивідуальний підхід у роботі – заняття плануються з урахуванням порушення розвитку, емоційного стану. Фахівець користується рекомендаціями, отриманими від фахівців міждисциплінарної команди, впродовж роботи оцінюється динаміка формування навички, і фахівець варіює ступінь, складність та інтенсивність сенсорного навантаження.

2) Етапність – на початковому етапі фахівець встановлює емоційний контакт з дитиною, далі знайомить з обладнанням, згодом визначає інтенсивність та тривалість впливу і починає безпосередню корекційно-реабілітаційну роботу.

3) Діяльність міждисциплінарної команди – фахівець розробляє заняття на підставі вивчення рекомендацій та показів усіх галузевих спеціалістів, які

працюють з дитиною. Під час проведення заняття фіксує поведінку та реакції дитини на обрані стимульні засоби, потім обговорює з фахівцями його хід і планує наступне заняття.

4) Безперервність – під час занять в різних типах сенсорних кімнат можуть бути присутні батьки, які отримують рекомендації щодо використання вправ на формування розвитку дитини, що сприяє продовженню та закріпленню роботи фахівців у домашніх умовах [99].

Тривалість занять сенсорно-інтегративної терапії в складає 40-60 хвилин, для дітей зі складними чи комплексними порушеннями розвитку скорочується або добирається індивідуально, форма проведення залежить від особистісних потреб дитини і творчого підходу фахівця. Заняття СІТ проводяться підгрупами по 2 - 4 особи або індивідуально. Кількість дітей під час занять визначається метою роботи, віком та розмірами приміщення.

Під час облаштування сенсорних кімнат передбачаємо функціональні зони:

Релаксаційну – до якої входять: м'яке покриття (ковролін, мати); пуфи, подушки; настінні мати; сухий (кульковий) басейн з безпечними дзеркалами; мобайли (підвішані рухомі конструкції, іграшки); установка для ароматерапії та аудіотека релаксаційної музики.

Активаційну – обладнану відповідно до типу кімнати. Використання цього обладнання спрямоване на стимуляцію дослідницького інтересу та рухової активності.

Просторове розміщення та монтаж обладнання в приміщенні здійснюється відповідно до завдань закладу у співпраці з фахівцями: психологом, методистом, педагогом, тощо.

Важливим є врахування протипоказань у процесі організації та проведення сенсорно-інтегративної терапії: глибока розумова відсталість, інфекційні захворювання, алергічні реакції, фобії, наявність у дитини частих епілептичних приступів, що дозволяє використовувати лише релаксаційні прийоми сенсорно-інтегративної терапії.

В Україні велика кількість навчальних закладів обладнані темною сенсорною кімнатою (ТСК), що розроблені в Нідерландах наприкінці 70-х років з метою штучної стимуляції сенсорних відчуттів, і тривалий час використовувались реабілітологами, соціальними працівниками для роботи з особами із психоневрологічними порушеннями та глибокими порушеннями інтелекту.

На початку 80-х років одними із найактивніших користувачів темних сенсорних кімнат стали фахівці антистресових та реабілітаційних центрів Великобританії, які використовували їх для лікування пацієнтів із девіантною поведінкою та дітей з різними психічними порушеннями.

Сьогодні ТСК використовують в медичній та психолого-педагогічній практиці і призначені вони для розв'язання таких завдань: навчання на основі сенсорної стимуляції; психолого-педагогічна корекція; соціальна адаптація та психотерапія. Сеанси включають у комплексну систему корекційно-реабілітаційних заходів для осіб з опорно-руховими порушеннями, затримками психомоторного розвитку, неврозами, порушеннями зору, слуху та мовлення. Цей терапевтичний засіб використовується для осіб, чиї можливості сприймати світ є обмеженими певним станом і не дають повного «зображення» реальності.

У літературі часто зустрічаємо синоніми до поняття «Темна сенсорна кімната» такі, як: Кімната психологічного розвантаження, Кімната релаксації, Кімната «Снузлін-терапії» (Snoezelen), Мультисенсорна кімната - що передбачає приміщення, обладнане за стандартним або індивідуальним проектом, яке наповнене різноманітним стимулюючим матеріалом. Дане спеціально організоване середовище дозволяє впливати на органи зору, слуху, нюху, тактильні та вестибулярні рецептори людини.

Так, у простих варіантах ТСК робиться акцент на методи світло-кольорової та звукової терапії. Більш складні проекти пропонують створення «мультисенсорного середовища» з певною тематичною атмосферою (наприклад, для відтворення осіннього парку використовується комплексний вплив на органи відчуття: зір – сухе листя, слух – шум сухого листя, вітру в

деревах, шум дощу, тактильні рецептори – листя різного розміру і форми, нюх – запахи трав і сухого листя, смак – трав'яний чай, і т.д.).

Характеризуючи обладнання та засоби для ТСК передбачаємо такі зони:

- м'яке середовище – головною метою є створення умов для релаксації, забезпечення затишку, комфорту. Усі вироби м'якого середовища виконані в спокійних тонах: сухий басейн; дитяче дзеркальне панно; мат для підлоги; мат настінний, що виконує роль «килима»; пух-крісло з гранулами «Лежень», «Острівець», «Комфорт» ; дитяче крісло «Трансформер».

М'яке середовище можна доповнити ковдрами, безпечними іграшками та предметами, що необхідні фахівцеві.

- зорове та звукове середовище – світлооптичні та звукові ефекти діють на людину заспокійливо та розслаблюючи. Вони привертають та утримують увагу і використовуються для стимуляції рухової активності і дослідницького інтересу, зорово-слухового розвитку: музичний центр з набором касет або CD дисків; «Бульбашкова колона» з м'якою платформою та кутовим дзеркалом; «Дзеркальна сфера»; прилад динамічної заливки світла нагадує «північне сяйво»; звукоактивований проектор світло ефектів, рухається і зупиняється, змінює напрям в такт музиці або від голосного звуку (наприклад: оплесків); «Плазма» світловий проектор нагадує «хвіст павича»; безпечний оптоволоконний пучок нагадує «зірочки»; «Кольоровий струмок» ігровий оптоволоконний пучок; «Нитки, що світяться»; панно «Зоряне небо»; зоряна сітка з контролером; «Чарівна нитка» з контролером, створює ефект «купання в кольорі»; «Мерехтливі квіти» – світильник в вигляді букету квітів; світильник «Полум'я» (холодний вогонь) – імітує факел, до якого можна торкнутись; світильник «НЛО» нагадує фонтан або салют; ультрафіолетова лампа з кронштейном та набір аксесуарів до неї (гнучкий шнур, кольорові стержні, набір із 6-ти фарб з пензликом та декоративні рослини, що світяться в ультрафіолеті). Аксесуари кріпляться в будь-якій точці кімнати і переливаються під ультрафіолетовим світлом.

Доповнити зорово-звукове середовище можна маленькими дзеркальцями, кишеньковими ліхтариками для створення «сонячних зайчиків»; вентилятором і різноманітними мобайлами (підвісними іграшками), що підвішуються на певній відстані від вентилятора; касетами з записами класичної музики, музичними інструментами.

- тактильне середовище – дозволяє пізнати і опанувати нові відчуття; розвинути тактильну чутливість; вчить розрізняти властивості предметів і покращує зорово-рухову координацію: сухий душ; ігрове тактильне панно; сенсорна доріжка для ніг; масажні м'ячі; водний фонтан.

Тактильне середовище можна доповнити невеликим басейном з водою, м'якими меблями, посібниками для розвитку дрібної моторики: «Чарівними скриньками», ємностями з різними наповнювачами, музично-шумовими іграшками, ляльками, тощо.

- середовище запахів – в основі лікування запахами (ароматерапії) лежить принцип впливу на організм людини натуральних ефірних масел. Для них характерні бактерицидні, антисептичні, антивірусні та протизапальні властивості, вони позитивно впливають на нервову систему, психоемоційний стан, стимулюють процеси саморегуляції та імунітету, покращують роботу всіх систем організму. Ефірні масла використовують як для лікування, так і для профілактики захворювань організму в цілому: установка для ароматерапії; апарат аероіонопрофілактики (бра). Додатково ТСК можна обладнати зволожувачем повітря, кондиціонером, вентиляторами [128].

Також умови ТСК застосовуємо з метою: розвантаження (зниження стресу, збудження, дратівливості, занепокоєння, за потреби сну; відволікання (корисно з метою формування уваги, повторюваності у поведінці, показ альтернативної взаємодії з предметами); соціалізації (забезпечує комфорт дітям, які ізолюють себе, дарує відчуття безпеки та стимули для розвитку); стимулювання (маніпулювання, підвищення взаємодії з навколишнім середовищем, забезпечення альтернативного способу стимулювання до спілкування).

Світла сенсорна кімната (ССК) – орієнтована на формування когнітивного розвитку і передбачає включення в процес коригування дидактичних ігор та матеріалів, які будуть урізноманітнювати основні педагогічні заняття.

Обладнання світлої кімнати: іграшки; подушечки різної фактури, ваги, кольору; сенсорні іграшки; настінні пано за змінними деталями, наприклад «Їжачок»; тренажер «Веселка»; композиція «Акваріум»; підвісна система «Мелодійний дзвін»; зволожувач повітря; аромалампи; плазмовий телевізор; магнітофон; кульковий басейн.

Роздатковий матеріал: масажні м'ячики різної фактури та кольорів; масажери для рук; музичні інструменти, обладнання для розвитку дихання: повітряні кулі, мильні бульбашки, пластикові пляшки з «конфетті», дудочки-свистки, вітрячки та інше, також можемо розмістити практичну та сенсорну зони за методикою М. Монтессорі.

Кімната сенсомоторного розвитку (КСМР) – передбачає вирішення таких завдань: розвиток рухових функцій, формування фізичної активності; стимуляція формування довільності рухів та діяльності. Обладнання КСМР включає: мати; гамаки; гойдалки; батуту; кільковий басейн; сходи (для розвитку вміння ходити вгору-вниз); переступи на розвиток стопи та інше.

Отже, сенсорні кімнати виступають потужним інструментом для формування і розширення світогляду, збагачення сенсорного і пізнавального розвитку, в якому дитина або дорослий, самостійно чи під супроводом фахівця отримує стимули (зорові, слухові, тактильні) та цілеспрямовано (під контролем) досліджує оточуюче середовище.

Перебування в різних типах сенсорних кімнат здійснює немедикаментозний вплив та сприяє: покращенню психоемоційного стану; зниженню нервоності та агресії; зняттю нервового збудження і тривожності; нормалізації сну; активізації мозкової діяльності; знімає страхи, невротичні стани; дозволяє проводити корекцію пізнавальних процесів та поведінки.

В умовах сенсорних кімнат сприймання, отримані дитиною, підсилюється емоційним забарвленням, котре виражається поведінкою та мовленням: приємно - неприємно, комфортно – дискомфортно, прекрасно – потворно; створює відчуття спокою, безпеки під час переміщення, отже, сприяє швидкому встановленню контакту між фахівцем та дитиною. В сенсорній кімнаті можна створити умови, в яких дитина отримуватиме лише позитивні емоції, що дозволить досягнути максимального терапевтичного впливу за мінімальний час [129].

Таким чином, творче застосування сенсорно-інтегративної терапії вимагає глибоких знань неврології, фізіології, психології та різних педагогічних підходів. Оскільки різноманітні види чуттєвої стимуляції входять до складу багатьох сучасних методів і засобів впливу, знання у цій сфері дозволять краще зрозуміти їх значення.

Необхідно відзначити, що дана технологія не є альтернативною до існуючих методів реабілітації, вона лише доповнює та суттєво розширює ефективність застосування існуючих методик відновного лікування. У дитини формується новий функціональний стан, створений в результаті застосування технічних, світлостимуляційних та інших засобів корекції, основою яких є нормалізація емоційних реакцій на позитивні і негативні подразники, що мають різну силу та тривалість впливу і призводять до корекції м'язового тону, відновлення рухливості суглобів, відкриває принципово нові можливості для розвитку дитини та підвищує результативність застосування інших методик реабілітації та комплексного психолого-педагогічного впливу.

Отже, використання додаткових інтегративних терапевтичних технологій та їх засобів з метою підсилення основних методик корекційно-розвивальної роботи з дітьми із порушеннями центральної нервової системи, зокрема церебральним паралічем, дозволяють додатково впливати на корекційну роботу з урахуванням індивідуальних особливостей та потреб дитини з порушеннями психофізичного розвитку.

1.2. Особливості сфери сенсорної інтеграції та її функціонування у дітей із церебральним паралічем

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – термін, введений відомим австрійським лікарем та психологом З. Фрейдом, який позначає групу рухових розладів, що виникають внаслідок ураження рухових систем головного мозку. Порушення проявляються недоліками або відсутністю контролю центральної нервової системи за функціями м'язів. В даному випадку мова йде не про параліч як такий, а про порушену координацію рухів, пов'язану з ураженням визначених структур головного мозку.

Основоположником вивчення проблеми дитячого церебрального паралічу був хірург-ортопед W. J. Little, який розробив детальну клінічну характеристику однієї з форм загальної мозкової ригідності, так звану «генералізовану ригідність», при якій ноги уражені більше ніж руки, згодом її стали називати хворобою Літгля.

У 1893 році З. Фрейд запропонував клінічну класифікацію ДЦП, яка була доповнена дослідженнями G. Anton (1903), F. Battem (1905), O. Forster (1910), W. Felbs (1940, 1950), F. Ford (1944). Їх класифікації враховували характер і розповсюдження рухових порушень, ступінь важкості, супутні синдроми і патогенетичні фактори. В 1959 році в Англії була розроблена класифікація ДЦП, в якій відображена розповсюженість рухових порушень і тип патологічного м'язового тону [10; 149; 160].

Так, з часу першої згадки й до сьогодні існує більше 20 класифікацій даного порушення. В наш час в процесі роботи з дітьми дошкільного віку з церебральним паралічем використовується класифікація К. Семенової [122]: спастична диплегія; подвійна геміплегія; геміпаретична форма; гіперкінетична форма; атонічно-астатична форма та міжнародна класифікація ДЦП, прийнята у 2000 році: спастична форма: двохстороння, одностороння; дискінетична (атетоїдна) форма: хореоатетоїдна, дистонічна; атактична форма; змішана форма.

Як відомо, патогенез порушення при церебральному паралічі супроводжується надзвичайно складним симптомокомплексом, оскільки поряд з рухово-кінестетичними розладами існують різного ступеня труднощі недорозвинення в цілому: сенсорні відчуття та сприймання, інтелектуальні, мовленнєві, що призводить до виникнення порушень пізнавальних, поведінкових процесів та інше.

Неврологи та фізіологи велику увагу приділяють характеристиці порушень рухової сфери в дітей з церебральним паралічем (Л. Бадалян, М. Ейдінова, Л. Журба, В. Кожевнікова, В. Козьявкін, О. Мастюкова, Н. Махмудова, К. Семенова, Є. Сологубов, та ін.). Вказуючи, що хронологічне дозрівання психічної діяльності у дітей з церебральним паралічем різко затримується і проявляється нерівномірним, дисгармонійним характером порушень психічних функцій та пізнавальної діяльності (Р. Абрамович-Лехтман, Н. Ботта, П. Ботта, М. Гуревич, Є. Калижнюк, Є. Кириченко, І. Левченко, І. Мамайчук, Н. Озерецький, Л. Шипіцина) [9; 58; 71; 171; 174].

За висновками науковців діти із порушеннями психофізичного розвитку, зокрема церебральним паралічем, для входження в суспільство потребують активної і постійної реабілітації. Тому необхідно впроваджувати комплексний підхід, який включає: функціональні, психолого-педагогічні, корекційно-розвивальні і соціально-трудова заходи у реабілітації та реабілітації дітей з церебральним паралічем. Тобто здійснюються під впливом медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних, державних, суспільних та інших напрямів діяльності соціуму і за допомогою яких формується спосіб життєдіяльності, відповідно до потреб та ступеня порушення розвитку дитини із церебральним паралічем (Г. Бойко, С. Бортфельд, В. Васильєва, В. Козьявкін, Т. Лазебник, В. Мартинюк та інші) [21; 24; 29; 62; 68; 84; 107].

Як зазначено вище, якість сенсорного сприйняття має велике значення в процесі формування вищих психічних функцій. У дітей з церебральним паралічем яскраво виражені труднощі з просторовим аналізом та синтезом, порушення схеми тіла (латералізації), труднощі з мовним відображенням

просторових відношень. Тому дошкільники з церебральним паралічем без спеціально організованого корекційно-виховного розвитку не можуть оволодіти навчальними навичками.

У своїх дослідженнях О. Мастюкова дає чітку характеристику дітей з церебральним паралічем: рухові порушення, які обмежують або роблять неможливими активні рухи, що відображається на загальному здоров'ї дитини та знижує опір організму до сезонних й інфекційних захворювань, негативно впливають на розвиток всіх систем організму (серцево-судинної, дихальної, травної та ін.) і нервово-психічної діяльності [48; 92].

Особливістю рухових порушень при ДЦП є те, що вони існують з народження, тісно пов'язані з сенсорними розладами, внаслідок чого відбувається затримане і порушене формування всіх рухових функцій, такий несприятливий вплив відображається на формуванні психічних функцій та процесі мовлення (І. Левченко, О. Мастюкова, К. Семенова) [70; 84; 85; 123].

Ураження ЦНС при церебральному паралічі порушує роботу м'язових схем цілеспрямованих рухів, що визначає одну із основних причин формування неправильних схем руху тіла, патологічних поз та положень тіла і кінцівок. Таким чином, рухові порушення обмежують формування предметно-практичної діяльності та ставлять дитину в повну залежність від дорослих, що сприяє виникненню пасивності, порушенню мотиваційної сфери.

Так, у деяких дітей з нерірко вираженим порушенням м'язового тону спостерігаємо явище апраксії (порушення цілеспрямованої практичної дії), що ускладнює формування навичок самообслуговування, правильного уявлення про рух і спричинює виникнення стереогнозу (нездатності впізнавати предмети на дотик).

Найчастіше у дошкільників з церебральним паралічем спостерігається порушення тону типу спастичності (підвищенням м'язового тону в окремих групах м'язів), де повторні рухи сприяють його зниженню. Характерною також є зміна м'язового тону в залежності від положення голови дитини, що пов'язане з впливом позотонічних рефлексів.

Нерідко при гіперкінетичній формі спостерігаємо ригідність, котра розповсюджується на всі м'язи кінцівок, зокрема м'язи - розгиначі. Даній формі також характерна дистонія (змінний м'язовий тонус). Деякі форми ДЦП, зокрема атонічно-астатичну, характеризує гіпотонія (знижений м'язовий тонус), що збільшує об'єм рухів у суглобах. У дошкільників із церебральним паралічем, який ускладнюється мозочковою недостатністю, під час виконання довільних рухів спостерігається тремор, що посилюється при наближенні кінцівки до мети. У педагогічній діяльності слід відрізнити тремор від сінкінезій (мимовільних супутніх рухів кінцівок).

Крім недорозвитку тону м'язів і рухової координації у дітей із церебральним паралічем порушується формування емоційно-вольової сфери: поведінки, когнітивного розвитку, мовлення, зору та слуху. Для них характерна підвищена втомлюваність, нездатність зосередитись на завданні, надмірне роздратування, реакція відмови від виконання завдання [85; 88; 92; 123].

При гіперкінетичній формі дитячого церебрального параліча часто знижена гострота слуху (нейросенсорна туговухість), особливо сприйняття високочастотних тонів, що призводить до недорозвинення фонематичного слуху та формування затримки мовленнєвого розвитку. Дошкільникам з церебральним паралічем також характерні гіперкінетична дизартрія або сенсорна алалія, що у важких випадках призводить до тяжкого недорозвинення мовлення та вербального мислення. У дітей зі збереженою функцією мовлення порушено вимову звуків (т, к, с, п, е, ф, ш) за відсутності дизартрії, що призводить до виникнення труднощів в процесі навчання дітей читанню та письму [8; 89; 91].

Дошкільникам зі спастичною формою церебрального параліча притаманні: задовільне вербальне спілкування, утруднена здатність до абстрактного мислення та узагальнення; переважають порушення просторового гнозису і праксису (погана орієнтація у «схемі тілі», апраксія, погане володіння напрямками руху, орієнтації в просторі (погана орієнтація на аркуші, труднощі з малюванням та письмом, акалькулія). Спостерігається нерівномірний розвиток

окремих психічних функцій: уваги, пам'яті, організації зорово-просторового гнозису та праксису. У 70% дітей з спастичною диплегією дослідники констатують наявність спастико-паретичної дизартрії та затримки мовленнєвого розвитку. Такі діти за умови збереженого інтелекту та достатній маніпулятивності рук навчаються обслуговувати себе, оволодівають трудовими навичками і можуть досягнути ступеню сформованості дітей загального розвитку.

При лівопівкульній геміпаретичній формі церебрального параліча спостерігаємо: зорово-просторові порушення (дзеркальні зображення, пальцеві агнозії, апраксії), порушення мовлення: алалії, дизартрії, фонематичного слуху (дисграфія), заїкання; при ураженні правої півкулі: особливості слухомовленнєвої пам'яті, порушення порядку відтворення варіативних рядів; просторові порушення (погане орієнтування у напрямках, часом ігнорування лівої половини тіла; особливості емоційно-вольової сфери проявляються агресією, інертністю).

Для атонічно-астатичної форми церебрального параліча є характерними порушення інтелекту різного ступеню важкості. Якщо уражено лише мозочок, то у дошкільників страждає формування навчальних навичок (читання та письмо), ініціатива під час співпраці з однолітками та дорослими, спостерігається постійний страх падіння. Коли ураження мозочка супроводжується ураженням лобних долей кори головного мозку, тоді яскраво виражені недорозвинення пізнавальних процесів, спостерігається агресивність, розгальмованість, некритичність.

При подвійній геміплегії (спастичний тетрапарез) яскраво виражені порушення мовлення, інтелектуальні недорозвинення, важкий руховий дефект та знижена мотивація, що утруднює процес формування життєдіяльності [49].

Для деяких дітей з церебральним паралічем характерні: недорозвинення фонематичного слуху, зниження гостроти слуху та недостатність слухового сприймання, слухової пам'яті, що згодом призводить до затримки мовленнєвого розвитку, а у важких випадках до недорозвинення мовлення. У

іншої частини дітей з церебральним паралічем навпаки спостерігаємо підвищену чутливість до звукових сигналів, особливо нових та неочікуваних, на які вони реагують здригуванням, або як немовлята завмиранням та плачем. Проте диференціювання отриманих звуків у них недостатнє.

У дітей з церебральними паралічами з ураженням тім'яної частки великих півкуль головного мозку та порушеннями зорового сприймання спостерігаємо недорозвинення просторових уявлень (гнозису), зокрема, сприйняття простору. Перш за все, у дітей дошкільного віку із церебральним паралічем відзначається недостатність сформованості часових уявлень, конструктивного та побутового праксису, стереогнозу, оптичного гнозису, у них виражені порушення схеми тіла (Л. Данилова, М. Поппандова, О. Тітова, А. Benton, В. Bobath, К. Bobath, N. Votta, P. Votta, A. Remble,) [90; 174].

Приблизно в 30% дітей з церебральним паралічем дослідники відзначають особливості зорового сприйняття, які призводять до порушеного чи спотвореного сприймання предметів і явищ оточення, у 10% з них важкі порушення зору (сліпота, слабозорість). Порушення і недорозвинення зорового сприйняття у дітей з церебральним паралічем пов'язані з недостатністю фіксації погляду і конвергенції, а також офтальмологічними захворюваннями органів зору: звуження поля зору, птоз, двоїння, ністагм, зниження гостроти зору, порушення рухливості очних яблук внаслідок парезу м'язів очного яблука та інші [58; 116; 160].

Подібні сенсорні порушення стають причиною виникнення несформованості психічних процесів, що виражається невмінням зосередитись на завданні і призводить до порушення формування схеми тіла - латералізації, стереогнозиса. Наявність патологічних тонічних рефлексів і парезів рук сприяють недорозвиненню зорово-рухової координації. Наприклад, ускладнюється сприймання форми і оволодіння умінням співвідносити в просторі об'ємні і плоскі величини, затримується формування понять «праве» і «ліве» та інше.

Такі проблем зорового сприймання створюють додаткові труднощі у формуванні в дитини загальної та дрібної моторики, а також оволодінні предметами та якостями предметів оточуючої дійсності.

Особливістю рухових порушень при церебральному паралічі є не лише труднощі пов'язані з неможливістю виконувати рух, а й слабкість відчуттів цих рухів, що формує неправильне уявлення про нього. Порушення сформованості тактильної чутливості утруднює оволодіння дошкільників предметними діями та призводить до недостатності активних відчуттів під час взаємодії з предметом (стереогнозу), а згодом оволодіння навичками письма [45; 149; 171; 174].

У літературі дискутується питання щодо стану збереження інтелекту дітей з церебральним паралічем, так дослідження К. Семенової та W. Phelps підтверджують, що близько 50-75% дітей з церебральним паралічем мають потенційно збережений інтелект, але відзначають особливості їх інтелектуальної діяльності. Також автори визначають, що 20-25% дітей страждає інтелектуальним недорозвиненням за типом атипової олігофренії. (Н. Гамулецка, М. Гуревич, Л. Данилова, І. Мамайчук, Н. Озерецкий, Н. Симонова, W. Little, F. E. Schonell). Враховуючи різні точки зору на кореляцію між руховими і психічними порушеннями К. Семенова і E. Denhoff відзначають, що чим важчий руховий дефект, тим більш виражені психічні порушення. Проте в дослідженнях також описані випадки, коли діти з важкими руховими порушеннями мають збережений інтелект, що слід враховувати під час побудови корекційно-реабілітаційних заходів (Т. Добровольська, В. Кожевникова, Д. Лаврова, І. Левченко, Е. Сологубов, Н. Шабаліна) [46; 122; 123; 124].

У дітей з церебральними паралічами часто відзначаються вторинні емоційні порушення, які проявляються підвищеною збудливістю, схильністю до коливань настрою, негативізмом, образливістю та надмірною чутливістю до зовнішніх подразників. Що проявляється фобіями навіть від простих тактильних подразнень, під час зміни положення тіла, оточення, високий рівень тривожності, діти бояться висоти, закритих дверей, темряви, нових іграшок,

нових людей. Для дошкільників характерні: невпевненість, недостатній інтелектуальний контроль над власною поведінкою, спостерігається схильність до патологічного розвитку особистості за тривожно-недовірливим, аутистичним або інфантилізованим типом, формується невротична реакція на свій дефект. Дошкільникам з гіперкінетичним синдромом характерний синдром вітальної (життєвої) дезадаптації, який супроводжується захисною реакцією, також у них відзначається підвищена збудливість, слабка воля, мотивація [45; 86; 87].

Наслідками зазначених вище порушень та недорозвинень при церебральному паралічі у дітей дошкільного віку виступають порушення предметно-практичної діяльності, зорово-рухової координації, просторового аналізу та синтезу:

- предметно-практична діяльність активно формується у дитини впродовж 1-го року життя і є активною формою пізнання оточення, виступає основою формування сенсорно-перцептивних та мисленнєвих процесів.

- порушення зорово-рухової координації пов'язані з неправильними установками тіла, положення голови та кінцівок, тому діти не можуть стежити очима за діями рук та ніг, що перешкоджає розвитку маніпулятивної діяльності, формуванню конструювання та малювання. Несформованість зорово-рухової координації негативно позначається не лише на процесі оволодіння навичками читання та письма, а й на оволодінні трудовими, навчальними уміннями та навичками самообслуговування.

- у дітей з церебральним паралічем спостерігається нездатність простежувати предмет, що пов'язано з обмеженнями кута та поля зору, порушенням уваги, труднощах зосередження і проявляється як порушення просторового аналізу та синтезу. Дана проблема відображається у вигляді недорозвитку просторових уявлень, нездатності скласти ціле з окремих частин, в процесі конструювання та малювання. Дітям з церебральним паралічем також притаманне дзеркальне відображення предметів та літер під час написання, що

згодом негативно відображається не лише на оволодінні навчальними предметами та самообслуговуванні дитини [171].

Усе вище перелічене негативно відображається на формуванні пізнавальної діяльності, що проявляється сенсорною дезінтегрованністю і призводить до різних ступенів порушень пізнавальної діяльності при ДЦП (М. Іпполитова, Є. Калижнюк, Е. Кириченко, С. Коноваленко, V. Cardwell, W. Cruickshank, Q. Raus) та вказує на нерівномірний, дисгармонійний характер недорозвинень психічних функцій (Л. Данилова, М. Ейдінова, І. Левченко, І. Мамайчук, Н. Озерецький, Л. Шипіцина, А. Benton, В. Vobath, К. Vobath, N. Votta, P. Votta, A. Remble) [56; 171; 174]. Типові патологічні порушення зору, слуху і м'язово-суглобового відчуття істотно позначаються на процесі сприйняття в цілому, знижують якість, обмежують обсяг інформації, ускладнюють діяльність дошкільників з церебральним паралічем (Г. Белова, І. Левченко, О. Мастюкова, Н. Сімонова, Т. Шамарін та ін.) [50; 53; 58], також їм характерні порушення емоційно-вольового, особистісного розвитку та саморегуляції (Л. Бадалян, В. Босих, Л. Журба, В. Кожевнікова, Є. Лільїн, М. Певзнер, Є. Правдіна-Вінарська, К. Семенова, Є. Сологубов, Г. Сухарева, М. Ейдінова та ін.) [10; 124; 174].

Запропоновані авторами концептуальні ідеї стали методологічним підґрунтям нового напрямку системного підходу до розуміння психофізіологічних та нейрофізіологічних явищ сенсорної інтеграції. Проаналізувавши джерела, що характеризують зовнішні прояви та нейрофізіологічну картину розвитку дитини з церебральним паралічем в цілому, можемо передбачити, що сенсорно-інтегративна терапія є незамінна на початкових стадіях роботи з дітьми із церебральним паралічем. Враховуючи значні відмінності у симптомокомплексі даного стану необхідно дотримуватись індивідуального впливу на кожну дитину, для цього слід використовувати комплекси терапевтичних заходів, що дозволить впливати на усі сфери розвитку дитини (Ю. Александров, К. Анохін, Л. Виготський, О. Леонт'єв, О. Лурія, С. Рубінштейн, К. Судаков, В. Швирков) [74; 76; 119].

Висновки до першого розділу

Теоретичний аналіз досліджень засвідчив, що розробка питання використання сенсорно-інтегративної терапії у корекційно-реабілітаційному процесі є на часі, а визначені питання є предметом вивчення психології, педагогіки, нейрофізіології та медицини, тому актуальним є вивчення цього явища в ортопедагогіці, зокрема, корекційно-педагогічній роботі з дітьми дошкільного віку з церебральним паралічем.

Опрацювання понятійно-категоріального апарату підтвердило, що застосування поняття «сенсорна інтеграція» набуло міжгалузевого значення і показало, що, незважаючи на його широке використання досі немає загальноприйнятого трактування. У нашому дослідженні використані наступні тлумачення: «сенсорна інтеграція» як здатність упорядковувати сигнали, отримані від органів відчуття; «сенсорно-інтегративна терапія» як процес педагогічного впливу на формування здатності до сенсорної інтеграції; «технологія»- елемент структурної моделі реабілітаційного процесу як системи.

Трансформація соціально-політичної, економічної, культурно-інформаційної сфер, суспільства в цілому стимулює розвиток технологій, що максимально сприятимуть педагогічному та соціально-психологічному розвитку дошкільника. Тому на передній план виступає підготовка дітей дошкільного віку з церебральним паралічем до соціалізації та навчання у школі, що беззаперечно пов'язано з інклюзивними процесами в освіті, проте коморбідність порушень при церебральному паралічі призводить до складного симптомокомплексу, що негативно впливає на засвоєння навичок життєдіяльності та соціалізації, формування особистості дитини, а згодом і оволодіння шкільною програмою.

Таким чином, проблема розробки науково обґрунтованого підґрунтя застосування сенсорно-інтегративної терапії як допоміжного підсилюючого засобу корекції психофізичного розвитку є особливо актуальною на сучасному етапі становлення науки і практики корекційної освіти, «Ортопедагогіки», яка

приділяє особливу увагу діагностуванню, реабілітуванню та корекції психічного та фізичного розвитку дітей у педагогічному процесі

У навчально-реабілітаційному процесі широко використовують ресурси сенсорно-інтегративної терапії, проте гостро стоїть питання розроблення теоретико-методологічних аспектів і узагальнень застосування технології сенсорної інтеграції у корекційній педагогіці: принципів, методів, прийомів та методик на основі передових наукових досягнень, що дозволяють вбачати докази доцільності її застосування, а саме:

- сенсорно-інтегративна терапія створює умови та надає можливість формувати способи сприймання подразників зовнішнього світу, виражати відчуття та емоції у соціально прийнятній манері (міміка, жест, пантоміма);

- прискорює прогрес загального терапевтичного впливу та психолого-педагогічної корекції, оскільки внутрішні переживання легше виражати в процесі індивідуальної роботи та під впливом різного виду стимулів;

- допомагає формувати та закріплювати результати корекційної роботи, оскільки використання технології сенсорної інтеграції стимулює розвиток емоційної сфери та психофізичних реакцій;

- сприяє виникненню внутрішнього контролю і порядку, оскільки використання сенсорно-інтегративної терапії організує навколишній простір;

- використання терапії сенсорної інтеграції формує вміння розрізняти зорові, слухові та кінестетичні відчуття і створює середовище, в якому можна експериментувати з ними, використовуючи їх як компенсаторний фон;

- підсилює відчуття власної особистісної цінності завдяки створенню ситуації успіху;

- дає підстави для інтерпретацій в процесі організації занять з сенсорно-інтегративної терапії (фахівець може внести корективи в програму розвитку дитини та одночасно формувати усі сторони психофізичної діяльності, зосереджуючись на потребі дошкільника із церебральним паралічем).

Теоретичні положення даного розділу висвітлені у таких публікаціях:

1. Заплатинська А. Б. Сенсорна інтеграція в системі медико-психолого-педагогічного реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності / А. Г. Шевцов, А. Б. Заплатинська // Зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського державного університету імені Івана Огієнка. Серія : соціально-педагогічна. Вип. 12. / за ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – Кам'янець- Подільський : «Аксиома», 2009. – С. 133–137.

2. Заплатинська А. Б. Використання альтернативних методів спілкування в процесі організації життєдіяльності осіб із загальними розладами розвитку (спектр аутизму) / А. Б. Заплатинська // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. – 2011. – № 23 (234) грудень. – С. 26-31.

3. Заплатинська А. Б. Становлення поняття «сенсорна інтеграція» у корекційній педагогіці / А. Б. Заплатинська // Зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / за ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – Вип. XXIII в трьох ч., ч. 1. Серія: соціально-педагогічна. – Кам'янець-Подільський : Медобори, 2006, 2013. – С. 48-58.

4. Заплатинська А. Б. Альтернативна комунікація як засіб технології сенсорна інтеграція у формуванні мовлення дітей з порушеннями розвитку / А. Б. Заплатинська // Проблеми сучасної педагогічної освіти. Сер.: Педагогіка і психологія. – Зб. статей. – Ялта : РВВ КТУ, 2014. – Вип. 45. – Ч. 4. – С. 121-129.

5. Заплатинська А. Б. Система баламетрики у корекційно-розвивальній роботі з дітьми із порушеннями психофізичного розвитку та труднощами у навчанні / А. Б. Заплатинська, В. Л. Каліна // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки) : Зб. наук. пр. Вип. 7. У 2-х т. / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. – Кам'янець-Подільський : ПП Медобори – 2006, 2016. – Т. 2.– С. 99-107.

6. Zaplatynska A. Strefy organizacji zycia osob z autyzmem przez wykorzystanie AAC / Anna Zaplatynska // Zeszyty naukowe Malopolskiej szkoly wyzszej w Brzesku. zeszyt 1 (3) / 2011 – Brzesko 2011. – S. 45–53.

РОЗДІЛ 2.

РІВНІ РОЗВИТКУ СЕНСОРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

2.1. Організація, зміст та методи констувального експерименту з вивчення рівнів сформованості сенсорної інтеграції

Теоретико-методологічний аналіз проблеми підтвердив, що коморбідність порушень у дошкільників із церебральним паралічем має складну нейропсихологічну структуру і потребує комплексного діяльнісного підходу до вивчення сенсорної інтеграції дитини у процесі предметно-практичної, ігрової та трудової діяльності, які забезпечують природне мультисенсорне середовище.

Результати теоретичного аналізу психолого-педагогічної літератури свідчать про недостатність вивчення стану сформованості сенсорної інтеграції у дошкільників із церебральним паралічем. За свідченнями науки та практики навіть незначні порушення у діяльності центральної нервової системи впливають на взаємодію з оточуючим світом і порушують онтогенетичне становлення психічного розвитку дитини, чим зміщують часові межі становлення відповідних віку видів діяльності й свідомості, деформують особистісний розвиток. Як відомо, рівень здатності до сенсорного інтегрування і психічний розвиток – це два взаємообумовлені компоненти онтогенезу, що формуються в прямо пропорційній залежності один від одного (Л. Венгер, Л. Виготський, П. Гальперін, Д. Ельконін, М. Монтесорі, Ж. Піаже та ін.) [22; 31; 37; 39; 102; 161; 176; 177].

На основі теоретико-практичного дослідження розроблено Програму педагогічного експерименту, який здійснювався впродовж 2012-2015 рр. і складався з трьох етапів: теоретико-аналітичного (2012-2013 рр.), конструктивно-моделюючого (2013-2014 рр.) й апробаційно-узагальнюючого (2014-2015 рр.). Програма експериментальної роботи містила 3 етапи:

1) констатувальний, 2) формувальний та 3) зіставно-порівняльний аналіз результатів експерименту.

З метою вивчення здатності дітей дошкільного віку з церебральним паралічем до сенсорного інтегрування поставлено такі завдання:

1. Визначити критерії, показники та рівні сформованості здатності до сенсорного інтегрування дітей дошкільного віку з церебральним паралічем та дітей загального розвитку;

2. Провести комплексну оцінку рівнів сформованості здатності до сенсорно-інтегрального розвитку у дітей з церебральним паралічем та загального розвитку із застосуванням традиційних та інноваційних методик, що дозволило визначити критерії й показники сприймання сенсорного матеріалу (стимули різної тривалості, інтенсивності та сили), для вирішення яких дитині необхідно аналізувати стимульний сенсорний матеріал та виражати емоційну реакцію на них;

3. Вивчити стан сформованості здатності до сенсорного інтегрування у дошкільників з церебральним паралічем та загального розвитку, особливості проявів поведінково-діяльнісного та мотиваційного компоненту під час виконання завдань; оцінити результативність виконання завдань і провести порівняльний аналіз одержаних результатів.

4. Сформувати цілісне уявлення щодо рівнів індивідуальної й групової сформованості здатності до сенсорно-інтегрального розвитку у дошкільників із церебральним паралічем та загальним розвитком: а) якість реакції дитини на конкретні завдання із застосуванням сенсорно-інтегративного матеріалу; б) характер виконання завдань та рівномірність / нерівномірність сформованості сфери сенсорної інтеграції; в) типові помилки, які спостерігаємо у дітей в процесі вирішення завдань.

Для цього застосовували такі методи дослідження: аналіз та узагальнення психолого-педагогічної, нейропсихологічної літератури з питань діагностування та коригування порушень розвитку дітей дошкільного віку із церебральним паралічем, в тому числі й засобами сенсорно-інтегративної

терапії; аналіз навчальних програм та методичних посібників; спостереження за навчально-виховним процесом та сенсомоторним розвитком дошкільників із церебральним паралічем та дітей загального розвитку в повсякденній діяльності та під час занять; бесіда; кількісний і якісний аналіз експериментальних даних щодо рівнів сформованості сенсорної інтеграції у дошкільників.

Експериментом було охоплено 82 дітей із церебральним паралічем, які відвідували: Комунальний заклад «Хортицький національний навчально-реабілітаційний багатoproфільний центр» Запорізької обласної ради; Навчально-реабілітаційний центр «Джерело»; Комунальний заклад «Миколаївський центр соціально-психологічної реабілітації дітей» Миколаївської міської ради і Кам'янець-Подільський багатoproфільний навчально-реабілітаційний центр та 86 дітей загального розвитку, які відвідували групи Львівського дошкільного навчального закладу «Барвінок».

На першому етапі констатувального експерименту вирішувалися два основні завдання: визначення критеріїв і показників складових компонентів сенсорної інтеграції у дітей дошкільного віку і розробка методики для виявлення та констатування здатності до сенсорно-інтегрального розвитку у дітей.

Метою проведення констатувального експерименту стало визначення рівнів сформованості здатності до сенсорного інтегрування дошкільників загального розвитку та дітей з церебральним паралічем. Виявлення особливостей їх сформованості у дошкільників з церебральним паралічем і виокремлення типових порушень сенсорно-інтегрального розвитку у них.

Для вирішення визначеної мети розроблено критерії та показники сформованості сенсорної інтеграції з урахуванням етапів їх формування та здатності до сенсорного інтегрування в процесі онтогенезу й умовно розподілено за функціональними блоками:

Блок 1 (базовий, ефективне засвоєння фізичного середовища, відчуття та реакції на подразники різної сили, тривалості, інтенсивності) – *сенсорні відчуття*.

Критерії:

- *пропріоцепція* (показники: орієнтування у власному тілі (відчуття тіла), сила (зусилля, докладені для виконання дії));
- *вестибулярний апарат* (реакція на зміну положення тіла, швидка втомлюваність під час виконання діяльності, реакція на власну рухову активність);
- *тактильний аналізатор* (реакція на фізичні властивості предмета (форма, твердість, текстура, температура), реакція на нові тактильні подразники, відчуття);
- *зоровий аналізатор* (реакція на світловий (наявність та відсутність, контроль переміщення світлової плями і т. д.), зоровий подразник (зміна кольорових предметів в просторі, реакція на інтенсивність та тривалість), розрізнення кольорів (реакція на зміну кольорових предметів));
- *слуховий аналізатор* (реакція на звук: висоту, тривалість, гучність);
- *нюховий аналізатор* (реакція на приємні (неприємні) аромати, насиченість запахів);
- *смаковий аналізатор* (реакція на смак, консистенцію та температуру їжі).

Блок 2 (інтеграція отриманих сенсорних відчуттів та їх переведення в сприймання) – *сенсорно-інтегральне сприймання*.

Критерії:

- *зорова, слухова, смакова, нюхова і тактильна перцепція* індивідуальний процес сприймання, емоційне оцінювання та трактування отриманої інформації, побудова стратегії реакції: рухова, емоційна відповідь);
- *планування діяльності (моделювання активності)* – потреба в діяльності (зорієнтуватись, що турбує, змінити положення тіла, щоб було комфортно; отримати те, що потрапило в поле зору (викликало інтерес) зусилля та рух до бажаного предмету), швидкість виконання завдання, реакція на виконання чи невиконання дії, отриманий предмет);
- *емоційна стабільність* (завмирання, плач, переляк, жодної реакції).

Блок 3 (інтеграція сенсорного сприймання та рівень міжсистемної взаємодії) – *сенсорно-інтегральний розвиток.*

Критерії:

- *вестибулярно-пропріоцептивна координація* (ступінь участі в рухливих іграх: гойдання, інші переміщення в просторі, врахування безпеки ситуації (ноціцептивна система та її участь в сформованості інстинкту самозбереження), взаємодія з об'єктами оточення (живими, неживими);

- *зорово-рухова координація* (співвіднесення контура з предметом, отвором, сформованість окоміру, зоровий контроль за виконуваною діяльністю в процесах: малювання, викладання, самообслуговування та інше);

- *слухово-зорово-моторна координація* (здатність розрізнити джерела звуків, впізнавати, здійснювати рухову активність у бік звучання, виконувати словесні інструкції і інше);

- *нюхо-смако-вестибулярно-тактильно-пропріоцептивна координація* (розрізнення запахів: квітковий, фруктовий, гнилісний, спецій, пригорілий, смолянистий; .розрізнення простих та змішаних смаків: та власне прийом їжі: кусання (відкушування), процеси жування та ковтання, споживання їжі, що не відповідає дошкільному віку (кашоподібна);

- *спеціалізація обох півкуль мозку / координація обох частин тіла/цілеспрямована діяльність* (мотивація до виконання дії, шляхи виконання (руху) діяльності, орієнтація у просторі щодо себе (відчуття руху), завершення розпочатої діяльності (тривалість виконання, кількість завдань, потреба супроводу).

Блок 4 (результат здатності до сенсорного інтегрування) – *сенсорне виховання – у площині розвитку здатності до сенсорної інтеграції.*

Критерії:

- *фізичний розвиток*: прямоходіння (виконання завдань, пов'язаних зі статичними вправами, виконання завдань, пов'язаних із динамічними вправами, виконання рухливих ігор), фізичні риси (сила, швидкість, витривалість, влучність, гнучкість);

- *когнітивна діяльність* (увага (здатність до концентрації, стійкість, зосередженість, розподіл, обсяг, переключення), пам'ять (сенсорна, довготривала, короткотривала, оперативна), мислення (практичне, наочно-образне, словесно-логічне, абстрактне та аналітичне (здатність до міркування)), уява (активна, пасивна, конкретна, абстрактна, репродуктивна, продуктивна);

- *комунікування, мовлення і мова* (вміння встановлювати контакт (необхідна дія, бажана дія, нейтральна дія), паралінгвістика (висота, тембр, темп, міміка, пантоміма, письмо, часто вживані символи), використання допоміжних засобів комунікації (зображення, жести, піктограми);

- *міжпівкульна взаємодія (латералізація)* (індивідуальний процес відображення дійсності);

- *самоусвідомлення (стосунки з оточенням: з близькими, дорослими, однолітками); самооцінка* (реакція на похвалу, зауваження);

- *самоконтроль* (його наявність, адекватність, здатність до саморегуляції, цілеспрямованої діяльності).

Дані критерії дають можливість з'ясувати особливості сформованості сенсорної інтеграції у дітей дошкільного віку, зокрема із церебральним паралічем, у процесі діагностики, як в умовах спеціально створеного середовища сенсорної кімнати (темної, світлої, сенсомоторного розвитку), так і під час традиційних і корекційних занять.

У контексті нашого дослідження розглядаємо діагностування як:

- обов'язковий процес корекційно-виховної роботи з розвитку сенсорно-інтегративних процесів дітей дошкільного віку із церебральним паралічем;

- засіб реалізації принципу єдності діагностики та корекції в корекційній освіті загалом та в ортопедагогіці зокрема;

- засіб здійснення особистісно-орієнтованого, індивідуального та диференційованого підходів у процесі корекційно-реабілітаційної роботи на формування сенсорної інтеграції дошкільників із церебральним паралічем;

- основу вироблення педагогами й батьками особистісних установок у створенні умов і власного інструментарію для конструктивного підходу на

формування сенсорних відчуттів та сприймань у дитини з церебральним паралічем;

- об'єктивну перевірку доцільності й результативності впровадження технології сенсорної інтеграції для дітей дошкільного віку засобами сенсорно-інтегративної терапії та мультисенсорного середовища.

Таким чином, вивчення стану сформованості сенсорної сфери та її здатності до інтеграції у дошкільників із церебральним паралічем та загального розвитку передбачало:

1) використання ряду традиційних та інноваційних методик, що дозволяють у процесі виконання завдань виявити сформованість сенсорного та сенсомоторного розвитку у дошкільників з церебральним паралічем;

2) використання методик, що включають завдання, для вирішення яких дитині необхідно проаналізувати стимульний сенсорний матеріал та виразити емоційну реакцію;

3) оцінювання результативності виконання завдань та порівняльний аналіз одержаних даних щодо сенсорного розвитку у дошкільників із церебральним паралічем та загального розвитку за наступними параметрами:

а) якість реакції дитини на конкретні завдання із застосуванням сенсорно-інтегративного матеріалу;

б) характер виконання завдань та рівномірність чи нерівномірність сформованості системи сенсорної інтеграції;

в) типи помилок, які допускають діти в процесі вирішення завдань та рівень наданої допомоги.

З цією метою були обрані нейропсихологічні методики, які адаптовані до фізичних можливостей дітей дошкільного віку із церебральним паралічем з урахуванням форми та ступеня ураження психофізичного розвитку й досвіду:

- зорово-просторова координація (комплексний тест М. Фростік);
- реципрокна координація (проби Озерецького);
- проби Поппельрейтера на предметний гнозис;
- динамічний праксис (аналіз невербального інтелекту);

- просторовий праксис (J.Kaluger, C.Kolson), тестування модальності – KQM;
- кінестетичний праксис (оральний та пальцевий);
- адаптовані авторські технології сенсорної інтеграції A. Jean Ayres, F. Loughorn [1; 75; 182; 189].

Найвідомішою моделлю діагностики порушень сенсомоторної сфери є опитувальник A. Jean Ayres, який передбачає збір анамнезу усіх сфер сенсорної інтеграції їх аналіз та визначення впливу недорозвинення чи особливостей формування отримання, обробки чи реакції на подразник на формування соціальних взаємостосунків. Його адаптування до сформованості сенсорної сфери дітей дошкільного віку дозволило застосовувати у нашому дослідженні. З опитувальником працювали батьки та фахівці, даючи відповіді на зазначені показники, що розподіляються за аналізаторними системами та соціально-значущими функціями:

- пропріоцептивні відчуття (інформація від м'язів і суглобів про положення тіла, масу тіла, тиск, розтягування, рух і зміну положення тіла в просторі). *Ознаки дисфункції*: поведінка, спрямована на пошук сенсорних контактів або зазнає труднощів з «диференціацією рухів»;

- вестибулярний апарат (інформація про гравітаційні зміни, рухи, положення в просторі та рівновагу). *Ознаки дисфункції*: гіперчутливість до руху, слабкий м'язовий тонус і/або координації;

- тактильні відчуття (інформація від шкірних рецепторів про дотик, тиск, температуру, біль та рух волосків на шкірі). *Ознаки дисфункції*: гіперчутливість до дотику (захисна поведінка відносно тактильних стимулів); знижена тактильна чутливість (гіпочутливість); слабе тактильне сприйняття та розрізнення;

- обробка візуальної інформації (за відсутності діагностованого порушення зору). *Ознаки дисфункції*: гіперчутливість до зорових сигналів; знижена чутливість чи труднощі з відстеженням, розрізненням або сприйманням зорових сигналів;

- порушення функції слуху та обробки мовної інформації (за відсутності діагностованої проблеми зі слухом). *Ознаки дисфункції*: гіперчутливість до звуків (слухова захисна поведінка), ослаблена або знижена чутливість до звуків;

- порушення орального сприймання: *Ознаки дисфункції*: гіперчутливість до оральних сигналів (оральна захисна поведінка), знижена чутливість до оральних сигналів;

- порушення соціальної взаємодії;

- порушення емоційної сфери;

- порушення ігрової діяльності;

- порушення саморегуляції;

- порушення, пов'язані з внутрішньою регуляцією (інтероцептивні відчуття) (Додаток В).

Для підсилення психолого-педагогічної складової діагностичного процесу з метою детальнішого вивчення сенсомоторного та психофізичного розвитку нами обрано й адаптовано до фізичних можливостей дітей із церебральним паралічем та врахуванням форми та ступеня ураження психофізичного розвитку, віку та досвіду, нейропсихологічні методики, котрі визначають напрями формування предметно-практичної діяльності дошкільників в онтогенезі:

У процесі діагностування послідовно виявлялася сформованість:

- просторових уявлень у власному тілі;

- просторових уявлень у взаємовідношенні тіла щодо об'єктів оточення;

- рівня вербалізації просторових уявлень;

- розуміння лінгвістичних конструкцій (для дітей зі складними мовленнєвими порушеннями використовуємо технологію Альтернативної та заміщуючої комунікації (ААС): рухи тіла (їх трактування); природні жести та пантоміма; вокалізації; предмети (натуральні, мініатюрні, асоціативні); зображення (кольорові, чорно-білі, контурні, фотографії); спеціалізовані

програми (піктограми, Bliss, PCS та ін.); технічні засоби (спеціальні програми на планшетах, Go-Talk та інші)).

1. Просторові уявлення у власному тілі.

Аналізували сформованість уявлень дитини про організацію власного тіла в просторі:

- відношення до власної особи;
- відношення до тіла в цілому;
- відношення до руки.

У складних випадках використовували адаптований варіант дослідження, який включав зорову підтримку, тактильний контроль, інші міжаналізаторні взаємодії.

2. Просторові уявлення у взаємовідношенні тіла щодо об'єктів оточення.

Оцінка просторових уявлень проводиться в діяльності, за інструкцією дорослого:

- розрізнення розташування об'єктів щодо тіла по вертикальній осі (по горизонтальній осі (вперед-назад, вверх-вниз від тіла));
- розташування об'єктів відносно власного тіла справа / зліва.

3. Рівень вербалізації просторових уявлень.

Оцінюється використання у власному мовленні прийменників і простих прийменникових конструкцій.

- розуміння і використання прийменників у співвідношенні до власного тіла,
- розуміння і використання прийменників, які відображають просторове розміщення об'єктів на пласких зображеннях (сюжетні малюнки).

4. *Лінгвістичні конструкції* використовувались з метою перевірки розуміння пояснень завдань, інструктажу, використовувались для визначення розуміння зверненого мовлення та просторового сприймання, квазіпросторових уявлень (просторово-часових та причинно-наслідкових) на словесному рівні.

- розуміння порівняльних ступенів прикметників;
- розуміння антонімів і синонімів;

- розуміння просторово-часових та причинно-наслідкових зв'язків.

Вивзначення домінантної півкулі (за О. Лурія) передує дослідженню зорово-просторового сприйняття (просторові порушення проявляються при ураженні лівої півкулі мозку, тобто правобічних паралічах):

- визначали провідну руку в процесі самообслуговування під час малювання, проводили проби на ліворукість (сплети пальці рук «зроби замок», «схрести руки на грудях»),

- визначали ведучу ногу (на яку робить опору, якою б'є по м'ячу і т. д.);

- визначали провідне око (згорнутий папір «подивися у трубу», до уваги беремо, якою рукою візьме і до якого ока прикладе).

Завдання підбиралися індивідуально, з урахуванням фізичних можливостей дошкільника [36; 126].

Визначення стереогнозу «Чарівний мішечок» (за Є. Калижнюк): впізнавання предмета за допомогою м'язово-суглобового відчуття під час обмацування без зорового контролю. Слід пам'ятати, що на базі стереогнозу і його взаємодії з діяльністю інших аналізаторів формуються просторові уявлення.

Для гри обираємо відомі дітям іграшки за темами («Овочі, фрукти», «Тварини», «Геометричні фігури» і т.д.) та розміщуємо у торбинці. Кількість, розмір іграшок залежить від досвіду взаємодії з ними, віку, інтелектуального розвитку. Гра має декілька рівнів складності: 1) дитина опускає руку в мішечок, витягує іграшку, називає; 2) дитина опускає руку, обмацує, робить припущення (визначає ознаки), називає та витягує іграшку, щоб подивитись, чи правильно визначила; 3) дитина за переліченими ознаками чи назвою (вказівкою дорослого чи одногрупників) витягує іграшку.

Визначення зорових сприймань (за Є. Калижнюк): перевіряли впізнавання зображень на: сюжетних кольорових і предметних: чорно-білих, контурних, заштрихованих, недомальованих, перевернутих малюнках. Визначали здатність розрізнення основної колірної гами [4; 58; 81].

Визначення кінестетичного праксису (за А. Семенович): вивчення рівня сформованості у дітей кінестетичного пальцевого праксису.

Завдання. Дитині пропонують по чергово відтворювати кожну з трьох запропонованих позицій пальцями рук, спочатку із зоровим контролем (дитину знайомлять з усіма комбінаціями). На наступному етапі за тактильним зразком (дитина заплющувала очі, експериментатор складав її пальці у певну позицію, просив запам'ятати і випрямляв усі пальці. Дитина з відкритими очима мала відтворити позицію. Завдання пропонувались в такій послідовності: 1) з'єднати 1 і 2 палець в кільце; 2) пальці стиснуті в кулак, 2 і 3 витягнуті; 3) пальці стиснуті в кулак, 2 і 5 витягнуті, спочатку виконувались правою, а потім лівою рукою.

Інструкція: Ти заплющиш очі, а я складу з твоїх пальців фігурку. Запам'ятай її і, коли відкриєш очі, складеш таку саму.

Допомога надається тоді, коли дитина неправильно утворює комбінацію або взагалі її не утворює. Допомогу надавали до трьох разів.

Завдання. Експериментатор по черзі торкається пальця дитини спочатку правої, потім лівої та обох рук.

Дитина, заплющивши очі, має назвати палець (великий, середній, вказівний, безіменний, мізинець), руку (права, ліва) або показати палець, до якого торкались, з розплющеними очима.

Вивчення рівня сформованості у дітей кінестетичного орального праксису (за А. Семенович).

Завдання 1. Дитині пропонують утворити і відтворювати по черзі позиції органами артикуляції: губами – «усмішка», «оскал», «трубочка»; язиком – «лопата», «чашечка», «голочка». Завдання виконують за зразком, наданим експериментатором (зразок перед дзеркалом, виконання, опираючись на відчуття). Оцінка якості виконання завдань здійснюється за умови самостійного виконання з опорою на тактильні відчуття.

Інструкція. Повторюй за мною губами та язиком такі позиції.

Допомога надається тоді, коли дитина не утворює або неправильно утворює позицію, експериментатор демонструє правильну позицію.

Завдання 2. Дитині пропонували виконувати завдання перед дзеркалом у середньому темпі (тричі поспіль) в такій послідовності: «посмішка» – «трубочка»; гострим кінчиком язика торкнутися до правого кутика губи, а потім до лівого кутика губи, далі широкий язик опустити на нижню губу, а потім підняти і покласти на верхню губу.

Інструкція. Разом зі мною виконуй губами та язиком вправи.

Допомога надається дитині у вигляді повторної демонстрації до трьох разів.

Вивчення просторового праксису: методика «швидкого тестування модальності» – КQM за J.Kaluger та C.Kolson – визначення провідної модальності, дефіцитарної модальності та стану інтермодальної інтеграції).

Особливість: кількість повторів завдань залежить від віку та здатності дитини рахувати.

Завдання:

а) дитині пропонували картки з намальованими колами та *інструкція:* «Полічи, скільки кіл на цій картці», дитина лічить візуально. Допущена помилка свідчить про недостатню інтегрованість зорового аналізатора;

б) дитині пропонується закрити очі, *інструкція:* «Я буду постукувати по дошці, скажи (покажи) скільки разів я стукнула?» удари робили з різними інтервалами. Наявність помилок у відповіді дитини свідчить про недостатність сформованість слухового аналізатора;

в) пропонували дитині закрити очі й постукували гумкою на тупому кінці олівця по руці обстежуваного. Наявність помилок у відповіді свідчить про слабкість кінестетичного аналізатора;

г) *інструкція:* «Я постукаю тебе по спині. Скільки разів я постукала?» Удари робимо з нерівними інтервалами. Помилка підрахунку свідчить про недостатню сформованість тактильних відчуттів;

д) *інструкція*: «Перерахуй (покажи) напрямки, на які вказують ці стрілки: «право», «ліво», «вниз», «вгору». Оцінювали зорово-моторні, мовленнєві та просторові здібності. *Примітка*: якщо дитина не володіла поняттями «право-ліво», - їх замінювали словом «вбік» [2; 41].

Також для вивчення *просторовий праксису* використовували *проби Хеда*. Відтворення запропонованої пози тіла за зразком та зоровим контролем:

- пряма рука перед грудьми долонею вгору або вниз;
- пряма рука під підборіддям долонею вниз;
- пряма рука під носом долонею вниз;
- вертикальна кисть під підборіддям;
- вертикальна кисть перед носом;
- права рука на лівому плечі;
- права рука торкається лівого вуха і т.д [65; 66].

Реципрокна координація (проби Озерецького).

Завдання 1. Експериментатор демонстрував і просив наслідувати рухи руками, повторний показ супроводжується інструкцією: «Поклади обидві руки на стіл — ось так. Одну стисни в кулак, друга - лежить спокійно. Тепер поклади руки ось так. Продовжуй рухи разом зі мною».

Додаткову допомогу пропонували в ситуації гри з додаванням мовних команд (один, два, один, два!).

Оцінка результатів: «4» – рухи координовані, плавні, але уповільнені; «3» – дезавтоматизація, порушення координації на виснаженні; «2» – стійке порушення координації, ізольованість або алігрованість рухів.

Завдання 2. «долоня – ребро – кулак», дитині пропонували поперемінно покласти на стіл долоню, ребро кисті руки та кулак в наростаючому темпі. Проба виконується спочатку правою рукою, потім – лівою та обома руками.

Допомога та оцінка результатів аналогічні до попереднього завдання [126].

Вивчення динамічного праксису (за Ю.Рібцун).

Завдання 1. «Курчатко» (загальний праксис) демонстрували дитині вправу: відвести руки назад і нахили вперед. Дитина повторювала її.

Допомога: за наслідуванням дорослого.

Завдання 2. «Кую, кую чобіток» (ручний праксис) після демонстрування дитина повторювала рухи дорослого: стискала праву руку в кулачок і стукала ним по відкритій долоні лівої руки та навпаки.

Допомога: за наслідуванням, поелементне виконання вправи.

Завдання 3. «Пальчики вітаються» (дрібна моторика) демонстрували дитині почергове торкання кожним пальцем правої (лівої) руки до великого пальця; пропонували виконати вправу обома руками одночасно [117].

Вивчення предметного гнозису «Плутанина» (проби Поппельрейтера) – розпізнавання зображень, накладених одне на одне.

Обладнання: аркуш із зображенням різних за кольором і формою контурних предметів, накладених один на один (м'яч, ялинка, гриб), відповідні площинні зображення, контурні зображення на окремих картках, квадратні контурні різнокольорові зображення предметів на цупкому поліетилені, указка.

Завдання: дитині демонстрували зображення предметів, накладаючи один на один, розкладали предметні зображення. Педагог указкою (пальцем) обводив один з контурів та вказував зображення. Далі пропонували дитині самостійно впізнати зображення і підібрати відповідні предметні малюнки.

Рівні допомоги: показ контурного зображення предметів, накладання площинних зображень предметів на контурні зображення, демонстрація накладання контурних зображень, виготовлених на поліетилені [156].

Вивчення зорово-просторового сприймання (комплексний тест М. Фростік – система для оцінки різних сторін зорового сприймання).

1. Фігури – фонове розрізнення: обладнання: тестовий матеріал, кольорові олівці (фломастери), демонстраційна картка (далі ДК).

Завдання 1. Зараз ми будемо знаходити знайомі фігури і обводити їх. Ти знаєш, що значить обвести фігуру? (Якщо дитина не знає, необхідно пояснити і показати.) Подивися уважно на картку. Тут намальований трикутник (ДК). А

тепер знайди на малюнку і обведи кольоровим олівцем захований там трикутник.

Завдання 2. Подивися: на картці намальовано прямокутник (ДК). А тепер знайди його на цьому малюнку і обведи.

Завдання 3. А на цій картці ти бачиш хрест (ДК). Знайди його на малюнку, який перед тобою, і обведи.

Завдання 4. На цій картці ти бачиш півколо (ДК). Знайди його на малюнку і обведи.

Завдання 5. Тут намальована шестикутна зірка (ДК). А тепер подивись на малюнок, тут намальовані дві шестикутні зірки, але вони переплутані між собою. Візьми два будь-яких кольорових олівці і обведи одну зірку одним кольором, а іншу – другим. Обводи уважно, не поспішай.

Завдання 6. Подивися на картку, на ній намальована п'ятикутна зірка (ДК). А тепер подивись на малюнок. Тут теж намальовані такі зірки. Скільки їх? Чотири, але вони все переплутані. Візьми чотири кольорові олівці і спробуй «розплутати» зірки: обведи кожну з них своїм кольором. Будь уважний і намагайся обводити кожну зірку безперервною лінією.

Завдання 7. Подивися на малюнок завдання. Тут зображено коло, а всередині нього, серед смужок, заховано декілька ромбів (ДК). Візьми кольоровий олівець і обведи стільки ромбів, скільки знайдеш .

Завдання 8. У цьому колі заховані овали (ДК), знайти їх на своєму малюнку і обведи.

Оцінка результатів: за кожну знайдену фігуру нараховується 1 бал, максимально 20 балів. Рівні розвитку в балах: низький 12 і менше; середній 13-14; вище середнього 15-17; дуже високий 18-19.

2. Візуально-просторове сприймання: обладнання: тестовий матеріал, два кольорові олівці, демонстраційна картка.

Завдання 1. Зараз перед тобою нове завдання. Подивися: на аркуші намальовано багато різних фігур, але серед них є квадрати (ДК). Тобі потрібно знайти їх і обвести. Будь уважний, не переплутай їх з прямокутниками (ДК) або

ромбами (ДК). Не квапся, тут є великі і маленькі, білі і заштриховані квадрати. Закінчивши, відклади олівець.

Завдання 2. А на цьому аркуші теж потрібно знайти і обвести як можна більше фігур, але кіл (покажіть ДК).

Оцінка результатів: за кожен знайдений квадрат (коло) нараховується 1 бал, максимально - 15 балів. Рівні розвитку в балах: низький 9 і менше; середній 10-11; вище середнього 12-13; дуже високий 14 -15.

3. Візуально-просторове сприймання і зорова пам'ять:
Обладнання: тестовий матеріал, простий олівець.

Завдання 1. Подивися на першу сходинку. Тут намальовані куточки. Вони всі зображені по-різному, але серед них є один, намальований так само, як зразок (намальований окремо, покажіть його дитині). Знайди такий самий куточок серед інших і zakresли його. Дивись уважно, куточки дуже схожі, але лише один з них «правильний».

Завдання 2. А тут потрібно знайти саме таке коло, як на зразку (покажіть дитині зразок), і zakresлити його.

Завдання 3, 4 (інструкція, наведена нижче, аналогічна для обох завдань). Наступне завдання складніше, тут намальовані три фігури, але вони розташовані не просто так, а в певному порядку (покажіть зразок). Уважно подивися на них, знайди точно таку ж групу фігур серед інших і zakresли її.

Завдання 5, 6 (інструкція, наведена нижче, аналогічна для обох завдань). Подивися на зображення (завдання 5), намальовані два трикутника (у завданні 6 - коло, квадрат і трикутник). Тобі потрібно знайти такі ж намальовані фігури серед інших і zakresлити їх.

Завдання 7, 8 (інструкція, наведена нижче, до обох завдань аналогічна). А в цих завданнях зразок – буква, знайди таку ж серед інших букв і zakresли.

Оцінка результатів: за кожно правильно знайдену фігуру (куточки, коло, групи фігур, букву П, букву У) нараховується 1 бал, максимальна оцінка - 8 балів. Рівні розвитку в балах: низький 5 і менше; середній 6; вище середнього 7; дуже високий 8.

4. Візуально-просторове сприймання і графо-моторні навички: обладнання: тестовий матеріал, простий олівець.

Завдання 1. Тут намальований квадрат (показати), а поруч не домальовані п'ять квадратів, тобто малюнок не закінчений. Постарайся правильно домалювати ці квадрати. Вони повинні відповідати зразку, аркуш не обертай, ті лінії, які вже є, обводити не можна.

Завдання 2. А тут потрібно домалювати фігури так, щоб вони не відрізнялися від зразка - кола з хрестом (показати). Будь уважний.

Завдання 3. Зразок у цьому завданні схожий на конверт (показати), домалюй незакінчені малюнки. Не квапся, не обводи вже намальовані лінії.

Завдання 4. І останнє завдання. Домалюй неповні фігури. Повинен вийти ромб з куточком (показати).

Оцінка результатів: за кожну правильно домальовану фігуру нараховується 1 бал, максимальна - 20 балів. Рівні розвитку в балах: низький 11 і менше; середній 12-15; вище середнього 16 -18; дуже високий 19-20.

Підсумок отриманих балів, максимальний - 62 бали. Рівні розвитку в балах: низький 49 - 45 і менше; середній 50 – 53; вище середнього 54 – 58; дуже високий 59 – 62 [158].

Вивчення розуміння та ідентифікації емоцій (за Ж. Глозман, А. Потаніною та ін.).

Дитині пропонується розглянути зображення емоцій на фотографіях людей, назвати їх або відтворити, знайти таку ж серед розрізних малюнків. На наступному етапі дитина має з'єднати лініями різного кольору: червоним кольором олівця – веселих звіряток і людей; чорний кольором олівця – злих звіряток і людей; жовти кольором олівця всіх переляканих звіряток і людей т.д. [40; 41].

Також пропонуємо виконання даної проби у формі класифікації карток із зображеннями емоційних станів за словесною інструкцією.

Діагностування за адаптованими нейропсихологічними методиками проводилися фахівцями баз констатувального експерименту з урахуванням

типу та структури закладу: в навчально-реабілітаційних центрах у процесі індивідуальних корекційних занять пропонувалось виконати зазначені вище завдання. Дошкільникам ДНЗ завдання пропонувались під час індивідуальної роботи (друга половина дня) в ігровій формі.

На початковому етапі дослідження з дитиною проводилася бесіда, спостереження за нею під час різних видів діяльності, вивчались її індивідуальні особливості, контактність, адекватність поведінки.

За базовими критеріями та показниками нами передбачалося розроблення рівнів визначення сформованості сенсорної сфери у дітей дошкільного віку з церебральним паралічем і загального розвитку. Для вивчення сформованості сенсорної інтеграції нами обрано третій блок (сенсорно-інтегральний розвиток) оскільки він найбільш повно відображає сформовану координаційну діяльність притаманну дошкільникам. На основі обґрунтованих критеріїв дослідження оцінки й адаптованих діагностичних процедур визначено чотири рівні оцінки сформованості сенсорно-інтегрального розвитку з урахуванням критеріїв та показників:

Високий рівень – дитина володіє в обсязі вікової норми знаннями, уміннями, навичками (ЗУН) та використовує їх у процесі діяльності; діє активно, самостійно, бере участь в рухливих іграх, переміщується в просторі; враховує власну безпеку; цікавиться об'єктами оточення; сформовані навички самообслуговування; виконує всі або більшість запропонованих завдань, пояснює їх хід; творчо застосовує отримані знання в практичній діяльності; завершує розпочату діяльність; орієнтується в просторі відносно себе; співпрацює з дорослим, емоційно стабільна (позитивне ставлення до подразників, сприймає та реагує на пропозиції, зауваження).

Достатній рівень – дитина володіє ЗУН, використовує досвід під час виконання завдань; виявляє впевненість; приймає допомогу дорослих (однолітків); виконує більшість із запропонованих завдань, може пояснити хід дій, пояснює свій вибір; самостійно переміщується; володіє навичками самообслуговування; здатна приймати допомогу; співпрацює з дорослим,

емоційно стабільна (якщо подразник новий, враховуємо швидкість адаптації та вироблення реакції на нього, а також тривалість виконання, кількість завдань і потребу супроводу).

Середній рівень — дитина має досвід, але не використовує його у практичній діяльності та в новій ситуації; не завжди сприймає та використовує допомогу дорослого, найчастіше виконує завдання за конкретною вказівкою з допомогою дорослого, механічно відтворює після декількох повторень; часто емоційно нестабільна (негативні реакції на подразники, особливо важко переносить нові подразники, пропозиції зробити нове завдання; порушена чутливість, спостерігаються особливості прийому їжі).

Низький рівень — дитина не володіє ЗУН, не має досвіду рухової, практичної діяльності; не реагує на запропоновані завдання, відмовляється від їх виконання, не сприймає та не використовує допомогу дорослого; емоційно нестабільна (характерні гіпер- або гіпочутливість, повільно адаптується до нових подразників; негативні реакції на будь-які нові чи інтерпретовані подразники, їх ігнорування; визначається тривалість виконання завдання та необхідність механічного супроводу, реакцію на допомогу).

У наступному підрозділі дослідження (2.2) вище зазначенні рівні будемо розглядати та характеризувати більш детально за показниками сенсорно-інтегрального розвитку із врахуванням індивідуальних вікових особливостей та психофізичного розвитку дошкільників.

Здійснивши аналіз психолого-педагогічної літератури з проблем дослідження та корекції сенсорної інтеграції, дійшли висновку, що рівень її сформованості визначається правильністю, точністю виконання завдань, активністю, свідомістю, самостійністю дитини.

Для зручності виведення кількісної характеристики виконання кожного завдання було використано чотириохбальну систему оцінювання відповідно до обраних критеріїв та визначених рівнів готовності: високий – 4 бали; достатній – 3 бали; середній – 2 бали; низький – 1 бал.

Зважаючи на викладене, кожен блок сенсорної інтеграції вважаємо складником системи, що має множинні взаємопов'язані елементи й підсистеми. У зв'язку з цим передбачаємо послідовність в організації процесу вивчення особливостей сенсорної системи, залучення різноманітних, в тому числі й сенсорно-інтегративної терапії, методів і прийомів, які допоможуть з'ясувати якісну сформованість усіх складових системи та їх взаємозалежність.

Відповідно до вимог системного підходу, що дозволяє простежити розвиток кожного компонента сенсорної сфери, з'ясувати динаміку внутрішніх і зовнішніх зв'язків із іншими системами, конкретний зміст кожного складника сенсорики, передбачає опору на мотивацію до практичної діяльності (досвід, який лежить в процесі пізнавальної активності), що забезпечується достатнім рівнем сформованості сенсорної інтеграції, а також стійкістю емоцій, тому вважаємо, що сенсорно-інтегративна діяльність розвивається як цілісна система.

З метою вирішення поставленого завдання на основі теоретичного аналізу науково-літературних джерел та наших дослідницьких передбачень було розроблено методику обстеження показників сенсорно-інтегрального розвитку дошкільників. За основу побудови діагностичної програми вивчення рівнів сформованості сенсорно-інтегрального розвитку обрано нейропсихологічну модель формування процесів сенсорної інтеграції F. Loughorn з використанням ігрового впливу під час стимулювання аналізаторних каналів:

- *візуальний* (вдивляння): «Я – режисер. Моє око – камера»;
- *аудіальний* (вслухування): «Я – композитор. Я чую музику світу»;
- *кінестетичний* (відчування): («Я – сенсорна система. Моє тіло – сенсорний приймач»;
- *осмічний* (внюхування): «Я – парфюмер. Немає поганих чи хороших запахів, я пізнаю світ за запахом»;
- *смаковий* (смакування): «Я – дегустатор. Усе в світі має смак, і жоден нюанс смаку не сховається від мене».

Дана технологія дозволила враховувати ієрархічність побудови сенсорної інтеграції у дошкільників з церебральним паралічем, що є важливим та дає можливість моделювати завдання (спрощувати, ускладнювати) до потреб дошкільника і передбачала такі покрокові дії: визначення сенсорного каналу; включення каналу; переключення каналу; визначення сенсодинамічного типу; спалах; переживання – сенсорно-емоційний синтез [75].

Такий тісний взаємозв'язок адаптованої технології F. Loughorn із психоемоційним розвитком дошкільника дозволяє враховувати емоційні стани в процесі діагностики і їх вплив на виконання запропонованої діяльності та забезпечує дотримання положень Л. Виготського про складну структуру дефекту, компенсаторні можливості організму, бере до уваги пластичність дитячої психіки.

На основі попередньо зазначених методик розроблено Програму діагностики сформованості сенсорно-інтегрального розвитку – *інтеграція сенсорного сприймання та рівень міжсистемної взаємодії* (Блок 3), яка включає роботу з адаптованим опитувальником, вивченням сенсомоторики за нейропсихологічними пробами та визначення особистісних реакцій дитини за критеріями та показниками:

Вестибулярно-пропріоцептивна координація – вивчається: реакція відмови (дитина байдужа до будь-якого типу стимулювання; відмовляється від фізичної стимуляції (тип реакції: зміна виразу обличчя, пересмикування плечима, плач, стогін; відштовхує/крутить головою) та реакція прийняття (дитина байдужа до будь-якого типу стимулювання чи сприймає фізичну стимуляцію (тип реакцій: насторожується, завмирає; змінює вираз обличчя, здійснює рухи назустріч стимулу, рухає руками і ногами, сміється/посміхається, підкочується до дорослого, який проводить стимуляцію), в процесі діагностики використовуємо як тактильні сприймання руки, так і ротову порожнину, язик (знайомство з якісно різними поверхнями); вісцеральні відчуття (увагу звертаємо на поведінку дитини в процесі прийому їжі: відчуття насиченості, якість пиття: ковтання, жування та ін., реакцію на

зміну температури приміщення та ін.); вестибулярні відчуття (вивчаємо реакції на відчуття пов'язані з положенням тіла, балансуванням, переміщенням в просторі гойдання, врахування безпеки ситуації (інстинкт самозбереження), взаємодія з об'єктами оточення та інше);

З метою доцільного використання психолого-педагогічних завдань в процесі вивчення *зорово-рухової та слухово-зорово-моторної координації* нами об'єднано в один критерій, що дозволяє застосовувати завдання, котрі відповідають дітям дошкільного віку, і досліджувати: стан рухів кисті руки (маніпуляція, виконання цілеспрямованого завдання: вставляння, вкладання, нанизування, графомоторні навички); реакції на світлові подразники, людські обличчя, виражені емоції, сформованість окоміру, розуміння та використання сенсорних еталонів та інше; здатність розрізняти джерела звуків, впізнавати, здійснювати рухову активність у бік звучання (реакція: байдужість, зацікавлення, простеження і локалізація джерела звука, реакції на знайомі/незнайомі звукові подразники, усне мовлення, гра на музичних інструментах (відтворення ритму, наслідування мелодії і інше);

Нюхо-смако-вестибулярно-тактильно-пропріоцептивна координація – вивчається: сформованість нюхових якостей (реакція на сприйняття запахів продуктів перед їх споживанням, дитина тягнеться/відсторонюється до/від запаху, залишається байдужа фіксуємо зміни міміки, рухи тіла); сформованість процесу харчування (реакція на смаки прості / складні, на консистенцію їжі та ін.). Під час вивчення цих показників сенсорно-інтегрального розвитку обов'язково отримуємо інформацію від лікаря щодо можливих алергічних реакцій чи інтоксикацій у дитини і згодом пов'язуємо з програмою навчання харчуванню);

Спеціалізація обох півкуль мозку /координація обох частин тіла/ цілеспрямована діяльність – вивчаємо: кінестетичні реакції – усвідомлення «себе» в цілому та частин тіла, руху тіла (докладені зусилля для виконання дії та емоційна реакція на отриманий результат: посмішка, коментар, байдужість), відчуття ваги предметів, орієнтація у просторі щодо себе (відчуття руху),

завершення розпочатої діяльності (тривалість виконання, кількість завдань, потреба супроводу).

Дана програма дозволяє відзначити не лише відсутність сформованості тих чи інших фізичних та психічних показників, але передбачає вивчення емоційної та аналізаторних реакцій на вплив стимульного матеріалу (подразник, слово, виконання завдання, модифікація завдання).

2.2 Дослідження рівнів сформованості сенсорно-інтегрального розвитку у дітей дошкільного віку

На наступному етапі констатувального експерименту здійснювалося дослідження стану сформованості сенсорно-інтегрального розвитку дітей дошкільного віку з церебральним паралічем та дошкільників загального розвитку, що зумовило необхідність визначення рівнів сформованості сенсорної інтеграції. Метою даного етапу експерименту є узагальнення рівнів стану сформованості сенсорно-інтегрального розвитку, які розроблено відповідно до визначених критеріїв за результатами виконання дітьми завдань діагностичної методики.

Опис кількісного та якісного аналізу виконання кожного завдання з означених напрямів діагностичної методики, відображає стан сформованості складових компонентів сенсорно-інтегрального розвитку: вестибулярно-пропріоцептивна координація (ВПК), слухово-зорово-моторна координація (СЗМК), нюхо-смако-вестибулярно-тактильно-пропріоцептивна координація (НСВТПК), спеціалізація обох півкуль мозку/ координація обох частин тіла/ цілеспрямована діяльність (СП/ЦД)) та психоемоційні стани (стійкість до змін оточення, самоусвідомлення, взаємодія з оточенням).

Методика вивчення кожного завдання констатувального етапу дослідження, включала:

- бесіду з батьками та фахівцями, які працюють з дитиною (робота з адаптованим опитувальником);

- власне спостереження за діяльністю дитини в процесі активної діяльності та самостійних ігор;
- постановку перед дитиною конкретного завдання із визначених опитувальником;
- проведення інструктажу перед виконанням завдання;
- виконання завдання дитиною;
- обробку одержаних результатів.

Дослідження мало індивідуальний характер та проводилось в декілька етапів із врахуванням підвищеної втомлюваності та особливістю перебігу психічних процесів дітей з церебральним паралічем та віковими психофізичними особливостями дітей дошкільного віку загального розвитку. Тривалість кожного обстеження не перевищувала 20 хвилин.

Для кількісного аналізу результатів констатувальної частини дослідження нами були застосовані такі статистичні методи:

- а) визначення коефіцієнту сформованості кожної зі складових сенсорної інтеграції за результатами виконання завдань (p);
- б) визначення індексу стану сформованості сенсорно-інтегрального розвитку (I);
- в) визначення відсоткової різниці індексів в обох групах дошкільників (V).

Спираючись на дослідження методів статистичної обробки даних діагностичних результатів нами було визначено наступні межі для коефіцієнта сформованості кожного компонента сенсорно-інтегративної діяльності, який повинен варіювати від 0 до 1:

- $p > 0,9$ – високий рівень;
- $0,6 < p < 0,9$ – достатній рівень;
- $0,3 < p < 0,6$ – середній рівень;
- $p < 0,3$ – низький рівень.

Коефіцієнт результативності виконання завдань (p) вказує на середню оцінку, отриману дитиною під час виконання конкретного завдання відносно до

кількості запропонованих завдань, і використовувався для порівняння успішності різних дітей у межах групи за однією пробою за усіма зазначеними нижче критеріями.

Рівні сформованості вестибулярно-пропріоцептивної координації (ВПК) у дітей дошкільного віку із церебральним паралічем та у дітей загального розвитку.

Високий рівень ВПК – дитина самостійно бере участь в рухливих іграх: гойдання, перекидання, інші переміщення в просторі, враховує власну безпеку в ігрових ситуаціях (інстинкт самозбереження), орієнтується у власному тілі, називає і показує їх, самостійно пересувається, не натикаючись на предмети, змінює напрям руху за вказівкою, діє активно, самостійно й творчо при виконанні всіх завдань, коментує виконувану діяльність, сформовані всі компоненти та якості фізичного розвитку, свідомо, самостійно взаємодіє з однолітками та дорослими, цікавиться об'єктами оточення (живими, неживими), знає їх основні характеристики; наявна висока емоційна стабільність (толерантне ставлення до подразників та реакція на них, стійке переживання невдач, робить спроби виправити помилку і т.д.

Серед дітей із церебральним паралічем, які брали участь в експерименті, не було виявлено дітей із високим рівнем сформованості ВПК. Серед дітей дошкільного віку загального розвитку високий рівень сформованості ВПК спостерігався у 94,45%, коефіцієнт розвитку ВПК у межах 0,9-0,94.

Достатній рівень ВПК – дитина володіє досвідом, який використовує самостійно для ігор із переміщеннями та рухомими предметами, у діях виявляє впевненість, здатність приймати допомогу дорослих, виконує всі або більшість запропонованих завдань, може пояснити хід дій, страхи (чому самостійно не сідає в гамак, на гойдалку і т.д.), розуміє значення і призначення предметів, ознак і дій (може допустити помилку, яку сама виправляє), співпрацює з дорослими, емоційно стабільна (толерантне ставлення до подразників, якщо

подразник новий, враховуємо швидкість адаптації та вироблення реакції на нього).

Серед опитаних дітей із церебральним паралічем 24,21% відповідають достатньому рівню сформованості вестибулярно-пропріоцептивної координації, коефіцієнт розвитку у межах 0,6-0,87. Серед дітей загального розвитку достатній рівень сформованості ВПК виявлений у 5,55%, коефіцієнт – 0,82-0,89.

Середній рівень ВПК – дитина володіє певним досвідом, але не використовує його у практичній діяльності та у новій ситуації, не завжди сприймає та використовує допомогу дорослого, найчастіше виконує завдання за конкретною вказівкою та з допомогою, недостатньо сформовані форми відображення отриманої інформації, особливі труднощі виникають при відображенні інформації, отриманої від кількох аналізаторів, що потребують фізичної реакції, дії (дитина відтворює лише половину із запропонованих завдань), часто емоційно нестабільна (негативні реакції на подразники, гіпергіпочутливість, важко переносить нові подразники).

Серед досліджуваних дітей із церебральним паралічем 28,69% відповідають середньому рівню сформованості ВПК, коефіцієнт у межах 0,35–0,58. Серед дітей груп загального розвитку середній рівень сформованості вестибулярно-пропріоцептивної координації не виявлений.

Низький рівень ВПК – дитина не володіє досвідом практичної рухової діяльності, інколи відмовляється від виконання завдань, не сприймає та не використовує допомогу дорослого, найчастіше не може виконати завдання за конкретною вказівкою і допомогою, не відтворює, часто не розуміє суті завдання чи впливу на аналізатор, емоційно нестабільна (характерні гіпер- або гіпочутливість, не адаптується до нових подразників, негативні реакції на будь-які нові чи інтерпретовані подразники).

Серед опитаних дітей із церебральним паралічем такий рівень сформованості ВПК мають 47,10%, коефіцієнт розвитку у межах 0,24 – 0,29.

Серед дітей загального розвитку низький рівень сформованості вестибулярно-пропріоцептивної координації не виявлено.

Результати вивчення рівнів сформованості вестибулярно-пропріоцептивної координації у дітей дошкільного віку з церебральним паралічем та дошкільників загального розвитку подано у гістограмі на рис. 2.1.

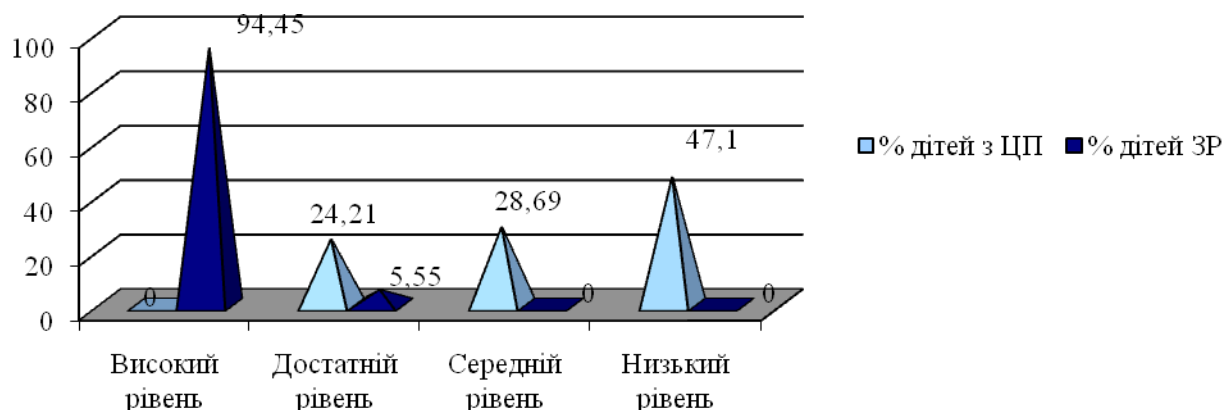


Рис. 2.1. Рівні сформованості ВПК у дошкільників з церебральним паралічем та загального розвитку(у %).

Отримані результати свідчать про недостатній рівень сформованості вестибулярно-пропріоцептивної координації у дітей з церебральним паралічем. Це пов'язано з недорозвитком чи порушеним розвитком центральної нервової системи. Про сформованість даної координації свідчить розвиток прямоходіння, якість пересування та фізичних процесів, наявний суспільний та особистий досвід, вміння спілкуватись та долати труднощі. В основі цих процесів лежить внутрішні мотивація дитини до пізнання нового, яка активно формується впродовж 1-го року життя при збережених інтелектуальних процесах та під дією соціальних факторів (материнська турбота, достатня кількість аналізаторних стимулів, наявність комунікування з дитиною та ін.). Беручи до уваги те, що церебральний параліч це множинне порушення усіх сторін психофізичного

(ураження центральної нервової системи) та соціального (бажання подолати, вилікувати «хворобу», а не вчити жити) розвитку відбувається нетипове формування усіх сфер розвитку дитини і в подальшому потребує фахового корекційно-реабілітаційного впливу як зі сторони спеціалістів, так і батьків.

Рівні сформованості слухово-зорово-моторної координації у дітей дошкільного віку із церебральним паралічем та у дітей загального розвитку.

Високий рівень СЗМК – дитина володіє знаннями, вміннями, навичками та досвідом, який вона використовує самостійно у процесі діяльності (розрізнення кольорів, розуміння відтінків, співвіднесення контуру з предметом (отвором), сформованість окоміру і ін.), виявляє впевненість під час виконання завдань, виконує більшість із запропонованих завдань, може пояснити їх хід, співпрацює з дорослим, розуміє та виконує інструкції, діє активно, самостійно; розрізняє джерела звучання, впізнає та називає їх, здійснює рухову активність у бік звучання та творчо застосовує отримані знання в практичній діяльності (ігри на музичних інструментах, їх класифікація, використання під час рольових ігор і т.д.), емоційно стабільна (сприймає та реагує на пропозиції, зауваження, під час пропонування нового завдання уважно слухає та вивчає матеріал, до нового подразника (стимулу) швидко адаптується та виробляє реакцію на нього (може дати його характеристику), позитивне ставлення до подразників зі звучанням).

Серед дітей із церебральним паралічем не виявлено дітей із високим рівнем сформованості слухово-зорово-моторної координації. У дошкільників загального розвитку, які брали участь в експерименті 11,76%, коефіцієнт розвитку 0,63-0,75.

Достатній рівень СЗМК – характеризується знаннями, вміннями, навичками, досвідом, який використовує дитина самостійно, у виконуваний діяльності виявляє впевненість, має здатність приймати допомогу дорослих, слухає та сприймає інструкції, враховує підказки, виконує всі або більшість із запропонованих завдань, може пояснити хід діяльності, співпрацює з дорослим,

бавиться з однолітками, емоційно стабільна (толерантне ставлення до подразників, якщо подразник і завдання нові, враховуємо швидкість адаптації та вироблення реакції на нього).

Серед обстежених дітей із церебральним паралічем виявлено 8,28% дошкільників із достатнім рівнем сформованості слухово-зорово-моторної координації коефіцієнт розвитку у межах 0,38-0,46, а серед дітей загального розвитку таких 78,49%, коефіцієнт розвитку 0,66-0,85.

Середній рівень СЗМК – дитина має певний досвід та знання для виконання завдання, проте не використовує їх у практичній діяльності чи новій ситуації, не завжди сприймає та використовує допомогу дорослого, найчастіше виконує завдання за конкретною вказівкою та з допомогою (шляхом механічного відтворення після декількох повторів), часто емоційно нестабільна (має негативні реакції на: пропозиції зробити щось інше, на нові чи не улюблені подразники, завдання може давати негативну реакцію, спостерігаємо – гіперчутливість чи гіпочутливість до світлових та кольорових змін, а також звучання окремих музичних інструментів, голосів, звуків техніки та інше або їх ігнорування).

Серед обстежених дошкільників з церебральним паралічем 38,05% відповідають середньому рівню сформованості слухово-зорово-моторної координації, коефіцієнт розвитку у межах 0,38-0,59. Серед дітей загального розвитку середній рівень сформованості – 9,75%, коефіцієнт у межах 0,43-0,57.

Низький рівень СЗМК – дитина не володіє знаннями, досвідом практичної діяльності; не реагує, відмовляється від виконання запропонованих завдань, не сприймає чи не використовує допомогу дорослого, найчастіше не може виконати завдання за конкретною вказівкою і з допомогою, емоційно нестабільна (гіпер-гіпочутливість, повільно адаптується до нових подразників, негативні реакції на будь-які нові подразники або повна їх відсутність).

Серед досліджуваних дітей з церебральним паралічем мають такий рівень сформованості слухово-зорово-моторної координації 53,67%, коефіцієнт розвитку у межах 0,26-0,29. Серед дітей загального розвитку

низький рівень сформованості слухово-зорово-моторної координації не виявлено.

Результати дослідження рівнів сформованості слухово-зорово-моторної координації у дітей дошкільного віку з церебральним паралічем та дошкільників загального розвитку подано у гістограмі на рис. 2.2.

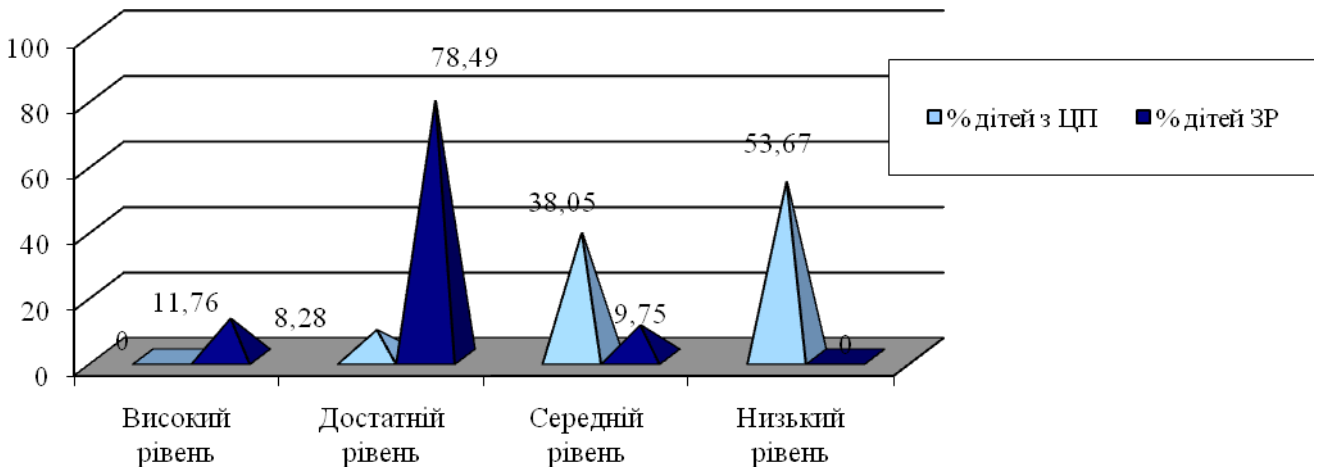


Рис. 2.2. Порівняння рівнів сформованості рівнів СЗМК у дітей дошкільного віку з церебральним паралічем та дошкільників загального розвитку.

Результати вивчення стану сформованості слухово-зорово-моторної координації свідчать, що у дітей з церебральним паралічем переважає середній та низький рівні. Дошкільники з церебральним паралічем практично не володіють жодними із зазначених в опитувальнику пунктів самостійно. Сформованість навичок прямоходіння, самообслуговування, ігрової діяльності та пізнавальні здібності не відповідають віковій нормі та потребують сторонньої допомоги для вирішення практичних питань.

Рівні сформованості нюхово-смаково-вестибулярно-тактильно-пропріоцептивної координації (НСВТПК) у дітей дошкільного віку з церебральним паралічем та загального розвитку.

Високий рівень НСВТПК – дитина володіє знаннями, уміннями, навичками, в повному обсязі щодо вікової норми фізичними навичками та навичками самообслуговування, діє активно, самостійно, характерні: сталість та перебіг відпочинку, сну та активності дитини; дотримання режиму харчування, уміння підтримувати стосунки з однолітками та дорослими, наявна висока емоційна стабільність (толерантне ставлення до нових запахів, смаків, подразників та реакція на них, адекватні реакції на несподівані подразники без/з надмірно вираженою реакцією дитини та адекватно реагує на похвалу, зауваження, пропозицію змінити вид виконуваної діяльності та інше).

Серед дітей із церебральним паралічем, які брали участь в експерименті, не було дітей із високим рівнем сформованості нюхово-смаково-вестибулярно-тактильно-пропріоцептивні координації, а в групі дітей загального розвитку — 23,75%, від загального числа респондентів коефіцієнт у межах 0,92-0,97.

Достатній рівень НСВТПК — дитина володіє знаннями, уміннями, навичками самообслуговування та пізнавального розвитку в межах вікової норми, має досвід, який використовує самостійно, у діях виявляє впевненість, здатна приймати допомогу дорослих (просить про допомогу), пояснює хід дій, співпрацює з дорослим, спостерігаємо незначні проблеми зі сталістю та перебігом сну та активності, відпочинку дитини; особливістю дотримання режиму харчування (реакція на консистенцію їжі, відмова приймати їжу певної структури чи запаху), емоційно стабільна (толерантне ставлення до нюхових та смакових подразників, якщо подразник новий, враховуємо швидкість адаптації та вироблення реакції на нього; адекватна реакція на несподівані подразники, без/з надмірно вираженою реакцією; підтримання стосунків, реакції на похвалу, зауваження).

Серед дітей із церебральним паралічем цього рівня досягли 7,75% досліджуваних, коефіцієнт сформованості нюхово-смаково-вестибулярно-тактильно-пропріоцептивної координації в межах 0,65- 0,78. Серед дітей

загального розвитку таких більшість – 76,25%, коефіцієнт в межах сформованості – 0,69-0,85.

Середній рівень НСВТПК – дитина володіє досвідом, але не використовує його у практичній діяльності та у новій ситуації, відзначаємо несформованість пізнавального розвитку та навичок самообслуговування, дитина не завжди сприймає та використовує допомогу, найчастіше виконує завдання за допомогою дорослого (рука в руці), у більшості випадків потребує допомоги у вигляді вербального зразка (попередження чи супровідного мовлення) на аналогічному матеріалі (пригадування подібної ситуації). Часто емоційно нестабільна (негативні реакції на нові подразники або відсутність реакції, особливості сприймання подразників гіпер-гіпочутливість, спостерігаємо особливості прийому їжі, процесу жування, ковтання (консистенція їжі не відповідає віку).

Серед досліджуваних дітей із церебральним паралічем 29,67 % досліджуваних відповідають середньому рівню сформованості нюхово-смаково-вестибулярно-тактильно-пропріоцептивна координація, коефіцієнт розвитку у межах 0,37-0,55. Серед дітей загального розвитку середній рівень сформованості нюхово-смаково-вестибулярно-тактильно-пропріоцептивної координації не виявлений.

Низький рівень НСВТПК – не володіє досвідом практичної діяльності, не використовує допомогу, самостійно не переключає увагу, проблеми з процесом сну та неспанья, висока виснажуваність, дратівливість, компоненти емоційно-афективного розвитку зі значними порушеннями, емоційно нестабільна (спостерігаємо гіпер- або гіпочутливість, повільно адаптується до нових подразників, має негативні реакції на будь-які нові подразники або ігнорує їх).

Більшість дітей із церебральним паралічем мають низький рівень сформованості нюхово-смаково-вестибулярно-тактильно-пропріоцептивної координації – 62,58% від загальної кількості досліджуваних, коефіцієнт

зафіксовано у межах 0,23-0,29. Серед дітей загального розвитку низький рівень сформованості - не виявлено.

Результати дослідження рівнів сформованості нюхово-смаково-вестибулярно-тактильно-пропріоцептивної координації у дітей дошкільного віку із церебральним паралічем та у дітей загального розвитку відображено у гістограмі на рис. 2.3.

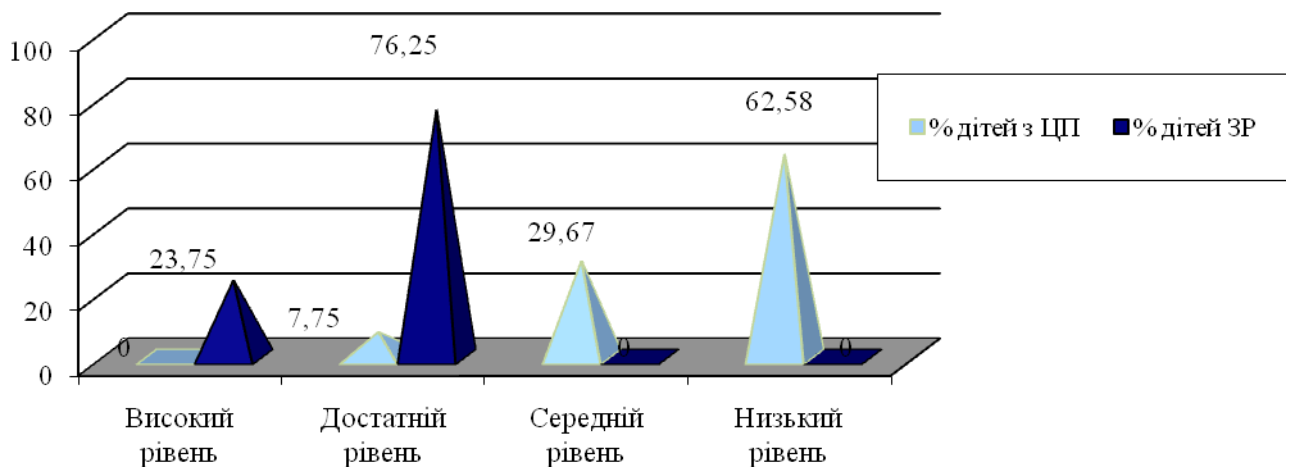


Рис. 2.3. Порівняння рівнів сформованості НСВТПК у дітей дошкільного віку з церебральним паралічем та у дітей загального розвитку.

Таким чином, результати вивчення стану сформованості нюхово-смаково-вестибулярно-тактильно-пропріоцептивної координації у дітей дошкільного віку із церебральним паралічем засвідчили низький рівень, що ще раз підтверджують вище зазначені теоретичні дослідження щодо формування сфер розвитку дитини з церебральним паралічем в онтогенезі. Дослідження даного критерію дозволили також зацентувати увагу фахівців на необхідності впровадження в корекційний процес дошкільного та навчально-реабілітаційного закладів програми на розвиток смакових та нюхових аналізаторів та формування в дитини уявлень про їх розмаїття.

Рівні сформованості спеціалізації обох півкуль мозку та координація обох частин тіла / цілеспрямована діяльність (СП/ЦД) у дітей дошкільного віку з церебральним паралічем та у дітей загального розвитку.

Високий рівень СП/ЦД – дитина володіє в повному обсязі щодо вікової норми відповідними вміннями, навичками, діє активно, самостійно й творчо під час виконання всіх запропонованих завдань (є мотивація до виконання дії, шляхи виконання (руху) діяльності, орієнтація у просторі відносно себе (відчуття руху), завершує розпочату діяльність), сформовані всі компоненти координаційно-вольового розвитку, адекватна реакція на зауваження, пропозицію в ході виконання чи невиконання завдання; сформована мотивація до виконання діяльності; користується вербальними і невербальними засобами комунікації під час виконання завдань, вміє доводити розпочате завдання до логічного завершення, виправляє помилки та контролює час, у конкретних соціально-побутових ситуаціях (наприклад, під час виконання завдання для уточнення інструкції) є ініціатором спілкування; висока емоційна стабільність (толерантне ставлення до нових подразників, враховуємо кількість завдань, що виконує у зазначений час та реакцію на них, тривалість виконання завдань).

Серед дітей із церебральним паралічем, які брали участь у експерименті, не виявлено дітей із високим рівнем сформованості спеціалізації обох півкуль мозку та координації обох частин тіла / цілеспрямованої діяльності, а дітей загального розвитку виявили 17,53 %, від загальної кількості числа респондентів коефіцієнт сформованості спеціалізації обох півкуль мозку та координації обох частин тіла / цілеспрямованої діяльності у межах 0,94-0,99.

Достатній рівень СП/ЦД – дитина володіє досвідом, який використовує самостійно, у процесі діяльності приймає допомогу дорослого, виконує більшість завдань, може пояснити хід дій, емоційно стабільна (толерантне ставлення до подразників, якщо подразник новий, враховуємо швидкість адаптації та вироблення реакції на нього, а також тривалість виконання, кількість завдань і потребу супроводу); дитина користується вербальними та невербальними засобами з метою комунікації лише під час труднощів у

виконанні завдань, не завжди є ініціатором спілкування, але виявляє активність під час допомоги у вигляді запитань, складно орієнтується в часі, виділеному на виконання завдання (наприклад, під час нагадування про час починає квапитись і допускати помилки); емоційна стабільність (позитивне ставлення до нових подразників, часом виникає інтерес і прохання посилити стимуляцію чи продовжити її, враховуємо кількість завдань, що виконує у зазначений час та реакція на них, тривалість виконання завдань).

Серед дітей із церебральним паралічем також не було виявлено дітей із достатнім рівнем сформованості спеціалізації обох півкуль мозку та координації обох частин тіла / цілеспрямованої діяльності, а серед дітей загального розвитку – 74,96%, коефіцієнт розвитку від загального числа респондентів у межах - 0,73-0,88.

Середній рівень СП/ЦД – дитина володіє навичками, досвідом, але не використовує їх у практичній діяльності, не завжди сприймає та використовує допомогу дорослого; для комунікації використовує невербальні засоби, щоб привернути увагу до окремих слів, спілкується неохоче, дитині складно без допомоги, навідних запитань пояснювати хід виконання завдання, допомога не завжди результативна, недостатня емоційна стабільність (негативні реакції на невідомі чи комбіновані подразники, враховуємо тривалість виконання завдання та потребу супроводу).

Серед дітей із церебральним паралічем 22,91% мають середній рівень сформованості спеціалізації обох півкуль мозку та координації обох частин тіла / цілеспрямованої діяльності, коефіцієнт знаходиться у межах 0,36-0,54. Серед дітей без порушень середній рівень сформованості спеціалізації обох півкуль мозку та координації обох частин тіла / цілеспрямованої діяльності виявлено у 7,51%, коефіцієнт розвитку у межах 0,41-0,57.

Низький рівень СП/ЦД – дитина не володіє досвідом практичної діяльності, не сприймає та не використовує допомогу дорослого; самотійно не вступає в контакт оточенням, не пересувається, не може виконати запропоновані завдання; в окремих випадках дає відповідь одним словом

(вокалізацією), частіше використовує невербальні засоби комунікації; не проявляє ініціативу й активність, коли потребує чи отримує допомогу; компоненти координаційно-вольового розвитку несформовані або зі значними порушеннями, емоційно нестабільна (негативні реакції на невідомі чи комбіновані подразники або їх ігнорування, враховуємо тривалість виконання завдання та необхідність механічного супроводу, реакція на допомогу).

Серед дітей із церебральним паралічем більшість має низький рівень сформованості – 74,09%, коефіцієнт знаходиться у межах 0,17-0,28. Серед дітей загального розвитку низький рівень - не виявлений.

Виявлені рівні сформованості спеціалізації обох півкуль мозку та координації обох частин тіла / цілеспрямованої діяльності у дітей дошкільного віку з церебральним паралічем та у дітей загального розвитку представлені у гістограмі на рис. 2.4.

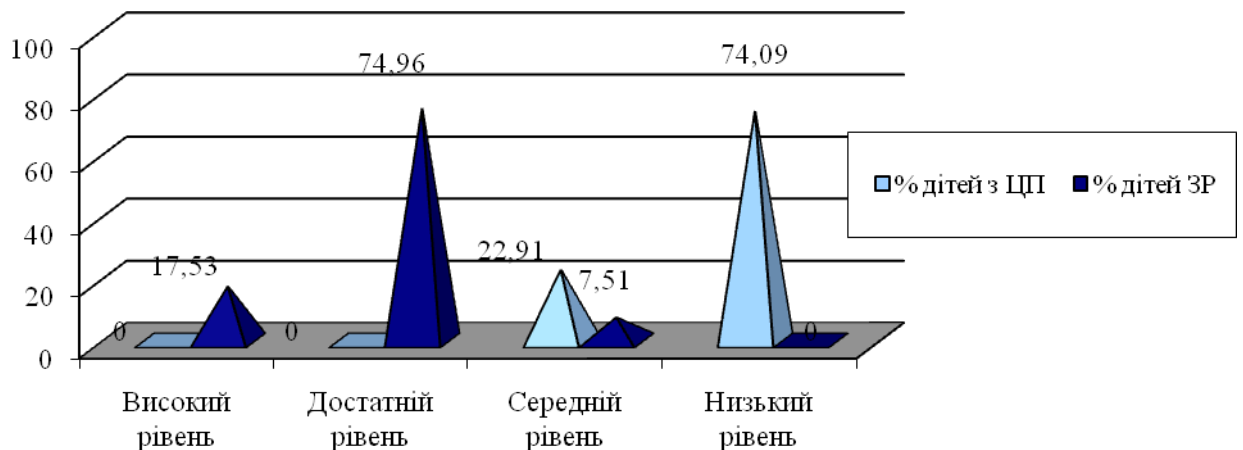


Рис. 2.4. Порівняння виявлених рівнів сформованості СП/ЦД у дітей дошкільного віку з церебральним паралічем та у дітей загального розвитку

Такий показник даних щодо рівнів сформованості спеціалізації обох півкуль мозку та координації обох частин тіла / цілеспрямованої діяльності свідчить про глобальні ураження центральної нервової системи та негативний

вплив основного порушення на здатність до сенсорно-інтегрального розвитку, що згодом призводить до несформованості психофізичних та пізнавальних процесів і безпосередньо здатності до соціалізації.

Зокрема, під час експерименту виявлено такі особливості сенсорно-інтегрального розвитку у дошкільників із церебральним паралічем: несформованість функції моторики проявляється перебиранням в руках чи розкидуванням предметів, безцільністю рухів, нездатністю врахувати безпеку ситуації, труднощами взаємодії з живими та неживими об'єктами (ламають, не можуть втримати в руках і ін.); труднощі у визначенні джерел звучання, негативні реакції на звуки чи повне їх ігнорування; значні труднощі у харчуванні: відсутні кусання, жування, ковтання (діти їдять їжу, консистенція якої не відповідає віку; не розрізняють смаків, запахів продуктів); відмічаються труднощі у мотивації до виконання діяльності (пов'язано зі ступенем зниження інтелекту); контактність дитини залежить від психосоматичного стану та глибини психічного порушення, загального фону настрою; специфічні порушення емоційної сфери характеризуються афективною нестабільністю, що проявляється страхами, підвищеною тривожністю; нестійкістю настрою, бурхливими емоційними реакціями на зауваження чи подразник; підвищена втомлюваність проявляється сповільненням ритму виконання завдань, частих помилках.

Відповідно до одержаних діагностичних результатів у ході констатувального етапу експерименту визначено такі характеристики сенсорно-інтегрального недорозвинення і дошкільників з церебральним паралічем: тактильні відчуття (гіпер-, гіпочутливість, недостатня чутливість, байдужість до тактильних подразників); вестибулярний апарат (гіпер-, гіпочутливість, порушення м'язового тону, координації); пропріоцепція – пошук сенсорних контактів, труднощі з диференціацією рухів; слухові порушення – гіпер-, гіпочутливість, труднощі обробки мовної інформації, байдужість до джерел звуку, зверненого мовлення; порушення орального сприймання – гіпер-, гіпочутливість, байдужість до смакових відчуттів,

температури їжі та масажу ротової порожнини (за допомогою льодяників на паличці, сухарем та інше); порушення нюхової сфери – гіпер-, гіпочутливість, байдужість до запахів різної інтенсивності; порушення зорової сфери – гіпер-, гіпочутливість, байдужість до зорових стимулів при збереженій зоровій функції; соціальні труднощі (взаємодія з дорослими та однолітками); емоційні труднощі (стійкість, адекватність емоційних реакцій на навчальні та соціальні ситуації); ігрові труднощі (відсутня взаємодія з однолітками); труднощі саморегуляції (потребує підтримки зі сторони дорослого, відсутній самоконтроль); особливості вісцеральних відчуттів (реакція організму на зміну температури, перепади настрою, нездатність контролювати ступінь збудження та ін.).

Власне, дослідження підтвердило, що використання традиційних методик вивчення сенсорно-інтегрального розвитку дітей з церебральним паралічем не забезпечує повною мірою вчасного виявлення недоліків компонентів сенсорної системи, так званої ієрархізації в процесі онтогенезу, оскільки вони мають досліджуватися не лише комплексно як координаційна співдіяльність аналізаторів та їх систем, а й уміти визначати рівень сформованості кожного аналізаторного сприймання. Такі відомості дозволять в подальшому забезпечити й відповідно організувати корекційно-реабілітаційний процес.

За допомогою адаптованих методик виявлено причини гальмування формування сенсорно-інтегрального розвитку у дітей із церебральним паралічем в процесі організації навчально-виховного процесу, а саме:

- інтенсифікація навчального корекційно-виховного процесу (діти дошкільних закладів мають лише корекційно-розвивальні заняття із вчителем-дефектологом, вчителем-логопедом та реабілітологом, визначені програмою, увесь інший час проводять в межах традиційного простору; діти навчально-реабілітаційних центрів перебувають на корекційно-реабілітаційних програмах лише в межах визначеного курсу в середньому 2 тижні, а далі повертаються додому);

- недостатнє засвоєння змісту програми психофізичного розвитку та його низький рівень (з урахуванням вище зазначеного діти з низьким рівнем інтелектуального розвитку не мають можливості усвідомити отриману інформацію, і тим паче навчитися її використовувати в елементарній самостійній діяльності (самообслуговування));

- неоднорідність методик, які використовуються під час обстеження та організації корекційно-розвивального процесу в різних типах освітніх закладів (важливим в цьому питанні також виступає і фаховість психолого-педагогічного персоналу, та матеріально-технічне забезпечення закладу);

- невідповідність батьків (батьки не володіють повною мірою знаннями про стан дитини, не беруть до уваги важливість психолого-педагогічного втручання, малоактивні в процесі виконання завдань, які надаються фахівцями, щоб забезпечити безперервність корекційно-реабіліційного впливу).

Рівні сформованості сенсорно-інтегрального розвитку дітей дошкільного віку з церебральним паралічем та дошкільників загального розвитку

Порівняльний аналіз результатів дослідження стану сформованості сенсорно-інтегрального розвитку у дітей дошкільного віку із церебральним паралічем свідчить, що в дошкільників із церебральним паралічем з **високим рівнем** сформованості сенсорно-інтегрального розвитку не виявлено, тільки 11,16% дітей із церебральним паралічем показали **достатній рівень**, 26,94% – показали **середній рівень** сформованості сенсорно-інтегрального розвитку, а 61,9% – **низький рівень**. Діти загального розвитку показали достатньо високі показники стану сформованості сенсорно-інтегрального розвитку, **високий рівень** у 36,41% дітей, **достатній рівень** у 53,75%, а **середній рівень** – 9,84%. Серед цих дітей **низького рівня** сформованості сенсорно-інтегрального розвитку не виявлено.

Порівняльний аналіз результатів дослідження стану сформованості сенсорно-інтегрального розвитку представлено в гістограмі рис. 2.5. та в таблиці 2.1.

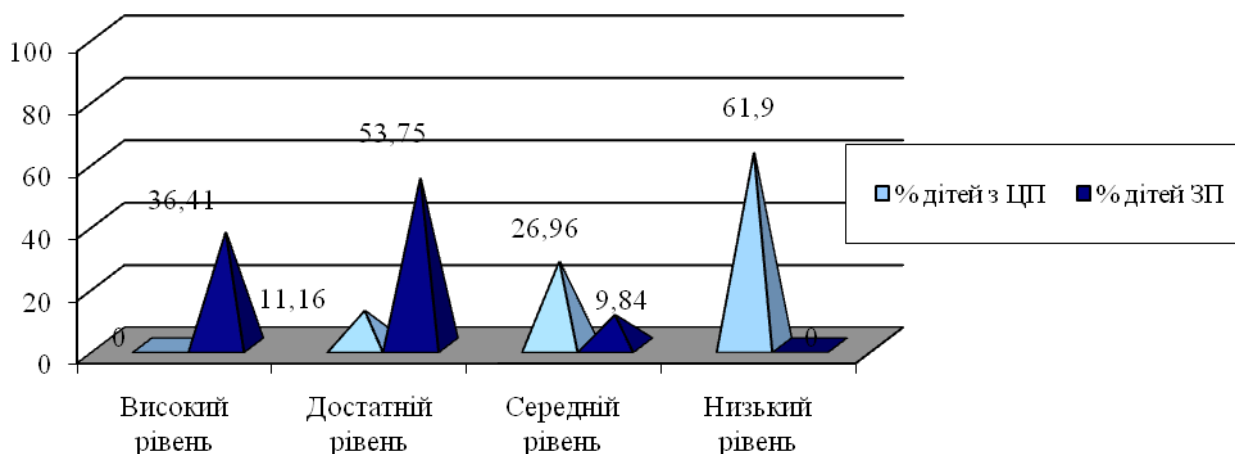


Рис. 2.5. Порівняння рівнів сформованості сенсорно-інтегрального розвитку у дітей дошкільного віку з церебральним паралічем та у дітей загального розвитку

На гістограмі рис. 2.5 видно загальний стан недорозвинень сенсорно-інтегрального розвитку дошкільників з церебральним паралічем у порівнянні з дітьми загального розвитку. Фактично обстеження третього блоку сенсорної інтеграції дозволило виявити не лише труднощі та особливості сформованості критеріїв та показників сенсорно-інтегрального розвитку, але й визначити вплив несформованості блоків, що передують складній співкоординаційній діяльності третього. Це блок перший (сенсорні відчуття): дошкільники з церебральним паралічем мають збіднені уявлення про предмети і їх якості, що можемо пов'язати із недостатньою взаємодією з ними та пізнім початком ознайомлення та другий (сенсорно-інтегральні сприймання), в основі яких лежить внутрішнє відображення та реакції на подразники зовнішнього світу.

Така глобальна несформованість сенсорної сфери в подальшому негативно впливає на розвиток дитини в цілому.

Усі вище зазначені показники відображають якісну характеристику окремих складових компонентів сенсорної сфери та їх вплив на формування пізнавальної діяльності і здатності до соціалізації. Зведені показники сенсорно-інтегрального розвитку у дітей дошкільного віку із церебральним паралічем чи окремі його компоненти об'єднані в систему, на основі якої можна скласти загальну думку про кількісні зміни у формуванні сенсорно-інтегративної компетенції й особистісного розвитку дитини.

Саме показники *сенсорної інтеграції першого-третього блоків* (реакція на подразники, їх розуміння, ідентифікація та виконання дії), сформованість і розуміння зверненого мовлення, ініціативність у комунікації та інші), а також їх модальність (якість), інтенсивність, тривалість дії подразника дають змогу виявити подальшу ефективність процесу корекції сенсорної сфери у дошкільників із церебральним паралічем.

У таблиці 2.1 відображено результати констатувального етапу експерименту.

Таблиця 2.1

Порівняльні дані результатів констатувального етапу експерименту

Складові та рівні СІР		Кількість дітей	Експериментальні групи			
			Дітей	%	Дітей	%
		82		86		
		Діти з ЦП		Діти ЗР		
ВПК	Високий	—	—	83	94,45	
	Достатній	19	24,21	3	5,55	
	Середній	22	28,69	—	—	
	Низький	41	47,10	—	—	
СЗМК	Високий	—	—	15	11,76	
	Достатній	9	8,28	63	78,49	
	Середній	30	38,05	8	9,75	
	Низький	43	53,67	—	—	

НСВТПК	Високий	—	—	21	23,75
	Достатній	8	7,75	65	76,25
	Середній	25	29,67	—	—
	Низький	49	62,58	—	—
СП/ЦД	Високий	—	—	14	17,53
	Достатній	—	—	65	74,96
	Середній	18	22,91	7	7,51
	Низький	64	74,09	—	—

На основі вище описаного нами було обчислено індекс сформованості сенсорно-інтегрального розвитку ($I_{\text{сip}}$) у дітей з церебральним паралічем та дошкільників загального розвитку. Показниками індексу групового стану сформованості сенсорно-інтегрального розвитку у дітей виступили:

- високий – 3,5-4;
- достатній – 2,5-3,5;
- середній – 1,5-2,5;
- низький – 1-1,5;

Проведені обчислення індексу групового стану сформованості сенсорно-інтегрального розвитку у дітей із церебральним паралічем $I_{\text{сip}}(\text{ЦП})=1,3864$.

За аналогією знаходимо індекс групового стану сформованості сенсорного інтегрування у дітей без порушень опорно-рухового апарата $I_{\text{сip}}(\text{ЗР})=3,3482$.

Для порівняння індекси групового стану сформованості сенсорної інтеграції у дітей із ЦП і без порушень розвитку подано у таблицю 2.2.

Із результату констатувального етапу експерименту видно, що відсутні показники високого індексу групового стану сформованості сенсорного інтегрування в обох групах дітей. Власне індекс групового стану сформованості сенсорно-інтегрального розвитку в групі дітей із церебральним паралічем становить 1,3864, що відповідає низькому показнику, тоді як у групі дітей без

порушень розвитку цей показник становить 3,3482, що відповідає достатньому показнику сформованості сенсорно-інтегрального розвитку.

Таблиця 2.2

Порівняльні дані індексів групової сформованості сенсорно-інтегрального розвитку на констатувальному етапі експерименту

Група	Індекс групового стану сенсорно-інтегрального розвитку			
	Низький 1-1,5	Середній 1,5-2,5	Достатній 2,5-3,5	Високий 3,5-4
Діти з ЦП	1,3864			
Діти ЗР			3,3482	

Таким чином, дані експерименту підтверджують, що діти з церебральним паралічем мають низький рівень сформованості сенсорно-інтегрального розвитку на відміну від дітей загального розвитку.

Для перевірки даної гіпотези обчислимо відсоткову різницю індексів за формулою 2.1 [73; 83]:

$$V_r = \frac{t \text{ cip } (ЗР) - t \text{ cip } (ЦП)}{t \text{ cip } (ЗР)} \times 100\%$$

V_r – відсоткова різниця індексів: експериментальної групи дітей загального розвитку та експериментальної групи дітей з церебральним паралічем.

$$V_r = \frac{3,348 - 1,386}{3,348} \times 100\% = 58\%$$

Відсоткова різниця індексів становить 58%, що свідчить про велику різницю в сформованості сенсорно-інтегрального розвитку у дітей дошкільного віку із церебральним паралічем і вимагає формування нових підходів до організації й структурування процесу розвитку навичок сенсорного інтегрування та розвитку в дітей з церебральним паралічем за допомогою інноваційних технологій.

Результати проведеного діагностування співпадають з чинними характеристиками порушень, що зустрічаємо у дітей дошкільного віку з церебральним паралічем. Отримані дані щодо сформованості сенсорно-інтегрального розвитку вказують на значне недорозвинення базових блоків сенсорної інтеграції, що можемо пояснити впливом несприятливих біологічних та соціальних факторів на розвиток центральної нервової системи, що посилюється під час розвитку дитини в онтогенезі (несприятливі умови соціального середовища, тривала госпіталізація, обмеження комунікативних зв'язків та інше), які згодом негативно впливатимуть на здатність дитини до соціалізації та навчання.

Сучасний стан розвитку ортопедагогіки характеризується вдосконаленням науково-теоретичного й методичного апарату обстеження дітей із церебральним паралічем за рахунок інноваційних технологій, розробкою інтегрованих комплексних заходів і методик з метою створення таких корекційних програм, які б забезпечували всебічний гармонійний особистісний розвиток дитини з церебральним паралічем.

Специфіка діагностування стану сформованості сенсорної інтеграції у нашому дослідженні відіграють роль невід'ємного компоненту, який виступає базою для розроблення та укладання індивідуальної програми сенсорно-інтегративної терапії для дитини з церебральним паралічем. Множинні недорозвинення при церебральному паралічі з поєднанням розладів сенсорних та рухових систем, змінюють процес сприймання, маніпулювання чи реагування на оточуюче середовище. Тому, щоб дошкільник засвоював його, необхідно обґрунтувати технологію сенсорної інтеграції, яка б забезпечувала стимулювання та розвиток усіх блоків сенсорного інтегрування та базувалась на соціальному компоненті і сенсорному вихованні, оскільки обидва процеси відповідають віку дітей, котрі залучені до експерименту.

Експериментальну технологію формування сенсорної інтеграції у дошкільників із церебральним паралічем з використанням засобів сенсорно-інтегративної терапії розглянемо в наступному підрозділі.

Висновки до другого розділу

Експериментальна частина роботи пов'язана з вивченням рівня сформованості сенсорно-інтегрального розвитку в дошкільників з церебральним паралічем та загального розвитку.

У ході констатувального етапу дослідження розроблено та адаптовано діагностичні методики, передбачено час та етапи проведення обстеження дошкільників, що пов'язано з різними типами закладів, в яких проводилось констатувальне дослідження. Здійснено апробацію адаптованих та модифікованих методик.

У даному розділі визначені блоки сенсорної інтеграції, критерії та показники, що їх розкривають, а також рівні сформованості сенсорно-інтегрального розвитку третього блоку, який відображає міжсистемну координацію типову для дітей дошкільного віку.

Вивчення сформованості сенсорно-інтегрального розвитку відбувалося шляхом виокремлення компонентів, які носять умовний характер: вестибулярно-пропріоцептивна координація, слухо-зорово-моторна координація, нюхо-смако-вестибулярно-тактильно-пропріоцептивна координація, спеціалізація обох півкуль мозку та координація обох частин тіла / цілеспрямована діяльність, оскільки вони взаємопов'язані та взаємообумовлені в процесі їх становлення та формування в онтогенезі. Вилучення одного із вище зазначених компонентів з структури констатувального вивчення призведе до недостатньої результативності діагностичного обстеження.

Порівняльний аналіз результатів дослідження стану сформованості сенсорно-інтегрального розвитку у дітей дошкільного віку із церебральним паралічем свідчить, що дошкільників із церебральним паралічем з *високим рівнем* сформованості сенсорно-інтегрального розвитку не виявлено, тільки 11,16% дітей із церебральним паралічем показали *достатній рівень* сформованості критеріїв у даному блоці, 26,94% – дошкільників показали

середній рівень сформованості сенсорно-інтегрального розвитку, а 61,9 % – *низький рівень*.

Діти загального розвитку показали достатньо високі показники стану сформованості сенсорно-інтегрального розвитку, *високий рівень* у 36,41% дітей, *достатній рівень* у 53,75%, а *середній рівень* – 9,84%. Серед даної групи дітей *низького рівня* сформованості сенсорно-інтегрального розвитку не виявлено.

Із результату констатувального етапу експерименту видно, що у дошкільників з церебральним паралічем та загального розвитку відсутні показники високого індексу групового стану сформованості сенсорного інтегрування в обох групах дітей, а відсоткова різниця індексів становить 58%, що свідчить про значну різницю в сформованості сенсорно-інтегрального розвитку у дітей дошкільного віку із церебральним паралічем та вимагає формування нових підходів до організації та структурування процесу формування навичок сенсорного інтегрування у дітей з церебральним паралічем за допомогою інноваційних технологій.

Констатувальний експеримент підтвердив, що дошкільники із церебральним паралічем потребують якісно нових структурованих підходів до організації корекційно-реабілітаційного середовища в умовах освітніх і навчально-реабілітаційних закладів та оновлення виховної складової педагогічного процесу, зокрема, залучення сенсорно-інтегративної терапії.

Теоретичні положення даного розділу висвітлені у таких публікаціях:

1. Заплатинська А. Б. Програма експериментального дослідження рівнів сформованості сфери сенсорної інтеграції дітей дошкільного віку з церебральним паралічем / А. Б. Заплатинська // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія № 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. пр. Вип. 29. – Київ : Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2015. – С. 42–48.
2. Заплатинська А. Б. Технології «сенсорної інтеграції» в системі корекційної психолого-педагогічної роботи з особами із порушеннями психофізичного розвитку / А. Б. Заплатинська // Соціальна адаптація дорослих осіб з порушеннями розвитку : мат. наук.-практ. конф. з міжнар. участю ; 31 серпня–1 вересня 2012 р. – Львів : ТзОВ «Тріада плюс», 2012. – С. 65-71.
3. Заплатинська А. Б. Сенсорна інтеграція у корекційно-реабілітаційній роботі з дітьми із порушеннями функцій опорно-рухового апарату / А. Б. Заплатинська // Актуальні проблеми ортопедагогіки та ортопсихології : мат. I Всеукр. наук.-практ. конф. «Актуальні проблеми ортопедагогіки та ортопсихології» / за ред. В. М. Синьова, А. Г. Шевцова. – Київ : СПД Чалчинська Н. В., 2012. – С. 54-57.

РОЗДІЛ 3.

ТЕХНОЛОГІЯ КОРИГУВАННЯ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ ЗА ДОПОМОГОЮ СЕНСОРНО- ІНТЕГРАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ

3.1. Обґрунтування та зміст технології сенсорної інтеграції для дітей дошкільного віку із церебральним паралічем

Отримані результати констатувального етапу експерименту засвідчили необхідність проведення спеціально організованої корекційно-виховної та реабілітаційної роботи з метою формування у дітей з церебральним паралічем якісного сприймання інформації із зовнішнього середовища. Тобто, її отримання, обробка, усвідомлення та реакція.

Власне експериментальні матеріали показали, що дошкільники із церебральним паралічем мають різні та доволі низькі рівні сформованості сенсорно-інтегрального розвитку і здатності до сенсорного інтегрування. Серед дошкільників з церебральним паралічем із *високим рівнем* сформованості сенсорно-інтегрального розвитку не виявлено, лише 11,16% дітей показали *достатній рівень*. У 26,94 % – виявили дошкільників *середній рівень* сформованості сенсорно-інтегрального розвитку, а 61,9 % – *низький рівень*, що зумовлено глибиною ураження центральної нервової системи і складає поєднання порушень іннервації м'язів, діяльності опорно-рухового апарату з іншими недорозвиненнями.

Дані дослідження та попередньо проведений аналіз фахової літератури також підтвердили, що кожній клінічній формі церебрального паралічу характерні індивідуальні особливості, котрі супроводжуються різним тонусом м'язів, перебігом пізнавальних процесів, розвитком аналізаторних систем [5; 14; 21; 25; 26; 27; 151; 153; 162; 167]. Тому стан сформованості структурних компонентів, блоків сенсорної інтеграції дошкільників із церебральним паралічем є значно ускладненим, що в свою чергу негативно впливає на

формування пізнавального розвитку та життєвих компетенції, які лежать в основі формування особистості дитини в цілому.

Отже, оволодіння дошкільниками із церебральним паралічем сенсорно-інтегральним розвитком потребує розробки своїх стандартів, змісту корекційної роботи, спеціальної технології сенсорної інтеграції та індивідуальної програми сенсорно-інтегративного терапевтичного впливу.

Сучасні теоретико-практичні дослідження свідчать, що навіть незначне порушення у діяльності центральної нервової системи у дитини викликає труднощі в засвоєнні нею соціально значущого досвіду.

Зокрема, А. Jean Ayres зазначає, що діти із порушеннями сенсорної інтеграції не можуть спонтанно стати на онтогенетичний шлях сенсорного, психомоторного розвитку, який в онтогенетичному розвитку властивий дітям без порушень [1; 68; 180; 190]. А більш виражені порушення спричинюють стійкі недорозвинення, зокрема, нездатність самостійно оволодівати процесами, що сприяють формуванню навичок життєдіяльності та негативно впливають на психосоціальний стан дитини, її самооцінку, спілкування з однолітками, формування особистісних рис тощо [51; 52; 181].

В умовах реформування та модернізації сучасної спеціальної освіти відбувається орієнтація на використання у корекційно-виховному процесі як традиційних, так і різноманітних авторських методик, технологій навчання й розвитку, що за рахунок комп'ютеризації та застосуванню спеціальних технічних засобів дозволяє забезпечити доступність змісту корекційно-розвивального характеру та впроваджувати експериментальні технології корекційного впливу в навчальних закладах.

Тому підвищення якісного рівня оволодіння усіма сторонами сенсорної інтеграції можливе лише за умови ретельного методологічно-організованого корекційно-виховного та реабілітаційного середовища із застосуванням сучасних інноваційних технологій, у тому числі сенсорно -інтегративної терапії та її засобів.

Незважаючи на те, що сенсорно-інтегративну терапію давно та доволі успішно використовують в роботі з дітьми із порушеннями комунікативної сфери, зокрема з аутизмом [1; 61; 99], обґрунтування змісту, методів та технології її впливу на дитину дошкільного віку з церебральним паралічем на сьогоднішній час не розроблено і теоретично не доведено.

Обраний нами шлях впливу на дитину з церебральним паралічем враховує мультисенсорне втручання з метою впливу на усі сфери її розвитку із урахуванням потреб спеціальної дошкільної освіти (обмежені часові норми перебування та організації режимних моментів, інтенсивність впливу інших корекційних заходів та з метою надання інформації її поглиблення, закріплення), що дозволяє в рамках міждисциплінарної співпраці в умовах дошкільного закладу чи реабілітаційного центру забезпечити максимально якісний вплив на дошкільника з церебральним паралічем.

Як зазначалось вище, використання сенсорно-інтегративної терапії та її засобів під час корекції психоемоційного та сенсомоторного розвитку дитини впливає не лише на розвиток усіх структурних компонентів сенсорної системи, а й сприяє формуванню пізнавальних процесів та успішній соціальній активності. Тому для інтенсифікації процесу корекції сенсорної інтеграції, зокрема сенсорно-інтегрального розвитку в дітей із церебральним паралічем, у комплексі із медикаментозними, психолого-педагогічними, соціально-реабілітаційними, фізичними заходами експериментально застосовується корекційна система дій такого напрямку як сенсорно-інтегративна терапія та технічні засоби, що її доповнюють.

Таким чином, запропонована нами технологія передбачає поєднання традиційних методів корекції та інноваційних прийомів подолання порушень сенсомоторного розвитку засобами сенсорно-інтегративної терапії у дітей з церебральним паралічем. Під час обґрунтування даної технології нами передбачено вибіркоче інтегрування прийомів та техніки різних авторських та класичних методик роботи з дітьми із порушеннями психофізичного розвитку в зміст корекційно-виховної та реабілітаційної роботи з дітьми дошкільного віку

із порушеннями функцій опорно-рухового апарата, що знайшли відображення в програмі сенсорно-інтегративної терапії.

Звідси виникає необхідність розробки напрямів і змісту організації процесу корекції сенсорної інтеграції у дітей дошкільного віку з церебральним паралічем засобами сенсорно-інтегративної терапії.

У розробці технології враховано індивідуальні порушення в діяльності центральної нервової системи та недорозвинення психофізичних процесів, що в подальшому розвитку викликатимуть труднощі у набутті соціального досвіду, засвоєнні навчальних програм. А при більш виражених ураженнях ЦНС індивідуальні порушення спричинюватимуть стійкі розлади розвитку, котрі проявлятимуться нездатністю самостійно оволодівати процесами, що сприяють формуванню навичок життєдіяльності, негативно впливають на емоційно-афективний стан, самооцінку, здатність до спілкування з однолітками, формування особистісних рис тощо.

Теоретичним та практичним підґрунтям даної технології та її впровадження в корекційний процес виступають дослідження в сфері неврології, реабілітології (фізіотерапії), психології та педагогіки [4; 24; 27; 29; 68; 104; 105; 115; 157; 163]. Зокрема, теорії: про закономірності розвитку дитини; структуру порушення, компенсаторні можливості мозку; системного підходу до вивчення порушеного розвитку; врахування зон розвитку у процесі організації розвивальної роботи та врахування індивідуально-диференційованого підходу

Аналіз наукових праць дозволив виокремити *умови*, які стали базою для розробки технології сенсорної інтеграції у корекційному вихованні дітей з церебральним паралічем, зокрема, формування життєво необхідних навичок, котрі розвиваються на основі здатності центральної нервової системи до сенсорного інтегрування:

- виявлення ранніх ознак та ієрархію недорозвинення центральної нервової системи та їх вплив на загальний психофізичний розвиток;
- попередження виникнення потенційно можливих порушень на основі

аналізу структури недорозвинення, співвідношення порушених та збережених ланок психофізичної діяльності й урахування соціально зумовлених наслідків дефіциту сенсорного, рухового, пізнавального та мовленнєвого розвитку;

- розуміння єдності в процесі формування сенсомоторних процесів, мислення і пізнавальної активності та здійснення одночасного корекційно-розвивального впливу на сенсорну, інтелектуальну, емоційно-вольову сфери дошкільників з церебральним паралічем;

- врахування індивідуально-психологічних особливостей та гармонійного розвитку всіх сфер в дітей з церебральним паралічем у процесі корекційно-реабілітаційної роботи;

- розроблення програми сенсорно-інтегративної терапії та передбачення шляхів її реалізації у процесі корекційно-розвивальної роботи з дітьми із церебральним паралічем з урахуванням коморбідності порушення, індивідуально-диференційованого підходу.

З метою впровадження технології сенсорно-інтегративної терапії (СІТ) в систему корекційно- реабілітаційних та освітніх закладів відбувалось:

- проведення семінарів-тренінгів для колективу закладу, щоб роз'яснити значення впливу сенсорної інтеграції на розвиток дітей, і формування у педагогів компетентного підходу до реалізації завдань у повсякденній життєдіяльності;

- посилення консультативної роботи з батьками щодо змісту, форм, засобів впровадження елементів сенсорно-інтегративної терапії, які можна реалізовувати в домашніх умовах;

- підтримання впливу міжпредметної взаємодії у процесі реалізації корекційно-реабілітаційних заходів, передбачених індивідуальною програмою розвитку.

Корекційно-виховна технологія сенсорної інтеграції для дошкільників з церебральним паралічем є процесом цілеспрямованого впливу в умовах спеціально організованого мультисенсорного середовища для формування здатності до сенсорного інтегрування, що потребує побудови терапевтичної

роботи. Дана технологія базується на *загальнодидактичних принципах* навчання та виховання, а саме: індивідуального підходу, доступності, наочності, наступності, систематичності, свідомості та активності, науковості, закріплення результатів навчання, що набувають певної специфічності та своєрідності у зв'язку із вирішенням завдань корекційно-розвивального навчання дітей із церебральним паралічем, і поєднується зі *спеціальними методичними принципами*, які виступають теоретичною основою для структурування всього корекційно-реабілітаційного процесу, а також є базою для підбору й побудови технології сенсорної інтеграції дитини з порушеннями опорно-рухового апарата, зокрема, з церебральним паралічем:

- врахування онтогенетичних (індивідуального психічного розвитку) та особистісних відмінностей;
- діяльнісного (врахування провідної діяльності) та диференційованого підходів;
- етіопатогенетичного (урахування причин і механізмів порушення);
- структурно-динамічного вивчення (розуміння церебрального параліча як складної функціональної системи, структурні компоненти якої знаходяться у взаємодії).

Із великої кількості концепцій, що використовуються на даний час для обґрунтування практики сенсорно-інтегративної терапії в роботі з дітьми, у педагогічній діяльності найбільш виправданими є ті, що зорієнтовані на процес онтогенезу та розглядають її в контексті впливу великої кількості різноманітних внутрішніх (конституційно-генетичних, сомато-органічних, особистісних та ін.) і зовнішніх (мікро- та макросоціальних, культурологічних, екологічних та ін.) факторів, тобто системно.

Керуючись таким розумінням процесу психічного розвитку, нами запропоновано такі основні *принципи* сенсорно-інтегративної терапії:

- принцип суб'єктності (відношення до дитини в сенсорно-інтегративному процесі як до особистості з індивідуальними потребами, переконаннями, відчуттями та почуттями);

– принцип партнерства в терапевтичних стосунках (повага до дитини, підтримання її ініціативи, стимулювання до вираження руху, відчуттів, як у вербальній так і невербальній формах);

– принцип комплексного підходу до побудови корекційно-реабілітаційного процесу (поєднання лікувальних, профілактичних, розвивальних, корекційних, виховних та навчальних елементів в процесі впровадження СІТ);

– принцип опори на предметно-чуттєвий характер впливу (використання візуальних, аудіальних, тактильних та ігрових засобів різних типів кімнат та мультисенсорного середовища з метою формування пізнавальних інтересів);

– принцип активності (стимулювання дітей засобами сенсорно-інтегративної терапії до різноманітних форм самовираження);

– принцип інтегративності (активізація та розвиток в ході терапевтичного заняття емоційних, комунікативних, пізнавальних та поведінкових аспектів дитини, подолання протиріч між відчуттями, реакціями, діями);

– принцип системності (сприймання індивідуальних особливостей дітей у контексті взаємозв'язків, що характерні їх віку: соціальні взаємозв'язки (дорослі, однолітки), ігрова та навчальна діяльність, а також врахування факторів ризику в процесі застосування СІТ);

– принцип орієнтації на саморозвиток з опорою на внутрішні компенсаторні ресурси психіки дитини з паралельним використанням зовнішніх ресурсів (засобів СІТ і мобільність їх використання);

– принцип зворотнього зв'язку (рефлексії).

Окреслені принципи запропоновані видатними вченими (Л. Виготський, Г. Костюк, О. Ленотьев, Д Локк, Ж. Піаже, С. Рубенштейн, В. Штерн та ін.) [23; 33; 63; 112; 130; 132; 155] і розвивались, уточнювались, систематизувались поруч із розвитком цілого ряду наук, що знаходяться з ними в системно-синергетичних зв'язках [165; 169].

Як бачимо загально-педагогічні, спеціальні та принципи сенсорно-інтегративної терапії тісно переплітаються між собою, доповнюють одне одного та можуть бути запорукою ефективної побудови процесу корекції церебрального параліча у дошкільників.

У даному розділі представлено експериментальну корекційно-виховну технологію сенсорної інтеграції дошкільників з церебральним паралічем, яка враховує ієрархізацію формування сенсорної сфери за блоками I-IV, і передбачає варіювання терапевтичних занять з урахуванням індивідуальних особливостей дитини.

Для фахової побудови корекційно-реабілітаційного процесу з використання міждисциплінарного впливу нами було проведено аналіз роботи вчених та практиків (А.Аджи, Т. Комарова, І. Левчено, О. Усова, О. Приходько та ін.), які займалися розробкою методологічних засад корекції опорно-рухового апарата в дітей дошкільного віку засобами психолого-педагогічного впливу [5; 13; 25; 32; 72; 79; 94; 137; 151; 157; 177]. Приходимо до висновку, що заняття в спеціальному дошкільному закладі є логічною структурою, яка базується на засадах як загальної, так і спеціальної дошкільної освіти.

У процесі впровадження сенсорно-інтегративної терапії важливо врахувати її відмінності від традиційних занять у спеціальних дошкільних навчальних закладах. Власне в контексті сенсорно-інтегративної терапії діяльність дитини є більш спонтанною на відміну від чітко спланованої та ретельно організованої діяльності із накопичення знань, вмінь і навичок з розвивально-пізнавальних занять. Під час сенсорно-інтегративних занять дошкільники оволодівають якостями, необхідними для формування пізнавальних процесів та соціалізації, засвоюють (переживають) їх значення й призначення. Тобто, вчаться отримувати необхідні стимули із зовнішнього середовища, які формують потребу в фізичній активності та вмінні вільно виражати реакції, емоції, почуття.

Таке самовираження включає активну вербалізацію процесу корекції. Наприклад, дитина (А.) із церебральним паралічем, відволікаючись від

основної рухової проблеми, і, концентруючи свою увагу на світлооптичних засобах має змогу, як виконувати звичайний рух – тягнутись до чогось, хапати, утримувати в руці, так і коментувати ті зміни в просторі, що відбуваються. В цей час завданням спеціаліста є ненав'язливе спонукання дитини до виконання діяльності, яке не оцінюється словами, порівняно із заняттями в дошкільному закладі.

Тому наступною важливою вимогою та складовою застосування СІТ виступає спеціальна підготовка фахівців для роботи в терапевтичному середовищі, яка на сьогоднішній день включає в себе тренінги, семінари, майстер-класи, проте в подальшому потребує фахової розробки плану підготовки терапевтів з сенсорної інтеграції.

Для впровадження технології сенсорного інтегрування застосовувались традиційні (слово, пояснення) та інноваційні (інтерактивні та застосування технічних засобів) методи, які реалізувались за допомогою прийомів сенсорного інтегрування:

- осмислення отриманого досвіду, відповідні реакції на силу та тривалість подразника;
- відпрацювання адекватного ставлення до входження фахівця в зону комфорту дитини;
- стимулювання доцільної реакції відповіді і усвідомленої поведінки в соціальному середовищі.

Ефективність формування здатності до сенсорного інтегрування у дітей з церебральним паралічем забезпечують такі *етапи*:

- розробка змісту, форм, методів та засобів формування здатності до сенсорного інтегрування в умовах сенсорно-інтегративного середовища;
- взаємозв'язок отриманої інформації за допомогою аналізаторів (відчуттів) від реальних об'єктів;
- дотримання умов, спрямованих на мотивацію дитини до емоційного сприйняття зовнішніх подразників;
- опора на попередній досвід дитини;

– фахове керівництво процесом формування здатності до сенсорного інтегрування.

Під час розроблення технології сенсорної інтеграції враховували той факт, що сенсорно-інтегративна терапія, зокрема її засоби та типи кімнат, у традиційному вигляді використовують реабілітологи, практичні психологи, психотерапевти, соціальні працівники та педагоги.

Тому, щоб уникнути некомпетентного розуміння та трактування цього поняття, а також змішування терапевтичних і освітніх компонентів у роботі корекційного педагога (вчителя-реабілітолога) доцільно звертати увагу на те, що ми з *метою* корекції сенсомоторної сфери у своїй практичній діяльності користувалися засобами різних типів сенсорних кімнат. В подальшому будемо використовувати такі формулювання, як: «технологія сенсорної інтеграції» (ТСІ), «сенсорно-інтегративна терапія» (СІТ), «програма сенсорно-інтегративної терапії» (ПСІТ), «заняття сенсорно-інтегративної терапії» (ЗСІТ).

Програма сенсорно-інтегративної терапії розрахована на стимулювання у дошкільників із церебральним паралічем недорозвинених функцій, блоків сенсорної інтеграції з метою їх формування із врахуванням віку та варіативності порушення, що дозволяє поєднувати різні варіанти обладнання «мультисенсорного середовища» з їх багатofункціональним використанням і можливістю адаптації й модифікації до потреб дитини.

Відомо, що проведення цілеспрямованої корекційної роботи попереджує виникнення у дітей із церебральним паралічем подальших порушень розвитку та сприяє формуванню нейрофізіологічної бази для формування вищих психічних функцій.

На сучасному етапі роботи з дітьми із церебральним паралічем у навчальних закладах та реабілітаційних центрах активно працюють над стимуляцією візуальної, аудіальної, тактильної сфер та їх підготовки до пізнавальної діяльності. Власне програма сенсорно-інтегративної терапії стає складовою частиною навчання і виступає базою для подальшого розвитку сенсорної інтеграції та виховання дитини. Отже, дана технологія є

збалансованим інструментом для індивідуального й особистісного становлення дошкільника з церебральним паралічем і передумовою для психофізичного розвитку дитини завдяки формуванню сенсорно-інтегративних процесів, котрі стимулюють розвиток її пізнавальних процесів та компенсують наявні у неї порушення.

Важливим у процесі фахового підходу в розробці ПСІТ є вміння передбачати визначення частоти й тривалості занять та інтенсивності впливу засобів СІТ на дошкільника з церебральним паралічем. Пропонуємо традиційну тривалість занять з СІТ в межах астрономічної години (60 хв.) 1-2 рази на тиждень. У складних випадках заняття плануємо один на один, а для ведення протоколу (відеозйомки) запрошуємо асистента (Додатки Д та Ж).

Особливістю застосування СІТ є повідомлення дитині перед початком заняття, що саме і де буде із нею відбуватись. Наприклад, вибираємо приємне положення (лежачи, сидячи – гамаки, пуфи, мат, килим, ліжко) і поетапно розповідаємо дитині, що робитимемо. Коли дитина починає орієнтуватися у засобах СІТ, їй озвучуються ті, які будуть застосовуватися під час заняття та пропонують зробити вибір (дитина самостійно обирає стимульні засоби, тривалість та інтенсивність їх впливу; самостійно змінює положення тіла та час тривалості заняття). Завершуючи заняття, хвалимо дитину за проведений час.

Під час занять необхідно фіксувати усі реакції дитини. Важливо добрати належну інтенсивність стимуляції сенсорних шляхів, щоб досягти намічених результатів і не зашкодити дитині. Слід пам'ятати, що практична діяльність повинна викликати позитивні емоції, що допомагає знижувати розумову втомлюваність, тому особливу увагу приділяємо безпеці матеріалів та засобів, які використовуємо в роботі.

Також під час кожного заняття рекомендуємо застосовувати контрасти. Наприклад, стимулювання світлосприймання проводиться у темній кімнаті; звуки, які використовуються у програмі слухового стимулювання у тиші (повна тиша перед і після звучання), після тактильного стимулювання твердою щіткою слід використати м'яку, а після відчуття тепла використовувати холод.

Під час укладання програми СІТ для дошкільника із церебральним паралічем проводимо комплексну діагностику усіх сфер його розвитку, соціального стану, вивчаємо попередній досвід і ознайомлюємось з програмами, на яких перебувала дитина. Укладання ПСІТ потребує детального вивчення індивідуальних базових потреб дитини, які відповідають тій чи іншій сфері її реального розвитку. Базуючись на діагностуванні, виокремлюємо напрями та добираємо завдання програми на підтримку тих функцій, які існують і будують основу, що забезпечить стимулювання наступних стадій розвитку кожної сфери.

Для реалізації програми сенсомоторного розвитку застосовуємо мультисенсорне обладнання: темної, світлої, сенсомоторної кімнати, а також використовуємо будь-які технічні, дидактичні засоби, що задовольнятимуть потребу в формуванні тієї чи іншої функції.

Заняття з сенсорно-інтегративної терапії має свою *структуру*, яка насичена певними методами, прийомами та техніками, а саме:

1. Вступна частина. Пасивна релаксація у комфортному середовищі: м'які меблі, модулі, кульковий басейн, слухання музики, споглядання світлооптичних ефектів. Відповідно до визначених програмою завдань можемо використовувати вправи за напрямками впливу: вироблення реакції відповіді на зорові стимули; отримання задоволення від сприймання звуків; розвиток терпимості до більш широкого спектру звучання; отримання задоволення та приємних емоцій від руху; прийняття і отримання задоволення від різних (простих) смакових відчуттів у поєднанні із запахами; розвиток усвідомлення про різні запахи.

2. Основна частина. Завдання на активність: прийняття різних видів зорової стимуляції; розвиток зорово-рухової координації для діставання чи схоплювання предмета; вміння локалізувати і простежувати рух звука; просте розрізнення звукових сигналів; розширення рухового досвіду; усвідомлення рухів різних частин тіла; початкові етапи усвідомлення власного тіла;

сприймання «смакових букетів»; запам'ятовування, пригадування, впізнавання запахів.

Інтегративні завдання на розвиток зорової пам'яті та зорового розрізнення; зростання рухового спектру під визначені звуки; початок спілкування; початкові етапи усвідомлення власного руху; корекція процесів годування / прийому їжі; «топографія» запахів (формування співвідношення запаху з місцем).

3. Заключна частина. Пасивна релаксація, «виключення» отриманих відчуттів за допомогою тиші, відсутності будь-якого світлового, смакового та ароматичного подразника. Розробляється з урахуванням діагнозу, можливостей дітей, їх індивідуальних особливостей та етапу корекції.

У кожній частині заняття використовується лише один із запропонованих видів роботи, але усі види діяльності підпорядковуються одній темі та корекційній меті. Необхідною умовою є також гармонійне застосування усіх напрямів сенсорно-інтегративної терапії.

При проведенні сенсорно-інтегративного заняття не дозволено нав'язувати дитині свою думку щодо отриманих відчуттів. Навпаки, дитина самостійно аналізує свою роботу і намагається пояснити відчуття. Також учасники сенсорно-інтегративного процесу вчать спілкуватись, взаємодіяти, аналізувати свої дії. Примірний розподіл завдань за системами та видами сенсорно-інтегративної терапії відображено у Таблиці 3.1

Таблиця 3.1.

Розподіл завдань за системами та видами сенсорно-інтегративної терапії

Системи Види	Розвиток зорових відчуттів	Розвиток слухових відчуттів	Розвиток тактильних відчуттів	Розвиток смакових відчуттів	Розвиток нюхових відчуттів
пасивні	-вироблення реакції відповіді на зорові стимули	-отримання задоволення від сприймання звуків;	-отримання задоволення та приємних емоцій від	-прийняття і отримання задоволення від різних (простих)	-розвиток усвідомле- ння про різні запахи

		-розвиток терпимості до більш широкого спектру звучання;	руху	смакових відчуттів у поєднанні із запахами	
активні	-прийняття різних видів зорової стимуляції; -розвиток зорово-рухової координації для діставання чи схоплення предмета;	-вміння локалізувати і простежувати рух звука; -просте розрізнення звукових сигналів	-розширення рухового досвіду; -усвідомлення рухів різних частин тіла; -початкові етапи усвідомлення власного тіла	-сприймання «смакових букетів»;	-запам'ятовування, пригадування, впізнання запахів
інтегративні	-розвиток зорової пам'яті та зорового розрізнення	-зростання рухового спектру під визначені звуки; -початок спілкування	-початкові етапи усвідомлення власного руху	-корекція процесів годування/ прийому їжі	-«топографія» запахів (формувати співвідношення запаху з місцем)

За основу укладання технології сенсорної інтеграції взято традиційні науково-методичні та сенсорно-інтегративні рекомендації (В. Воронкової, І. Левченко, В. Петрової, В. Ткачової, У. Ульянової, А. Jean Ayres, F. Loughorn) [1; 72; 75; 189], на підставі яких виокремлено детальні напрями програми сенсорної інтеграції в умовах спеціально створеного мультисенсорного середовища світлої, темної кімнат та кімнати сенсомоторного розвитку:

1. Формування тактильного та тактильно-рухового сприймання: тактильне сприймання – визначення температурних особливостей - «Холодний, теплий, гарячий»; баричних (маса, тиск) – «У чому відмінність?», «Що важче?» та ін.; тактильно-рухове сприймання - застосовуємо масаж долонь та відкритих ділянок тіла матеріалам різних фактур. Пропонуємо такі засоби: «Кулькові басейни», «Сенсорні панно», «Сенсорні доріжки», «Сухий душ», електромасажери, тактильні та дидактичні матеріали (цифри, букви). Використовуємо пасивне та активне сприймання досліджуваного предмета: обмацування, погладжування, розминання, постукування, стискання; пошук предмета на дотик. Можна ускладнювати вправи, запропонувавши зав'язати очі.

2. Кінестетичний та статокінетичний розвиток: кінестетика (пропріорецепція) – відчуття руху завдяки м'язовим зусиллям, є основою просторового бачення та компонентом процесу просторової орієнтації. Заняття є скерованими на осмислене виконання вправ: оволодіння елементами контролю м'язового тону, способами невербальної комунікації (міміка, пантоміма); формування техніки руху (чіткий, плавний, фіксований, сповільнений); якості руху (швидко-повільно, важко-легко, м'яко-жорстко); формування уявлення про схему власного тіла; образу власного тіла в русі; *статокінетичний* (координація) – пересування в просторі, виконання статичних та динамічних вправ; формування рухової активності та підготовки до прямоходіння.

Нами використовувались технічні засоби темної сенсорної кімнати: «Бульбашкова колона», «Гелева лампа», «Плазма», «Дюрасел» та ін.

3. Формування, вдосконалення загальної та дрібної моторики, точності й цілеспрямованості рухів та дій: особливу увагу приділяємо подоланню малорухливості, негнучкості; в'ялості, сонливості; рухів однієї половини тіла, контролю змін м'язового тону за задля подолання швидкої втомлюваності дитини.

Для формування дрібної моторики рекомендуємо такі завдання: схоплювання та утримування предмета, використання еспандера, різнофактурних м'ячів-їжачків, сортування, намотування, нанизування, шнурування, прищіпання, мозаїка, пазли, застібання та інше.

У процесі навчальних занять використовували імітаційні рухи для кисті руки: миття, струшування, полоскання, одягання рукавиць, погладжування тварини та ін.

4. Формування та вдосконалення сенсорно-перцептивної діяльності: відображає практичні дії і проявляється у рухах рук (обмацування предмета), рухах очей (простеження контура предмета), у напруженні м'язів гортані (виділення звуку), а в онтогенезі – це процес хапання, обмацування, обстеження.

5. Розвиток графомоторних навичок: передбачає формування, розвиток, вдосконалення загальної та дрібної моторики, координування графічних рухів. Проводили і завдання: викладання, розкладання, перекладання предметів у заданому напрямі, штрихування у різних напрямках, розфарбовування аркуша, домальовування, обведення, малювання за вказівкою, зразком, що відбуватиметься природніше під час слухання музики, зміни виконання завдань, враховуючи потребу дитини, переключення уваги та інше.

6. Розвиток зорового сприймання та формування, вдосконалення зорово-рухової координації. Комплексний аналітичний процес, який включає довільність, цілеспрямованість, зорово-рухову координацію, навичку зорового обстеження, аналітико-синтетичну діяльність зорового аналізатора, об'єм та константність сприймання. Особливу увагу зосереджуємо на співдії рухів рук та очей, стеження поглядом за дією руки: метання в ціль, «Дартс», «Хокей»,

«Футбол», «Баскетбол», та ін. Під час рухових занять використовували такі завдання: ходьба (прямо, сходами вверх-вниз), катання на велосипеді, самокаті за визначеними розмітками, у вказаному напрямі та ін.

7. Розвиток слухового сприймання та слухо-голосової координації. Формування немовних слухових образів та слухових образів слів за допомогою завдань: плескання, тупання, повторення проплесканої мелодії, пришвидшення чи сповільнення ходи (в умовах кімнати сенсомоторного розвитку), виконання завдань у визначеному темпі; відтворення ритму; виконання імітаційних рухів під музику, наприклад: «Тихо-голосно», «Визнач, що звучить», «Шумові коробочки», слухання музики у спеціальних релаксаційних або стимулюючих умовах темної сенсорної кімнати, використання гри на музичних інструментах та спів.

8. Розвиток смакових та нюхових навичок. Під час занять СІТ особливу увагу приділяємо використанню мовлення та слів, які визначають, характеризують нюхові та смакові відчуття. Пропонуємо такі завдання: «Визнач за смаком», «Назви смак продуктів», «Згадай, як пахнуть?», «Визнач за запахом». Для ускладнення вправ зав'язували очі, пропонували визначити відчуте, надаючи словесні характеристики.

9. Формування сприймання простору та часу, вдосконалення просторово-часових орієнтацій. Даний вид сприймання забезпечує інтегрування роботи зорово-слухової та кінестетико-кінетичної систем, які необхідні для адаптації до середовища. Виконували завдання на: орієнтування в схемі власного тіла; розміщення і переміщення предметів у просторі, моделювання простору шляхом розміщення предметів; орієнтування на аркуші паперу; рух та зміна руху у заданому положенні тіла.

Важливим у формуванні квазіпросторових уявлень є визначення місцезнаходження предметів відносно один одного та вербалізація відповідей: «Що де знаходиться?», «Що далі, що ближче до нас у кімнаті?», «Коли дерева одягають це вбрання?», «Коли це буває?» і т.д.

10. Формування на основі активізації роботи усіх органів відчуття адекватного сприймання явищ і об'єктів оточення; корекція порушення пізнавальної сфери шляхом систематичної та цілеспрямованої роботи; формування здатності естетично сприймати оточення; збагачення словникового запасу на основі використання відповідної термінології. Основу пізнавального розвитку дитини дошкільного віку визначає її здатність до соціалізації, зокрема володіння знаннями, навичками та вмінням використовувати сенсорні еталони. Виконували завдання: «Знайди предмет такої форми», «Знайди зайву фігуру», «Піраміда», «Далі-ближче», «Якого кольору предмет?», та інші, що спрямовані на розвиток пізнавальних процесів та застосовуються у побудові програми СІТ для 4-го блоку сенсорної інтеграції.

Програма СІТ включає формування сприймань кожним аналізатором окремо (блок 1) та їх поєднань (блоки 2-4). Далі програма подається за розділами впливу на аналізатори та їх поєднання.

Перед початком укладання *розділу програми СІТ для формування зорового сприймання* вивчаємо стан збереження функцій: рухові реакції (маніпуляції руками під час виконання дій руками); реакції на світлові подразники, людські обличчя, аналізуємо інформацію, отриману від різних фахівців.

Стимульні матеріали та технічні засоби рекомендуємо зберігати згрупованими тематично, в окремих коробках у недоступному для дітей місці: блискучі предмети; дзеркала; різнокольорові лампочки; призми; спалахи; зображення з людськими обличчями; флюорисцентні матеріали та інше.

Важливо пам'ятати про базові речі, такі як монокулярний та бінокулярний зір; зорово-рухову координацію; а також про те, що світлові спалахи можуть спровокувати епілептичні напади та інше.

Завдання: - *вироблення реакції відповіді на зорові стимули*

Вправи:

«Стеження за рухомим предметом»

Мета – формувати у дитини вміння фіксувати погляд на рухомому об’єкті та простежувати його. Формування бінокулярного зору.

«Стеження за людським обличчям»

Мета – формувати уміння впізнавати знайомі обличчя, вивчати емоції, реагувати на них.

«Стеження за спалахом»

Мета – формувати вміння відстежувати спалах, рухова реакція (поворот голови, спроба схопити «сонячного зайчика» та інше). Формувати ряд (послідовність) спалахів від різних подразників. Завдання дитини запам’ятати ряд та передбачити наступний спалах, визначити його місце.

«Реакція на зміну кольору»

Мета – визначити улюблені кольори, розпочинати роботу із них основних кольорів (червоний, синій, жовтий, зелений), згодом збільшувати їх кількість та інтенсивність кольорів (відтінки). Використовувати як світлові подразники, так і різнокольорові геометричні форми. Матеріал, який добиратимете, залежить від поставленої пізнавальної мети.

«Реакція на зміну освітлення»

Мета – формувати у дитини вміння реагувати на різну інтенсивність освітлення, а також напівтемряву та темряву. Застосовуємо під час роботи, як спеціальні освітлювальні пристрої, так і допоміжні: ліхтарик, свічка, різноманітні лампи.

- *прийняття різних видів зорової стимуляції*

Вправи:

«Ігри зі свічкою»

Мета – формувати вміння стежити зором за полум’ям свічки у різних напрямках, з поворотом голови, з поворотом тулуба, перевертанням. Завершувати задмухуванням полум’я.

«Ігри з ліхтариком»

Мета – формувати вміння стежити обома очима за «зайчиком» від ліхтарика. Вчити реагувати на його вмикання та вимикання, пропонувати дитині самостійно організовувати гру (вмикати – вимикати ліхтарик).

«Призма»

Мета – формувати у дитини поняття про зміну кольорів, їх інтенсивність, вчити фантазувати. Допомагає знімати напруження, якщо поєднувати із кульковим басейном, гамаком, кріслом «Трансформер» чи іншим пристроєм.

«Зоряне небо»

Мета - формувати у дитини вміння стежити за рухомим світлом, вчити фантазувати. Допомагає знімати напруження, якщо поєднувати із кульковим басейном, гамаком, кріслом «Трансформер» чи іншим пристроєм, а також доповнити музикою.

«Дзеркальна куля»

Мета - формувати у дитини вмінні стежити за рухомим світлом, поєднувати із кульковим басейном, гамаком чи іншим пристроєм, доповнювати музикою.

*- розвиток зорово-рухової координації для діставання чи
схоплювання предмета*

Вправи:

«Ігри з брязкальцями»

Мета – формувати уміння схоплювати та утримувати предмет (брязкальце), що подає дорослий або яке знаходиться поряд чи в полі зору дитини. Брязкальця, іграшки, добирати необхідно предмети різні за фактурою, вагою, кольором, звучанням.

«Ігри з підвісними брязкальцями»

Мета - формувати уміння схоплювати та утримувати предмет (брязкальце), що знаходиться над або перед дитиною. Можна використовувати дугу для немовлят, змінюючи іграшки по чергово, кожні 3-4 дні.

«Хапання рухомих предметів»

Мета – формувати вміння схоплювати предмет, який пересувають перед обличчям дитини, чи який потрапляє в поле її зору.

«Дотягування до предмета з різних положень тіла»

Мета – формувати у дитини вміння дотягуватись до предмета з різних положень тіла. Предмети розставляти спочатку недалеко від тіла, згодом ускладнювати завдання, стимулюючи самостійну зміну позиції, переміщення дитини, щоб вона схопила предмет.

«Ігри з аналогами дошки Сегена»

(ємності з геометричними отворами та об'ємними фігурами)

Мета – формувати у дитини зорово-рухову координацію, формувати уміння схоплювати предмет (геометричну фігуру), самостійно чи названу. Співвідносити її з відповідним отвором і вкладати в нього. Добирати завдання з урахуванням складності рухового ураження. На початкових етапах можна застосовувати допомогу (виконувати завдання рукою дитини).

- *розвиток зорової пам'яті та зорового розрізнення*

Вправи:

«Послідовність спалаху»

Мета – формувати вміння стежити за світловими спалахами, запам'ятовувати їх послідовність, для ускладнення вправи або за потребою повторити ряд самостійно.

«Що засвітилось?»

Мета – формувати вміння співвідносити світловий спалах з відповідним пристроєм.

«Реальний предмет - зображення»

Мета – формувати вміння упізнавати предмети на зображеннях. Рекомендуємо застосовувати елементи Альтернативної комунікації (PCS).

«Що змінилось?»

Мета – формувати вміння запам'ятовувати положення та порядок формування ряду. Вміння його відтворювати. Розпочинати з 3 предметів.

«Слово-предмет»

Мета – формувати вміння співвідносити предмет із словом назвою і навпаки. Розширювати словниковий запас, уточнювати, формувати пасивний та активний словник.

Програма СІТ з розвитку слухового сприймання тісно пов'язана з розвитком усного мовлення.

Стимульні матеріали розподіляємо на групи: голосні/тихі звуки; барабани; свистки; дзвіночки; папір; механічні іграшки; годинники, будильники та інше.

Опитування дозволяють визначити улюблені мелодії; пропонуємо ігри на визначених музичних інструментах; вивчення і наспівування дитячих пісень та їх співвіднесення до режимних моментів. Застосовуємо аудіозаписи (записи звуків, які асоціюються з домом, вулицею; дитячі голоси; голоси знайомих; записи щоденно повторюваних завдань/вказівок; записи дитячих виступів; музичні твори (фольклор, джаз, національна музика, музика народів світу);

Перед початком укладання програми визначаємо реакцію дитини на звукові подразники: байдужий чи проявляє зацікавлення; реакції на голосне звучання, тембр, висота, ритмічність; вміння простежувати і локалізувати звук; реакції на знайомі/незнайомі звукові подразники.

Природне спілкування підтримується руховою активністю, тому в усіх моментах, що відповідають за формування слухових сприймань, мовлення, спілкування чи комунікацію, необхідно підтримувати рухову активність: жести, міміка, пантоміма та інше.

Завдання: отримання задоволення від сприймання звуків

Вправи:

«Слухання колискової» (спів)

Мета – формувати у дитини вміння слухати і реагувати на «живе» мовлення, спів, потішки, забавлянки (добре виконувати із тактильним супроводом, руховими діями).

«Слухання класичної музики» (вибір творів з урахуванням віку)

Мета – формувати у дітей вміння слухати і реагувати на класичні музичні твори.

«Слухання дзвоників»

Мета – вчити дітей розрізняти звуки дзвоників та розрізняти їх за звучанням.

«Слухання творів»

(читання художніх творів та казок з урахуванням віку)

Мета – формувати у дітей вміння сприймати мовлення, реагувати на твори. Читати дітям твори відповідно до віку. Формувати здатність розуміти мовлення та взаємодіяти відповідно до почутого (імітація, наслідування).

«Слухання звуків природи»

Мета – формувати у дитини вміння розрізняти звуки природи. Співвідносити їх із предметами та об'єктами, що їх видають: шелест дерев; шум вулиці; «спів» китів, птахів; звуки домашніх тварин, птахів, та інше. Вчити імітувати їх.

- *вміння локалізувати і простежувати рух звука*

Вправи:

«Співвідношення звука з предметом»

Мета – формувати вміння почути звук та відстежити джерело звука, співвідносити звук з предметом.

«Піймай звук»

Мета – формувати вміння чути звук та знаходити джерело його звучання. Вчити стежити за звуком – повертати голову, простежувати очима.

«Реакція на звуки різної сили звучання»

Мета – формувати вміння реагувати на звуки різної гучності, контролювати реакцію на несподіваний звук, відстежувати його джерело.

«Визначити місце звучання»

Мета – формувати вміння чути і реагувати на джерело звучання.

«Ігри з музичними інструментами»

Мета – формувати у дітей знання про звучання різних музичних інструментів. Вчити розрізняти їх звучання. Ігри в оркестр та інше.

- *розвиток терпимості до більш широкого спектру звучання;*

Вправи:

«Слухання сучасної музики»

Мета – прослуховувати з дитиною різні стилі музики. Вчити дитину реагувати, «танцювати» під музику. Підтримувати її потребу у русі.

«Слухання тонів телефону»

Мета – вмикати дитині різні тони та рінгтони телефону. Формувати вміння сприймати їх та спокійно реагувати.

«Слухання звуків побутових пристроїв»

Мета – формувати у дітей вміння сприймати звуки побутових приладів. Розрізняти їх за звучанням. Вчити використовувати за призначенням.

«Ігри з папером» (шарудіння, зминання, розрівнювання)

Мета – формувати у дітей вміння сприймати шарудіння паперу та паперових виробів. Вчити розривати папір, зминати, вирівнювати та проводити інші маніпуляції з папером різної фактури, товщини. На завершальній стадії: зібрати колаж, панно чи інше.

«Слухання звуків тварин»

Мета - формувати у дітей вміння чути та сприймати звуки, які видають тварини, імітувати їх.

- *просте розрізнення звукових сигналів;*

Вправи:

«Дзвіночок-голос»

Мета – формувати вміння сприймати та вирізняти людський голос з інших шумів та звуків. Використовувати дзвоники різної величини, тональності, кількості.

«Папір-метал-дерево-вода»

Мета – формувати вміння розрізняти звучання основних джерел звуку, співставляти звучання з матеріалом та виробом (папір – шарудіння, метал – дзенькіт, дерево – стукіт, вода – крапання, плюхання).

«Музичні інструменти»

Мета – формувати вміння розрізняти звучання музичних інструментів: струнні, клавішні, ударні, духові.

«Барабан-маракаси»

Мета – формувати вміння розрізняти предмети з подібним звучанням. Барабани, бубни, трикутник та маракаси різної тональності (можна виготовляти самостійно та за допомогою дитини – наповнювати ємності крупами, бобовими та інше).

«Брязкальця-дзвіночки-барабани»

Мета - формувати вміння розрізняти предмети з подібним звучанням. Застосовувати як вправу на уточнення та закріплення раніше отриманого досвіту.

- *зростання рухового спектру під визначені звуки;*

Вправи:

«Імітація діяльності при предметному звучанні»

(плескіт води - плавання)

Мета – під час звучання музичного запису (плин ріки – дитина пливе, спів пташок – наслідує трелі, гри на музичному інструменті – імітує гру на відповідному інструменті) формувати у дітей слухові та рухові навички.

«Танці» (самостійна активність під музику)

Мета – формувати у дитини вільний рух та підтримувати його під звучання музики з різним темпом та стилем.

«Плавання в кульковому басейні» (у темп музики)

Мета – формувати вміння рухатись під музику. У кульковому басейні дитина відчуватиме свободу руху та масажуватиме тіло, формувати імітацію рухів під час плавання.

«Виконання вправ під музику» (ЛФК)

Мета – формувати у дитини вміння самостійно обирати та виконувати корекційні вправи під різні стилі та темп музики.

«Виконання словесних інструкцій»

Мета – формувати у дитини вміння слухати мовлення, чути і виконувати інструкцію. Розпочинати з простої інструкції (одна вказівка до виконання: «подай мені руку») і продовжувати формувати сприймання та виконання складної інструкції.

- початок спілкування

Вправи:

«Реакція на голос матері»

Мета – формувати у дитини вміння впізнавати голоси людей найближчого оточення (мама, тато, бабуся, дідусь, брат, сестра), реагувати на них, співвідносити «живе» та записане мовлення, співвідносити з особою.

«Реакція на знайомі і незнайомі голоси»

Мета – формувати у дитини вміння впізнавати голоси людей найближчого оточення та вирізняти їх серед незнайомих.

«Реакція на пропозицію здійснити вибір»

Мета – формувати у дитини вміння робити вибір із запропонованого матеріалу (пиття, їжа, одяг, ігри та інше) і нести за нього відповідальність.

«Підспівування улюблених пісень»

(вокалізація, імітація співу під відомі мелодії)

Мета – формувати у дітей вміння слухати пісні, розуміти їх тексти, підспівувати під музику, без музики.

«Рухова підтримка віршованих текстів» (імітація, жести)

Мета – формувати у дитини вміння слухати і сприймати римовані тексти. Формувати у дітей рухову підтримку (жест) до слів тексту.

Розділ програми СІТ для формування тактильного сприймання та моторних навичок є тісно пов'язаним з усвідомленням власного тіла,

наприклад, відчуття болю чи різної температури, що допоможе дитині розуміти різні життєві ситуації.

Пропонуємо використовувати такий матеріал: ковдри різної текстури; батуту, кулькові басейни, гойдалки, м'ячі, водяний матрац, коник-гойдалка, басейни.

Перед укладанням програми досліджуємо: реакцію відмови - байдужість до будь-якого типу стимулювання; відмова від фізичної стимуляції. Тип реакції: зміна виразу обличчя, смикання плечима, плач, стогін; відштовхує крутить головою; реакція прийняття - байдужість до будь-якого типу стимулювання; сприйняття фізичної стимуляції. Тип реакцій: насторожується, завмирає; змінює вираз обличчя; здійснює рухи назустріч стимулу; рухає руками і ногами; сміється/посміхається; підкочується до дорослого, який проводить стимуляцію.

Тому для ознайомлення з оточенням (якостями та ознаками) використовуємо не лише тактильні сприймання руки, а й пропонуємо використовувати ротову порожнину, язик.

Рекомендуємо виділяти: стимулювання та набуття різних тактильних відчуттів; просте розрізнення тактильних відчуттів; початкові стадії усвідомлення різних об'єктів; усвідомлення того, що кожен дотик має і несе визначений смисл; розвиток розуміння значення дотиків для встановлення контактів з іншою особою, тобто існують такі напрямки роботи: дотик людини (фізична стимуляція, пасивний/активний масаж, мультисенсорні дотики, масаж пальців та кистей рук); об'єкти з різною фактурою для тактильного сприйняття; тактильний досвід.

Під час реалізації програми СІТ рекомендуємо додатково застосовувати вправи та завдання авторських технологій навчання: Маріани та Крістофера Кніллів, Вероніки Шерборн, Андраша Петьо та інші.

***Завдання:** отримання задоволення та приємних емоцій від руху*

Вправи:

«Реакція на дотики матері»

(перевертання, коливання)

Мета – формувати у дитини вміння сприймати та реагувати на торкання матері. Вчити реагувати на перевертання, гойдання, масаж, коливання, отримувати задоволення від дій.

«Реакція на знайомі і незнайомі дотики»

Мета – формувати у дитини вміння сприймати відомі та невідомі дотики. Використовувати різнофактурні матеріали: тканини, рукавички, м'ячі – їжачки та інше.

«Реакція на здійснення пропонованого руху»

Мета – формувати у дитини виконувати (завершувати) рух: хапання, перевертання, тримання голови, повзання, спинання на лікті, коліна та інше. Ускладнюючи вправу, пропонуємо руками дитини чи самостійно завершувати розстібати блискавку, підтягувати брюки, вкладати руку в рукав, витирати обличчя після миття.

«Допомога під час виконання дії»

(очікування дії від дитини)

Мета – формувати вміння отримувати і просити про допомогу під час виконання рухової активності.

«Ігри з предметами»

(дотягування, хапання, маніпулювання)

Мета - формувати вміння впізнавати предмети та використовувати їх за призначенням: іграшки, посуд, навчальне приладдя, побутові пристрої.

- розширення рухового досвіду

Вправи:

«Ігри на одягання, знімання елементів одягу»

Мета – формувати у дітей вміння підтримувати рухову активність під час допомоги дорослому у виконанні повсякденних побутових занять.

«Ігри на формування навичок застібання, розстібання»

Мета – формувати у дитини вміння застібати і розстібати різні предмети та застібки (замки, гачки, блискавки, гудзики, кнопки). Вчити відкривати та закривати предмети побуту (двері, дверцята, відкорковувати та закорковувати пляшки, відкривати та закривати коробки, відкручувати та закручувати крани та багато іншого).

«Ігри на сортування, пересипання, переливання»

Мета – формувати вміння виконувати повсякденні побутові дії: сортувати – квасолю (велику – дрібну, білу – коричневу, і т.д.), перебирати гречку; пересипати - крупу з коробки у спеціальну ємність для круп, тарілку; переливати – рідини з ємності в ємність, не розливаючи (також під час цих завдань формувати акуратність у побуті та в догляді за собою).

«Ігри з тваринами»

(кіт, хом'як, рибки)

Мета – формувати у дитини вміння любити та доглядати за тваринами, піклуватися про них, сприймати їх «доторки» (гладити їх), годувати та інше.

«Ігри з дорослими»

(м'яч, гамак, батут, валики, гойдалки)

Мета – формувати у дітей вміння взаємодіяти з дорослими, вступати та підтримувати в гру, отримувати задоволення від гри, «придумувати» нові ігри, змінюючи, придумуючи правила.

- усвідомлення рухів різних частин тіла

Вправи:

«Ігри на розвиток усвідомлення сили рук»

Мета – формувати у дитини силу рук: схоплювати, брати предмети різної ваги і величини та утримувати їх, перекладати з руки в руку; кидати м'яч у ціль та ловити його; бавитися в «армреслінг»; переносити предмети, розкладати та складати їх.

«Ігри на розвиток усвідомлення сили ніг»

Мета – формувати у дитини вміння повзати, перекочуватися, переступати, присідати (під час одягання брюк по - черзі піднімати та

просувати ногу, сідати на стілець та вставати з нього), під час виконання дій повсякденного життя формувати у дітей силові якості.

«Ігри на утримання, повороти голови»

Мета – формувати у дітей вміння піднімати та утримувати голову, повертати голову за джерелом звука, за предметом з положення «лежачи на животі». Стимулювати такі дії спеціально створеними ігровими ситуаціями.

«Ігри на формування процесу сидіння»

Мета – формувати у дитини вміння сідати та утримувати тулуб, виконувати з позиції «сидячи» ігрові маніпуляції, предметні дії, формувати соціально-побутові навички.

«Ігри на розвиток дрібної моторики»

Мета – формувати у дитини бажання працювати руками: пропонуємо із завданнями з ручної праці, малювання, масажем долонь та кистей рук.

- початкові етапи усвідомлення власного тіла

Вправи:

«Перекочування, пересування»

Мета – формувати у дітей вміння самостійно пересуватись до предмета, шляхом перекочування, повзання. Створювати умови для мотивації руху у повсякденному житті.

«Ознайомлення з частинами тіла»

Мета – формувати у дітей вміння розрізняти та називати власні частини тіла, впізнавати їх на зображеннях, показувати на інших, на ляльках. Розуміти призначення частин тіла, співвідносити з ними одяг.

«Ігри в кульковому басейні»

Мета – під час перебування у кульковому басейні, світлої сенсорної кімнати організуємо ігри з кульками, імітацію плавання, занурення; у темній сенсорній кімнаті долучаємо світлові пристрої з метою ознайомлення з частинами тіла, формувати уявлення про простір та тіло у ньому.

«Впізнавання себе» (у дзеркалі, на фото)

Мета – формувати у дитини вміння бачити себе та вирізняти себе з-поміж інших. Пропонуємо ігри з дзеркалом: показувати частини обличчя, чистити зуби, їсти перед дзеркалом (як момент виховання акуратності під час їжі). Ігри з фотографіями: впізнавати предмети на фотографіях (називати їх), відрізняти обличчя від предметів, впізнавати себе серед інших людей, впізнавати обличчя рідних, розрізняти їх, співставляти імена з фотографіями людей та інше.

«Ігри з кремом, фактурними матеріалами»

Мета – формувати у дитини вміння сприймати різні торкання до тіла та емоційно реагувати на них. Ігри з кремом дозволяють сформувати у дитини відчуття власного тіла, дитини може сама себе мастити або допомагати дорослому, під час ігор на маті (дитина самостійно ними керує, визначає тривалість та інтенсивність) ковзає, перекочується, повзає та інше. Під час ігор з фактурними матеріалами (м'ячки-їжачки, тканина різної фактури, масажери – дерев'яні, пластикові, щіточки, рукавички) формувати у дитини вміння орієнтуватись у власному тілі, сприймати торкання різної інтенсивності та сили притиску.

- *початкові етапи усвідомлення власного руху*

Вправи:

«Дотягування до яскравого предмета» (колір, світло)

Мета – формувати у дитини за допомогою яскравого предмета мотивацію до руху.

«Ігри з частинами тіла»

(як немовля)

Мета – стимулювати у дитини бажання пізнавати власне тіло (дотягуватися до ніг, бавитися пальцями рук).

«Вибір з декількох предметів» (робити вибір і нести за нього відповідальність)

Мета – формувати у дитини вміння роботи вибір з 2-3 запропонованих речей та нести відповідальність за здійснення вибору, формувати вміння доводити розпочату справу до кінця.

«Маніпуляція з предметами побуту» (застосування за призначенням).

Мета – формувати у дитини уявлення про предмети побуту та їх застосування у повсякденному житті.

«Ігри на орієнтацію у власному тілі» (потішки, забавлянки)

Мета – формувати у дитини вміння орієнтуватися у власному тілі за допомогою фольклору: потішок, забавлянок.

Програма СІТ з розвитку смакових відчуттів тісно пов'язана з програмою формування навичок прийому їжі. Велику увагу в даному процесі слід приділяти стимулюванню нюхових якостей (сприйняття запахів продуктів перед їх споживанням), що стимулює як процес розрізнення, так і асоціативні смакові та запахові подразники. Розвиток смакових відчуттів гостро постає у дітей із порушеним процесом годування: бідний досвід їх смакових відчуттів формується через обмежену кількість видів їжі її якості та консистенції.

Метою реалізації програми СІТ для витончення смакових відчуттів є розширення спектру смаків, щоб максимально сприяти корекції порушень в процесі годування (прийому їжі).

Планування програми потребує уточнення ступеню розвитку смакових відчуттів: яким чином реагує на основні смаки; як сприймає різні смакові відчуття (завмирання, відсторонення, пересмикування, рухи губами/зубами, спльовування, відкриває/закриває рот);

Складається дидактична база та обирається місце, пристосоване до харчування (їдальня, кухня), продукти маркуються.

Можна виділити три основні підгрупи матеріалів, що використовуються під час роботи:

- група основних смаків (солоне, кисле, солодке, гірке, пряне (спеції));
- група додаткових смаків (гостре, фруктові смаки, сухофрукти, лікарські рослини);
- група продуктів різної консистенції: крем-суп, рідини, пюре, продукти (в'язкі, тверді, рідкі).

Пропонуємо такі **завдання**:

- прийняття і отримання задоволення від різних (простих) смакових відчуттів у поєднанні із запахами

Вправи:

«Ознайомлення з солодким» (цукор)

Мета – формувати у дитини сприйняття солодкого. Роботу проводимо в темній кімнаті, якщо дитина дозволяє, - можна зав'язати очі (ізолювавши сторонні шуми, запахи). Даємо можливість сприйняти солодке (цукор у кристалах (пісок), у вигляді сиропу, рафінаду (кісточки)), відчутти запах цукру, сприйняти різну фактуру та консистенцію.

«Ознайомлення з соленим» (сіль)

Мета - формувати у дитини сприйняття соленого. Роботу проводимо в темній кімнаті, якщо дитина дозволяє, - можна зав'язати очі (ізолювавши сторонні шуми, запахи). Даємо можливість сприйняти солоне (сіль у кристалах, у вигляді ропи), відчутти запах солі, сприйняти різну фактуру: кристали різного розміру.

«Ознайомлення з кислим» (лимон)

Мета - формувати у дитини сприйняття кислого. Роботу проводимо в темній кімнаті, якщо дитина дозволяє, - можна зав'язати очі (ізолювавши сторонні шуми, запахи). Даємо можливість сприйняти кисле (лимон), відчутти аромат лимону.

«Ознайомлення з гірким» (червоний перчик, ратунда)

Мета - формувати у дитини сприйняття гіркого. Роботу проводимо в темній кімнаті, якщо дитина дозволяє, - можна зав'язати очі (ізолювавши сторонні шуми, запахи). Даємо можливість сприйняти гірке (гострий перчик, перець ратунда), дати відчутти аромат під час розрізання та чищення.

«Ознайомлення з прянощами» (лавровий лист)

Мета - формувати у дитини сприйняття пряний аромат. Роботу проводимо в темній кімнаті, якщо дитина, - дозволяє можна зав'язати очі (ізолювавши сторонні шуми, запахи). Даємо можливість сприйняти пряне,

відчутти аромат листка під час розламування, сприйняти смак, пожувавши маленький шматочок чи покласти на язик.

- сприймання «смакових букетів»

Вправи:

«Сухофрукти»

Мета – формувати у дитини вміння сприймати невідомі смаки, розрізняти їх. Пропонуємо використовувати сухофрукти - родзинки, курагу, чорнослив; горіхи – волоський, лісовий, арахіс тощо. Пропонувати дитині чистити, смакувати. Пам’ятайте про можливі алергії!

«Фруктовий салат»

Мета – формувати у дитини поняття про фрукти: яблуко, груша, апельсин, банан тощо. Знайомити з їх смаком, запахом, формою, кольором фруктів. Вчити дітей чистити, нарізати, готувати салат.

«Венігрет»

Мета - формувати у дитини поняття про овочі: картопля, буряк, морква, цибуля тощо. Показати відмінності між сирими та вареними овочами. Знайомити з їх смаком, запахом, формою, кольором. Вчити дітей чистити, нарізати, готувати салат.

«Прянощі»

Мета - формувати у дитини поняття про прянощі та приправи: гвоздика, духмяний перець, кориця, коріандр тощо. Знайомити з їх смаками, запахами, формою, кольором. Вчити дітей використовувати їх у приготуванні страв. Показати відмінності смаку однієї страви з використанням різних прянощів.

«Лікарські трави»

Мета - формувати у дитини поняття про лікарські трави: меліса, м’ята, череда, ромашка, полин. Знайомити їх з запахом, формою, фактурою щойно зірваних та сушених рослин. Вчити дітей розрізняти їх та розуміти їх лікувальні властивості.

- корекція процесу годування/ прийому їжі

Вправи:

«Вживання рідин»

Мета – формувати у дитини вміння пити рідини: вода, сік, компот з різних ємностей: пляшка, соска, ложка, чашка, вчити вчасно ковтати, формувати розуміння поняття охайність.

«Вживання міксованої (блендерованої) їжі»

Мета – формувати у дитини вміння вживати їжу «кремової» консистенції крем-суп, пюре та інше. Отримувати задоволення від смакових відчуттів.

«Вживання дрібно порізаної їжі»

Мета - формувати у дитини вміння вживати тверду дрібно порізану їжу. Отримувати задоволення від смакових відчуттів.

«Вживання твердої їжі»

Мета - формувати у дитини вміння вживати тверду їжу: печиво (крекери), хліб та інше. Жувати, пережовувати, ковтати її. Отримувати задоволення від смакових відчуттів.

«Самостійне вживання їжі»

Мета - формувати у дитини бажання їсти самостійно, використовуючи столове приладдя, дотримуватись правил етикету.

Перед укладанням *програми СІТ для розвитку та корекції нюхового відчуття* слід визначити реакції на основні групи запахів: дитина тягнеться/відсторонюється до/від запаху, реагує чи залишається байдужим, зміни міміки, рухів тіла. Розвиток нюхового відчуття тісно пов'язаний з програмою формування смаків та навчання прийому їжі. Запахи можна розділити на групи: приємні; неприємні; знайомі; незнайомі; запах людського тіла; домашні запахи; «топографічні» запахи.

Перед початком роботи необхідно проконсультуватись з медичними працівниками та отримати інформацію щодо безпеки використання ароматичних речовин із середовища запахів. Під час побудови програми

враховувати виникнення алергічних реакцій, можливих інтоксикацій та передбачити їх уникнення.

Виділяємо такі групи: духи та одеколони; медикаменти; спеції; ароматичні засоби власної гігієни; засоби для прийому ванни (солі, пінки, гелі, шампуні); засоби, які викликають чхання (перець, тютюн, бальзам, гострі приправи); засоби для прибирання приміщень; лікарські рослини; предмети одягу та шкіра; запахи, які асоціюються з чоловіком та жінкою.

Завдання: *розвиток усвідомлення про різні запахи*

Вправи:

«Аромати»

Мета – формувати вміння розрізняти аромати: парфуми, ароматизовані свічки. Вчити дітей називати запахи, співвідносити запах з об'єктом.

«Побутові запахи»

Мета - формувати вміння розрізняти побутові запахи: мило, шампунь, лак, визначати аромати засобів для прибирання та інше. Вчити дітей правил безпеки при роботі з цими засобами, називати їх, співвідносити запах з засобом.

«Запахи їжі»

Мета - формувати вміння розрізняти запахи їжі: яєшня, борщ, кава, молоко, хліб та інші. Вчити дітей називати їх, співвідносячи із джерелом запаху. Формувати уявлення про розмаїття запахів.

«Приємні та неприємні запахи»

Мета - формувати вміння розрізняти аромати приємні та неприємні: запах троянди – запах зіпсованого сиру, запах парфуму – запах цвілевого хліба, запах брудного одягу – запах чистого одягу. Вчити дітей називати запахи, співвідносити запах з об'єктом.

«Аромат квітів»

Мета - формувати вміння розрізняти аромати квітів: тюльпан, бузок, троянда, конвалія, нарцис, бузина та інше. Вчити дітей називати запахи, співвідносити їх з відповідними квітами.

- *запам'ятовування, пригадування, впізнавання запахів;*

Вправи:

«Що пахне?»

Мета - формувати вміння впізнавати запах. Вчити дітей пізнавати і називати запахи, співвідносити їх з об'єктом.

«Запам'ятай та знайди»

Мета - формувати вміння запам'ятовувати та співвідносити запах з об'єктом. Вчити дітей знаходити його серед інших.

«Віднайди джерело запаху»

Мета - формувати вміння запам'ятовувати та співвідносити запах з об'єктом. Вчити дітей знаходити його серед інших.

«Порівняй»

Мета - формувати вміння запам'ятовувати та співвідносити запах з об'єктом, знаходити його пару серед інших запахів.

«Назви аромат»

Мета - формувати вміння запам'ятовувати та називати аромат, співвідносячи його з об'єктом.

- *«топографія» запахів (формувати співвідношення запаху з місцем)*

Вправи:

«Туалетна кімната»

Мета - формувати вміння запам'ятовувати та співвідносити запах з об'єктом: засіб для пиття, засіб для чищення, засіб для прибирання. Вчити дітей знаходити його серед інших, дотримуватися правил техніки безпеки під час використання.

«Кухня»

Мета - формувати вміння запам'ятовувати та співвідносити запах з об'єктом. Розрізняти приготовлені страви, називати їх. Вчити дітей знаходити його їх серед інших. Під час їжі дотримуватись правил етикету за столом, використовувати столове приладдя.

«Вулиця»

Мета - формувати вміння запам'ятовувати та співвідносити запах з об'єктом: магазин, кав'ярня, ресторан, дорога, заправка та інше. Вчити дітей знаходити запах серед інших, співставляти з об'єктом, дотримуватись правил безпеки та поведінки.

«Клумба»

Мета - формувати вміння запам'ятовувати та співвідносити запах з відповідним об'єктом – квіткою (клумба, вазон, букет у вазі). Вчити дітей знаходити його серед інших. Формувати вміння доглядати за квітами.

«Живий куточок»

Мета - формувати вміння запам'ятовувати та співвідносити запах з об'єктом – твариною (черепашка, хом'як, рибки в акваріумі, кріль та інше). Вчити дітей знаходити тварину серед інших за запахом. Формувати вміння доглядати за тваринами.

Під час організації занять сенсорно-інтегративної терапії активно використовуємо додаткові технології, які сприяють доповненню мультисенсорного середовища різних типів кімнат та впливають на формування естетичних смаків, подолання відчуття страху перед новими фактурами, мають терапевтичний ефект: звуко- та музикотерапія (Додаток З), світло- та кольоротерапія (Додаток К), ароматерапія (Додаток Л) та інші технології (Додаток М), що дозволяють створювати не лише корекційно-реабілітаційний простір, а й доповнюють нішу когнітивної складової [30; 35; 152; 173].

Таким чином, технологія сенсорної інтеграції дозволяє поєднувати і використовувати в сенсорно-інтегративній практиці технік, методів, прийомів формування візуальних, слухових, тактильних, смакових та нюхових відчуттів та сприймань, застосовуючи їх з інших методик. Чим більшою кількістю технологій володіє фахівець, тим більше можливостей їх творчого застосування в процесі впровадження СІТ та індивідуалізації ПСІТ.

Враховуючи викладене, а також сучасні погляди на фахову підготовку кадрів для роботи з дітьми в умовах сенсорних кімнат з використанням додаткових технологій, важливо застосовувати знання з різних галузей знань, оскільки спеціаліст має забезпечити неперервність та корекційну спрямованість реабілітаційного процесу.

3.2. Корекційна робота з формування здатності дошкільника з церебральним паралічем до сенсорної інтеграції в умовах мультисенсорного середовища

Сучасний період реформування спеціальної освіти в Україні характеризується створенням корекційно-розвивального середовища, як в умовах спеціальних навчальних закладів, так і в умовах загальноосвітніх закладів, забезпечуючи реалізацію інклюзивної форми навчання для дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Завдяки цим змінам виховання і навчання дітей із тяжкими порушеннями розвитку, зокрема дитячим церебральним паралічем, передбачає диференціацію навчально-виховного процесу за індивідуальними програмами та кваліфіковану спеціальну корекційно-реабілітаційну допомогу в міждисциплінарній команді фахівців.

У контексті гуманістичних тенденцій корекційної педагогіки необхідним є варіативне навчання, що зумовлює модифікацію та адаптацію традиційних програм корекційно-реабілітаційного навчання та виховання для дітей із церебральним паралічем, розробку інноваційних технологій корекції сенсорної інтеграції засобами сенсорно-інтегративної терапії у різних типах сенсорних кімнат задля загального особистісного розвитку цих дітей.

Мета формувального етапу експерименту – обґрунтувати та експериментально підтвердити, що спеціально створені умови технології сенсорної інтеграції та розроблення індивідуальної програми сенсорно-інтегральної терапії з використанням мультисенсорного середовища є додатковим емоційно підкріпленим засобом впливу на дитину з церебральним

паралічем і сприяє корекції сенсорної інтеграції та соціалізації дитини в цілому. Також обґрунтовано і розроблено зміст, форми, методи, передбачено засоби корекції здатності до сенсорного інтегрування у дітей з церебральним паралічем.

В експериментальному дослідженні брали участь дошкільники з церебральним паралічем (82 особи), 42 дитини в експериментальній (ЕГ) та 40 дошкільників з церебральним паралічем в контрольній (КГ) групах, віком від 3 до 7 років, які відвідували групу компенсуючого типу для дітей з церебральним паралічем у дошкільному навчальному закладі та перебували на навчанні чи амбулаторному лікуванні у навчально-реабілітаційних закладах.

У процесі реалізації формувального експерименту було обґрунтовано корекційно-розвивальну технологію формування здатності до сенсорно-інтегрального розвитку у дошкільників з церебральним паралічем. У процесі її розробки враховано множинність (коморбідність) порушень (недорозвинень) при церебральному паралічі та індивідуальний перебіг розвитку в кожній конкретній ситуації.

Критеріями та показниками формування здатності до сенсорного інтегрування у дошкільників з церебральним паралічем виступив третій блок, в якому передбачено формування здатності до інтегрування сенсорних сприймань та рівня їх міжсистемної взаємодії, тобто формування міжаналізаторної координації (вестибулярно-пропріоцептивної, зорово-рухової, слухово-зорово-моторної, нюхово-смаково-вестибулярно-тактильно-пропріоцептивної). Також визначено завдання на формування спеціалізації обох півкуль головного мозку та цілеспрямованої діяльності. Під час укладання програми сенсорно-інтегративної терапії для індивідуалізації корекційно-реабілітаційних заходів у роботу в окремих випадках враховуємо завдання для стимулювання першого і другого блоків, щоб скоригувати розвиток складових системи інтегрування.

Усі види діяльності дитини нами інтегровано в корекційно-реабілітаційний процес у вигляді занять сенсорно-інтегративної терапії, що

проводились протягом одного навчального року у групах спеціальних ДНЗ для дітей з порушеннями опорно-рухового апарата та НРЦ з дітьми із церебральним паралічем.

Експериментальний формувальний етап та вивчення сформованості сенсорно-інтегрального розвитку враховують останні дослідження та сучасний розвиток системи освіти та змісту програм навчання і виховання дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарата. Такий підхід обумовлює варіативність змісту корекції сенсорної інтеграції в залежності від індивідуально-психологічних особливостей дитини, наявності порушених структурних компонентів сенсорної інтеграції та вторинних відхилень на фоні обраної нозології. Враховуючи вік дітей, провідною формою організації вивчення дитини з церебральним паралічем була ігрова діяльність та форми організації навчального процесу, характерні для закладу, в якому проводився формувальний експеримент, тобто в ході коригування та в процесі вивчення сформованості сенсорно-інтегрального розвитку активно використовувались засоби сенсорно-інтегративної терапії.

Розроблена педагогічна технологія корекції порушень сенсорної інтеграції засобами сенсорно-інтегративної терапії у різних типах сенсорних кімнат (світлої, темної, сенсомоторного розвитку), методичні рекомендації та програма сенсорно-інтегративної терапії, що апробувалися впродовж 2013-2015 років.

Формувальному експерименту передував підготовчий етап, під час якого відбувалася організація та впровадження технології сенсорної інтеграції дошкільників з церебральним паралічем засобами сенсорно-інтегративної терапії, що стала одним з основних напрямів науково-методичної й організаційно-педагогічної діяльності, як дошкільного закладу, так і навчально-реабілітаційних центрів. Спільну спрямованість корекційно-реабілітаційної діяльності дошкільних закладів та навчально-реабілітаційних центрів в реалізації експериментальної роботи зумовило те, що експериментально-дослідницька робота стала органічним доповненням

корекційно-реабілітаційного процесу. Наступним моментом формувального етапу дослідження було виділення експериментальних і контрольних груп дошкільників (3-7 років) з різними формами церебрального паралічу та супутніми порушеннями розвитку.

У процесі формувального експерименту проводилося цілеспрямоване запровадження етапів технології сенсорної інтеграції дошкільників з церебральним паралічем засобами сенсорно-інтегративної терапії. У нашому дослідженні цей процес розглядається як корекція сенсорно-інтегрального розвитку від низького до середнього, достатнього й високого рівня (див. підрозділ 2.2).

Створене спеціальне корекційно-реабілітаційне середовище за допомогою терапевтичного впливу технічних та дидактичних засобів сенсорно-інтегративної терапії сприяло керованості формування сенсорного розвитку дітей, забезпеченню широких динамічних зв'язків з оточенням та наступності результатів процесу. Даний етап має визначену мету, завдання, напрями та передбачає застосування спеціальних заходів, прийомів і засобів впливу на дитину, які взаємодоповнюють один одного і коригують спільні дії фахівця і реципієнта. Цим забезпечується єдність і наступність впровадження сенсорно-інтегративних технологій, які доповнені засобами різних типів сенсорних кімнат для досягнення мети виховання і навчання, змісту корекції порушень сенсорної інтеграції, вимог до сенсорно-інтегративного розвитку дітей дошкільного віку з церебральним паралічем.

З метою апробації розробленої технології сенсорної інтеграції дошкільників з церебральним паралічем засобами сенсорно-інтегративної терапії (див. підрозділ 3.1) було організовано формувальний експеримент, який вирішував такі завдання:

- формування сенсорної інтеграції у дітей з церебральним паралічем в єдності зі стійкістю психоемоційного стану засобами сенсорно-інтегративної терапії;
- перевірення ефективності запропонованої технології сенсорної

інтеграції для дітей дошкільного віку з церебральним паралічем засобами сенсорно-інтегративної терапії;

– виявлення динаміки зростання рівнів сформованості сенсорної інтеграції у дошкільників з церебральним паралічем від низького до середнього, достатнього та високого засобами сенсорно-інтегративної терапії.

Під час розробки технології корекції сенсорної інтеграції дошкільників засобами сенсорно-інтегративної терапії нами були враховані як досягнення, так і недоліки процесу організації корекційно-реабілітаційного впливу на дітей в цілому, а формування компонентів сенсорної інтеграції системи з урахуванням усіх чинників, розглядалося не ізольовано, а в динамічному плані, що зумовлювалося як закономірностями онтогенетичного розвитку людини, так і індивідуальним становленням особистості дошкільника з церебральним паралічем.

Формувальний експеримент тривав упродовж року. На прикінцевому етапі було проведено контрольні заміри з метою виявлення ефективності експериментальної технології корекції сенсорної інтеграції дошкільників з церебральним паралічем засобами сенсорно-інтегративної терапії. Дітям були запропоновані серії діагностичних завдань щодо кожної зі складових сенсорно-інтегрального розвитку та активності в діяльності аналогічно до констатувального етапу дослідження. Дошкільники обстежувалися індивідуально у звичних умовах, для цього з дитиною налагоджувалися приязні стосунки, а всі завдання були побудовані у формі гри, бесід з батьками, фахівцями та спостережень у процесі виконання повсякденної трудової діяльності.

За результатами контрольного експерименту для дошкільників експериментальної групи було розроблено типову *Програму формування сенсорно-інтегрального розвитку*, яка в процесі індивідуалізації, добору засобів корекції та інтенсивності корекційного впливу модифікувалась та адаптувалась до потреб дитини.

Зразок типової програми передбачає завдання на формування: *вестибулярно-пропріоцептивної координації* (зростання рухового спектра під визначені звуки, отримання задоволення та приємних емоцій від руху, розширення рухового досвіду, початкові етапи усвідомлення власного тіла, початкові етапи усвідомлення власного руху); *зорово-рухової координації* (вироблення реакції відповіді на зорові стимули, прийняття різних видів зорової стимуляції, ігри на дістання та схоплювання предмета, розвиток зорової пам'яті та розрізнення); *слухово-зорово-моторної координацію* (отримання задоволення від сприймання звуків, вміння локалізувати і простежувати рух звука, розвиток терпимості до більш широкого спектру звучання, просте розрізнення звукових сигналів); *нюхо-смако-вестибулярно-тактильно-пропріоцептивної координацію* (прийняття і отримання задоволення від різних (простих) смакових відчуттів у поєднанні із запахами, сприймання «смакових букетів», корекція процесу годування (приймання їжі), розвиток усвідомлення про різні запахи, запам'ятовування (пригадування, впізнавання) запахів, «топографія запахів» формування співвідношення запаху з місцем); *спеціалізацію обох півкуль мозку / координацію обох частин тіла / цілеспрямовану діяльність* - початок спілкування (реакція на голоси), усвідомлення рухів різних частин тіла.

У таблиці 3.2 подано основні досягнення у формуванні сенсорно-інтегрального розвитку.

По завершенні формувального експерименту нами був проведений контрольний замір, у ході якого перевірялися рівні сформованості усіх показників сенсорно-інтегрального розвитку та ефективність запропонованої корекційної технології сенсорної інтеграції у дошкільників з церебральним паралічем засобами сенсорно-інтегративної терапії в умовах та засобами різних типів сенсорних кімнат (світлої, темної, сенсомоторного розвитку), її змісту та комплексної системи методичного впливу.

Результати проведеної сенсорно-інтегративної терапії з формування сенсорно-інтегрального розвитку у дошкільників з церебральним паралічем

Завдання	Мета	Реакції на початку терапії	Реакції по завершенні терапії
<ul style="list-style-type: none"> - вироблення реакції відповіді на зорові стимули; - прийняття різних видів зорової стимуляції; - розвиток зорової пам'яті та зорового розрізнення; - розвиток зорово-рухової координації для діставання чи схоплення предмета 	<p><i>Формування зорово-рухової координації</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - вправи добираються індивідуально та враховують ступінь сформованості попереднього блоку сенсорної інтеграції 	<p>Під час встановлення контакту з дитиною спостерігаємо ситуативну поведінку, стереотипні дії з засобами СІТ, відсутність інтересу та цілеспрямованої діяльності;</p> <p>виражає супротив під час спроби дорослого маніпулювати кінцівками чи входити в «зону комфорту»</p>	<p>Дитина охоче співпрацює з дорослим, більш терпима до різних зорових стимулів (має сформовані уявлення про кольори, засоби, що світяться чи спалахують, робить вибір засобу для взаємодії з ним)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - отримання задоволення від сприймання звуків; 	<p><i>Формування слухово-зорово-моторної</i></p>	<p>Надмірна реакція на звуки, практично</p>	<p>Сформована терпимість до різних жанрів</p>

<p>- вміння локалізувати і простежувати рух звука;</p> <p>- розвиток терпимості до більш широкого спектру звучання;</p> <p>- просте розрізнення звукових сигналів</p>	<p><i>Координації</i></p> <p>- вправи передбачають використання різних стилів музики, шумів природи, побутових приладів та мовленнєве спілкування</p>	<p>відсутня реакція на шепітну мову; на зміну звучання спостерігаємо завмирання та плач; з дорослим спілкується лише за вимогою, без зорового контакту не розрізняють голосів, музичних інструментів і ін.</p>	<p>музики, висоти та тривалості звучання (побутових приладів, голосів), при прослуховуванні улюбленої музики, гри на муз. інстр.; дитина охоче спілкується, виражає емоції;</p>
<p>- зростання рухового спектру під визначені звуки;</p> <p>- отримання задоволення та приємних емоцій від руху;</p> <p>- розширення рухового досвіду;</p> <p>- усвідомлення рухів різних частин тіла;</p> <p>- початкові етапи усвідомлення власного тіла та руху;</p> <p>- початок</p>	<p><i>Формування спеціалізації обох півкуль мозку / координації обох частин тіла / цілеспрямованої діяльності</i></p> <p>- вправи передбачають залучення аналізаторних систем до виконання цілеспрямованої діяльності</p>	<p>Практично відсутня цілеспрямована діяльність; орієнтування у власному тілі недостатнє; рухи під темп музики чи інші стимульні засоби відсутні; виконання інструкцій не сформоване; недостатнє виконання завдань що потребують співпраці з</p>	<p>Охоче запрошує дорослого до спільної діяльності; активно, емоційно спілкується; починають виконувати інструкції, завдання за вказівкою; подобається виконувати рухи під музику, отримують задоволення від виконаної</p>

спілкування, активної взаємодії з дорослим		дорослим чи однолітками	самостійно діяльності;
- прийняття і отримання задоволення від різних (простих) смакових відчуттів у поєднанні із запахами; - сприймання «смакових букетів»; розвиток усвідомлення про різні запахи; - запам'ятовуванн я, пригадування, впізнавання запахів «топографія» запахів; - корекція процесів годування/ прийому їжі	<i>Формування нюхо-смако- вестибулярно- тактильно- пропріоцептив ної координації</i> - вправи дозволяють сформувати в дитини поняття про розмаїття запахів та смаків, уміння співвідносити запахи і смаки з продуктами харчування, та ін., а також сприяють формуванню співвідношень запаху з місцем та процесу харчування	Вираження супротиву під час спроб змінити консистенцію їжі, практично відсутні компоненти, що передують процесу харчування (відкушування, жування, ковтання); на зміну смаків реагують вираженням емоцій як немовлята; практично відсутнє розрізнення запахів, ароматів	Починають споживати тверду їжу; виражають задоволення від нових поєднань смаків; беруть участь у приготуванні «їжі» (подають названі фрукти (овочі), чистять їх (банан, мандарин); обережно ставляться до побутових хімічних засобів (мило, шампунь інше); діти пробують самостійно утримувати ложку, чашку

Оброблені й узагальнені дані діагностування сформованості сенсорно-інтегрального розвитку експериментальних і контрольних груп на формувальному етапі експерименту за кожною складовою показано в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Порівняння рівнів сформованості сенсорно-інтегрального розвитку дітей контрольної та експериментальної груп за результатами підсумкового діагностування

Кількість дітей		Експериментальні групи			
		Дітей 42	%	Дітей 40	%
Складові та рівні СІР		Експериментальна		Контрольна	
Групи		Експериментальна		Контрольна	
ВПК	Високий	2	6,85	—	—
	Достатній	18	42,37	13	31,85
	Середній	17	41,86	15	37,97
	Низький	5	8,92	12	30,18
СЗМК	Високий	1	3,58	—	—
	Достатній	14	27,13	8	19,24
	Середній	21	51,14	17	44,84
	Низький	6	18,15	15	35,92
НСВТПК	Високий	2	3,7	—	—
	Достатній	10	14,19	8	12,9
	Середній	17	43,2	12	34,36
	Низький	13	38,91	20	52,77
СП/ЦД	Високий	—	—	—	—
	Достатній	6	17,04	1	3,12
	Середній	22	53,16	15	37,02
	Низький	14	29,8	24	59,86

Проведений аналіз стану сформованості сенсорно-інтегрального розвитку на етапі формувального експерименту вказує на розбіжність результатів, зокрема, у формуванні його складових і рівнів на основі технології сенсорної інтеграції засобами сенсорно-інтегративної терапії, наявна значна контрастність у показниках, що свідчить про доцільність цілеспрямованого впливу на формування кожного блоку сенсорної системи за допомогою індивідуально розробленої програми сенсорно-інтегральної терапії та організації дозованого стимулювання аналізаторів в домашніх умовах.

Таким чином, на етапі формувального експерименту було апробовано технологію сенсорної інтеграції для дошкільників з церебральним паралічем засобами сенсорно-інтегративної терапії у спеціально створеному середовищі різних типів сенсорних кімнат. Згідно з результатами виконаних завдань за рівнями сформованості сенсорно-інтегрального розвитку в експериментальних і контрольних групах, на основі узагальнених результатів нами охарактеризовано особливості формування здатності до сенсорного інтегрування у дошкільників з церебральним паралічем.

Рівні сформованості вестибулярно-пропріоцептивної координації (ВПК) у дітей дошкільного віку із церебральним паралічем.

На прикінцевому етапі навчання тільки 6,85% дітей експериментальної групи показали *високий рівень* сформованості вестибулярно-пропріоцептивної координації. *Достатній рівень* сформованості засвідчили 42,37% реципієнтів експериментальної групи та 31,85% контрольної групи. Із *середнім рівнем* сформованості вестибулярно-пропріоцептивної координації виявлено 41,86 % дітей експериментальної групи та 37,97% контрольної групи. Кількість дошкільників з церебральним паралічем із *низьким рівнем* сформованості вестибулярно-пропріоцептивної координації зменшилася з 47,1% на констатувальному етапі дослідження до 8,92 % дітей експериментальної групи та 30,18% контрольної груп формувального. Порівняльні дані відображено на гістограмі рис.3.1.

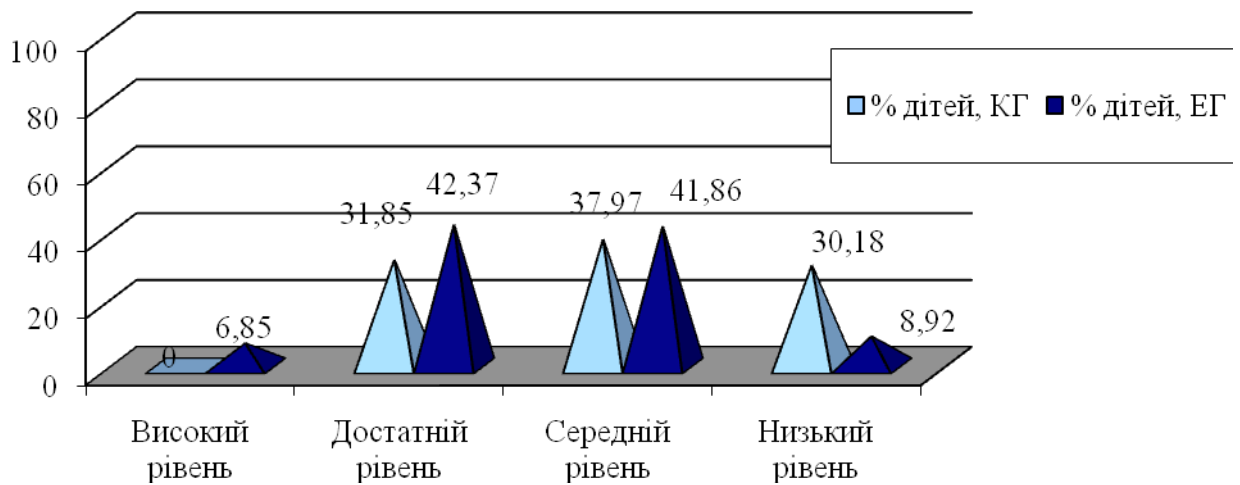


Рис. 3.1. Показники рівнів сформованості ВПК за результатами підсумкового констатувального експерименту

Даний результат підтверджує наше припущення, що під впливом цілеспрямованої діяльності із застосуванням засобів сенсорно-інтегративної терапії можемо покращити стан сформованості вестибулярно – пропріоцептивної координації. З метою кваліфікованого добору вправ та завдань щодо розвитку даної співкоординаційної діяльності долучаємо фізіотерапевта (реабілітолога).

Рівні сформованості слухово-зорово-моторної координації (СЗМК) у дітей дошкільного віку із церебральним паралічем

Серед дошкільників, які брали участь у навчальному експерименті, зафіксовано 3,58% дітей експериментальної групи із *високим рівнем* сформованості слухово-зорово-моторної координації, у контрольній групі дітей з високим рівнем не виявлено. В контрольній групі дошкільників із *достатнім рівнем* сформованості психомоторного розвитку виявлено 19,24%, а серед дітей експериментальної групи їх 27,13%. *Середній рівень* слухово-зорово-моторної координації засвідчили 51,14% дітей експериментальної групи та 44,84% контрольної групи. *Низький рівень* сформованості слухово-

зорово-моторної координації зафіксовано у 18,15% дітей експериментальної групи та у 35,92% дошкільників контрольної групи.

Результати вивчення стану сформованості слухово-зорово-моторної координації відображено на гістограмі рис.3.2.

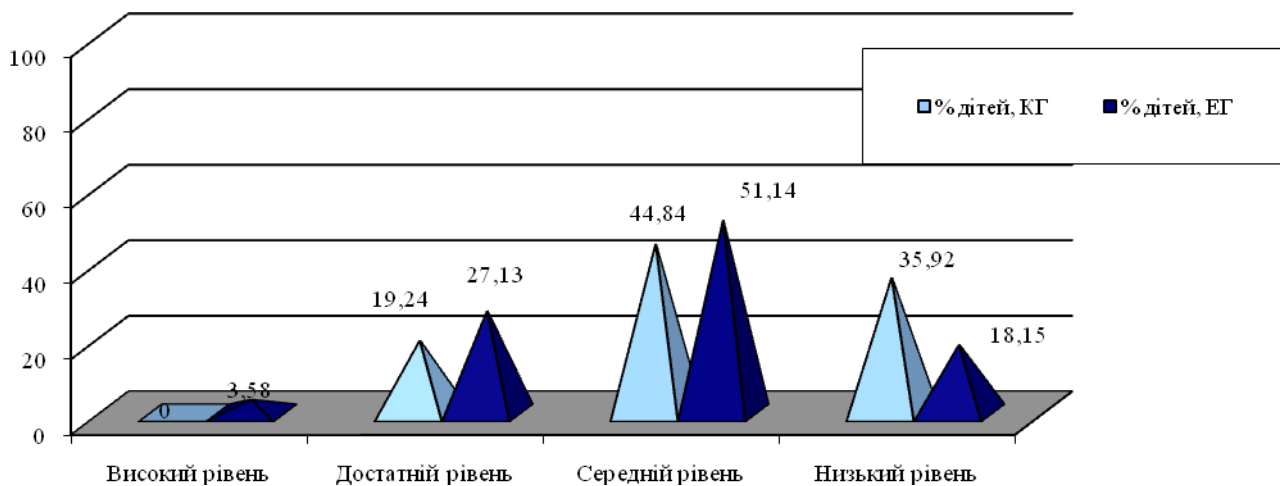


Рис. 3.2. Показники рівнів сформованості СЗМК за результатами підсумкового констатувального експерименту

Вивчення слухово-зорово-моторної координації після формувального експерименту засвідчило зростання рівнів цього показника від низького 53,67% на етапі констатувального експерименту до 18,15% у дошкільників експериментальної групи по завершенню формувального етапу.

Рівні сформованості нюхово-смако-вестибулярно-пропріоцептивної координації (НСВТПК) дошкільного віку з церебральним паралічем

На прикінцевому етапі навчання тільки 3,7% дітей експериментальної групи показали *високий рівень* сформованості нюхово-смако-вестибулярно-пропріоцептивної координації. *Достатнього рівня* сформованості нюхово-смако-вестибулярно-пропріоцептивної координації досягли 14,19% дітей експериментальної групи та 12,9% контрольної групи. *Середній рівень* засвідчили 43,2% дошкільників експериментальної групи та 34,36%

контрольної групи. *Низький рівень* сформованості нюхово-смако-вестибулярно-пропріоцептивної координації показало 38,91 % дітей експериментальної групи та 52,77% контрольної групи.

Порівняльні результати перевірки сформованості даного показника відображено на гістограмі рис.3.3.

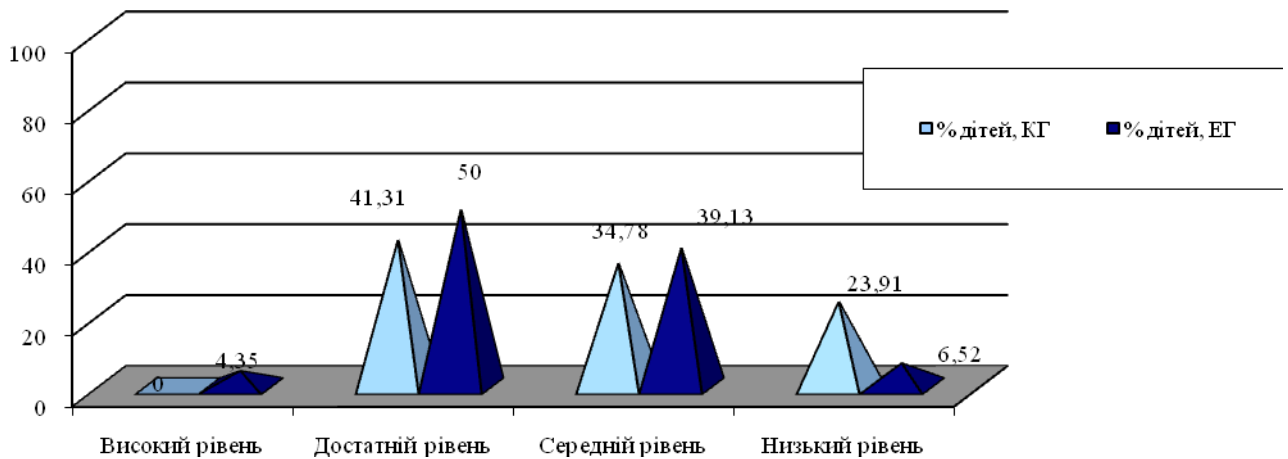


Рис. 3.3. Показники рівнів сформованості НСВТПК за результатами підсумкового констатувального експерименту

Результати проведеної роботи підтверджують необхідність впровадження в систему корекційно-реабілітаційної роботи програм на розвиток процесу харчування. За підсумками видно, що рівні сформованості нюхово-смако-вестибулярно-пропріоцептивної координації значно покращилися, так під час констатувального етапу експерименту дошкільників із церебральним паралічем з низьким рівнем виявлено – 62,58%, а по завершенні формувального етапу - 38,91% дітей експериментальної групи.

Рівні сформованості спеціалізації обох півкуль мозку / координації обох частин тіла / цілеспрямованої діяльності (СП/ЦД) у дітей дошкільного віку з церебральним паралічем

Серед дошкільників формувального експерименту не виявлено дітей із *високим рівнем* сформованості спеціалізації обох півкуль мозку / координації обох частин тіла / цілеспрямованої діяльності. *Достатній рівень* показали 17,04 % дітей експериментальної групи та 3,12% дошкільників контрольної групи. *Середній рівень* засвідчили 53,16% дітей експериментальної групи та 37,02% дітей контрольної групи. Кількість дітей із *низьким рівнем* сформованості спеціалізації обох півкуль мозку / координації обох частин тіла / цілеспрямованої діяльності - 29,8% експериментальної групи та 59,86% контрольної групи дошкільників з церебральним паралічем. Результати обстеження відображено на гістограмі рис. 3.4.

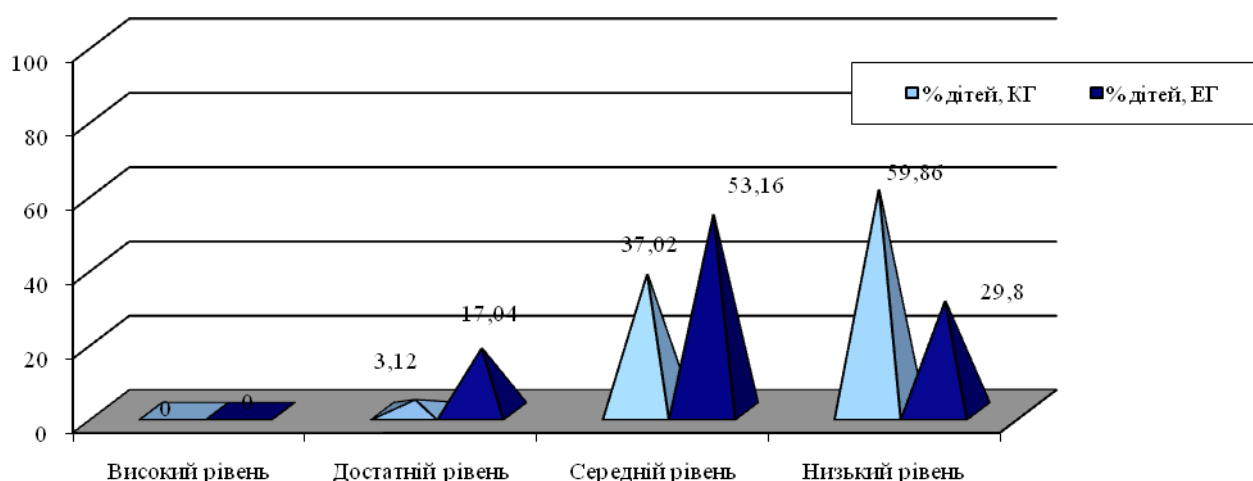


Рис. 3.4. Показники рівнів сформованості СП/ЦД за результатами підсумкового констатувального експерименту

Під час констатувального етапу експерименту дошкільники із церебральним паралічем показали низький рівень сформованості спеціалізації обох півкуль мозку / координації обох частин тіла / цілеспрямованої діяльності – 74,09%. По завершенню формувального експерименту дошкільники експериментальної групи показали підвищення рівні сформованості до середнього, а низький 29,8% в порівнянні дошкільниками контрольної групи – 59,86%.

Таким чином, результати експерименту довели, що діти зі складними формами церебрального параліча не досягли високого та достатнього рівнів сформованості сенсорно-інтегрального розвитку, але в експериментальній групі визначилися діти з середнім рівнем сформованості сенсорно-інтегрального розвитку, передбачених програмою сенсорно-інтегративної терапії критеріїв.

Також відзначаємо, що по завершенню формувального етапу експерименту зменшилась кількість дошкільників з церебральним паралічем із низьким рівнем сформованості всіх складових сенсорно-інтегрального розвитку.

Охарактеризовані особливості рівнів сформованості здатності до сенсорно-інтегрального розвитку в дошкільників з церебральним паралічем дозволяють зробити припущення, що зазначені результати вивчення сформованості показників передбачають:

- недостатньою тривалістю експерименту (усі заходи, передбачені технологією сенсорної інтеграції, мають використовуватися у формуванні середовища дитини і бути невід'ємною складовою її життя);

- від початку застосування СІТ (зазначені компоненти сенсорної інтеграції у дітей дошкільного віку загального розвитку формуються природнім шляхом впродовж трьох перших років життя (потім ускладнюються та вдосконалюються впродовж усього життя), у дітей з церебральним паралічем в рамках експерименту дані процеси розпочали цілеспрямовано формувати у дошкільному віці). Хочемо відзначити, що по завершенню формувального етапу експерименту кращих результатів досягли діти молодшого та середнього дошкільного віку зі збереженим інтелектом;

- складністю порушень у дошкільників (чим важчий був психофізичний стан дошкільника, тим нижчих результатів він досяг).

Під час роботи за індивідуальними програмами сенсорно-інтегративної терапії в окремих випадках застосовували поточне діагностування для

коригування індивідуального підходу і змісту сенсорно-інтегративного впливу, яке суттєво не впливало на результативність експерименту. Для підведення підсумків результативності експериментальної роботи був проведений контрольний-порівняльний експеримент на основі даних констатувального експерименту, що проводився до і після формувального експерименту.

За даними контрольного заміру (за визначеними критеріями і показниками сформованості сенсорно-інтегрального розвитку) у дітей експериментальної групи було виявлено відчутні позитивні зміни, що вплинули на загальну характеристику сформованості стану сенсорної інтеграції у дітей з церебральним паралічем.

За результатами зіставно-порівняльного аналізу одержані дані рівнів сформованості сенсорно-інтегрального розвитку, що підтверджують дослідження (таблиця 3.4).

Таблиця 3.4

Порівняльні дані рівнів сформованості сенсорно-інтегрального розвитку в дітей з церебральним паралічем на констатувальному та формувальному етапах експерименту (%)

Етапи експерименту	Групи	Рівні			
		Високий	Достатній	Середній	Низький
Констатувальний	Діти з ЦП (82)	—	11,16	26,94	61,9
	Діти ЗГ (86)	36,41	53,75	9,84	—
Формувальний	ЕГ (42 дит.)	4,78	35,43	46,15	13,64
	КГ (40 дит.)	—	19,27	35,58	45,15

В експериментальних групах наявні позитивні зміни. Високого рівня стану сенсорного розвитку у дітей досягли 4,78%, а 35,43% набули достатнього рівня. На констатувальному етапі з високим рівнем стану сенсорного розвитку дітей з церебральним паралічем не було виявлено, а серед дітей загального розвитку із таким рівнем виявилось — 36,41% та з достатнім

— 53,75 %. Середній рівень виявили у 46,15% дітей з церебральним паралічем, тоді як на констатувальному етапі їх було 11,16%. Після проведення формувального експерименту кількість дітей з церебральним паралічем низького рівня сформованості сенсорного інтегрування зменшилася з 61,9 % до 13,64 %.

Щодо дітей контрольних груп, то високого рівня сформованості сенсорно-інтегрального розвитку в дітей з церебральним паралічем не виявили, а достатній рівень сформованості сенсорно-інтегрального розвитку показали – 19,27%. Динамічні зміни відмічено на середньому рівні сформованості сенсорно-інтегрального розвитку, а саме: відбулося зростання від 26,94% до 35,58% дошкільників. Низький рівень виявили у 45,15 %, тоді як на початку корекційно-реабілітаційного впливу сенсорно-інтегративною терапією таких дітей було 61,9%.

Враховуючи результати формувального експерименту нами було обчислено індекс стану сформованості сенсорно-інтегрального розвитку у дітей з церебральним паралічем експериментальної й контрольної груп, що показали такі результати:

$$I_{\text{сip}}(\text{ЕГ}) = 2,2686$$

$$I_{\text{сip}}(\text{КГ}) = 1,6907$$

Результати обчислення індексів групового стану сенсорного інтегрування розвитку дітей з церебральним паралічем та без порушень розвитку на констатувальному й формувальному етапах експерименту подані в табл. 3.5.

Результати дослідження показали, що на констатувальному й формувальному етапах експерименту відсутні показники високого індексу групового стану сенсорного інтегрування та розвитку у дітей з церебральним паралічем та дітей загального розвитку. Діти з церебральним паралічем не виявили показників достатнього рівня, тоді як у групі без порушень розвитку показник цього рівня становить 3,3482. Проте в експериментальній групі дітей з ЦП відбулися позитивні зміни. Так, в експериментальній групі дітей з ЦП на

прикінцевому етапі індекс сформованості сенсорно-інтегрального розвитку становить 2,2686, що відповідає середньому показнику, тоді як на констатувальному етапі цей показник був низьким — 1,3864. Щодо контрольної групи, то, як свідчать дані таблиці, на прикінцевому етапі відбулися несуттєві зміни. Індекс стану сформованості сенсорно-інтегративної сфери 1,6907, що відповідає пограничній межі низького та середнього показників.

Таблиця 3.5

Порівняльні дані індексів групової сформованості сенсорно-інтегрального розвитку на констатувальному та формувальному етапах експерименту

Етап експерименту	Група	Індекс групового стану сенсорно-інтегрального розвитку			
		Низький 1-1,5	Середній 1,5-2,5	Достатній 2,5-3,5	Високий 3,5-4
Констатувальний	з ЦП	1,3884			
	ЗР	—	—	3,3482	
Формувальний	ЕГ		2,2686	—	—
	КГ	—	1,6907	—	—

Таким чином, дані експерименту підтверджують, що діти з ЦП після навчання за традиційною корекційно-реаблітаційною програмою мають середній рівень сформованості сенсорної інтеграції, на відміну від дітей, які навчались за експериментальною технологією сенсорної інтеграції із використання засобів сенсорно-інтегративної терапії. Для перевірки обчислимо відсоткову різницю індексів за формулою (2.1):

$$V_r = \frac{2,268 - 1,690}{2,268} \times 100\% = 25,48\%$$

V_r - відсоткова різниця індексів: експериментальної групи дітей з ЦП, які навчались за експериментальною методикою та контрольної групи дітей з

церебральним паралічем, які навчались за традиційною корекційно-реабілітаційною програмою для дітей з порушеннями опорно-рухового апарата.

Отже, відсоткова різниця індексів на прикінцевому етапі дослідження дітей дошкільного віку з церебральним паралічем експериментальної групи порівняно з контрольною групою за показниками сенсорно-інтегрального розвитку становить $\approx 25,48\%$.

Результати дослідження виявили динаміку рівнів стану сформованості сенсорної інтеграції, її складових, що свідчить про ефективність проведеного корекційно-реабілітаційного процесу. Таким чином, математичне обрахування результатів експериментальної роботи свідчить на користь запровадження сенсорно-інтегративної підготовки за експериментальною організаційно-дидактичною моделлю формування стану розвитку сенсорної інтеграції дітей з церебральним паралічем до навчання та соціалізації, що забезпечує вищий рівень сенсорно-інтегративної компетентності.

Для отримання статистично значимих результатів порівняння даних до та після формувального експерименту нами було використано формулу перевірки відсоткової різниці індексів та t-критерій Стьюдента з метою перевірки рівності середніх значень у двох вибірках.

Застосування даного критерію дозволило виявити статистично значимі відмінності за показниками сформованості сенсорно-інтегрального розвитку. Для проведення усіх статистичних обчислень використовувався пакет SPSS 22.0

Висновки до третього розділу

Розроблена технологія сенсорної інтеграції для дітей дошкільного віку з церебральним паралічем виступає одним із важливих чинників проектування процесу корекційно-виховної та реабілітаційної роботи дітей і є одним із компонентів комплексного використання як традиційних так й інноваційних, орієнтованих на використання технічних засобів реабілітування та навчання, що підтримують принцип взаємного доповнення та підсилення.

Складові технології сенсорної інтеграції підпорядковуються як загальнодидактичним, так і спеціальним принципам процесів навчання та корекційно-реабілітаційної роботи з виокремленням специфічних принципів сенсорно-інтегративної терапії та з урахуванням індивідуального підходу згідно з результатами нейропсихологічної діагностики дитини із церебральним паралічем.

Ефективність запропонованої технології сенсорного інтегрування для дітей дошкільного віку з церебральним паралічем забезпечувалася реалізацією таких умов: організаційних; корекційно-реабілітаційних; дидактико-методичних; навчально-виховних; технічних та фахової підготовки спеціалістів для впровадження визначеного процесу корекції.

Для підвищення ефективності корекційно-реабілітаційного процесу сенсорного інтегрування виокремлено фактори, напрями діяльності фахівця в умовах спеціально створеного середовища різних типів сенсорних кімнат, які ґрунтуються на принципах нейропсихологічної діяльності дитини дошкільного віку.

Результати формувального експерименту засвідчили позитивні зміни у рівнях здатності до сенсорно-інтегрального розвитку, так в експериментальних групах наявні позитивні зміни. Високого рівня стану сенсорного розвитку у дітей досягли 4,78%, а 35,43% набули достатнього рівня. На констатувальному етапі з високим рівнем стану сенсорного розвитку дітей з церебральним паралічем не було виявлено, дошкільників загального розвитку з таким рівнем

виявилося — 36,41% та з достатнім — 53,75%. Середній рівень виявили 46,15% дітей з церебральним паралічем, тоді як на констатувальному етапі їх було 26,94%. Після проведення формувального експерименту кількість дітей з церебральним паралічем низького рівня сформованості сенсорного інтегрування зменшилася з 61,9% до 13,64%.

Щодо дітей контрольних груп, то високого рівня сформованості сенсорно-інтегрального розвитку у дітей церебральним паралічем не виявили, а достатній показали – 15,27%. Динамічні зміни відмічено на середньому рівні сформованості сенсорно-інтегрального розвитку, а саме відбулося зростання від 26,94% до 35,58%. Низький рівень стану сенсорного розвитку виявили 45,15%, тоді як на початку корекційно-реабілітаційного впливу таких дітей було 61,9%.

Отже, відсоткова різниця індексів на прикінцевому етапі дослідження дітей дошкільного віку з ЦП експериментальної групи порівняно з контрольною групою за показниками сенсорно-інтегративного розвитку становить $\approx 25,48\%$.

Матеріали дослідження можуть бути використані у процесі розроблення індивідуальних корекційно-реабілітаційних програм, які пропонуємо використовувати в освітніх та навчально-реабілітаційних закладах.

Теоретичні положення даного розділу висвітлені у таких публікаціях:

1. Заплатинська А. Б. Напрями формування та корекції процесів сенсорної інтеграції у дітей з церебральним паралічем / А. Б. Заплатинська // Зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / за ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – Вип. XVII в двох ч., ч. 2. Серія : соціально-педагогічна. – Кам'янець-Подільський : Медобори, 2006, 2012. – С. 291-299.
2. Заплатинська А. Б. Методичні основи корекції процесу сенсорної інтеграції дітей з ДЦП засобами темної сенсорної кімнати / А. Б. Заплатинська // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки) : зб. наук. пр. Вип. 6. У 2-х т. / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. – Кам'янець-Подільський : ПП Медобори – 2006, 2015. – Т.1. – С 126–137.
3. Заплатинська А. Б. Впровадження сенсорно-інтегративної терапії як попередження виникнення порушень розвитку у дітей / А. Б. Заплатинська // Обдаровані діти – інтелектуальний потенціал держави : мат. міжн. наук.–практ. конф., 16-20 вересня 2014 року, м. Київ. – Київ : Інститут обдарованої дитини, 2014. – С. 319-324.

ВИСНОВКИ

У дослідженні здійснено теоретичний аналіз та емпіричне дослідження питання сформованості здатності до сенсорної інтеграції, що полягає у з'ясуванні сутності провідних понять, ієрархії сенсорної інтеграції, критеріїв та показників, рівнів розвитку, їх компонентів. Обґрунтовано, розроблено та апробовано технологію сенсорної інтеграції, її застосування у роботі з дітьми з церебральним паралічем.

Зокрема, можна зробити такі висновки:

1. Аналіз психолого-педагогічної літератури засвідчив, що поняття «сенсорна інтеграція» відзначено у працях фахівців різних галузей знань, а питання використання сенсорно-інтегративної терапії набуло міжгалузевого значення. Дані дослідження спрямовані на створення умов, які б забезпечували відновлення, реабілітацію тощо. З'ясовані невирішені питання застосування терапії в роботі з дітьми із порушеннями психофізичного розвитку, зокрема, науково-педагогічного обґрунтування даної діяльності.

У спеціалізованій літературі простежується відсутність системності та послідовності впровадження сенсорно-інтегративної терапії в корекційно-виховний процес навчального закладу. Зокрема, її застосування у роботі з дітьми із церебральним паралічем та створення мультисенсорного середовища як умови, за якої розвиваються їх сенсорно-інтегративні можливості, формуються емоційні реакції на подразники зовнішнього світу, що відіграють важливе значення у розвитку психічних процесів.

2. Встановлено, що сенсорна інтеграція дитини характеризується сукупністю взаємопов'язаних компонентів і визначає ієрархію, що її нами розподілено за чотирма блоками: сенсорні відчуття (базовий, ефективно засвоєння фізичного середовища, відчуття та реакції на подразники різної сили, тривалості, інтенсивності), сенсорно-інтегральне сприймання (інтеграція отриманих сенсорних відчуттів та їх перетворення в сприймання), сенсорно-інтегральний розвиток (інтеграція сенсорного сприймання та рівень

міжсистемної взаємодії) та сенсорне виховання – у площині розвитку здатності до сенсорної інтеграції (результат здатності до сенсорного інтегрування). До кожного з них розроблено критерії та показники, на основі яких виділено рівні сформованості здатності до сенсорного інтегрування: високий, достатній, середній, низький.

3. Досліджено та встановлено специфічні особливості рівнів сформованості сенсорно-інтегрального розвитку, що пов'язані з труднощами оволодіння суспільним досвідом, зокрема, впливом несприятливих для розвитку центральної нервової системи біологічних та соціальних факторів, таких як: порушення діяльності аналізаторних систем та фізичного розвитку в цілому, які лежать в основі уповільненості формування психічних процесів; госпіталізація, обмежене коло спілкування та інше.

4. Встановлено, що у дошкільників з церебральним паралічем не виявлено високого рівня сформованості сенсорно-інтегрального розвитку, лише в 11,16% дітей із церебральним паралічем достатній рівень, а у 26,94 % – середній рівень. У 61,9 % дітей з церебральним паралічем виявлено низький рівень сформованості сенсорно-інтегрального розвитку. У групі дітей загального розвитку низького рівня сформованості сенсорно-інтегрального розвитку не виявлено. Високий рівень – у 36,41% дошкільників, достатній рівень – у 53,75%, а середній рівень – у 9,84% досліджуваних дітей.

5. Розроблено та обґрунтовано технологію сенсорної інтеграції для дошкільників з церебральним паралічем, повноцінна реалізація якої забезпечується: єдиною метою, власним змістом, умовами, принципами, методами, формами організації відповідно до рівнів сформованості сенсорно-інтегрального розвитку. Технологія побудована на основі корекційно-реабілітаційної складової навчального плану освітнього закладу з урахуванням вимог до програм та діяльності міждисциплінарної команди. Програма сенсорно-інтегративної терапії укладалась з метою формування вестибулярно-пропріоцептивної; зорово-рухової; слухо-зорово-моторної; нюхо-смако-вестибулярно-тактильно-пропріоцептивної координації та на спеціалізацію

обох півкуль мозку / координацію обох частин тіла / цілеспрямовану діяльність. Під час написання програми враховувались не лише індивідуальні особливості дошкільника (форма церебрального паралічу, сформованість пізнавальних процесів, рівень розвитку сенсорної інтеграції за визначеними блоками), а й тип закладу, типова програма навчання та реабілітування.

6. Експериментальна перевірка запропонованої технології показала позитивні зміни у рівнях здатності до сенсорного інтегрування: високого рівня сенсорно-інтегрального розвитку досягли 4,78% дошкільників ЕГ, сформованість низького рівня здатності до сенсорного інтегрування зменшилася із 61,9 % до 13,64%.

У дітей КГ високого рівня сформованості сенсорно-інтегрального розвитку не виявлено, низький рівень виявлено у 45,15% дошкільників з церебральним паралічем. Динамічні зміни спостерігаються на середньому рівні, а саме: відбулося зростання здатності до сенсорного-інтегрування із 26,94 % до 35,58 %.

Результати апробації засвідчили ефективність запропонованої технології сенсорної інтеграції та підтвердили припущення, що її застосування для корекційно-розвивальної роботи з дітьми дошкільного віку з церебральним паралічем є основою для побудови якісного корекційно-реабілітаційного процесу в цілому.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Айрес Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития / Э. Дж. Айрес; [пер. с англ. Юлии Даре]. – Москва : Теревинф, 2009. – 272 с.
2. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста : учеб. пособие / Под. ред. Л.С. Цветковой. – 3-е изд, испр. и доп. – Москва : Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж : Издательство НПО «МОДЭК», 2010. – 320 с. – (Серия «Библиотека психолога»).
3. Актуальные проблемы междисциплинарного подхода к этапной комплексной реабилитации детей с церебральным параличом: материалы научно-практического семинара с международным участием. – Москва : МГПУ, 2013. – 211 с.
4. Андрущенко Н.В. Психодиагностика у детей раннего возраста в нейрорепедиатрии / Н.В. Андрущенко. – Санкт-Петербург : Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. – 46 с.
5. Анісіна М. О. Сенсорне виховування школярів у процесі образотворчої діяльності / М. О. Анісіна // Педагогіка та психологія. – Харків, 1998. – Вип.7. – С. 50-55.
6. -Дубовис Д. М. Идеи А. В. Запорожца о развитии личности дошкольника / Д. М. Арановская-Дубовис, Е. В. Заика // Вопросы психологии, 1995. – № 5. – С. 87-99.
7. Артемова Л. В. Вчися граючись : Навколишній світ у дидактичних іграх дошкільнят. / Л. В. Артемова. – Київ : Томіріс, 1995. – 112 с.
8. Архипова Е. Ф. Четыре уровня доречевого развития детей с детским церебральным параличом // Хрестоматия по логопедии / под. ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. – Москва : Владос, 1997. – Т.1. – С.262-268.
9. Бадалян Л. О. Невропатология : учеб. для студ. деф. фак. высш. пед. уч. зав. / Л. О. Бадалян. – Москва : Знание, 2003. – 368 с.

10. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба. – Киев, 1988. – 323 с.
11. Баранщиков В. А. Восприятие и событие. / В. А. Баранщиков. – Санкт-Петербург : Алетейя, 2002. – 512 с.
12. Барабашова І. А. Сучасні підходи до сенсорного виховання молодших школярів / І. А. Барабашова // Зб. наук. пр. – Бердянськ, 2008. – №1 : Педагогічні науки. – С. 29-36.
13. Басилова Т. А. Американская программа обучения основам научных знаний для детей со сложными сенсорными нарушениями / Т. А. Басилова // Дефектология. – 1994. – №5. – С. 8-13.
14. Басилова Т. А. Психология детей со сложными нарушениями развития // Основы специальной психологии / под ред. Л. В. Кузнецовой. – Москва : Academia, 2002. – С. 374-397.
15. Батуев А. С. Введение в физиологию сенсорных систем : учеб. пособ. для студ. биолог. спец. ун-тов / А. С. Батуев, Г. А. Куликов. – Москва : Высшая школа, 1983. – 247с.
16. Бернштейн Н. А. О ловкости и ее развитии / Н. А. Бернштейн. – Москва : Физкультура и спорт, 1991. – 288 с. : ил.
17. Бернштейн Н. А. Очерки о физиологии движений и физиологии активности / Н. А. Бернштейн. – Москва : Изд-во «Медицина», 1966. – 350 с.
18. Бехтерева Н.П. Мозговые коды психической деятельности / Н. П. Бехтерева, П. В. Бундзен, Ю. Л. Гоголицын. – Ленинград : Наука. - 1977. - 166 с.
19. Благовещенская Н. С. Топическое значение нарушений слуха, вестибулярной функции, обоняния и вкуса при поражениях головного мозга / Н. С. Благовещенская. – Москва : Медгиз, 1962. – 272 с. : ил.
20. Богданова Т. Г. Сурдопсихология : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Т. Г. Богданова. – Москва : Академия, 2002. – 203 с.
21. Бойко Г. М. Корекційна спрямованість психолого-педагогічного супроводу спортивної діяльності спортсменів високої кваліфікації у спорті

інвалідів / Г. М. Бойко // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2010. – № 12. – С. 12-20.

22. Бойко Г. М. Критерії ефективності системи психолого-педагогічного супроводу спортивної діяльності спортсменів-інвалідів / Г. М. Бойко // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2009. – № 7. – С. 19-24.

23. Бондар В. І. Дидактичні та соціально-педагогічні аспекти розвитку спеціального навчання дітей з обмеженими психофізичними можливостями / В. І. Бондар // Розвиток педагогічної і психологічної наук в Україні 1992-2002 : Збірник наукових праць до 10-річчя АПН України / АПН України. – Харків : ОВС, 2002. – Ч. 1. – С. 613-630.

24. Бортфельд С. А. Лечебная физическая культура и массаж при детском церебральном параличе / С. А. Бортфельд, Е. И. Рогачева. – Москва : Медицина, 1986. – 171 с.

25. Ван Дайк Я. Обучение и воспитание слепоглухих как особой категории аномальных детей / Я. Ван Дайк // Дефектология. – 1992. – № 4. – С. 36-45.

26. Ван Дайк Я. Подход к обучению и диагностике детей с множественными сенсорными нарушениями / Я. Ван Дайк // Дефектология. – 1990. – №1. – С.67-75.

27. Ванн дер Стам Б. Допомога дитині при церебральному паралічі : Практичні поради / Бен Ванн дер Стам. – Львів : Місіонер, 1995. – 72 с.

28. Варій М. Загальна психологія : навчальний посібник / М. Варій. – 2-ге видан., випр. і доп. – Київ : Центр учбової літератури, 2007. – 968 с.

29. Васильева В. Е. Врачебный контроль и лечебная физическая культура / В. Е. Васильева, Д. Ф. Дешин. – Москва : Физкультура и спорт, 1968. – 295 с.

30. Введение в музыкотерапию / Г.-Г. Декер-Фойгт. – Санкт-Петербург : Питер, 2003. – 208 с. : ил. – (Серия «Золотой фонд психотерапии»).

31. Венгер Л. А. А. В. Запорожец и его вклад в советскую психологию / Л. А. Венгер // Вопросы психологии. – 1985. – № 4. – С. 121-125.

32. Венгер Л. А. Воспитание сенсорной культуры ребенка от рождения до 6 лет : кн. для воспитателя дет. сада / Л. А. Венгер, Э. Г. Пилюгина, Н. Б. Венгер // под ред. Л. А. Венгера. – Москва : Просвещение, 1988. – 144 с. : ил.

33. Выготский Л. С. Педагогическая психология / Л. С. Выготский / под ред. В. В. Давыдова. – Москва : Педагогика-Пресс, 1996. – 536 с. – (Психология : Классические труды).

34. Выготский Л. С. Собрание сочинений : В 6-ти т. – Т. 5. Основы дефектологии / Л. С. Выготский // под ред. Т. А. Власовой. – Москва : Педагогика, 1983. – 368 с.

35. Выготский Л. С. Психология искусства [Электронный ресурс] : [монография] / Л. С. Выготский. - Санкт-Петербург : Лань, 2013. - 337 с. - Режим доступа : <http://e.lanbook.com/>

36. Визель Т.Г. Нейропсихологическое блиц-обследование / Т. Г Визель. – В. Секачев : 2011. – 24 с.

37. Восприятие и действие / А. В Запорожец, Л. А Венгер, В. П. Зинченко, А. Г. Ружская ; под.. ред. А. В Запорожца – Москва : Просвещение, 1967. – 324 с.

38. Гальперин П. Я. Актуальные проблемы возрастной психологии / П. Я. Гальперин. – Москва, 1978. – 120 с.

39. Гальперин П. Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий. Исследования мышления в советской психологии / П. Я. Гальперин // Введение в психологию. – Москва, 1976. – С. 236-276.

40. Глозман Ж. М. Нейропсихология детского возраста / Ж.М. Глозман – Москва : ИЦ «Академия», 2009. – 272 с.

41. Глозман Ж. М. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте / Ж.М. Глозман, А.Ю Потанина, А. Е. Соболева. – Санкт-Петербург : Питер, 2006. – 80 с.

42. Горячева Т. Г. Сенсомоторная коррекция при психосоматических расстройствах в детском возрасте / Т. Г. Горячева, А. С. Султанова //

Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / Под общей ред. проф. Ю.С. Шевченко. – Санкт-Петербург : Речь, 2003. – С. 474-490.

43. Данилова Л. А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом / Л. А. Данилова. – Ленинград : Медицина, 1977. – 169 с.

44. Дельгад Х. Мозг и сознание / Х. Дельгадо. – Москва : Мир, 1971. – 263 с.

45. Дети с острым церебральным параличом. Руководство по образованию / под ред. Хеннинг Рай и Мириам Скъюртен. – Москва : ЮНЕСКО, 1989. – 138 с.

46. Дитина з порушеннями опорно-рухового апарату в загальноосвітньому просторі : метод. рек. фахівцям з орг. та впровадж. інклюз. форми навчання дітей з порушеннями функцій опор.-рух. апарату : метод. посібн. / [Шевцов А. Г. та ін.] ; за заг. наук. ред. А. Г. Шевцова : Всеукр. громад. орг.. «Наук. т-во інвалідів «Ін-т соц. політики», каф. ортопедагогіки та реабілітології Ін-ту корект. педагогіки та психології Нац. пед. ун-ту ім. М. П. Драгоманова. – Київ : Слово, 2014. – 195 с.

47. Доман Г. Гармоничное развитие ребенка: как развить умственные и физические способности ребенка / Г. Доман. – Москва : Аквариум, 1996. – 448 с.

48. Дорошенко З. П. Сенсомоторний розвиток дитини раннього дошкільного віку : теорія і практика. Пріоритетні напрями роботи дошкільної ланки освіти на 2006-2007 навчальний рік : методичний аспект / З. П. Дорошенко // Вип. шостий / за наук. ред. К. Л. Крутій. – Запоріжжя : ТОВ «ЛПС» ЛТД, 2007. – № 6. – С. 142-157.

49. Журба Л. Т. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни / Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова. – Москва : Медицина, 1981. – 272 с.

50. Запорожец А. В. Восприятие, движение, действие / А. В. Запорожец, В. П. Зинченко // Познавательные процессы: ощущения, восприятие. – Москва : Педагогика, 1982. – С. 50-79.

51. Запорожец А. В. Развитие произвольных движений / А. В. Запорожец // Избранные психологические труды : В 2-х т. Т. II. – Москва : Педагогика, 1986. – 286 с.
52. Зинченко В. П. О функциях движений руки и глаза в процессе восприятия / В. П. Зинченко, Б. Ф. Ломов // Вопросы психологии. –1960. – № 5. – С. 36-37.
53. Зинченко В. П. Функциональная структура действия / В. П. Зинченко, Н. Д. Гордеева. – Москва : МГУ, 1982 . – 208 с.
54. Игры и занятия с детьми раннего возраста с психофизическими нарушениями : методическое пособие / под ред. Е. А. Стребелевой, Г. А. Мишиной. – 2-е изд. – Москва : Экзамен, 2006. – 160 с. (Серия «Ранняя помощь»).
55. Игры и занятия с детьми раннего возраста, имеющими отклонения в психофизическом развитии : Книга для педагогов / под ред. Е. А. Стребелевой, Г. А. Мишиной. – Москва : Полиграф сервис, 2002. – 128 с.
56. Ипполитова М. В. Коррекционно-воспитательная работа с детьми дошкольного возраста, страдающих церебральными параличами / М. В. Ипполитова // Очерки по патологии речи и голоса / под ред. С. С. Ляпидевского. – Вып. 3. – М., 1967. – С. 214-223.
57. Ипполитова М. В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье / М. В. Ипполитова, Р. Д. Бабенкова, Е. М. Мастюкова. – Москва : Просвещение, 1993. – 110 с.
58. Калижнюк Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах / Э. С. Калижнюк. – Киев : Высшая школа, 1987. – 272 с.
59. Квіташвілі О. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / О. Квіташвілі. – Київ : УІСД МОЗ України, 2015. – 460 с. – (МОЗ України).

60. Кипхард Эрнст Й. Как развивается ваш ребенок? Таблицы сенсомоторного и социального развития : от рождения до 4-х лет / Эрнст Й. Кипхард. – Москва : Теревинф, 2009. – 112 с.

61. Кислинг У. Сенсорная интеграция в диалоге. Понять ребенка, распознать проблему, помочь обрести равновесие. / У. Кислинг. – Москва : Теревинф, 2013. – 240 с.

62. Козьявкін В. І. Методи Козьявкіна – система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації / В. І. Козьявкін // Посібник реабілітолога. – Львів : Вид-во «Дизайн-студія «Папуга», 2011. – 240 с.

63. Комплексная коррекция трудностей обучения в школе / под ред. Ж.М.Глозман, А.Е. Соболевой. – Москва : Смысл, 2014. – 544 с.: ил. – (Теория и практика психологической помощи).

64. Копытин А. Техники телесно-ориентированной арт-терапии / А. Копытин А., Б. Корт. – Москва : «Психотерапия», 2011. – 128 с. : ил.

65. Корнев А. Н. Нейропсихологические методы исследования. Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии. / А. Н. Корнев. – СПб, 1991. – 95с.

66. Корнев А. Н. Применение нейропсихологических методов исследования у детей / А. Н. Корнев // Методы нейропсихологической диагностики / Л.И. Вассерман, С.А. Дорофеева, Я. А. Меерсон. – Санкт-Петербург, 1997. – С. 230-276.

67. Костандов Э. А. Функциональная асимметрия полушарий мозга и неосознаваемое восприятие / Костандов Э. А. – Москва : Наука, 1983. – 172 с.

68. Лазебник Т. А., Грызлова, Л. Н. Медико-педагогическая реабилитация детей с ограниченными возможностями здоров'я / Т.А Лазебник, Л.Н. Грызлова. – Санкт-Петербург : СВЕН, 2013. – 105 с.

69. Лебедев А. Н. Нейрофизиологические параметры памяти человека. / А. Н. Лебедев // Журнал Высшей нервной деятельности. – 1993. – Т. 43. – № 2. – С.277-285.

70. Левченко И. Ю. Особенности психического развития больных ДЦП в детском и подростковом возрасте. / И. Ю. Левченко. // Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича. – М., 1991. – С. 21-44.

71. Левченко И. Ю. Система психологического изучения лиц с детским церебральным параличом на разных этапах социальной адаптации : автореф. дис. ...д-ра психол. наук : 19.00.10 / Ирина Юрьевна Левченко / Московский государственный открытый педагогический университет им. М.Л. Шолохова. – М., 2001. – 28 с.

72. Левченко И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : учеб. пособ. для студ. сред. учеб. завед. / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. – Москва : Издательский центр «Академия», 2001. – 192 с.

73. Ленів З. П. Корекція порушень усного мовлення у дітей старшого дошкільного віку засобами арттерапії : автореф. дис. ...канд. пед. наук : 13.00.03 / Зоряна Павлівна Ленів ; Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – Київ, 2010. – 21 с.

74. Леонтьев А. Н. Потребности, мотивы и эмоции / А. Н. Леонтьев. – Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1972. – 575 с.

75. Лофорн Ф. Программа сенсорного развития для детей с грубыми множественными нарушениями / Ф. Лофорн // Дефектология. – 1998. – № 2. – С. 6-12.

76. Лурия А. Р. Ощущение и восприятие / А. Р. Лурия. – Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1975. – С. 4-110.

77. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии : учеб. пособие / А.Р.Лурия. – Москва : Академия, 2002. – 384 с. : ил.

78. Ляпидевский С. С. Невропатология / С. С. Ляпидевский // Естественнаучные основы специальной педагогики : учеб. для студ. высш. учеб. завед. / под ред. В. И. Селиверстова. – Москва : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. – 384 с. – (Коррекционная педагогика)

79. Малікова Ю. В. Сенсорне виховання в сучасній теорії і практиці дошкільної освіти / Ю. В. Малікова // Науковий вісник–Одеса, 2005. – № 3-4. – С.154-159.

80. Маліновська Н. В. Проблеми сенсорного розвитку і виховання дітей у педагогічній спадщині С. Ф. Русової / Н. В. Маліновська // Наукові записки. – Рівне, 2003. – Вип.27. – С.29-32.

81. Мамайчук И. И. Нейропсихологическое исследование гностических процессов у детей с различными формами ДЦП / И. И. Мамайчук // Невропатология и психиатрия. – 1992. – № 4. – С.42-44.

82. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – Санкт-Петербург : Речь, 2003. – 400 с.

83. Мармоза А.Т. Теорія статистики. : навч. посібник / А. Т. Мармоза. – Київ : Центр навчальної літератури, 2013. – 592 с.

84. Мартинюк В. Ю. Перинатальні ураження нервової системи у дітей : клініка, діагностика, рання медико-соціальна реабілітація / [В .Ю. Мартинюк, Р.О. Моїсеєнко, Л. О. Панасюк та ін.] // зб. наук. праць співробітників НМАПО ім.. П. Л. Шупика. – 2013. – Вид. 22(3). – С.217–223.

85. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика. Ранний и дошкольный возраст : Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии / Е. М. Мастюкова. – Москва : Владос, 1997. – 304 с..

86. Мастюкова Е. М. Некоторые особенности мотивационной сферы младших школьников с церебральным параличом и воспитания основ нравственного поведения / Е.М. Мастюкова // Дефектология. – 1985. – № 5. – С.3-6

87. Мастюкова Е. М. Особенности личности учащихся с церебральным параличом / Е. М. Мастюкова // Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата / под ред. И. Власовой. – Москва : Педагогика, 1985. – С. 70-89.

88. Мастюкова Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина / под ред. В.И.Селиверстова. – Москва : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 408 с.

89. Мастюкова Е. М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом / Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова. – Москва : Просвещение, 1985. – 135 с.

90. Мастюкова, Е. М. О нарушении гностических функций у учащихся с тяжелыми расстройствами речи / Е. М. Мастюкова // Дефектология. – 1976. – № 1. – С. 13-17.

91. Мастюкова Е. М. Особенности логопедической работы при детском церебральном параличе / Е. М. Мастюкова // Логопедия / под ред. Л. С.Волковой. – М., 1989. – 196 с.

92. Мастюкова Е. М. Ребенок с отклонениями в развитии : Ранняя диагностика и коррекция / Е. М. Мастюкова. – Москва : Просвещение, 1992. – 95с. : ил.

93. Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом / Е. М. Мастюкова. – Москва : Просвещение, 1991. – 159 с.

94. Матиева Л. А. Сенсорное воспитание детей с отклонениями в развитии. / Л. А. Матиева, Э. Я. Удалова // Сборник игр и игровых упражнений. Серия : Специальная психология. – Москва : Книголюб, 2008. – 128 с.

95. Медіна Д. Правила розвитку мозку дитини / Джон Медіна. – Київ: Наш Формат, 2015. – 376 с.

96. Методика учебно-воспитательной работы в центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации : учеб.-метод. пособие / М. Вентланд, С. Е. Гайдукевич, Т. В. Горудко и др. / науч. ред. С. Е. Гайдукевич. – Минск : БГПУ, 2009. – 276 с. : ил.

97. Мэш Э., Вольф, Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Эрик Мэш, Дэвид Вольф. – Санкт-Петербург: Прайм – ЕВРОЗНАК, 2007. – 511 с.

98. Микадзе Ю. В. Нейропсихология детского возраста [Электронный ресурс]: учебное пособие / Ю. В. Микадзе. - Санкт-Петербург : Питер 2013.- 288 с. - Режим доступа : <http://ibooks.ru/>

99. Миненкова И. Н. Обеспечение сенсорной интеграции в коррекционно-развивающей работе с детьми с тяжёлыми и/или множественными нарушениями психофизического развития / И. Н. Миненкова // Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации : учеб.-метод. пособие / С. Е. Гайдукевич и др. ; науч. ред. С. Е. Гайдукевич. – Минск : УО БГПУ им. М. Танка, 2007. – С. 86-92.

100. Мирнова С. П. Олігофренопедагогіка. Компактний навчальний курс : навчальний посібник / С. П. Мирнова. – Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський держ. ун-т РВВ, 2008.– 204 с.

101. Монтанаро С. Кватроччи. Понимание человека. Важность первых трех лет жизни / Сильвана Кватроччи Монтанаро. – Санкт-Петербург: РЕНОМЕ, 2013. – 203 с.

102. Монтессори М. Помоги мне сделать это самому / М. Монтессори / сост., вступ. статья М. В. Богуславский, Г. Б. Корнетов. – Москва : Издат. дом «Карапуз», 2000. – 272 с. : ил.

103. Монтессори М. Ребенок в семье / Мария Монтессори; пер. с англ. А.Воейковой; под ред. А.И.Пугачевой. – Санкт-Петербург : «Ренومه», 2014. – 93с. – (Библиотека Фонда Монтессори).

104. Мурза В.П. Фізична реабілітація / В. П. Мурза. – Київ : Олан, 2004. – 558 с.

105. Наперстак М. А. Методические подходы к диагностике и реабилитации детей, страдающих детским церебральным параличом. Альбом (уч.-метод. пособие) / М. А. Наперстак. – Москва : НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2012. – 46с.

106. Неретина Т. Г. Специальная педагогика и коррекционная психология [Электронный ресурс] : учебное пособие / Т. Г. Неретина. - 3-е изд., стер. - Москва : Флинта 2014. - 376 с. - Режим доступа : <http://ibooks.ru/>

107. Окамото Г. Основы фізичної реабілітації / Г. Окамото. – Пер. с англ. – Львів : Галицька видавнича спілка, 2002. – 294 с.

108. Олійник Л. Умови оптимізації сенсорного виховання в ранньому віці / Л. Олійник // Вересень. – 2005. – № 1-2. – С.131-138.

109. Основы сенсорной физиологии / под ред. Р. Шмидта. – Москва : Мир, 1984. – 287 с.

110. Особенности умственного и речевого развития учащихся с церебральным параличом / под ред. М.В. Ипполитовой. – Москва : Знание, 1989. – 318 с.

111. Петрова В. Г. Кто они, дети с отклонениями в развитии? / В. Г. Петрова, И. В. Белякова. – М. : Просвещение, 1998. – 236 с.

112. Пиаже Ж. Психологическое строение интеллекта // Избранные психологические труды / Ж. Пиаже. – Москва : Просвещение, 1994. – С. 51-235.

113. Пилюгина Э. Г. Занятия по сенсорному воспитанию с детьми раннего возраста : пос. для воспит дет. сада / Э. Г. Пилюгина. – Москва : Просвещение, 1983. – 187с.

114. Практическая нейропсихология. Опыт работы с детьми, испытывающими трудности в обучении / Под ред. Ж.М.Глозман. – Москва : Генезис, 2016. – 336 с.

115. Психология восприятия / Б. М Величковский, В. П. Зинченко, А. Р. Лурия. – Москва : МГУ, 1973. – 247 с.

116. Ребенок с церебральным параличом : помощь, уход, развитие : книга для родителей // Нэнси Р. Финни. [пер. с англ. Ю. В.Липес, А. В.Снеговской] / под ред. и с предисл. Е. В. Ключковой. – Москва : Теревинф, 2001. – 336 с. – (Особый ребенок).

117. Рибцун Ю. В. Дифференциальная диагностика когнитивного развития детей четвертого года жизни с общим недоразвитием речи / Ю. В. Рибцун // Личность в едином образовательном пространстве: организация, содержание и технологии освоения : коллективная монография / науч. ред. К. Л. Крутий, А.

И. Павленко, В. В. Пашков. – Запорожье : ООО «Липс ЛТД», 2011. – С. 404-423.

118. Рогачева Е. И. Лечебная физкультура и массаж при детских церебральных параличах / Е. И. Рогачева, М. С. Лаврова. – М. : Медицина, 1977. – 95 с.

119. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – Санкт-Петербург : Питер Ком, 1999. – 720 с. – (Серия «Мастера психологии»).

120. Руссо Ж-Ж. Педагогические сочинения. В двух томах. Серия : Педагогическая библиотека / под.ред Г. Джигладзе // сост. А. Джурицкий. – Москва : Педагогика, 1981.- Том 1.- 656 с.

121. Селлар В. Энциклопедия эфирных масел // пер. с англ./ В. Селлар. – Москва : ФАИР-ПРЕСС, 2004. – 400 с.

122. Семенова К. А. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей / К. А. Семенова, Е. М. Мастюкова, М. Я. Смуглин. – Москва : Медицина, 1972. – 329 с.

123. Семенова К. А. Двигательные расстройства при ДЦП / К. А. Семенова. – Москва : 1999. – 383 с.

124. Семенова К. А. Детские церебральные параличи / К. А. Семенова. – Москва : Медицина, 1968. – 319 с.

125. Семенова К. А. Патогенетическая восстановительная терапия больных детским церебральным параличом / К. А. Семенова, А. Е. Штеренгерц, В. В. Польская. – Київ : Здоров'я, 1986. – 164с.

126. Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте / А.В. Семенович. – Москва : Академия, 2002. – 232 с.

127. Семенович А. В. Введение в нейропсихологию детского возраста: учебное пособие. – 3-е изд., испр. и доп. / А.В. Семенович. – Москва : Генезис, 2013. – 319 с. : ил.

128. Сенсорна кімната : анотація та методичні рекомендації по використанню. – Хмельницький : ТОВ «Альма-Шкіргалантерея», 2006. – 124с.

129. Сенсорная комната – волшебный мир здоровья : учебно-методическое пособие / под ред. В. Л. Жевнерова, Л.Б. Баряевой, Ю. С. Галлямовой. – Санкт-Петербург : ХОКА, 2007. – Ч. I : Темная сенсорная комната. – 416 с., ил.
130. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка : Підручник. – Ч. 2. Навчання і виховання дітей / В. М. Синьов. – Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. – 224 с.
131. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка : Підручник. – Ч. 1 / В. М. Синьов. – Київ : Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2007. – 238 с.
132. Синьова Є. П. Тифлопедагогіка. Теорія виховання сліпих та слабозорих дітей / Є.П. Синьова. – Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. – 212с.
133. Сиротюк А. Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения / А.Л. Сиротюк. – Москва : ТЦ Сфера, 2003. – 288 с.
134. Сім'я і дитина в умовах інклюзивної освіти : метод. поради батькам щодо сімейного супроводу навчання дітей з порушеннями функцій опор.-рух. апарату : метод. посіб. / [Шевцов А. Г. та ін.] ; за заг. аук. ред. А. Г. Шевцова : Всеукр. громад. орг. «Наук. т-во інвалідів «Ін-т соц. політики», каф. ортопед агогіки та реабілітології Ін-ту корект. педагогіки та психології Нац. пед. ун-ту ім. М. П. Драгоманова. – Київ : 2013. – 106 с. : іл.
135. Солнцева Л. И. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста / Л. И. Солнцева, С. М. Хорош. – 3-е изд. – М., 2003. – 78 с.
136. Солнцева Л. И. Тифлопсихология детства / Л. И. Солнцева. – Москва : «Полиграф сервис», 2000. – 126 с.
137. Соломатина И. В. Программа сенсорного развития для детей с грубыми множественными нарушениями / И. В. Соломатина // Дефектология. – 1998. – №2. – С 82-88.
138. Спеціальна педагогіка : понятійно-термінологічний словник / укл. : Андрієнко В. І., Бондар В. І., Гроза Е. П., Синьов В. М. [та ін.] ; за ред. В. І. Бондаря. – Луганськ : Альма матер, 2003. – 436 с.

139. Страковская В. Л. 300 подвижных игр для оздоровления детей от 1 года до 14 лет / В. Л. Страковская. – Москва : Новая школа 1994. – 288 с.

140. Стребелева Е. А. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного пребывания : метод. пособие для педагогов / Е.А Стребелева, Ю.Ю. Белякова, М.В. Браткова и др. ; под. ред. Е.А. Стребелевой ; Ин-т коррекц. педагогики РАО. – Изд. 2-е. – Москва : Экзамен, 2004. – 127 с. – (Ранняя помощь).

141. Сурдопедагогика : учебник для студ. высш. пед. учеб. заведений / [И. Г. Багрова и др.] ; под ред. Е. Г. Речицкой. – Москва : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2004. – 655 с. – (Коррекционная педагогика).

142. Тарасун В. В. Морфофункціональна готовність дітей з особливостями у розвитку до шкільного навчання : діагностика і формування (нейропсихологічний супровід) / В. В. Тарасун ; Ін-т спец. педагогіки АПН України. – Київ : Вид-во Нац. пед. ун-ту ім. М. П. Драгоманова, 2008. – 299 с. : рис., табл.

143. Тарасун В. В. Науково-методичні основи формування знань, умінь та навичок у дітей з труднощами у навчанні : наук.-метод. посіб. / В. В. Тарасун ; Ін-т дефектології АПН України, Ін-т змісту і методів навч. – Київ, 1998. – 104 с.

144. Трикоз С. В. Теоретичні засади сенсорного розвитку дошкільників / С. В. Трикоз // Гуманізація навчально-виховного процесу. – Слов'янськ, 2000. – Вип.7. – С.121-125.

145. Федоренко С. В. Становлення та розвиток вітчизняної тифлопедагогіки : автореф. дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.03 / Світлана Володимирівна Федоренко ; нац.. пед.. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – Київ, 2012. – 39 с.

146. Физическая реабилитация / [А. А. Бирюков, М. Н. Валеев, Т. С. Гарасеева та ін.]. – Ростов н / Д. : Феникс, 2004. – 608 с.

147. Физическая реабилитация детей с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата / [Т. Ф. Абрамова, Т. М. Никитина, Н. И. Кочеткова та ін.]. – Москва : Советский спорт, 2000. – 224 с.

148. Финк А. Кондуктивная педагогика А. Пете : Развитие детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / предисл. О. Шпека; [пер. с нем. Т. Е. Браудо, Б.А. Максимова, А.А. Михлина] ; науч. ред. рус. текста Н.М. Назарова. / А. Финк. – Москва : Издательский центр «Академия», 2003. – 136 с.

149. Финни Нэнси Р. Ребенок с церебральным параличом. Помощь, уход, развитие : книга для родителей / Нэнси Р. Финни. – Москва : Теревинф, 2009. – 336 с. – (Серия : Особый ребенок).

150. Флейвелл Джон Х. Генетическая психология Жана Пиаже / пер. с англ. ; с предисл. Жана Пиаже / Джон Х Флейвелл. – Москва : Просвещение, 1967. – 624 с.

151. Фомина Л. В. Сенсорное развитие : Программа для детей в возрасте (4) 5-6 лет / Л. В. Фомина. – Москва : Творческий Центр «Сфера», 2001. – 80 с.

152. Фрилинг Г. Человек, цвет, пространство. Прикладная цветопсихология / Г. Фрилинг, К. Ауэр. – Москва : Стройиздат, 1973. – 117 с.

153. Ханзерук Л. О. Формування досвіду спілкування у дошкільників з церебральним паралічем : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Лілія Олексіївна Ханзерук : Ін-т дефектології АПН України. – 2001. – 20 с.

154. Хольц Р. Помощь детям с церебральным параличом / Р. Хольц : [пер. с нем. А.Н. Неговориной]; под ред. и с предисл. Е. В. Клочковой. – 2-е изд. – Москва : Теревинф, 2007. – 333 с. : ил.

155. Хрестоматія з логопедії : Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринологія : навч. Посіб. / ред. : М. К. Шеремет, І. В. Мартиненко. – 2-ге вид. змін. і доповн. – Київ : КНТ, 2008. – 380 с.

156. Цветкова Л. С. Методика нейропсихологической диагностики детей. Методический альбом / Л. С. Цветкова. – Москва : Педагогическое общество России, 2002. – 72 с.

157. Цветкова Л. С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга / Л. С. Цветкова. – Москва : Педагогика, 1972. – 271с.

158. Цветкова Л. С. Методика нейропсихологической диагностики детей / Л. С. Цветкова. – Изд. 2-е, исп. и доп. – Москва : Российское педагогическое агентство ; Когито-центр, 1998. – 128 с.
159. Цветкова Л. С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение / Л. С. Цветков. – Москва : МПСИ, 2000. – 148 с.
160. Цукер М. Б. Детские церебральные параличи / М. Б. Цукер // Многотомное руководство по педиатрии. – Т. 8. – М., 1965. – С. 233-49.
161. Чеботарьова О. В. Методика вивчення стану психофізичної готовності дітей з ДЦП до навчання // Дефектологія. – 2004. – №2. – С.15-17.
162. Чеботарьова О. В. Корекційна спрямованість індивідуального навчання дітей із ДЦП // Дефектологія. – 2005. – №2. – С.28-30.
163. Шапкова Л. В. Коррекционные подвижные игры и упражнения для детей с нарушениями в развитии / Л. В. Шапкова. – Москва : Советский спорт, 2002. – 212 с.
164. Шевцов А. Г. Аналіз та моделювання комплексних корекційно-реабілітаційних систем і процесів // Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія № 19. Корекційна педагогіка та психологія : Зб. наукових праць. – Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2008. – № 11. – С. 246 – 252.
165. Шевцов, А. Г. Методики медико-соціальної та психолого-педагогічної корекції в сучасній системі реабілітаційних центрів / А. Г. Шевцов // Корекційний педагог. – 2007. – № 2. – С. 34-38.
166. Шевцов А. Г. Обґрунтування ортопедагогіки / А. Г. Шевцов // Зб. наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / За ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака.– Вип. ІХХ. В двох частинах, частина 1. Серія: соціально-педагогічна. – Кам'янець-Подільський : Медобори, 2012. – С. 274-284.
167. Шевцов А. Г. Педагогічні аспекти реабілітаційного процесу / А. Г. Шевцов // Дефектологія. – 2007. – №2. – С. 10-13.
168. Шевцов А. Г. Нейропсихологічний підхід у корекції розвитку дітей з

психофізичним порушеннями / А. Г. Шевцов, О. В. Ільїна // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки) : зб. наук. пр. Вип. 5. Т. 2 .- Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова, Кам'янець-Подільський. нац. ун-т ім. Івана Огієнка. – Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2015. – С. 347-360.

169. Шевцов А. Г. Овітні основи реабілітології : [монографія] / А. Г. Шевцов. – Київ : «МП Леся», 2009. – 483 с.

170. Шевцов А. Г. Сенсорна інтеграція в системі медико-психолого-педагогічного реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності / А. Г. Шевцов, А. Б. Заплатинська // Зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського державного університету імені Івана Огієнка. Серія : соціально-педагогічна. Вип. 12 / за ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – Кам'янець-Подільський : «Аксиома», 2009. – С. 133-137.

171. Шипицына Л. М., Мамайчук И. И. Детский церебральный паралич / Л. М Шипицына, И. И. Мамайчук. – Санкт-Петербург : Здоровье, 2001. – 289 с.

172. Шульговский В. В. Основы нейрофизиологии : учебное пособие для студентов вузов / В. В. Шульговский. – Москва : Аспект Пресс, 2000. – 277 с.

173. Шушарджан С. В. Музыкаотерапия и резервы человеческого организма / С. В. Шушарджан. – Москва : АОЗТ «Антидор», 1998. – 363 с.

174. Эйдинова М. Б. Детские церебральные параличи и пути их преодоления / М. Б. Эйдинова, Е. Н., Правдина-Винарская. – Москва : Изд-во АН РСФСР. – 1959. – 215 с.

175. Элленби И. Право детей на развитие / И. Элленби. – Минск : БелАПДИ, Открытые двери. 1997. – 131 с.

176. Эльконин Д. Б. Детская психология : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Д. Б. Эльконин ; ред.-сост. Б. Д. Эльконин. – 4-е изд., стер. – Москва : Издательский центр «Академия», 2007. – 384 с.

177. Эльконин Д. Б. Психология игры / Д. Б. Эльконин. – Москва : Педагогика, 1976. – 304 с.

178. Atkinson J. Sensory and perceptual capacities of the neonate. In Psychobiology of the Human Newborn. Paul Stratton (Ed.). / J. Atkinson,

O. Braddick // In *Psychobiology of the Human Newborn*. Paul Stratton. – London : John Wiley, 1982. - pp. 191-220.

179. Aucher Marie L. *Vivre sur sept octaves / Marie-Louise Aucher*. - Hommes et Groupes, 1992. – 192p.

180. Ayres A.J. *Sensory integration and learning disorders / A.J.Ayres*. – Los Angeles: Western Psychological Services, 1972. – pp. 137-165.

181. Ayres A. J. *The development of sensory integrative theory and practice: A collection of the works of A. Jean Ayres*. Dubuque, IA : Kendall / Hunt. 1974. – 291p.

182. Ayres A. J. *Sensory integration and the child / A.J.Ayres*. – Los Angeles, CA : Western Psychological Services, 1979. – 191p.

183. Baumann C. Ewald Hering's opponent colors. History of an idea. // *Der Ophthalmologe : Zeitschrift der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft*, - 89 (3), - 1992. – pp. 249–52

184. Beukelman David R. *Augmentative and Alternative Communication / R. David Beukelman, P. Mirenda // Management of severe communication disorders in children and adults (2nd ed.)*. – Baltimore: Paul H Brookes Publishing Co, 1999. – pp. 246-249.)

185. Brown Richard E., Milner Peter M. The legacy of Donald O. Hebb : More than the Hebb synapse / R. Brown : *Nature* 4. - 2003, pp. 1013-1019.

186. Finger S., Wade Nicholas J. The Neuroscience of Helmholtz and the Theories of Johannes Müller / S.Finger, Nicholas J.Wade // *Journal of the History of the Neuroscience s: Basic and Clinical Perspectives : Volume 11, Issue 3, 2002*, - pp. 234-254

187. Grycman M. *Sprawdz, jak sie porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci ze złożonymi zaburzeniami komunikacji wraz z propozycjami strategii terapeutycznych / M. Grycman*. – Krakow, 2015. – 108 s.

188. Lennon S, Ashburn A. The Bobath concept in stroke rehabilitation: a focus group study of the experienced physiotherapists' perspective. *Disability and Rehabilitation*. 2000; 22(15)/ - pp. 665-674.

189. Loughorn Flo. A Sensory Curriculum for Very Special People: A practical approach to curriculum planning / Flo Loughorn // II Human Horizons Series, London : A Condor Book, Souvenir Press, 1995. - 246 p.

190. Miller LJ, Anzalone ME, Lane SJ, Cermak SA, Osten ET. Concept evolution in sensory integration: a proposed nosology for diagnosis / L. J. Miller // Am J Occup. Ther 61 (2), 2007. - pp. 135-140.

191. Mulligan Shelly. Patterns of sensory integration dysfunction: A confirmatory factor analysis. / Shelly Mulligan. // American Journal of Occupational Therapy (52): 1998. – pp. 819-828.

192. Patton L. Signs, Toy Models, and the A Priori: from Helmholtz to Wittgenstein / L. Signs Patton // Studies in the History and Philosophy of Science, 40 (3): 2009. – pp. 281–289.

193. Sherborne V. Developmental Movement for Children / V.Sherborne // Worth Publishers New York, USA. : 2001. –136 p.

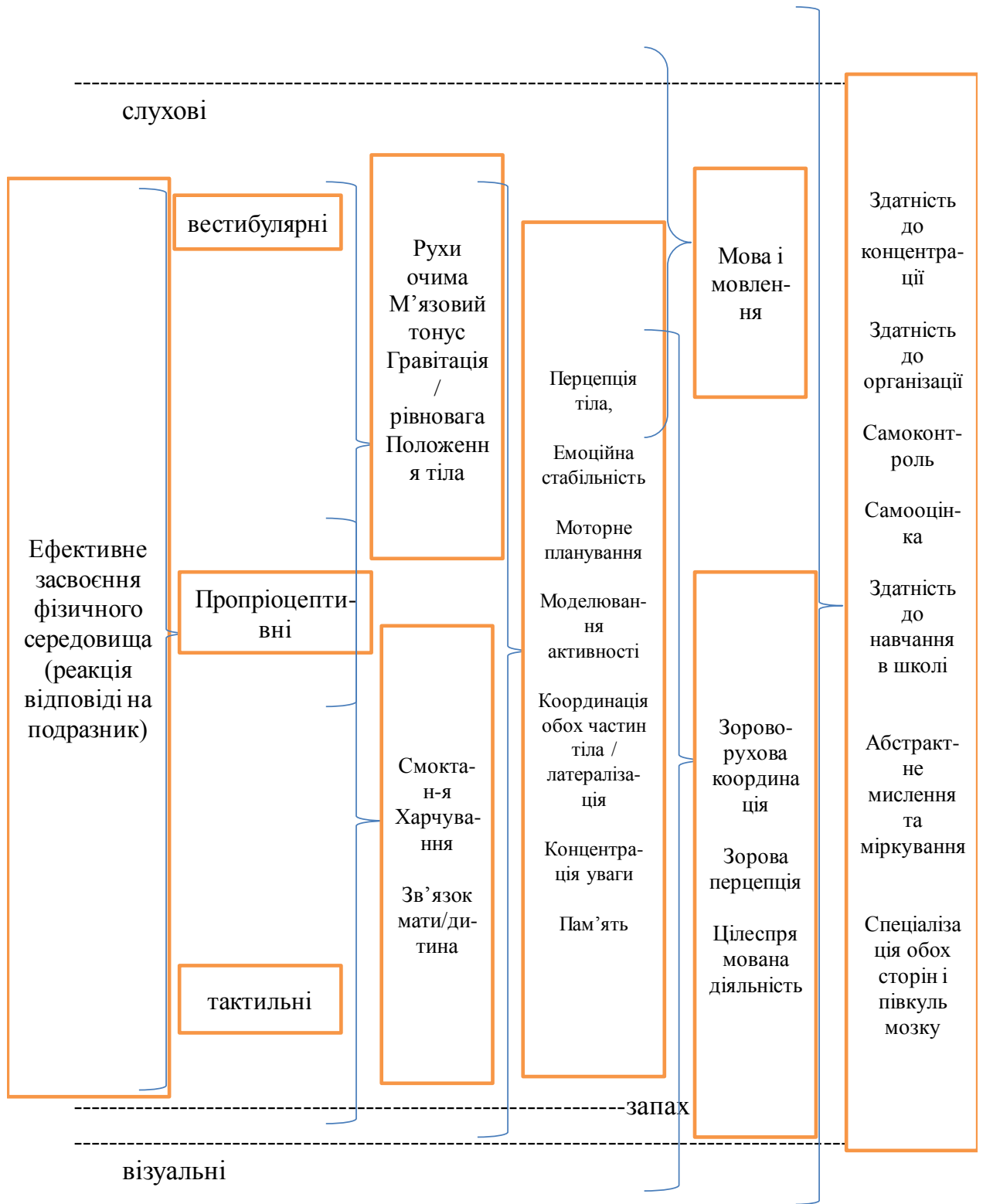
194. Schouenborg J. Somatosensory imprinting in spinal reflex modules / J. Schouenborg // From the Section for Neurophysiology, Department of Physiological Sciences, Lund University, Lund, Sweden J Rehabil. Med 2003; Suppl. 41: pp.73–80

195. Tetzchner S. Von, Martinsen H. Wprowadzenie do wspomagających i alternatywnych sposobów porozumiewania się. / S. Von Tetzchner, H. Martinsen. – Warszawa, 2002. – 297 s.

196. Vojta V. The basic elements of treatment according to Vojta. In: Scrutton D, editor. Management of the Motor Disorders of Children with Cerebral Palsy. Clin Dev Med. No. 90. Oxford : Blackwell Scientific, 1984: pp. 75-85.

197. Veldman F. Haptonomie, amour et raison / F Veldman.- Paris : PUF, 2004. – 198p.

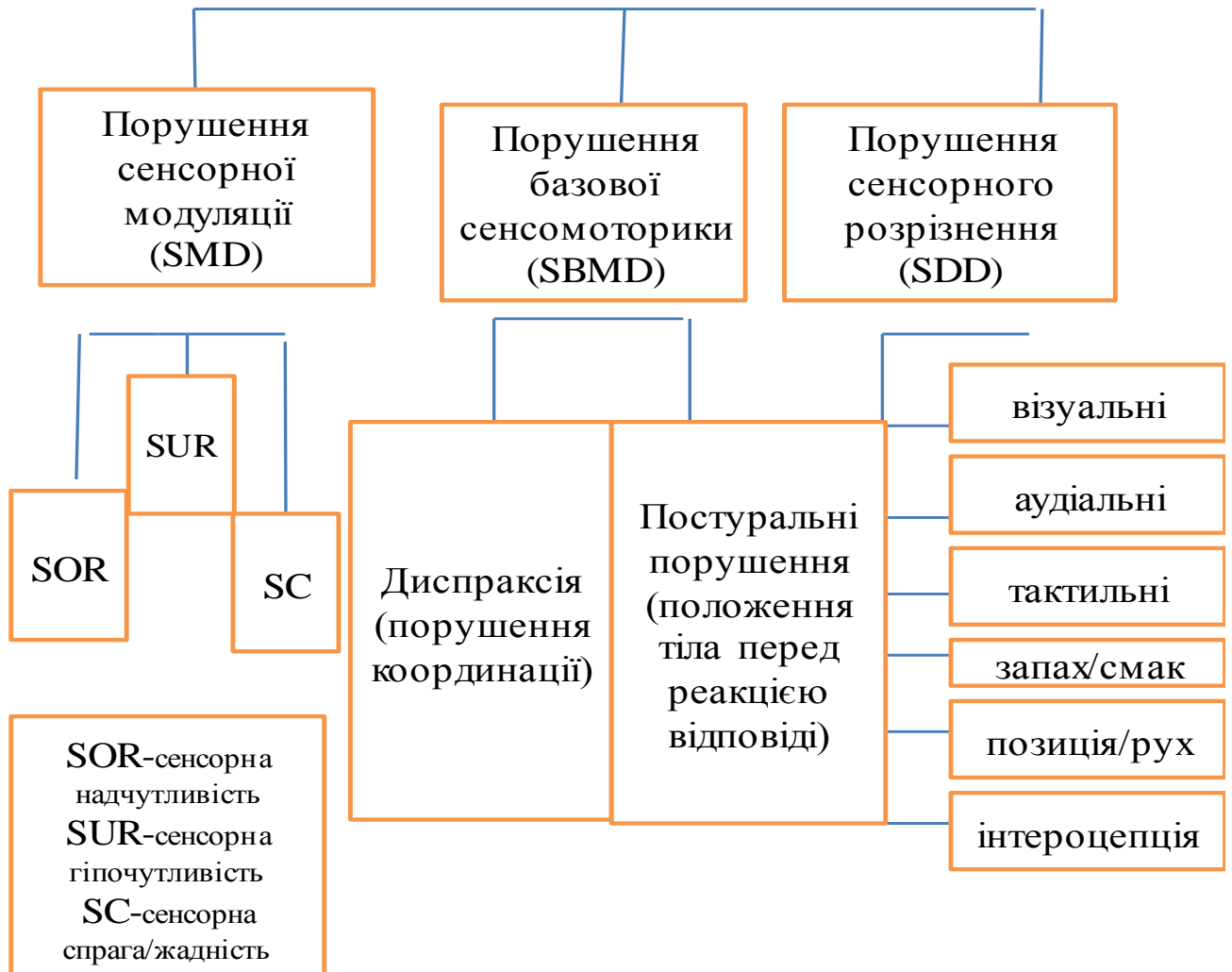
Концепція сенсорної інтеграції за А. Jean Ayres



ПРОЦЕС СЕНСОРНИХ ПОРУШЕНЬ

(за Л.І. Міллер, 2012)

розлади сенсорної обробки інформації



Адаптований опитувальник за А. Jean Ayres

	Ознаки порушень розвитку сенсорної інтеграції	так	ні	потребує допомоги	Примітки
1	Тактильні відчуття - інформація від шкірних рецепторів про дотик, тиск, температуру, біль та рух волосків на шкірі.				
	<i>Ознаки тактильної дисфункції</i>				
a)	Гіперчутливість до дотику (захисна поведінка відносно тактильних стимулів)				
	- відчуває страх/тривогу або агресію при легкому/несподіваному дотику;				
	- в дитячому віці не любив / не любить, коли беруть на руки/ міцно обіймають: дитина може вигинатися, кричати і вириватися;				
	- болісно реагує на зміну підгузка / необхідність заміни підгузка;				
	- боїться / уникає знаходитися в безпосередній близькості до інших людей / дітей (особливо в чергах);				
	- лякається, якщо до нього / неї торкається хтось/щось, кого / що він / вона не бачить (наприклад, ззаду або коли знаходиться під ковдрою);				
	- не любить, коли розчісують волосся, може бути прискіпливим до типу гребінця;				
	- не любить м'яті простирадла (наприклад, старі, в складках);				
	- уникає групових взаємодій через страх чужих несподіваних дотиків;				
	- чинить опір при доброзичливих / ласкавих дотиках сторонніх, крім батьків і рідних братів / сестер, а іноді і включаючи їх;				
	- не любить чужі поцілунки, витирає місце поцілунку, віддає перевагу обіймам;				
	- сприймає як тортури краплі дощу, душ або вітер, що обдуває шкіру, це призводить до небажаних реакцій, спроб unikнути даного впливу;				
	- видає гіперреакцію при легких порізах, подряпинах або укусах тварин;				
	- уникає дотику до деяких видів матеріалів (ковдри, килимки, опудала тварин);				
	- відмовляється носити новий або жорсткий одяг, одяг з грубої тканини (майки, джинси, головні убори або ремені і т.д.);				
	- уникає ігор за участю рук;				
	- уникає / не любить / відчуває відразу до «брудних ігор», наприклад, в піску, глині,				

	воді, з клеєм, блискітками, пластиліном, слизом, кремом для гоління / мильними бульбашками і т.д.;			
	- не любить, коли брудні руки, часто витирає, миє їх;			
	- надмірно боїться лоскоту;			
	- дратують шви на шкарпетках, через що може відмовлятися носити їх;			
	- дратує тертя одягу об шкіру, може захотіти носити шорти і футболки цілий рік			
	- маленькі діти можуть віддавати перевагу залишатися голими і весь час стягують з себе одяг і підгузки;			
	- носить сорочки з довгими рукавами і довгі штани цілий рік, щоб не залишати шкіру відкритою до зовнішніх впливів;			
	- не любить, коли миють обличчя;			
	- не любить, коли стрижуть волосся або нігті на ногах і на руках;			
	- пручається при чищенні зубів, боїться стоматолога;			
	- вередує під час прийому їжі, їсть тільки продукти певного смаку і консистенції, уникає їжі зі змішаною текстурою, уникає прийому холодної та гарячої їжі, не любить пробувати нові продукти;			
	- відмовляється ходити босоніж по траві чи піску;			
	- ходить тільки навшпиньки			
b)	<u>Знижена тактильна чутливість (гіпочутливість):</u>			
	- прагне торкатися, торкається до всього і всіх;			
	- відчуває чужий дотик, коли він відбувається з підвищеною силою;			
	- не реагує на пошкодження (наприклад, порізи або синці), при цьому не боїться уколів (наприклад, говорить, що любить уколи!);			
	- не усвідомлює, що руки чи обличчя брудні / не відчуває нежиті;			
	- проявляє самоагресію: щипається, кусається або б'ється головою об стіну, підлогу;			
	- бере різні предмети в рот;			
	- під час гри робить боляче іншим дітям або тваринам;			
	- часто торкається заспокійливих для себе поверхонь або об'єктів (наприклад, ковдра);			
	- шукає контакту з поверхнями і матеріалами, що забезпечують потужну тактильну			

	взаємодію;				
	- дуже любить і прагне до ігор, які нагадують метушню;				
	- любить вібрації або потужні сенсорні впливи;				
	- віддає перевагу / просить надто гостру, солодку, кислу або солону їжу.				
c)	Слабке тактильне сприйняття і розрізнення:				
	- має труднощі з дрібною моторикою (застібання гудзиків, блискавок, застібок);				
	- із закритими очима не визначає до якої частини тіла торкаються;				
	- боїться темряви;				
	- неакуратно одягається: виглядає неохайним, не помічає, що штани перекручені, сорочка вилізла з-під штанів, на черевиках розв'язалися шнурки, одна штанина піднята, а інша - ні і т.д.;				
	- відчуває труднощі при роботі з ножицями, олівцями або столовими приборами;				
	- продовжує брати предмети в рот для дослідження навіть у віці старше 2 років;				
	- із важкістю визначає фізичні характеристики об'єктів, форму, розмір, текстуру, температуру, масу і т.д.;				
	- не визначає об'єкти на дотик.				
	- потребує зорового контакту, наприклад, щоб узяти потрібну річ з рюкзака або парти.				
2	Вестибулярний апарат: Інформація про гравітаційні зміни, рухи, положення в просторі та рівновагу.				
a)	Гіперчутливість до руху (підвищена чутливість):				
	- уникає / не любить обладнання дитячих майданчиків (наприклад, гойдалок, сходів, гірок, каруселей);				
	- надає перевагу заняттям сидячи, рухається повільно і обережно, уникає ризиків»;				
	- уникає / не любить ліфти та ескалатори, надає перевагу їхати в них сидячи, відчуває нудоту під час руху;				
	- в буквальному сенсі чіпається за дорослого, якому довіряє;				
	- відчуває жах перед падінням, навіть за відсутності реального ризику;				
	- боїться будь-якої висоти, наприклад бордюру, тротуару або сходинки;				
	- боїться відривати ноги від землі;				

	- боїться підніматися / спускатися сходами або ходити нерівними поверхнями;			
	- боїться перекидань, різких повертань вліво-вправо, не любить мити волосся над раковиною;			
	- лякається, коли хтось торкається (наприклад, рухає сидячого на стільці);			
	- в дитинстві не любить дитячих гойдалок або стрибунців;			
	- боїться / відчуває труднощі під час катання на мотоциклі, стрибках або утриманні рівноваги на одній нозі (особливо з закритими очима);			
	- в дитинстві не любить перевертань на живіт;			
	- легко втрачає рівновагу, може виглядати незграбним;			
	- боїться дій, які вимагають хорошої рівноваги;			
	- уникає швидких або обертальних рухів			
b)	<u>Гіпочутливість до рухів (знижена чутливість):</u>			
	- постійно рухається, ніколи не стоїть на місці;			
	- вимагає швидкого / інтенсивного руху, кружлянь;			
	- обожнює, коли підкидають вгору;			
	- може годинами кружляти і не відчувати запаморочення;			
	- любить швидкі, інтенсивні та/або небезпечні атракціони в парках розваг;			
	- постійно стрибає по меблях, на трамплінах, крутиться на обертовому стільці, перевертається догори ногами;			
	- обожнює довго гойдатися, розгойдуючись якомога вище;			
	- є «екстремалом», що пов'язано з небезпекою;			
	- завжди біжить, стрибає замість того, щоб йти;			
	- під час сидіння, розгойдується зі сторони в сторону, хитає ногою чи головою;			
	- любить раптові або швидкі рухи (наприклад, коли машина або велосипед підстрибує на камінці)			
c)	<u>Слабкий м'язовий тонус і / або координації:</u>			
	- має слабе, «мляве» тіло;			
	- сутулиться, намагається прилягти і / або кладе голову на руки, працюючи за столом;			

	- із важкістю відриває голову, руки і ноги від підлоги, лежачи на животі (положення «супермена»);			
	- сидить в «позі W» на підлозі для підтримки рівноваги тіла;			
	- швидко втомлюється;			
	- компенсує «слабкість» міцно хапаючи предмети;			
	- із важкістю повертає дверні ручки, відкриває і закриває різні порожнини і ємності;			
	- не утримує рівновагу на початку падіння;			
	- насилу одягається і застібає блискавки, застібки і гудзики;			
	- не повзав в дитинстві;			
	- погано відчуває своє тіло: натикається на предмети і речі, перекидає предмети, спотикається, буває незграбний;			
	- відчуває труднощі із загальною моторикою (погано стрибає, ловить м'яч, піднімається сходами і т.д.);			
	- відчуває труднощі з дрібною моторикою, з використанням таких «інструментів» як олівці, столові прилади, гребінець, ножиці і т.д.;			
	- однаково володіє обома руками - часто змінює руки при розмальовуванні, вирізанні, і т.д.;			
	- не має чіткого домінування однієї руки у віці 4-5 років;			
	- відчуває труднощі при лизанні морозива;			
	- не впевнений у виборі виконуваного руху, наприклад, для переходу через перешкоду;			
	- важко завчасе спортивні вправи або танцювальні рухи			
3	Пропріоцептивні відчуття: Інформація від м'язів і суглобів про положення тіла, масу тіла, тиск, розтягування, рух і зміну положення тіла в просторі.			
	<i>Ознаки пропріоцептивної дисфункції:</i>			
а)	<u>Поведінка, спрямована на пошук сенсорних контактів:</u>			
	- намагається стрибати, натикатися на предмети, руйнувати що-небудь;			
	- тупає під час ходьби;			
	- стукає ногами по столу або по стільцю, сидячи за партою / столом;			
	- кусає або смочає пальці / часто хрумтить кісточками;			

	- любить бути щільно вкутаним в одне або кілька важких ковдр, особливо перед сном;			
	- надає перевагу максимально тісному одягу (сильно затягує паски, капюшон, шнурівки);			
	- любить / з ентузіазмом ставиться до ігор, що передбачають ляскаючі звуки;			
	- любить обійматися;			
	- занадто сильно стукає іграшками або предметами;			
	- любить «галасливі», енергійні ігри / метушню;			
	- навмисне падає на підлогу;			
	- може годинами стрибати на батуті;			
	- протягом дня скрипить зубами;			
	- любить штовхати / тягти речі;			
	- стрибає з меблів або підвищень;			
	- часто вдаряє, штовхає, пхає інших дітей;			
	- гризе ручки, соломинки, рукави сорочки і т.д.			
b)	<u>Зазнає труднощів з «диференціацією рухів»:</u>			
	- неправильно оцінює ступінь скорочення і розтягування м'язів під час виконання завдань/дій (наприклад, протягуючи руку в рукав сорочки);			
	- не контролює ступінь тиску під час письма / малювання - отримує бліде зображення, або від зусиль ламає олівець;			
	- письмові роботи виконує неохайно, часто прориває папір стираючи гумкою помилки;			
	- постійно ламає предмети та іграшки;			
	- неправильно оцінює масу предмета (наприклад, склянку соку, піднімає із великим зусиллям (проливаючи) або слабким зусиллям, скаржачись на важкість предмета);			
	- плутає «важке» і «легке», наприклад, утримуючи два предмети, не розуміє, який з них важчий;			
	- робить все докладаючи зусиль, наприклад, гримає дверима, занадто сильно натискає на речі, закриває кришки;			
	- грає з тваринами, докладаючи занадто велику силу, завдаючи їм болю.			
4	Ознаки слухової дисфункції: (за відсутності діагностованої проблеми зі слухом)			
a)	<u>Гіперчутливість до звуків (слухова захисна поведінка):</u>			
	- відволікається на звуки, яких інші не помічають (наприклад, гудіння холодильника, вентилятора, нагрівального			

	приладу, цокання годинника);				
	- лякається звуку змивання води в унітазі, пилососа, фену, скрипу черевиків;				
	- лякається або відволікається на гучні або несподівані звуки;				
	- турбується / відволікається на фонові шуми навколишнього світу (наприклад, звуки сінокосарки або будівництва за вікном);				
	- часто просить людей поводитися тихіше: не шуміти, припинити говорити, співати;				
	- утікає, кричить і / або закриває вуха руками при гучних або несподіваних звуках;				
	- може відмовлятися відвідувати кінотеатри, паради, ковзанки, музичні концерти і т.д.;				
	- вирішує, чи подобається йому та чи інша людина, за звучністю його голосу.				
b)	<u>Ослаблена чутливість до звуків (знижена чутливість):</u>				
	- не відповідає на мовні звертання або не відгукується на ім'я;				
	- любить дуже голосно вмикати музику або ТБ; - здається, що «шумить заради шуму»;				
	- із важкістю розуміє або згадує сказане;				
	- не помічає деяких звуків;				
	- не впевнений в тому, звідки взявся звук;				
	- розмовляє сам з собою, часто «вголос» виконує завдання;				
	- в дитинстві вимовляв мало звуків, був відсутній лепет;				
	- змушує інших повторювати вказівки, часто перепитує.				
5	Ознаки порушення оральної (пов'язаної з ротом) сприйнятливості:				
a)	<u>Гіперчутливість до оральних сигналів (оральна захисна поведінка):</u>				
	- примхливий до їжі, часто має екстремальні харчові переваги (наприклад, віддає перевагу обмеженому набору продуктів, тільки певні сорти, найменування, відмовляється від проб нової їжі, не їсть у гостях);				
	- їсть лише «м'яку» їжу у формі пюре після 2-річного віку;				
	- давиться твердою їжею;				
	- відчуває труднощі з смоктанням, жуванням і ковтанням, може давитися або відчувати страх вдавитися;				
	- не бажає/відмовляється / дуже боїться відвідувань стоматолога чи лікування зубів;				
	- може їсти тільки гарячу або холодну їжу;				

	- відмовляється облизувати конверти, марки або наклейки через неприємний смак;				
	- не любить або скаржиться на зубну пасту/ополіскувач для рота;				
	- уникає приправлених, гострих, солодких або солоних страв, надає перевагу простій їжі.				
b)	<u>Знижена чутливість до оральних сигналів (знижена чутливість)</u>				
	- може лизати, пробувати або жувати неїстівні об'єкти;				
	- віддає перевагу їжі з сильним смаком (наприклад, занадто гострій, солодкій, кислій або солоній);				
	- відчуває надмірне слиновиділення після прорізування зубів;				
	- жує волосся, одяг або пальці;				
	- все бере в рот навіть після виходу з дитячого віку;				
	- поводить себе так, ніби уся їжа має однаковий смак;				
	- завжди додає до їжі занадто багато приправ / соусів;				
	- любить вібруючі зубні щітки і навіть походить до зубного лікаря.				
б	Ознаки нюхової дисфункції (запахи):				
a)	<u>Гіперчутливість до запахів (підвищена чутливість):</u>				
	- негативно реагує/не любить запахи, які не турбують / непомітні для інших людей;				
	- говорить іншим людям (або розмовляє з ними) про те, як від них погано або незвично пахне;				
	- відмовляється приймати їжу через запах;				
	- відчуває відразу / нудоту від запахів в туалеті;				
	- відчуває занепокоєння / роздратування від запаху парфумів, одеколону, побутових запахів, запахів їжі що готується;				
	- через неприємний запах може відмовитися бавитися в гостях;				
	- визначає, чи подобається нове місце або хто-небудь за запахом.				
b)	<u>Знижена чутливість до запахів:</u>				
	- із важкістю відрізняє/не помічає або ігнорує неприємні запахи;				
	- може випити чи з'їсти що-небудь отруйне, тому що не помічає неприємного запаху;				
	- не може визначати запахи за тестовими смужками;				

	- не помічає запахів, на які скаржаться інші; - дуже уважно принохується до нових місць, людей або предметів.				
7	Ознаки дисфункції обробки візуальної інформації (за відсутності діагностованого порушення зору):				
a)	<u>Гіперчутливість до зорових сигналів (підвищена чутливість)</u>				
	- чутливий до яскравого світла, косить очима, закриває очі рукою, плаче і / або відчуває незручність від світла;				
	- із важкістю утримує фокусування погляду на завданні / дії, над якою працює;				
	- легко відволікається на інші зорові стимули в приміщенні - рух, меблі, іграшки, вікна, двері тощо;				
	- насилу знаходиться в яскравих барвистих кімнатах або в напівтемних приміщеннях;				
	- тре очі, очі сльозяться, болить голова після читання або перегляду телепередач;				
	- уникає контакту з чужим поглядом;				
	- любить бавитися в темряві.				
b)	<u>Знижена чутливість до зорових сигналів (знижена чутливість чи труднощі з відстеженням, розрізненням або сприйняттям):</u>				
	- із важкістю розрізняє схожі друковані букви/цифри, наприклад, Л і П, С і О, квадрат і чотирикутник;				
	- з важкістю бачить «повну картинку», фокусується на деталях або візерунках;				
	- із важкістю знаходить потрібні предмети серед інших, наприклад, папери на столі, речі в ящику шафи, продукти на полиці магазину, іграшки в кошику;				
	- часто втрачає місце, на якому закінчив переписувати текст з книги / дошки;				
	- із важкістю контролює рухи очей при відстеженні рухомих об'єктів;				
	- із важкістю розрізняє кольори, форми і розміри;				
	- часто втрачає місце, на якому закінчив читання або рішення математичних завдань;				
	- при переписуванні міняє місцями літери в словах або читає слова задом наперед, наприклад, «тік» замість «кіт», «кат» замість «так» після першого класу;				
	- скаржиться на «двоїння в очах»;				
	- із важкістю знаходить відмінності на забраженнях, в словах, символах чи об'єктах;				

	- не витримує постійних інтервалів між словами і розмір букв на письмі та / або побудові цифрового ряду під час вирішення математичних завдань;			
	- відчуває труднощі при вирішенні ребусів, копіюванні форм, їх вирізанні по лінії;			
	- має схильність косо розташовувати текст на сторінці (рядки вниз або вгору);			
	- плуває право і ліво;			
	- швидко втомлюється під час навчання;			
	- відчуває труднощі з просторовими зв'язками, натикається на об'єкти / людей або ступає повз сходинки.			
8	Порушення функції слуху - обробки мовної інформації:			
	- не розпізнає джерело звуку;			
	- із важкістю розрізняє голоси людей;			
	- із важкістю розрізняє звуки / слова (наприклад, «сон» і «тон»);			
	- із важкістю абстрагується від інших звуків, прислухаючись до мовця;			
	- дратується від гучних, раптових металевих або високих звуків;			
	- насилу слухає, розуміє і згадує розмову, часто просить повторити вказівки, розуміє і виконує не більше ніж двох послідовних вказівок одночасно;			
	- звертається до інших за підтвердженням, перш ніж дати відповідь;			
	- із важкістю формулює думки (усно або на письмі);			
	- часто говорить не вчасно або «не по темі»;			
	- важко висловити думку, перефразувати її, при цьому починає турбуватися, сердитися або припинити спроби говорити;			
	- має труднощі з читанням, особливо вголос (може також страждати дислексією);			
	- має труднощі з артикуляцією і чіткістю вимови;			
	- часто покращує здатність говорити після інтенсивної рухової активності.			
9	Соціальні, емоційні, ігрові порушення і дисфункція саморегуляції:			
a)	<u>Соціальні труднощі:</u>			
	- відчуває труднощі при спілкуванні з однолітками;			
	- замість ігор з іншими людьми надає перевагу іграм наодинці з іграшками або предметами;			
	- важко взаємодіє з дорослими, веде			

	«осмислений» діалог;				
	- відчуває самоагресію або агресію у відношенні до інших;				
	- завдає труднощів іншим в інтерпретації своїх сигналів, потреб і емоцій;				
	- не прагне до контакту зі знайомими людьми.				
b)	<u>Емоційні труднощі:</u>				
	- важко сприймає зміну сформованого порядку (аж до спалахів гніву);				
	- легко засмучується;				
	- часто діє імпульсивно;				
	- найкраще поводить себе в міні-групі або під час індивідуального спілкування;				
	- переважає мінливий настрій, часті істерики і спалахи гніву;				
	- воліє грати в стороні, якнайдалі від групи або просто спостерігати за іграми;				
	- уникає зорового контакту;				
	- відчуває труднощі з озвученням власних потреб.				
c)	<u>Ігрові:</u>				
	- відчуває труднощі з іграми-імітаціями (після 10 місяців);				
	- безцільно бродить, не займаючись цілеспрямованою грою і не досліджуючи простір (після 15 місяців);				
	- відчуває потребу в допомозі дорослого для гри, з важкістю грає наодинці (після 18 місяців);				
	- годинами займається однією і тією ж справою (наприклад, вибудовує в ряд машинки, кубики, дивиться один і той самий мультфільм багато разів і т.д.)				
d)	<u>Проблеми з саморегуляцією:</u>				
	- надмірна дратівливість, нервозність або кольки в дитячому віці;				
	- не заспокоюється за допомогою соски, заспокійливого об'єкта або на руках у мами;				
	- весь час прокидається в поганому настрої;				
	- вимагає багато зусиль з боку мами (наприклад, для того, щоб заснути потребує погладжування по спині, голові, заколисування, довгі прогулянки, поїздки в машині).				
10	<u>Внутрішня регуляція (інтероцептивні відчуття):</u>				
	- відчуває жар/холод швидше, ніж інші в аналогічній ситуації, ніколи не скаржиться на спеку чи холод;				

- відчуває труднощі при екстремальних температурних умовах або при переході від однієї крайності до іншої (наприклад, взимку, влітку, вихід з прохолодного приміщення на спеку, з опалюваного приміщення - на холод);				
- занадто швидко або повільно дихає, не може переключитися з одного типу дихання на інший у випадках, коли це потрібно організму;				
- занадто швидке або занадто повільне серцебиття після фактичних навантажень;				
- дихання і серцебиття заспокоюються під час або після фізичного навантаження / переляку повільніше, ніж очікувалося;				
- різкі / часті перепади настрою (від розсердженого до задоволеного) протягом дня без вагомої причини;				
- непередбачуваний стан збудження, нездатність контролювати ступінь збудження (швидкий перепад від надмірного збудження до млявості, перехід від гіперстимуляції до гіпостимуляції за кілька годин або днів, залежно від виду дій, обставин і т.д.);				
- часті запори або діарея, змішаний стілець протягом одного або декількох днів;				
- труднощі при звиканні до горщика, нерозуміння того, коли хоче в туалет (не відчуває наповнення сечового міхура або позивів до дефекації);				
- нездатність регулювати спрагу: завжди хоче пити, ніколи не хоче пити, відчуття змінюються то в одну, то в іншу сторону;				
- нездатність регулювати голод: весь час їсть, ніколи не хоче їсти, не відчуває насичення / голоду;				
- нездатність регулювати апетит і / або постійне відчуття голоду. Наприклад, зробивши «два укуси», відчуває, що наївся, а потім знову відчуває голод (схильність до порушень харчування та / або поганого росту).				

**Програма
індивідуального розвитку дитини
засобами сенсорно-інтегративної терапії**

1. ПІП _____
2. Дата народження _____
3. Діагноз _____
4. Характеристика за наслідками обстеження (адаптований опитувальник за Дж. Айрес)

5. Опис визначеної сенсорної дисфункції

6. Добір засобі впливу на формування відчуття

7. Напрями роботи у сенсорній кімнаті

8. Рекомендації щодо перебування в сенсорних кімнатах:

Психолог

Логопед

Реабілітолог

9. Застереження щодо перебування у сенсорних кімнатах:

Медпрацівник, лікар

**Додаток до програми
індивідуального розвитку дитини
засобами сенсорно-інтегративної терапії**

Під час перебування дитини в сенсорній кімнаті фахівець проводить спостереження та фіксує інформацію про реакції, поведінку дитини і відзначає заходи щодо побудови наступного заняття

№ заняття	Дата	Спокійний	Активний, рухливий	Розгальмований	Вялий, загальмований	Виконує інструкції	Комунікабельний	Малоконтактний	Емоційний	Приймає допомогу	Проявляє ініціативу під час заняття	Примітки
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												

Рекомендації _____

Звукотерапія / Музикотерапія

Для підсилення терапевтичного впливу під час організації роботи в сенсорних кімнатах активно використовують технології: звуко- та музикотерапії, що близькі один до одного, але не тотожні.

У звука є два рівні впливу: безпосередній вплив на тіло та психоемоційний стан, що є потужним інструментом впливу на організм. У звукотерапії інструментом виступає власне звук, що впливає на тіло і свідомість, яка з'являється раніше ніж зорова, що пов'язано з глибинним шаром несвідомого. У музикотерапії інструментом впливу виступає музичний твір, а не звук або співзвуччя в чистому вигляді, і музика несе психосоматичний вплив на організм.

Згідно з дослідженнями А. Томатіса, плід людини починає розрізняти, впізнавати і орієнтуватися на звуки, як на систему сприймання вже на 16-му тижні внутрішньоутробного життя. Вчений довів, що звуки музики в діапазоні 750 - 3000 Гц стимулюють діяльність серця, легень і почуттів, а низькі частоти 125 - 750 Гц позитивно впливають на м'язову і рухову системи.

В процесі досліджень було з'ясувано, що людське вухо розрізняє 1378 музичних тонів поряд з якими є звуки поза спектром слухового сприймання, що сприймаються внутрішніми органами людини. Так, Д. Деймер вимірявши і озвучивши молекулярні коливання ДНК отримав музику, котра нагадує медитативні індійські мелодії, і сприймається за допомогою шкіри, на якій розміщені власні віброрецептори. Також було виявлено, що музика сприймається одночасно обома півкулями: ліва відчуває - ритм, а права – тембр та мелодію, проте не усіма зонами мозку одночасно, а окремими (кожен стиль музики впливає на певну ділянку мозку), таким чином можна «точково» впливати на необхідні органи.

Отже, *звукотерапія* – це один з найбільш цікавих напрямів медицини терапевтичний ефект якої базується на частотному коливанні різних звуків, що резонують з окремими органами, системами або усім організмом людини в

цілому. Звуки оточують нас з усіх сторін і можуть бути для людини, як приємними і корисними, так, і викликати в неї відразу, дисонуючи з її душевним світом. Наприклад, шум порушує логіку, мислення, викликає невпевненість, дратівливість, щоб уникнути таких відчуттів, необхідно правильно розуміти вплив звуків та музики на живий організм.

Звукотерапія поділяється на більш вузькі та специфічні напрями впливу на організм: віброакустика, лікування голосом, голосовий аналіз, циматерапія та інші. Зв'язок голосу, звуку та їх акустичні вібрації з нервовими центрами й інтенсивність вимови звуків впливають на тіло проникаючи в глибокі шари м'язів розслаблює їх і покращують кровообіг, знімаючи хронічну тривожність, стрес, підвищуючи впевненість і дозволяє спокійно приймати реальність і діяти в ній.

Лікувальні властивості окремих мовних звуків, широко використовуюся в Індії та Китаї, сучасні дослідження підтверджують цілющі властивості мовленнєвих звуків, створивши реєстри їх впливу на організм: звук «І» - очищує ніс, лікує очі; звук «У» - зміцнює горло і голосові зв'язки; звуки «В», «Н», «М», «Е» - покращують роботу головного мозку; звуки «Ц», «К», «Щ», «І» - лікують вуха; звуки «У», «И», «Х», «Ч» - покращують дихання; звуки «О», «А», «С», «М», «І» - лікують захворювання серця.

Не менш цілющими властивостями володіють різні звукосполучення, так звані «мантри»: «ОМ» - знижує кров'яний тиск; «АЙ», «ПА» - знімають болі в серці; «АП», «АМ», «АТ», «ІТ», «УТ» - корегують мовлення. Таких поєднань дуже багато усі вони базуються на цілющому впливі звукових коливань, які виникають при їх вимові.

До терапевтичного напрямку звукотерапії відносимо *лікування звуками природи*, методики, як самостійної не існує, проте вона органічно вписується у напрями традиційної психокорекції. Застосовується такий напрям звукотерапії для встановлення контакту з дітьми із аутизмом, ранньою дитячою шизофренією, глибоким психічними недорозвиненнями, грубими порушеннями мовленнєвого розвитку та ін.

Підчас побудови терапевтичної програми використовуються також прамузика і пре музика, тобто, вокалізації терапевта та дитини, обмін простими музикальними сигналами (ритми барабана, дзвіночків і т.д.). Таким чином, моделюється початок комунікація з дитиною, яку згодом переносять у інші сфери її життя.

Ще одним з таких напрямів є музикотерапія, яка останнім часом отримала велике визнання в психолого-педагогічній корекції.

Музикотерапія – психотерапевтичний метод, що ґрунтується на цілющому впливі музики на психологічний стан людини. Дослідження показали, що найбільший вплив на організм людини мають ритми музичних творів, які лежать в діапазоні від 2,2 до 4 коливань за секунду, що є близьким до частоти дихання та серцебиття. Позитивні емоційні переживання під час прослуховування приємних для слуху музичних творів підсилюють увагу, тонізують центральну нервову систему.

Про сприятливий вплив музичних творів на стан здоров'я людини відомо з давніх часів, так, у давньому Єгипті вважали, що найкращий засіб від безсоння та больових відчуттів різного характеру – хоровий спів. Британські вчені виявили, що під час використання співу відбувається підвищення імунітету: підвищується концентрація імуноглобуліну, який відповідає за формування захисного клітинного бар'єру, та гідрокортизону – антистресового гормону.

Піфагор, у теорії про музично-числову будову космосу пропагував використання музики з медичною метою та уклав книгу музичних рецептів, де кожній хворобі призначається «своя» мелодія. Фахівці відзначають, що напрям лікувального впливу музики залежить не лише від її характеру, але й від музикального інструмента на якому вона виконується, так кларнет – позитивно впливає на систему кровообігу, віолончель та скрипка на серцево-судинну систему, флейта – бронхо-легеневу систему. Лікувати печінку можна звуками духових дерев'яних інструментів, а скрипка у поєднанні із фортепіано – хороші ліки для нервової системи. У таблиці 1 відображено вплив музичних

інструментів на внутрішні органи людини з вибором оптимального часу впливу на організм.

Таблиця 1

Музичні інструменти	Внутрішні органи	Оптимальний час впливу
Гітара	Серце	з 11-13 год. дня
Арфа	Легені	з 3 год. ночі-5 год. ранку
Флейта	Печінка	з 1-3 год. ночі
Гобой	Жовчний міхур	з 23 год. вечора-1 год. ночі
Труба	Підшлункова залоза	з 9-11 год. ранку
Клавішні інструменти	Шлунок	з 7-9 год. ранку
Скрипка	Тонкий кишківник	з 13-15 год. дня
Губна гармонь	Товстий кишківник	з 5-7 год. ранку
Саксофон	Нирки та сечостатеву систему	з 17-19 год. вечора
Барабан	Хребет	з 15-17 год. дня

Прекрасним оздоровчим ефектом володіють дзвони, особливо «малиновий передзвін», який сприяє швидкому виведенню організму з депресивного стану. Нормалізувати кров'яний тиск та серцеву діяльність допоможуть: «Весільний марш» Мендельсона, «Ноктюрн ре-мінор» Шопена, «Концерт ре-мінор» для скрипки Баха. Покращити стан при гастриті допоможе слухання «Сьомої сонати» Бетховена, при виразці шлунку – «Вальс квітів» Чайковського, а від мігрені допоможе «Полонез» Огінського, під час безсоння допоможе «Пер Гюнт» Гріга.

Розвиваючи платонівське вчення про «музику сфер», сучасні фахівці встановили тісний взаємозв'язок знаків Зодіаку зі звуками нотного ряду:

- Овен - нота До і тональність До-мажор;
- Телець - До-дієз (це одночасно і Ре-бемоль);
- Близнюки - нота Ре, а також ключ Ре в тональності Ре-мажор;
- Рак - Ре-дієз (або Мі-бемоль);
- Лев - нота Мі і тональність Мі-мажор;
- Діва - нота і ключ Фа і тональність Фа-мажор,

- Терези - Фа-дієз (або Соль-бемоль);
- Скорпіон - Соль і тональність Соль -ажор;
- Стрілець - Соль-дієз (або Ля-бемоль);
- Козеріг - нота Ля і тональність Ля-мажор;
- Водолій - Ля-дієз (або Сі-бемоль);
- Риби - нота Сі та тональність Сі-мажор.

Дана інформація дозволяє оцінити вплив окремих нот на конкретну людину, з урахуванням часу її народження, і цілеспрямовано побудувати процес музикотерапії. Фахівці радять, в процесі побудови психотерапевтичної програми враховувати тип темпераменту, так сангвінікам і холерикам підійдуть музичні п'єси в мінорі, а меланхолікам і флегматикам в мажорі.

Розрізняють пасивну і активну форми музикотерапії:

- При *пасивній музикотерапії* пацієнтам пропонують прослуховувати різні музичні твори, що відповідають стану їх психологічного здоров'я;
- При *активній музикотерапії* пацієнти самі беруть участь у виконанні музичних творів, використовуючи при цьому звичайні музичні інструменти, або власне тіло (оплески, постукування і ін.).

Основною метою застосування музикотерапії є інтеграція індивіда з відпрацюванням комунікативних навичок, усуненням сором'язливості та формуванням самоконтролю. В процесі реалізації програми фахівець добирає індивідуальні засоби, так, спочатку звучить спокійна композиція середнього темпу потім заспокійливі або динамічні ритми на завершення заняття клієнти слухають позитивні енергійні твори. Заняття проводяться у слабоосвітленому приміщенні впродовж астрономічної години, кожен музичний уривок триває близько 15 хв.

За своїм призначенням класичні музичні твори діляться на: дитячі, релаксаційні, активізуючі та змішані. Музичні етюди діють на певні нервові клітини і викликають відповідний ефект: розслабляють, заспокоюють і т.д.

Якщо на музичному рівні спілкуватись з плодом чи дитиною раннього віку, використовують колискові: «Спи, моя радість, засни» (Моцарт – Фліс),

«Сон приходить на поріг» (Дунаєвський – Лебедев-Кумач), «За піччю співає цвіркун» (Островський – Петрова), «Колискова для Світлани² і т.д.

Релаксаційні властивості мають уривки таких творів: Бах І.С. «Арія з сюїти №3», «Італійський концерт»; повільні частини з Бранденбургських концертів; Шуберт Ф. «Аве-Марія», 2-а частина 8-ї симфонії; Белліні В. «Каватина Норми»; Вівальді А. «Зима»; Бетховен Л. Другі частини фортепіанних сонат (8, 14, 23); Чайковський П. Анданте кантабіле із 5-ї симфонії; «Червень» і «Жовтень» із циклу «Пори року», Брамс «Колискова», Дебюсі «Світло місяця», Шопен - мазурки та прелюдії, Штраус – вальси та ін.

До активізуючих музичних творів відносяться твори: В. Моцарта – перші та треті частини із фортепіанних сонат та концертів, «Рондо» з «Маленької нічної серенади», уривки із опери «Чарівна флейта»; П. Чайковського – вальси з балетів, «На трійці» із «Пори року», уривок із фіналу 4-ї симфонії; М. Глінки «Романси»; А. Вівальді «Весна»; Л. Боккеріні «Менует» і ін.

Важливо, щоб музичні твори виконувалися професійно, адже фальшиво взяті ноти негативно впливають на фізичний стан людини.

Кольоротерапія

Ще одним із додаткових засобів котрі застосовуємо в процесі побудови програми сенсорно-інтегративної терапії є кольоротерапія, що бере початок у Давньому Єгипті де в процесі лікування використовували кольори. У храмах було розроблено спеціальні приміщення де сонячне проміння переломлювалось і давало різні кольори спектру, перебуваючи у такому приміщенні людина практично «купалась» у кольорі. Цей спосіб лікування називався – «ратерапія», у сьогоденні – хромотерапія, яка вивчає вплив кольору на здоров'я людини.

Світлотерапія - допомагає людям позбутися сезонної депресії, що проявляється в осінньо-зимовий період коли організму не вистачає сонця. Фахівці, що працюють засобами даної терапії характеризують її так: елементарні частинки світла (фотони) впливають на процеси, що відбуваються в організмі людини: здійснюють передачу інформації з навколишнього середовища до організму, а також в організмі на міжклітинному рівні, між тканинами та органами; покращують стан імунної системи; регулюють функції гормонів; задають та підтримують ритм добових коливань.

Наприклад Й. Гете, свого часу відзначив, що жовтий колір пробуджує світлі почуття, синій – викликає відчуття холоду, червоний – цілу гаму вражень, і інше.

Кольоротерапія – ефективний метод впливу на організм людини з метою коригування життєдіяльності, вченими доведено, що колір викликає певні біохімічні реакції в тканинах, стимулює залози та деякі відділи мозку, в тому числі – гіпофіз (виробляє ряд гормонів, що відповідають за обмін речовин, сон, апетит, емоційний стан, сексуальне збудження і інше). Тому, важливо враховувати «абетку кольору» під час корекційного впливу на дитину. Зокрема, якщо кімната пофарбована у темні тони, без яскравих акцентів, у людей розпочинається – депресія, і чим довше вона перебуватиме там, тим важчими будуть наслідки.

Вибір людиною кольору залежить від стану здоров'я та темпераменту. Таким чином, для сангвініків та холериків сприятливими є білий колір, а також сині, зелені відтінки, котрі заспокоюють. Флегматикам і меланхолікам підходить червоний, помаранчевий та жовтий кольори, що стимулюють. Більш детально розглянемо вибір кольору та його застосування у роботі з дітьми різних темпераментів:

- Меланхолік затишно почувається у відтінках літньої палітри: блакитний колір діє на нього заспокійливо, стримано, викликаючи відчуття розслаблення, гармонії, задоволення; позитивно сприймаються й тонізуючі червоний та жовтий кольори;
- Флегматику подобається зелений, що заспокоює, врівноважує та стабілізує, а блакитно-зелений допомагає йому зосередитися; компенсуючими є кольори червоної та жовтої палітри спектра;
- Сангвінік надає перевагу жовтій палітри; компенсуючими для нього є помірні відтінки фіолетового, котрі урівноважують бурхливий темперамент;
- Холерики найкраще почуваються в атмосфері динамічного червоного і надають перевагу барвам зими - чорному, білому та холодним відтінкам інших кольорів; врівноважуючим кольором для холерика є зелений.

Подаємо приклади впливу на організм людини основних кольорів:

Червоний – активує, стимулює нервові центри, ліву півкулю та заряджає енергією печінку, м'язи, випромінює тепло, збуджує нервову систему. Покращує процеси обмінну, прискорює кровообіг, нормалізує понижений кров'яний тиск, серцеву активність, підвищує імунітет. Використовують для лікування вітрянки, скарлатини, кору, гнійних ран, дерматологічних захворювань, недокрів'я, бронхіальної астми, пневмонії, захворювань ендокринної системи, ревматизму, апатії, патології сітківки ока та косоокості.

Протипоказаний повним та легко збуджуваним людям, при лихоманці, гіпертонії, запальних процесах, неврозах. Також не рекомендовано використовувати у роботі із рудоволосими. Перенасичення кольором викликає надмірне збудження, головний біль, втому і почервоніння очей.

Помаранчевий – відновлює, зігріває, стимулює, допомагає звільнитися від внутрішніх протиріч. Сприяє терпимому відношенню до оточення, підкріплює волю, омолоджує, допомагає відновленню нервової та м'язової тканин. Використовується при лікуванні сечостатевої системи, селезінки, сприяє травленню, регулює обмінні процеси та впливає на роботу ендокринних залоз.

Жовтий (лимонний) – укріплює, тонізує, активізує рухові центри, генерує м'язеву енергію, стимулює зорову та нервову систему, сприяє очищенню печінки, кишківника, шкіри, має жовчогінний та послаблювальний ефект, лікує шкірні захворювання, безсоння, збуджує апетит. Тонізує, покращує інтелектуальні та логічні здібності, викликає почуття оптимізму, радісного настрою та сексуальності. В офтальмології використовується при косоокості, слабозорості, захворюваннях сітківки та судин ока. Протипоказами у використанні є підвищена температура, перезбудження, невралгія, зорові галюцинації.

Зелений – компенсує енергетичні втрати, ослаблює напруження, заспокоює, нормалізує діяльність серцево-судинної системи, серцебиття, стабілізує артеріальний тиск і функції нервової системи. Використовується при лікуванні головного болю, втоми очей, порушеннях зору, захворюваннях серцево-судинної системи, невралгіях, астмі, остеохондрозі, безсонні, імпотенції. А також при захворюваннях очей: глаукомі, міопії, захворюваннях сітківки та зорового нерва.

Синій – заспокоює, стримує, охолоджує емоції, проте спазмує судини та підвищує кров'яний тиск, має протимікробну дію, тому, його використовують для дезінфекції приміщень у боротьбі з інфекціями. Колір має позитивний ефект при меланхолії, істерії. Використовується для лікування вуха, горла, носа, шлунково-кишкового тракту, в офтальмології при міопії, захворюваннях рогівки, початкових стадіях катаракти. Допомагає позбутися спазмів та головного болю, має снодійний ефект. При тривалому впливі може викликати втомлюваність та депресію.

Фіолетовий – надихає, заспокоює, знімає напруження, допомагає при запальних захворюваннях, мігренях, нормалізує стан лімфатичної системи, стимулює паразитовидну залозу, функцію селезінки, підвищує м'язовий тонус, підвищує працездатність. Тривалий вплив кольору може викликати депресію.

Коричневий - символізує стабільність, надійність, підтримку, реальність, іноді викликає відчуття важкості, підвищує тиск і може пригнічувати. В період психічних переживань та тривог нагадує «тихе сховище», підтримує.

Білий - позитивний заряд добра та успіху, колір чистоти, спокою та духовної рівноваги. Колір дарує силу, енергію, вирівнює настрій, має лікувальний вплив на ЦНС, сприяє очищенню організму від шлаків. Часто сприймається як «некольоровий», символ світу, в якому зникають усі барви та матеріальні властивості. При тривалому використанні може викликати почуття замкнутості та відчуженості, викликає почуття холоду, стерильності та розчарування.

Чорний - пригнічує, налаштовує не агресію, суперечки та небажання слухати інших, вводить в стан депресії, проте допомагає зазирнути «в себе» та розкритися, налаштовує і дозволяє зменшити кількість помилок. Після застосування чорного слід повернутися до усієї гами кольорів

Сірий- нейтральний ахроматичний колір, заохочує до мислення, викликає почуття акуратності, коректності, реалізму та респектабельності, підвищує чутливість. Дозволяє досягти постійного, гармонійного стану рівноваги, негативним аспектом цього кольору виступають печаль та меланхолія. У таблицях 1 та 2 відображено вплив кольорів та їх сприймання особою та характеристику чотириколірності у психології.

Таблиця 1

Характеристика чотириколірності у психології

Колір	Відчуття	Стан
Червоний	Збудженість і активність	Впевненість у собі
Блакитний	Спокій, задоволення	Самодостатність
Зелений	Непохитність, стійкість, постійність	Самоповага
Жовтий	Розслаблення	Саморозвиток

Емоційний вплив кольорів

Колір	Сприйняття			
	Зорове	Фізіологічне	Асоціативне	Психологічне
Червоний	Різкий, яскравий	Збудження	Революція, пожежа, галас	Гарячі почуття, активність, гнів
Жовтогарячо-червоний	Яскравий, виділяється	Збудження	Сонце, урочистість	Енергійність
Жовтогарячий	Яскравий, виділяється	Напруження	Захід, осінь, апельсин	Неспокій, динамічність
Жовтий - жовтогарячий	Блискучий	Напруження	Схід сонця зимою	Щастя, життя
Жовтий	Блискучий	Спокій	Весна	Надія
Зелений		Спокій, свіжість	Рослина, море	Мир, рівновага
Фіолетовий	Щільний, сутінковий	Тепле повітря	Фіалки	Урочистість, траур
Пурпуровий	Соковитий	Пристрасть	Влада	Пишність

Окрім безпосереднього використання кольору існують дієві, техніки кольоротерапії з метою релаксації, зняття стресу, підняття настрою та тону. В книзі «Магія кольору» Л. Бондс описує цікаві техніки коригування емоційної сфери за допомогою кольору. наприклад:

«Веселковий тонік» (покращення настрою).

1. Влаштуйтесь якомога зручніше і зробіть глибокий вдих і видих.
2. Уявіть собі світле блакитне небо з веселкою від краю до краю.
3. Сконцентруйтеся на червоній лінії. Уявіть як вона починає вібрувати, віддаляється від веселки та наближається до вас у вигляді червоної хмаринки.

Коли ця хмарка досягне Вас, вона рубіновими кристалами розсипиться на вас. Торкаються шкіри кристали перетворяться у краплі води, яка просочується крізь ваше тіло і наповнює його рубіновим кольором.

4. Коли Ви відчуєте, що тіло наситилося кольором, зайва волога вирветься назовні і розсіється.

5. Повторіть теж саме з усіма кольоровими лініями веселки.

До речі не обов'язково, використовувати відразу увесь кольоровий спектр, можна обмежитися декількома. Поглинання різних кольорів може займати різний час, якщо один колір Ви поглинаєте набагато довше за інші, зверніть увагу, на його значення, власне того, вам не вистачає.

«Зоряне дихання»

За допомогою цієї техніки можна позбутися болю будь-якого походження, тривоги, страху, поганого настрою. Перед тим як приступити до виконання цієї техніки визначтеся який саме колір Вам зараз потрібний.

1. Сядьте якомога зручніше, або - приляжте.
2. Уявіть синє небо, засіяне зорями.
3. Оберіть одну зірочку - тепер вона належить Вам.
4. Виберіть колір необхідний для зцілення.
5. Включіть зірочку, нехай вона засвітиться обраним кольором. Кольоровий промінь широкий, він все довкола заповнює своїм сяйвом.

Вдихніть на один-два-три, уявляючи, що ви вдихаєте кольорове повітря. Повітря, проникаючи через ніс, заповнює усе Ваше тіло, спробуйте побачити та відчувати це. Вдихати бажано саме носом.

6. Затримайте дихання, порахувавши до трьох.
7. Видихніть на раз-два-три.
8. Ще двічі повторіть дихальний цикл.

Якщо ви хочете позбутися від болю місцевого характеру, то скеруйте кольоровий потік до хворого органу або частини тіла. До речі, ця техніка дуже корисна під час пологів. А також, для заспокоєння перед виходом на сцену або під час іспитів. Насичуватися кольорами Ви також можете вживаючи їжу потрібного кольору.

Ароматерапія

Аромати тисячоліттями використовуються в якості фіміамів у парфумерії та косметиці, кулінарії та медицині, вони супроводжують нас протягом життя, і здатні викликати спогади. Давні греки відкрили, що рослинні есенції мають різний вплив і можуть: збуджувати; освіжати; розслаблювати; присипляти. Усі, без винятку, масла мають бактерицидні, антисептичні та протизапальні властивості, сприятливо впливають на нервову систему, активно зберігають та відновлюють красу шкіри та волосся, оновлюють механізм саморегуляції в організмі. Багато масел очищують організм від шлаків, лікують травлення, нейтралізують отрути і т.д.

Термін «ароматерапія» вперше використано у 1928 році хіміком Гаттефоссе. Основою терапії є вплив на організм людини натуральних ефірних масел з метою лікування та профілактики виникнення захворювань.

Фахівцями встановлено, що кожному аромату характерні свої властивості, наприклад:

- чебрець, ромашка, бергамот, лимон – це аромати широкого спектру дії;
- лимонник, меліса, шалфей – стимулятори;
- ладан, сандал, душиця – релаксанти;
- троянда, сосна, герань, мирро, трояндове дерево – мають відновлювальні властивості;
- мускатний горіх, шалфей – зігріваючі та тонізуючі властивості;
- ладан, лаванда, м'ята – охолоджуючі властивості;
- базилік, бергамот, ромашка, жасмин, лаванда, меліса, троянда – антидепресанти;
- ромашка, бергамот, розмарин, м'ята, чайне дерево, каяпут – обезболюючі властивості;
- евкالیпт, лимон, розмарин, бергамот, кмин, сандал, чайне дерево – антисептики;
- розмарин – підвищує тиск;

- герань, лаванда, меліса, іланг-іланг – понижують тиск;
- базилік, кедр, евкаліпт, фенхель, лаванда, сандал – відхаркуючі властивості;
- каяпут, м'ята, ромашка, троянда – протизапальні властивості;
- майоран, неролі, іланг-іланг, сандал – заспокійливі властивості;
- перець, каяпут, мускусний горіх, фенхель, апельсин, майоран, розмарин – спазмолітики;
- ладан, лаванда, сандал, неролі, троянда – допомагають рубцюванню ран;
- базилік, евкаліпт, лимон, лимонна трава, кмин, чайне дерево – стимулюють роботу мозку.

Одним із основних правил добору ефірних масел є «схвалення», клієнтом, запаху. Якщо аромат не подобається його слід замінити іншим, з подібними властивостями. Необхідно пам'ятати, що більшість масел в чистому вигляді викликає легке почервоніння, печіння шкіри. Ця реакція природна і проходить протягом 1-2 хвилин. Не можна наносити на шкіру нерозведені ефірні масла, особливо сильнодіючі (гвоздика, кориця, мигдаль, шалфей, мускатний горіх), оскільки це може викликати опік або подразнення.

Будь яке ефірне масло необхідно протестувати перед початком використання, зокрема при схильності людини до алергічних реакцій (особливо на ацетон, бензин, лаки та фарби). Для цього ефірне масло слід змішати із основою (будь яка олія) і нанести на одну із точок - внутрішня поверхні передпліччя, ліктьова ямка, задня поверхні шиї або за вухом. Через 12 годин за відсутності реакції можна проводити процедуру. Термін придатності ефірного масла – 3 роки, щоб воно не втрачало свої якості не створюйте температурних «стрибків». Зберігайте його у темному приміщенні при постійній температурі (кімната, холодильник).

Не слід користуватись ефірним маслом постійно необхідно робити перерви до трьох тижнів, щоб не було звикання. Також, не змішуйте більше 6 масел, і не створюйте суміші із масел протилежних за своїми властивостями, оскільки не досягнете бажаного результату.

Щоб не купити синтетичну ефірну олію звертаємо увагу на щільно закритий, флакон – ємністю не більше 5-10 мл, темно коричневого кольору.

Наводимо приклади використання ефірних масел з метою додаткового терапевтичного впливу на дитину:

Ладан –протизапальний та антисептичний ефект.

Ефективний: при легеневих захворюваннях (грип, бронхіт, катар верхніх дихальних шляхів, астма, ларингіт); під час тривалого впливу, близько 2 год., починає діяти на нервову систему: знімає напругу, стрес, почуття страху, тривожність.

Смирна (мирро) –антисептичні, протизапальні, протигрибкові властивості з в'язучим ефектом.

Допомагає: при лікуванні бронхо-легеневих захворювань, викликаючи відхаркуючий ефект; лікує трофічні язви, мокру екзему, відновлює периферичний кровотік і сприяє швидкій регенерації тканин; відновлює імунітет, стимулює ріст білих кров'яних тілець.

Мирта –протипаразитарний ефект, є антисептиком із дезодоруючою дією: нормалізує роботу сечостатевої системи; полегшує протікання, діареї, дизентерії; допомагає позбавитись хронічного кашлю, бронхіту, трахеїту, пневмонії.

Сандал – використовують для лікування: екзем, шкірної чутливості; має антипаразитарну дію. Протипокази, не використовують для людей з нирковою патологією (пієлонефрит, гломерулонефрит); в стані депресії (може посилитись); для флегматиків, оскільки стають байдужими до оточуючого світу.

Розмарин – активує роботу мозку, допомагає витримати великі розумові навантаження. Використовують: в комплексній терапії для відновлення роботи паралізованих кінцівок в окремих випадках відновлює функції мовлення, зору, слуху; як обезболююче, оскільки не є седативним і тонізує роботу внутрішніх органів; для покращення кровообігу, знімає біль при травмах та м'язових спазмах; тонізує шкіру, розсмоктує рубці та інше.

В умовах світлої та темної сенсорної кімнати додатково використовуємо такі терапії, як: казкотерапія, піскотерапія.

Казкотерапія – «лікування казкою», це один напрямків арттерапії, ефективність якого пов'язана одночасним сприйняттям змісту казок на свідомому та підсвідомому рівнях. Цей метод дозволяє розвивати творчі здібності, розширювати межі свідомості та інтегрувати особистість у суспільство.

Виділяють такі методи казкотерапії: розповідання казки; малювання казки; казкотерапевтична діагностика; складання казки; виготовлення ляльок; інсценування казки.

Фахівець, який використовує у роботі казкотерапію та її методи має володіти майстерністю інтерпретації малюнків, вміти добирати відповідні казки, працювати з різним видами ляльок та відчувати потребу дитини.

Піскотерапія – використовується у психологічній практиці з 1920 років, в контексті арттерапії являє невербальну форму психокорекції, що допомагає зняти напруження та займатися пошуком розвитку.

Метод базується на поєднанні невербальної частини (процес творення) та вербальної експресії (розповідь про композицію). Є доповненням до інших видів терапії, допомагає вирішувати діагностичні, корекційні, терапевтичні завдання й сприяє творчому розвитку.

Покази до використання піскотерапії фахівцем: дитина нездатна словами пояснити свої почуття та думки; дитина знаходиться у стані фрустрації; дитина гостро переживає вікову кризу; дитина має психологічну травму; дитині характерні проблеми у прийнятті рішень.

Протипоказами до використання виступають: підвищена збудливість дитини; невроз нав'язливих станів; висока тривожність; алергія на дрібні часточки, астма та шкірні захворювання.