

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**Медичний факультет**  
**Кафедра корекційної освіти**

**СТАН СФОРМОВАНOSTІ ПСИХОМОТОРИКИ У ДІТЕЙ**  
**МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ**  
**ПАРАЛІЧЕМ**

**Кваліфікаційна робота (проект)**  
на здобуття ступеня вищої освіти бакалавр

Виконав: студентка 4 курсу 451 групи  
(денної форми навчання)

Спеціальності 016 Спеціальна освіта

Лук'яненко Ганна Вікторівна

Керівник: к. б. н., проф. Лаврикова О. В.

Рецензент: к. б. н., доц. Васильєва Н. О.

Херсон – 2020

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ</b> .....	6
1.1. Церебральний параліч як складна медико-психологічна проблема.....	6
1.2. Особливості сформованості психомоторного розвитку дітей молодшого шкільного віку із церебральним паралічем .....	15
<b>РОЗДІЛ 2 СПЕЦИФІКА КОРЕКЦІЙНО-ВИХОВНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ ІЗ ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ</b> .....	21
2.1. Методи реабілітації та відновлення осіб із церебральним паралічем .....	21
2.2. Практичні форми роботи для корекції психомоторних порушень молодших школярів із дитячим церебральним паралічем .....	27
<b>РОЗДІЛ 3 ДІАГНОСТИКА ТА КОРЕКЦІЯ СТАНУ ПСИХОМОТОРИКИ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ДЦП</b> .....	36
3.1. Дослідження стану сформованості психомоторики дітей молодшого шкільного віку із ДЦП .....	36
3.2. Індивідуальна корекційно-відновлювальна робота щодо розвитку психомоторики дітей молодшого шкільного віку із ДЦП .....	42
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	53
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	55

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Статистика свідчить, що з кожним роком в Україні спостерігається суттєве збільшення кількості дітей молодшого шкільного віку, які мають порушення психомоторного розвитку, основну групу з яких складають діти із церебральним паралічем [8, с. 32]. Дитячий церебральний параліч або ДЦП – це комплекс порушень, що впливають на здатність людини рухатися, підтримувати рівновагу та поставу. Слово «церебральний» вказує на стан, що стосується головного мозку, а «параліч» означає «слабкість», труднощі з контролем м'язів [21, с. 19].

Церебральний параліч розвивається в наслідок порушення нормального розвитку центральної нервової системи або пошкодження головного мозку, що вражає здатність контролювати свої м'язи. Прояви захворювання різноманітні, і відповідають важкості стану дитини з ДЦП: від потреби у сторонній допомозі впродовж всього життя, до здатності ходити, використовуючи спеціальні засоби, чи навіть цілком самостійно.

Особливості розвитку дітей з ДЦП (симптоматика, механізм, структура рухових порушень) розглядали у своїх працях Афанасьєв С. [2], Бернштейн Н. [5], Гаврилова Н. [11], Герасіна С. [13], Забрамная С. [18], Клименко В. [21], Маргосюк І. [30], Нікішина В. [34], Роговик Л. [40], Стадненко Н. [44], Шинкарьок А. [54] та ін. Дані їх досліджень розкривають складність структури дефекту при ДЦП та визначають головною рухову патологію, яка обумовлює виникнення вторинних ускладнень у дітей, а саме, порушення мовлення.

Такі науковці як Бабчик Ю. [4], Бородуліна С. [6], Воронін Д. [10], Корольова Є. [26], Луговський А. [28], Малхазов О. [29], Островська К. [38], Проскуріна Т. [39], Туріщева Л. [47] та ін. у своїх працях розкривають особливості мовленнєвих порушень у дітей з ДЦП.

Окрім названих досліджень важливими для нашої роботи є ті, що присвячені особливостям психічного розвитку дітей з ДЦП. У них показано складність порушення, яка спричиняє труднощі в розвитку дитини з ДЦП і

вливає на хід соціалізації (Власенко С. [9], Гацоєва Л. [12], Дубовцева О. [17], Іванова І. [19], Козловская Г. [23], Опара І. [37], Чеботарьова О. [52], Шлапаченко О. [56] та ін.).

В останнє десятиріччя особливо активізувався пошук ефективних методів лікування тих чи інших проявів ДЦП в Україні та країнах пострадянського простору (Козявкін В. [25], Маргосюк І. [30] та інші). У медичній науці наданий час розроблено різні методи і системи лікування дитячого церебрального параліча, які мають позитивні наслідки в подоланні цієї важкої недуги, особистісній реабілітації інвалідів.

**Мета дослідження** полягає в тому, щоб науково обґрунтувати стан сформованості психомоторики дітей молодшого шкільного віку із ДЦП.

Для досягнення визначеної мети необхідно було розв'язати наступні **завдання**:

1) обґрунтувати церебральний параліч як складну медико-психологічну проблему;

2) визначити особливості сформованості психомоторного розвитку дітей молодшого шкільного віку з церебральним паралічем;

3) дослідити методи реабілітації та відновлення осіб з церебральним паралічем;

4) проаналізувати практичні форми роботи для корекції психомоторних порушень молодших школярів з дитячим церебральним паралічем;

5) провести дослідження стану сформованості психомоторики дітей молодшого шкільного віку із ДЦП;

6) розробити індивідуальну корекційно-відновлювальну роботу на розвиток психомоторики дітей молодшого шкільного віку із ДЦП.

**Об'єктом дослідження** є діти молодшого шкільного віку з діагнозом «церебральний параліч».

**Предмет** – психомоторний розвиток дитини як її механізм, система і функція.

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз вітчизняних і зарубіжних джерел із загальної та спеціальної педагогіки, психології, соціології, медичної реабілітації; вивчення та аналіз педагогічного досвіду проведення занять з дітьми, хворими на ДЦП; вивчення документальних джерел, систематизація та узагальнення отриманих матеріалів.

**Практична значущість** полягає в тому, що здобуті в процесі дослідження дані, удосконалені і систематизовані в ньому положення сприятимуть поліпшенню корекційно-реабілітаційної та навчально-виховної роботи у процесі роботи з дітьми з ДЦП. У результаті системного теоретико-методологічного, історичного й емпіричного аналізу означеної проблеми, визначено науково-теоретичні засади стану сформованості психомоторного розвитку дітей з церебральним паралічем молодшого шкільного віку.

**Структура** складається зі вступу, трьох розділів, висновку, списку використаних джерел.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

#### 1.1. Церебральний параліч як складна медико-психологічна проблема

Незважаючи на тривалу історію вивчення проблеми церебрального паралічу, станом на сьогодні не існує єдиної думки про саме поняття «церебральний параліч». Дослідники трактують його як «врожені церебральні паралічі та гіперкінези», «церебральні моторні ураження», «дитячі церебральні паралічі» [23, с. 42].

Частота виникнення таких станів за даними різних авторів коливається від 2,5 до 6 випадків на 1000 новонароджених. Останніми роками кількість людей з церебральним паралічем в Україні зростає [10, с. 111]. Складно визначити основний фактор такого поширення патологічних станів, однак науковці називають такі фактори, як поганий екологічний стан в країні, низький економічний рівень, погане медичне забезпечення тощо.

Церебральний параліч є визначенням групи захворювань, що пов'язані з порушенням діяльності центральної нервової системи. Ці порушення викликані мозковим ушкодженням, що виникає перед народженням, у процесі народження чи в межах перших кількох років після народження. Залежно від локалізації ушкоджень та їх виразності, мозкові порушення можуть викликати значні розлади фізичної та психічної сфер. Ці розлади можуть включати в себе розумову затримку, порушення мови, рефлексів, координації рухів та багато іншого [45, с. 48].

Усі особи із церебральним паралічем мають ушкодження ділянки мозку, що відповідає за тонус м'язів. Це порушення може по різному впливати на тонус м'язів, оскільки ушкоджуються різні ділянки мозку, що, відповідно, викликає зниження, підвищення чи нестабільність тонусу. Існує класифікація ушкоджень за типом тонусу [6, с. 52]:

1. Високий тонус. Діти з підвищеним тонусом м'язів звичайно страждають спастикою. Якщо дитина має високий тонус м'яза, то її рухи будуть грубими та незграбними, оскільки м'язи є напруженими і їх тонус не збалансований. Для немовлят зі спастичним тонусом м'язів є характерними положення, при яких вони вигинають спину та сильно розсувають ноги, замість перевертання плавними рухами вони переміщують своє тіло, як одну тверду одиницю.

2. Низький тонус. Діти зі зменшеним тонусом м'язів мають проблеми з утриманням положення тіла без сторонньої підтримки, оскільки їх м'язи працюють неузгоджено та надто ослаблені. Немовлята з гіпотонією м'язів люблять лежати на спині, спираючись на якусь поверхню. Вони мають великі труднощі з положеннями стояння і сидіння. Часто цей тонус викликає проблеми з черевними і дихальними м'язами дитини та перешкоджає розвитку мови.

3. Коливання тонусу. Особи з таким тонусом м'язів мають комбінацію високого та низького тонусів м'язів. Звичайно в таких осіб, в положенні спокою тонус низький, а при активних рухах він різко зростає [55, с. 145]. Підвищення тонусу, потрібне для того, щоб допомогти стабілізувати положення тіла при сидінні з прямою спиною, призводить до надмірного перенапруження м'язів плечового поясу та рук.

Церебральний параліч також класифікують за локалізацією ушкодження мозку. За цією класифікацією існує три типи церебральних паралічів [17, с. 77]:

- 1) пірамідальний;
- 2) екстрапірамідальний;
- 3) змішаний.

Пірамідальний церебральний параліч є найбільш поширеним типом церебральних паралічів, за статистикою, ним страждає приблизно 80 % всіх осіб з церебральними паралічами. Для осіб з пірамідальним типом церебрального паралічу можуть бути характерними наступні ознаки [43, с. 501]:

- пролонгованість рефлексів;

- клонус гомілки;
- позитивний рефлекс Бабінського;
- затримка примітивних рефлексів.

Якщо особа має пірамідальний тип церебрального паралічу, то в неї ушкоджена частина мозку, яка відповідає за довільні рухи, також в такої особи можливі ушкодження пірамідальних шляхів. Ці обставини створюють проблеми з тонусом та довільною регуляцією м'язів на обох сторонах тіла людини.

Приблизно 10 % від усіх церебральних паралічів складає екстрапірамідальний тип [30, с. 104]. Цей тип характеризується пошкодженням мозочка чи основної ганглії, що відповідають за координацію рухів, їх довільне виконання та положення тіла в просторі. Особи з такими пошкодженнями звичайно виконують не довільні безцільні рухи, особливо руками, тулубом та м'язами обличчя. Звичайно такі рухи викликаються розмовою, процесом годування чи іншими навиками, що потребують скоординованих рухів. Особи з екстрапірамідальним типом церебрального паралічу часто мають знижений тонус м'язів, що викликає проблеми з утриманням пози під час сидіння та стояння. Для екстрапірамідального типу є характерними наступні прояви [2, с. 393]:

- дистонія – повільні, ритмічні, скручувальні рухи всього тулуба, рук чи ніг;
- атетоз – повільні корчові рухи, особливо проявляються на зап'ястках, пальцях та обличчі;
- хорея – різкі, швидкі, не скоординовані рухи голови, шиї, рук чи ніг;
- атаксія – нестійкість та нестача координації в ходьбі та проблеми з балансом тіла, атаксія спровокована ушкодженням мозочка;
- ригідність – занадто високий тонус м'язів, з дуже обмеженими рухами;
- дискінезія – загальний термін для не довільних рухів, використовується, коли точний тип руху важко класифікувати.



Змішаний тип церебральних паралічів складає приблизно 10 % від всіх церебральних паралічів. Особи зі змішаним типом церебрального паралічу мають спазматичний тонус пірамідального церебрального паралічу та недовільні рухи екстрапірамідального типу. Ці порушення пов'язані з ушкодженням і пірамідальних, і екстрапірамідальних ділянок мозку.

Церебральний параліч також класифікують за локалізацією рухових порушень [50, с. 28]. Визначено наступні форми церебрального паралічу.

Моноплегія. При моноплегії ушкоджується одна кінцівка на одній стороні тіла особи. Моноплегія є дуже рідкісною формою церебрального паралічу.

Диплегія означає, що рухове ураження в основному стосується ніг особи. Через спазмовані м'язи ніг, особи з диплегією мають тенденцію стояти на пальцях стопи. Особи з диплегією можуть також мати помірні проблеми з тонусом м'язів верхньої кінцівки, але мають адекватний тонус тулуба, рук та голови.

Геміплегія – це така форма церебрального паралічу, при якій уражена одна сторона тіла людини [14, с. 41]. При цій формі руки страждають більше ніж інші частини тіла, рука звичайно приведена, зігнута в плечі, лікті та кисті. Рука чи нога на ураженій стороні можуть бути коротші чи менш розвинуті ніж рука чи нога з іншого боку. П'ятдесят відсотків всіх осіб з геміплегією мають ту чи іншу ступінь втрати сенситивної чутливості.

Квадроплегія – це така форма, при якій рухові порушення спостерігаються по всьому тілу особи. При квадроपлегії тонус м'язів ніг особи порушений більше, ніж м'язів рук [58, с. 90]. Особи з квадроплегією часто мають значні порушення стану м'язів обличчя, що використовуються в міміці та розмові. Особи з такою формою церебрального паралічу переживають значні труднощі з більшістю щоденних дій самообслуговування.

Подвійна геміплегія. Подібно до квадроплегії подвійна геміплегія діє на все тіло людини, основна різниця між цими двома формами полягає в тому, що при подвійній геміплегії більше уражуються руки хворих. Багато осіб з подвійною геміплегією мають значні порушення мови.

Останні 2-3 десятиріччя дуже тяжкі форми церебрального паралічу зустрічаються значно рідше. Отож, подвійна геміплегія спостерігається лише в 12-15 % випадків від загальної кількості осіб з церебральними паралічами, в той час як в 1950-х роках ця форма церебрального паралічу відзначалася значно частіше (в 20-25 % випадків) [4, с. 119]. Незважаючи на різноманітність розвитку та клінічних форм церебрального паралічу, загальним для цього стану є аномальний розподіл м'язового тону та порушення координації рухів.

На сьогодні ще не існує єдиної думки науковців щодо походження церебральних паралічів, їх основної причини, всіх факторів, що можуть зумовити виникнення цих патологічних станів. Найбільш поширеною в наукових колах вважається класифікація проблем, що можуть викликати ці стани, заснована на причинах порушення розвитку мозку. Вона виділяє дві основні проблеми [38, с. 38]:

- порушення розвитку мозку;
- неврологічне ушкодження мозку.

Порушення розвитку мозку частіше за все виникають на першому чи другому місяцях вагітності, причиною таких порушень є генетичні порушення, дефекти хромосом, коли забагато чи замало генетичного матеріалу, а також погане постачання мозку киснем.

Неврологічне ушкодження найчастіше викликане передчасними пологами, важкими пологами, неонатальними медичними ускладненнями чи травмою мозку. Існує перелік основних проблем, що призводять до неврологічного ушкодження [21, с. 16]:

- 1) нестача кисню, перед, під час, чи після народження дитини;
- 2) кровотеча мозку;
- 3) отруєння алкоголем, ліками чи іншими речовинами, що використовувалися матір'ю під час вагітності;
- 4) травма голови внаслідок пологів, падіння, автомобільної катастрофи чи іншої причини;

5) складна жовтуха, дуже низький рівень глюкози або інші метаболічні порушення;

6) інфекційні хвороби, наприклад, енцефаліт та менінгіт.

Існує три групи факторів ризику виникнення церебральних паралічів у дитини: пренатальні, пологові, неонатальні. До пренатальних факторів ризику належать: цукровий діабет в матері, високий артеріальний тиск матері, погане харчування матері, розумова затримка матері, передчасні пологи, кровотеча материнської плаценти, завчасне відділення плаценти від утробної стінки. До факторів ризику під час пологів належать: пологи на терміні вагітності менше, ніж 37 тижнів, тривалий розрив мембран (довше, ніж протягом 24 годин, що призводить до ембріональної інфекції, пригнічений серцевий ритм, неправильне вивільнення немовляти при важких пологах) [7, с. 95]. До неонатальних факторів належать складні передчасні пологи, асфіксія, інфекція менінгіту на поверхні мозку, приступи, що викликані неправильною електричною діяльністю мозку, інтравентрикулярний крововилив та превентрикулярна енцефаломаліяція.

Але трапляються випадки, коли причину виникнення церебрального паралічу встановити не вдається – приблизно в 20 % від усіх випадків виникнення церебральних паралічів.

Церебральні паралічі, окрім описаних розладів, викликають ще багато різних додаткових ускладнень, наприклад [53, с. 118]:

- 1) розумова затримка;
- 2) приступи спастики;
- 3) проблеми з навчанням;
- 4) порушення концентрації;
- 5) порушення зору;
- 6) порушення слуху;
- 7) розлади мови;
- 8) сенсорні порушення;
- 9) психічні та психологічні розлади.

Розвиток аномалій будови та функцій центральної нервової системи на ранніх етапах розвитку дитини призводить до формування в наступному стійкого рухового дефіциту внаслідок порушення природної динаміки стабілізації як рухових, так і вищих коркових функцій. Одним з факторів, що мають вплив на формування рухових розладів при церебральних паралічах, є патологія аферентної імпульсації [33, с. 34]. У нормі кожен довільний рух являє собою замкнутий рефлекторний акт, під час якого велика кількість відцентрових імпульсів, що іннервують різні групи м'язів, поєднується з безперервним потоком імпульсів, що йдуть від пропріорецепторів до різних відділів мозку. Ця безперервна пропріоцептивна інформація потрібна для здійснення кожного цілеспрямованого руху, оскільки за її допомогою виконується корекція точності, швидкості, сили та інших факторів, що характеризують рух. Збільшення кількості постійних імпульсів від глибоких м'язових рецепторів існує і в стані спокою. Завдяки ним відповідні структури отримують інформацію про положення тіла в просторі, регулюють тонус та антигравітаційне напруження м'язів.

В умовах патології, при ураженні вищих відділів рухового аналізатора, безперервний потік пропріоцептивної імпульсації викликає порушення тонусу м'язів-розгиначів, бере участь у формуванні спастичності та гіперкінезів. За даними більшості авторів, що займалися вивченням церебральних паралічів, розлади інтелекту та психіки у цього контингенту хворих є дуже поширеним явищем [27, с. 22]. Клінічна картина інтелектуальних розладів у осіб з церебральним паралічем доповнюється особливостями характерного розвитку особистості. У підлітковому віці часто формуються тривалі реактивні стани, пов'язані з переживаннями з приводу свого стану. Ці реактивні стани проявляються в негативізмі чи депресії. Протікання церебральних паралічів у всіх формах поділяється на ранню, початкову резидуальну та пізню резидуальну стадії. Пізня резидуальна стадія вважається найбільш важкою та малоперспективною щодо відновлення та розвитку рухових, психічних та мовних функцій. На цій стадії деформації кінцівок звичайно стійкі, фіксовані,

пов'язані з вторинними змінами в суглобових сумках та втратою сухожилкової еластичності. У багатьох випадках лікувальна фізична культура, фізіотерапевтичні та ортопедичні заходи виявляються мало ефективними. Складність і в більшості випадків недостатня ефективність заходів з реабілітації осіб з церебральним паралічем обумовлюють необхідність пошуку нових форм корекційної роботи з цією групою пацієнтів [47, с. 87].

Вирішуючи питання соціальної інтеграції та реабілітації осіб з церебральним паралічем, важливо враховувати і соціально-психологічні особливості цієї групи людей з особливими потребами. З точки зору життєвої ситуації для осіб з церебральним паралічем характерні відгородженість від життя суспільства, незадоволення своїм положенням, які пов'язані перш за все з самотністю, наявністю проблеми пристосування та психологічного дискомфорту. Для цих осіб дуже важким питанням є працевлаштування, участь у суспільному житті, утворення власної сім'ї. Навіть працевлаштовані особи з церебральним паралічем майже не беруть участь у житті суспільства, часто відчують відносно себе напружене, а іноді й негативне ставлення з боку адміністрації та інших осіб, що не мають розладів розвитку.

До найбільш поширених відхилень в емоційно-вольовій сфері у осіб з церебральним паралічем належать в'ялість, апатичність, залежність від інших осіб, невисока мотивація до самостійної діяльності, тим більше— спрямованої на корекцію власного патологічного стану, невисокий адаптивний потенціал. Частково ці риси є складовими психоорганічного синдрому, частково наслідком гіперопіки хворої дитини в соціально благополучній родині [12, с. 217].

На думку деяких дослідників, у великої кількості пацієнтів, які з раннього дитинства знаходяться в будинках дитини та спеціалізованих інтернатах, розвиток такого роду розладів пов'язаний з психічною депривацією, а соціальна ситуація, що склалася, зумовлює вказані особливості поведінки осіб з церебральним паралічем [56, с. 397]. Труднощі, з якими стикаються особи з церебральним паралічем, настільки серйозні, що для багатьох вони стають нездоланими на шляху їх соціальної адаптації. Ці особи поступово втрачають

надію влаштуватися на роботу, усамітнюються, відчують свою непотрібність та вимагають підвищення групи інвалідності. Велику небезпеку в цій ситуації являє песимістична точка зору на можливості осіб з церебральним паралічем, що міцно вкоренилася у свідомості багатьох медичних та соціальних працівників.

Більш прогресивною є точка зору тих реабілітологів та лікарів, які вважають, що нездатність пацієнта досягнути відповідних цілей – це поразка не пацієнта, а персоналу, що не створив відповідну програму реабілітації, яка б відповідала потребам пацієнта [8, с. 30]. Навіть особи з церебральним паралічем, що мають важку ступінь рухових порушень, при створенні визначених умов можуть знайти застосування своїм обмеженим можливостям. Провідні закордонні лікарі та реабілітологи розглядають церебральний параліч не лише як патологічний стан, але і як сукупність обставин, в яких примушена жити людина. Вважається, що необхідно запропонувати людині такі види допомоги, які б дозволили їй пристосуватися до обставин свого стану та жити максимально повноцінним життям [40, с. 53]. А реабілітолог у подальшому повинен спостерігати за станом пацієнта до досягнення ним можливого рівня реабілітації рухових та соціальних функцій.

Отже, сьогодні дитячий церебральний параліч розглядається як захворювання, що виникло в результаті ураження мозку, перенесеного в пренатальний період або період новонародженості як одна з форм резидуальної нервово-психічної патології центральної нервової системи складного генезису. Мозковий органічний дефект, що становить основу дитячого церебрального паралічу виникає рано, у період незавершеного процесу формування основних структур і механізмів мозку, що обумовлює складну поєднану структуру неврологічних та психічних розладів. У поліморфній картині психічних порушень при церебральному паралічу спостерігається не лише уповільнений темп психічного розвитку, але й нерівномірний диспропорційний характер формування окремих психічних функцій.

## **1. 2. Особливості сформованості психомоторного розвитку дітей молодшого шкільного віку із церебральним паралічем**

Особливості формування особистості та емоційно-вольової сфери у дітей молодшого шкільного віку з діагнозом «дитячий церебральний параліч» можуть бути обумовлені двома факторами [25, с. 13]:

- біологічними особливостями, пов'язаними з характером захворювання;
- соціальними умовами – впливом на дитину родини і педагогів.

Особливості особистості дитини з аномаліями розвитку, у тому числі з діагнозом «дитячий церебральний параліч», пов'язані, у першу чергу, з умовами її формування, які значно відрізняються від умов розвитку нормальної дитини.

Серед видів аномального розвитку дітей молодшого шкільного віку з церебральним паралічем найчастіше зустрічаються затримки розвитку за типом психічного інфантилізму. В основі психічного інфантилізму лежить дисгармонія дозрівання інтелектуальної та емоційно-вольової сфери при незрілості останньої. Психічний розвиток при інфантилізмі характеризується нерівномірністю дозрівання окремих психічних функцій [41, с. 5].

У своїх вчинках молодші школярі керуються в основному емоцією задоволення, бажанням даного моменту. Вони егоцентричні, не здатні поєднувати свої інтереси з інтересами інших і підкорятися вимогам колективу. В інтелектуальній діяльності також виражено переважання емоцій задоволення, власне інтелектуальні інтереси розвинені слабо: для цих дітей характерні порушення цілеспрямованої діяльності. Усі ці особливості складають у сукупності феномен «шкільної незрілості», що виявляється на першому етапі шкільного навчання [15, с. 105].

Ураження незрілого головного мозку при дитячому церебральному паралічі призводить до того, що кіркові мозкові структури (особливо пізно формуються лобові відділи) дозрівають нерівномірно і в уповільненому темпі, що і служить причиною змін особистості за типом психічного інфантилізму. Однак специфічним умовою розвитку цього типу відхилень особистості є

неправильне виховання, обмеження діяльності, пов'язане з руховою і мовною недостатністю.

Незрілість хворих дітей, переважно їх емоційно-вольової сфери, зберігається нерідко не лише в молодшому шкільному віці, а і в старшому та перешкоджає їх шкільній, трудовій та соціальній адаптації [51, с. 33].

Особливістю психічного інфантилізму у молодших школярів з церебральним паралічем є те, що він носить ускладнений характер.

Виділено три варіанти ускладненого психічного інфантилізму у школярів з церебральним паралічем [19, с. 79].

- Перший невропатичний варіант ускладненого інфантилізму являє собою поєднання психічного інфантилізму з проявами невропатії. При невропатичному варіанті психічного інфантилізму діти з діагнозом «дитячий церебральний параліч» відрізняються поєднанням несаможиттєвості, підвищеної сугестивності з лякливою, невпевненістю у своїх силах. Переважають реакції пасивного протесту (відмова від їжі, від усного спілкування з певними особами (виборчий мутизм); порушення окремих соматовегетативних функцій; вчинення суїцидальної спроби).

- Другий варіант ускладненого психічного інфантилізму у школярів з церебральним паралічем являє собою поєднання психічного інфантилізму з симптомами дратівливої слабкості. Прояви емоційно-вольової незрілості у цих дітей поєднуються з підвищеною емоційною збудливістю, з порушенням уваги, нерідко і пам'яті, низькою працездатністю [1, с. 44]. Поведінка відрізняється дратівливістю, нестриманістю, конфліктністю з оточуючими. Ці діти вимагають до себе постійної уваги, схвалення своїх дій.

- Третій варіант ускладненого психічного інфантилізму належить до так званого органічного інфантилізму. В основі органічного інфантилізму – поєднання незрілості емоційно-вольової сфери з порушеннями інтелектуальної діяльності, що проявляються у вигляді інертності, туго-рухливості мислення. Ці діти часто бувають благодушні, у них грубо порушена цілеспрямована діяльність, знижений рівень критичного аналізу своїх дій і вчинків [35, с. 59].



Прояв органічного інфантилізму частіше спостерігалось при атонічно-астатичній формі церебрального паралічу, коли має місце ураження або недорозвинення лобно-мозочкових структур. Це пов'язано з тією роллю, яку відіграє лобова кора у розвитку цілеспрямованої діяльності, мотивації.

Ступінь порушення рухових функцій не визначає ступінь порушення емоційно-вольової та інших сфер особистості у молодших школярів з діагнозом «дитячий церебральний параліч» [31, с. 184].

Емоційно-вольові порушення та порушення поведінки у дітей з церебральним паралічем в одному випадку проявляються в підвищеній збудливості, надмірної чутливості до всіх зовнішніх подразників. Для цих дітей характерна швидка зміна настрою.

Більш численна група дітей, навпаки, відрізняється млявістю, пасивністю, безініціативністю, нерішучістю, загальмованістю. Такі діти важко звикають до нової обстановки, не можуть адаптуватися у швидко мінливих зовнішніх умов. У момент страху у них спостерігається прискорені пульс і дихання, підвищується м'язовий тонус, з'являється піт, посилюються слинотеча і гіперкінези. Багато дітей відрізняються підвищеною вразливістю [3, с. 91].

Часто у дітей молодшого шкільного віку з церебральним паралічем спостерігається розлад сну: вони погано засинають, сплять неспокійно, зі страшними сновидіннями. При вихованні таких дітей важливо дотримуватися режиму дня. Вони повинні знаходитися в спокійній обстановці, перед сном уникати гучних ігор, впливу різних різких подразників. Бажано обмежити перегляд телепередач.

Підвищена стомлюваність характерна практично для всіх дітей з діагнозом «дитячий церебральний параліч». Вони швидко стають млявими або дратівливими і плаксивими, насилу зосереджуються на завданні. При невдачах швидко втрачають до нього інтерес, відмовляються від його виконання. У деяких дітей в результаті стомлення виникає рухове занепокоєння.

Розвиток організованості і цілеспрямованості всіх видів діяльності у такої дитини проходить з великими труднощами і передбачає активну участь вольових процесів [48, с. 95].

Вольова активність дітей, які страждають порушеннями опорно- рухового апарату, має свої особливості. Дослідження науковців дозволили підрозділити фактори, що визначають особливості вольової сфери дітей з церебральним паралічем, на об'єктивні, до яких належать умови захворювання, тривале перебування в лікувальному закладі, штучне обмеження активності, особливе ставлення до хворої дитини оточуючих, і суб'єктивні, такі, як ставлення дитини до свого захворювання і самооцінка.

За рівнем вольового розвитку серед випробуваних виявлено три основних групи [20, с. 174].

- Для першої групи є характерним загальне зниження емоційно-вольового тону, астенізація поведінки, вольовий інфантилізм. Це проявляється в невмінні, а часом і небажанні особистості регулювати свою поведінку, в загальній млявості, яка доходить до апатії у одних, і в крайній нестриманості у інших, у відсутності достатньої наполегливості в досягненні як корекційно-відновлювального ефекту, так і хороших результатів у навчальній роботі.

- Другу групу складають діти, рівень вольового розвитку яких достатньо високий. Володіючи адекватною самооцінкою, правильно визначаючи свої можливості, школярі даної групи здатні на основі тривалих вольових зусиль мобілізувати компенсаторні сили організму і особистості. Вони активно ведуть боротьбу із захворюванням і його наслідками, наполегливі в досягненні терапевтичного ефекту, стримані і терплячі, проявляють наполегливість у навчанні, розвивають свою самостійність, займаються самовихованням.

- Рівень вольового розвитку дитини, що входять у третю групу, можна визначити як середній. Залежно від стану здоров'я, самопочуття, багатьох інших обставин особистість епізодично проявляє достатню вольову активність [54, с. 155].

У зазначені вище групи входять молодші школярі, які мають різні за ступенем тяжкості ураження опорно-рухового апарату.

У більшості дітей з діагнозом «дитячий церебральний параліч» відзначається патохарактерологічне формування особистості. Негативні риси характеру формуються і закріплюються дітей молодшого шкільного віку значною мірою через виховання за типом гіперопіки або при невиправдано жорсткій позиції у вихованні дитини.

Досліджуючи особливості формування Я-образу у школярів з церебральним паралічем науковці стверджують, що своєрідність формування Я-образу у школярів з церебральним паралічем обумовлена особливостями взаємодії трьох основних факторів [32, с. 202]:

- По-перше, біологічним чинником, оскільки при дитячому церебральному паралічі порушується інтеграція сенсорної інформації, що поступає ззовні та зсередини та інтерпретується мозком. Це стає перешкодою при формуванні різного виду уявлень, що складають Я-образ особистості.

- По-друге, функціональним чинником, що визначається мірою дефіцитарності рухової сфери, обмеженістю можливостей хворої дитини до активного пізнання оточуючого світу та її взаємодії з нею.

- По-третє, соціальним чинником, що поєднує в собі як психотравмуючий характер спілкування з соціумом, так і особливості реагування на свій фізичний дефект, його суб'єктивну значущість для дитини.

У молодших школярів з церебральним паралічем відмічається більш низький ступінь розвитку когнітивного компоненту Я-образу порівняно зі здоровими однолітками [16, с. 31]. Це проявляється у сповільненій динаміці формування понять, що складають Я-образ особистості, у неадекватності їх розуміння, слабкій узагальненості та диференційованості. Причинами когнітивної спрощеності Я-образу є як недостатність умов для повноцінного розвитку внаслідок рухового дефекту, так і захисно-компенсаторне витіснення травмуючого для особистості усвідомлення власних якостей.

Нерідко для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату характерна слабка пізнавальна активність, яка частково обумовлена недостатністю комунікаційних функцій. У розвитку особистості дитини з обмеженими можливостями є два типи перешкод. Перший тип – це певні фізичні, фізіологічні чи психічні розлади дитини, другий – вторинні явища, такі як власна неповноцінність, відчуженість [42, с. 70].

Згідно з проявами порушень та їх поєднаннями виділяють різні ступені рухових розладів: тяжкий, середній та легкий. У випадку важкого ступеня порушень наявні значні труднощі у самотійному пересуванні дитини, навички самообслуговування розвинені частково. Середній ступінь характеризується змогою самотійного пересування на малі відстані, володінням недостатньо автоматизованими й координованими навичками самообслуговування. Легка ступінь ураження характеризується здатністю дитини до самотійного пересування на великі відстані, достатній рівень сформованості навичок самообслуговування, але значна кількість рухових дій виконується неефективно, якщо розглядати їх з точки зору біомеханіки [5, с. 388].

Отже, у дитини молодшого шкільного віку із церебральним паралічем спостерігається своєрідний дисгармонійний психічний розвиток, специфіка якого визначається як біологічними факторами, так і чинниками соціальними. Розвиток дитини в умовах хвороби, а також несприятливі соціальні умови негативно позначаються на формуванні усіх сторін особистості дитини, що страждає на дитячий церебральний параліч.

## РОЗДІЛ 2

### СПЕЦИФІКА КОРЕКЦІЙНО-ВИХОВНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ ІЗ ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

#### 2.1. Методи реабілітації та відновлення осіб із церебральним паралічем

Сучасна система спеціальної науки має ґрунтовний арсенал науково-теоретичних, практичних напрацювань щодо реабілітації дітей з інтелектуальними порушеннями. Завдяки науковим надбанням всебічно досліджується проблема корекційної спрямованості процесу розвитку та навчання розумово відсталих дітей різного ступеню тяжкості [28, с. 57].

Реабілітація за методом Бобата. Метод розроблений чеським фізіотерапевтом та нейрофізіологом Бобатом та його дружиною, фізіотерапевтом, Бертою. Вони почали публікувати свої роботи з 1944 року. У процесі лікування дітей з церебральним паралічем було встановлено, що фізіологічний розвиток довільних рухових паттернів має місце у визначені періоди росту [45, с. 127]. Ці дані дозволяють прогнозувати відставання у розвитку при діагностиці церебрального паралічу у немовлят. Реабілітацію необхідно починати якомога раніше, оскільки вона перешкоджає розвитку порушень. Визначені нервово-м'язові функції повинні бути задіяними у відповідності до стадії розвитку дитини (проходити паралельно фізіологічному розвитку особистості). Цей метод можна також застосовувати і для дорослих, наприклад, у випадках рухових порушень при запальних, дегенеративних змінах чи після травм. Неправильна постава, пов'язана з неврологічними порушеннями, може бути відкоригована шляхом нормалізації м'язового тону [11, с. 201]. Для цього необхідні ґрунтовні знання фізіології, технічна підготовка та спостережливість з боку реабілітолога. Виходячи з положення, найбільш зручного для пацієнта, для нього формуються нові рухові паттерни. Нові рухи напрацьовують та стимулюють з допомогою ретельно відібраних, мобілізуючих пацієнта, рухових імпульсів. Ритмічні повторення визначеного

руху протягом тривалого часу призводять до закріплення їх та можливості адаптації пацієнта до рухового самоконтролю.

Реабілітація за методом Кабата. Методи американського нейрофізіолога та терапевта Кабата були вперше описані в 1945 році [37, с. 73]. Теорія їх заснована на тому, що стимуляція за допомогою специфічних рухів ініціює цільові реакції, які, в свою чергу, є зразками для відповідних рухових паттернів. Найбільш ефективні рухові паттерни розвиваються діагонально (поспіралі), їх розвиток проходить у результаті розтягування та стискання частин тіла засобом згинання, розгинання, абдукції та аддукції, а також обертання. Реабілітолог надає пацієнту необхідне положення, яке при необхідності фіксується силою. Ці пасивні рухи коректують у різних тканинах тіла рухові паттерни та забезпечують їх збереження в центральній нервовій системі. Їх можна використати для периферійного контролю над відповідними їм рухам. Застосування визначених комбінацій рухів потребує знання анатомії та нейрофізіології поряд з вмінням розділяти рухи на окремі складові. Реакції на рівні тканин, що викликані стимуляцією, надають пропріоцептивне нервово-м'язове полегшення. Ритмічне повторення має велике значення при засвоєнні нових паттернів [9, с. 12].

Реабілітація за методом Войти. У 1974 році педіатр Вацлав Войта видав книгу під назвою «Дитячі церебральні рухові порушення», у якій він висвітлив свою методику. Розроблений ним метод реабілітації ґрунтується на стимуляції та використанні рефлєкторних рухів у цілях закріплення правильних рефлєкторних чи рухових паттернів [49, с. 45]. Для того, щоб застосувати цей метод, необхідні глибокі знання складних законів, що керують рефлєкторними рухами. Також використовуються скорочення м'язів різних груп, що відповідають за здійснення рефлєксів рачкування та перекид. У цьому випадку використовуються діагональні, протилежно спрямовані рухи. Шляхом стимуляції відповідних груп м'язів ті з них, в яких порушена функція, інтегруються в роботу нормальних м'язових груп. Таким чином створюються

рухові паттерни для центральної нервової системи, в ініціації яких бере участь багато різних рецепторів усього рухового апарату [24, с. 22].

Реабілітація за методом Бранкоу. Росвіта Бранкоу розробила метод реабілітації, але пішла з життя у 1977 році, не встигнувши його опублікувати. Її дослідження потрапили до доктора Войти. Після її смерті була сформована робоча група, що зберегла її метод [52, с. 253]. У 1978 та в 1983 роках Роза Марі Болд та Анна-Марія Гроссман опублікували метод, відомий як «спрямований рух», це був реабілітаційний метод відновлення після нервово-м'язових розладів [18, с. 92].

Ця реабілітація спрямована на стимуляцію нормальних чи відновлення ушкоджених рухових паттернів, їх закріплення на автоматичному рівні за допомогою активізації всіх м'язів організму, відповідальних за правильну ходу. Це досягається шляхом максимального дорзального згинання рук та ніг. При такому положенні здійснюється тиск на зап'ястки та п'яти. Ці пропріоцептивні стимули діють на взаємне стискання, що передається тілу через верхні та нижні кінцівки [44, с. 103]. Шляхом особливих маніпуляцій, що викликають спрямований тиск, активізуються визначені групи м'язів, що забезпечують симетричність тонуусу усієї мускулатури, що відповідає за випрямлення тіла та хребта.

Теорія зауважує, що активізація м'язового тонуусу за допомогою рук та ніг стимулює фізіологічні та керовані реакції м'язів, що забезпечують пряме положення тіла в його сусідніх частинах, що піддаються терапевтичній дії. З точки зору анатомії, ці лінійні м'язові скорочення – це результат взаємодії груп м'язів, волокна яких, переважно, проходять діагонально. Вентрально-дорзально волокна спрямовані в протилежних напрямках та таким чином вони діють антагоністично [26, с. 148]. Ціль всіх цих м'язових скорочень – випрямити тіло.

Пряма постава та хода підтримується засобом антагоністичних взаємодій черевних та спинних м'язів, що утворюють баланс хребта та тулуба. Попередньою умовою для виконання цієї задачі є нормальна іннервація, що

необхідна для координованих і відповідних м'язових скорочень. Рухові порушення внаслідок дисфункції м'язів піддаються корекції засобом вирівнювання м'язового тону та усунення рухового дисбалансу [34, с. 19]. Це фізіологічний процес для здорової людини та реабілітаційний – для людини з відхиленнями в руховій сфері.

Функціональний аналіз рухів за методом Клейн-Фогельбах. Фізіотерапевт Сусанна Клейн-Фогельбах, почесний доктор медицини, відкрила нові можливості для розвитку реабілітації, розробивши функціональний аналіз рухів здорової людини. Цим вона відкрила перспективу для вивчення відхилень від норми – рухових порушень, що мають суттєві відмінності від еталону [13, с. 725]. Вона ввела функціональний аналіз для лікувальної фізичної культури, таким чином визначивши стандарти для реабілітаційних втручань, без яких неможливо обійтися. Функціональний аналіз став частиною курсу навчання реабілітації та багатьох додаткових курсів, що сьогодні викладаються реабілітологам. Концепція функціонального аналізу в реабілітації підвищила стандарти роботи і є важливим мотивуючим фактором для реабілітологів [57, с. 111].

Реабілітація за методом Фенделькрайса. Доктор Моше Фельденкрайс, математик та фізик, займався проблемами статичної та динамічної людської тіла, як і нейрофізіологією та нейропсихологією. Концепція «розуміння через рух» лежить в основі розробленої ним методики, спрямованої на полегшення фізіологічних чи відновлення порушених рухових можливостей. Доктор Фенделькрайс виробляв у пацієнта розуміння того, що з ним відбувається в момент заняття, залучаючи його до складання програми вправ, тим самим розвиваючи у пацієнта відчуття тіла і його контроль. Ця функціональна інтеграція робить реабілітацію набагато ефективнішою. Концепція Фенделькрайса ґрунтується на розумінні того, що цілеспрямовані рухи стимулюють мозок до сприйняття, збереження та відтворення нової інформації; таким чином, інформація трансформується у рух [22, с. 223]. Така стимуляція резервів нервової системи – підхід до реабілітації з абсолютно іншої точки



зору, на відміну від силових вправ, розробки суглобів чи схожих прийомів механотерапії. Реабілітація може бути значно якісніша, якщо пацієнт кінестетично розуміє результати лікування [39, с. 292].

Психомоторні методи. Діти з руховими порушеннями, різними відхиленнями в поведінці та з розумовою відсталістю все частіше стають об'єктами програм психомоторних вправ. Ці програми були описані Ернстом Кіфар дом, Маріанною Фростіг, Крістою Мертенс та Ідою Рольф.

Науково доведено, що кінь може мати визначну роль в таких формах реабілітації [51, с. 34]. Важливо, що реабілітологи розуміють, як взаємно перетинаються нейромоторна, сенсомоторна та психомоторна сфери, та впроваджують ці терапевтичні моменти в лікування дітей з церебральними паралічами. Симптоми порушень у дітей можуть бути від мінімальних до досить значних, але навіть мінімальні відхилення можуть мати значну загрозу, якщо їх не лікувати. Психомоторне лікування на ранніх стадіях хвороби, безсумнівно, повинно бути рекомендоване особам з церебральним паралічем, оскільки кількість таких порушень останнім часом значно зросла. Як тільки встановлений діагноз, необхідно терміново починати реабілітаційні заходи. На першому місці завжди є профілактика ускладнень, в якій іпотерапія має провідне значення [4, с. 120].

Лікування немовлят з руховими порушеннями також відноситься до тої ділянки, де стикаються фізкультурно-освітня та лікувально-освітня терапія. Багатогранність дії та підходів, що застосовуються, дозволяє відновлювати немовлят з подібними порушеннями. Так звана нейросенсомоторна інтеграція, побудова образу тіла через вправи на сприйняття, розвиток відчуття тіла та його розуміння – це ті задачі, при виконанні яких кінь може бути корисним помічником. Реабілітолог повинен вміти аналізувати ті випадки, коли порушення слід лікувати тільки за допомогою методів фізичної реабілітації, а коли необхідно рекомендувати комбіновану взаємодію спеціалістів.

Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації хворих з церебральним паралічем Козьявкіна. Професор Козьявкін розробив одну з

найефективніших на сьогодні методик реабілітації та лікування осіб з церебральним паралічем [29, с. 124]. Його методика базується на мануальній терапії, яка була створена на основі класичних методик Лієва, Дворака, Левіта, Захсе, Янди. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації осіб з церебральним паралічем є комплексом лікувально-корекційних заходів, що спрямовані на утворення в дитячому організмі нового функціонального стану шляхом корекції патологічних станів та активізації внутрішніх захисно-компенсаторних та адаптаційних можливостей дитини.

Структурно-функціональна організація системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації включає дві підсистеми. Перша підсистема – інтенсивної корекції – проводиться в умовах реабілітаційного центру протягом двох тижнів. Ця підсистема включає в себе наступні етапи[55, с. 150].

1. Адаптація. Дуже важливою в психологічному плані є адаптація дитини до умов реабілітаційного центру. Чим краща адаптація, тим позитивніший результат реабілітації.

2. Діагностика. Протягом перших днів проводиться оцінка неврологічного, психічного, мовного та психологічного стану дитини, вивчаються показники біоелектричної активності головного мозку, морфо-функціональні особливості головного та спинного мозку, церебральна геодинаміка, функціональний стан м'язових груп та великих суглобів.

3. Релаксація. Цей етап є дуже важливим, оскільки ступінь розслаблення є значущим при мобілізації та маніпуляції [16, с. 32].

4. Мобілізація і маніпуляція. Основною задачею цих етапів є сегментарна корекція суглобів хребта та великих суглобів кінцівок. Використовуються спеціальні системи масажу, різні варіанти рефлексотерапії, апітерапії, теплових воскових аплікацій з оригінальним складом хімічних інгредієнтів.

5. Фіксація. Цей етап має за мету закріплення досягнутого на попередньому етапі терапевтичного ефекту.

6. Створення нового рухового стереотипу. За допомогою зміни вихідних умов (тонуусу м'язів, їх іннервації та ін.) створюється новий руховий стереотип.

7. Активація системи нових мотивацій. Для створення мотивації використовуються ігри, фестивалі, спортивні змагання та конкурси творчої діяльності осіб з церебральним паралічем [8, с. 31].

Друга підсистема інтенсивної корекції – стабілізації та потенціювання ефекту – проводиться відразу після повернення дитини додому. Її тривалість складає, залежно від стану пацієнта, від 6 до 12 місяців [48, с. 97]. Ця підсистема включає: активацію системи нових мотивацій; формування м'язового корсету; оптимізацію біомеханічної моделі руху; соціально-психологічну адаптацію.

За даними досліджень ця реабілітаційна система значно підвищує адаптаційні можливості осіб з церебральним паралічем, покращує показники їх загального здоров'я, рівня соціально-психологічної адаптації та якість життя в цілому [33, с. 40].

Отже, діти з церебральними паралічами становлять різноманітну клінічну групу, яка суттєво відрізняється за рівнем моторного, психічного та соціального розвитку, оскільки налічується понад 400 різних причин, які обумовлюють поліморфізм клінічних проявів хвороби. Запропоновано досить багато методик лікування та реабілітації осіб з церебральним паралічем, але дослідники не дійшли спільної думки не лише щодо оптимального підбору та комбінування методів відновної терапії, але і до самої назви даного патологічного стану. Оскільки кожний пацієнт є особливим, індивідуальним, і не може існувати лише один, універсальний метод реабілітації.

## **2.2. Практичні форми роботи для корекції психомоторних порушень молодших школярів із дитячим церебральним паралічем**

Основними напрямками корекційно-педагогічної роботи з молодшими школярами із церебральним паралічем є: розвиток емоційного, мовного, ігрового спілкування, стимуляція зорового, слухового, кін естетичного сприйняття, формування просторових і часових уявлень, корекція їх порушень, розвиток передумов до інтелектуальної діяльності ( уваги, пам'яті, уяви),

розвиток зорово-моторної координації, підготовка до оволодіння письма [7, с. 96].

Значне місце в корекційно-педагогічній роботі при дитячому церебральному паралічу відводиться логопедичній роботі. Її завданнями є: розвиток мовного спілкування, нормалізація тону м'язів і моторики артикуляційного апарату, розвиток мовного дихання, голосу, просодики, формування сили, тривалості, керованості голосу в мовному потоці, вироблення синхронності дихання, голосу і артикуляції, корекція порушень вимови.

Особливе значення для дітей, які мають інтелектуальні та фізичні проблеми, є ігрова діяльність. Саме у грі, на фоні яскравих позитивних емоцій формуються перші знання, уміння та навички дитини. Вдало підібрані і вміло проведені ігри стануть помічниками у набутті необхідних навичок. Під час гри створюються такі умови, в яких кожна дитина отримує можливість самостійно діяти, набуваючи власний руховий або чуттєвий досвід. Це особливо важливо для дітей із спеціальними потребами [22, с. 233]. Дидактична гра дозволяє забезпечити потрібну кількість повторень на різному матеріалі при збереженні емоційно-позитивного ставлення до завдання.

Більшість дітей із психофізичними вадами потребують постійної стимуляції концентрації уваги. Тому, при організації гри з такими дітьми є постійне нагадування умов та правил гри, повторення символів, команд. Також, організуючи ігрову діяльність, слід пам'ятати, що діти з порушеннями опорно-рухового апарату не можуть і не повинні довгий час перебувати в одному положенні. Існує багато ігор, які сприяють розвитку уваги, мовлення, мислення, пам'яті, рухової активності. Важливо обирати ті ігри, які чітко працюють у напрямку подолання відповідних недоліків. Тільки допомога та підтримка дорослого дозволять дитині з церебральним паралічем отримати від ігор і задоволення, і користь [39, с. 293].

Дитина із церебральним паралічем часто не може координувати і вправно діяти пальцями руки, але якщо їй допомогти під час гри використати вже набуті

навички, то її можливості розширяться та наблизяться до спроможності навчатися.

Дуже важливий розвиток мілкої моторики для дитини. Справа в тому, що в головному мозку центри, які відповідають за мовлення та рухи пальців рук знаходяться один біля одного. Таке тісне сусідство дає можливість впливати на розвиток активного мовлення через тренування дрібної моторики пальців рук [14, с. 42]. Різноманітні маніпуляції з предметами сприяють активізації цього процесу, що особливо цінне для молодших школярів з церебральним паралічем. Дуже важливе розучування текстів, віршів з використанням пальчикової гімнастики. Це стимулює розвиток мовлення, просторового мислення, уваги, уяви, виховує швидкість реакції та емоційну виразність, що для дітей з особливими потребами дуже важливо. Можна використовувати такі форми роботи [58, с. 91]:

- Дитина опускає кисті рук в посуд, заповнений водою ( піском, крупою), вибирає різні предмети, називає їх. Потім теж саме вже із закритими очима.
- Малювання на піску різних предметів, букв, цифр.
- Ліплення з пластиліну геометричних фігур, букв, цифр. Впізнання зліплених букв із закритими очами.
- Розкладання жолудів, паличок, нанизування намистин.
- Перекачування олівця між пальцями кожної руки.
- Ігри з малюванням: обводити фігури, штрихувати, фарбувати.
- Ігри з гудзиками. Викладання різних малюнків спочатку з допомогою дорослого, потім самостійно.
- Ігри-шнурівки.

Вправи для пальчикової гімнастики

- Постукування постолу пальцями рук по чергово.
- Поплескування кистями рук по столу по чергово і одночасно.
- Пальчики «бігають» – вказівний і середній пальці спочатку правої, потім лівої рук.

- Пальчики «вітаються» (торкаються) один одного спочатку правої, потім лівої рук.
- Стискання пальців в кулак і розмикання.
- Загинати по черзі пальці правої руки, лівої, обох рук.
- Розведення пальців в сторони правої, потім лівої руки, обох рук одночасно.
- Пальці «переплітаються», долоні стискаємо.

Ефективною роботою також є логопедичний точковий масаж. Мета точкового масажу, який використовується в логопедичній практиці є нормалізація тону м'язів голосового, дихального та артикуляційного апаратів. Точковий масаж корисно проводити на фоні релаксації та на фоні аутогенного тренування. Дуже ефективною формою є горіховий масаж. Дітям він дуже подобається. Окрім того, волоський горіх чудово усуває стрес, позитивно впливає на точки, що сприяють розвитку мовленнєвої активності дітей, їх дрібної моторики [6, с. 72]. Цей вид роботи проводиться у формі гри з віршованим супроводом. Разом з мовленням розвиваються сенсорні здібності. Для цікавості можна розмалювати горішок ( очі, ротик, носик, чубчик). Також корисні – шишковий масаж та масаж прищіпками.

Дуже важливо працювати над ритмом і темпом дитини з церебральним паралічем. Це розучування віршів, лічилок (поєднання рухів і словесного супроводу). Необхідно виконувати вправи для розвитку дихання і голосу, які сприяють виробленню правильного діафрагмового і мовленнєвого дихання, його сили та тривалості ( наприклад, приспівування голосних звуків).

Іноді дітям з обмеженими можливостями важко вивчити лічилку, вірш, грати пальчиками. Проблема може бути в тому, що дитина просто не здатна зосередитися на достатньо довгий проміжок часу. Деякі діти погано розуміють звернене мовлення, у них порушена вимова окремих звуків, а також не розвинена пам'ять [35, с. 60]. Таким дітям потрібно більше часу, щоб у них виникла зацікавленість до віршів, приказок, ігор з пальчиками.

Народна педагогіка—ефективний засіб залучення дітей до української культури. Форми використання народної творчості різноманітні. Це залежить від віку дитини, її розвитку.

Аналіз наукових праць щодо обстеження мовлення дітей з церебральним паралічем показує, що дефекти звуковимови в них обумовлені дизартрією різної форми та ступеня прояву [27, с. 24]. У наслідок ураження центральної нервової системи виникає таке порушення як дизартрія. До дизартрії належать такі дефекти мовлення, внаслідок яких порушується не лише вимова звуків, а й інші фонетичні компоненти: темп, виразність, модуляція, сила голосу, дихання, із запізненням розвивається розуміння мови, словника, граматичної будови. Найбільш поширеною є псевдобульбарна дизартрія.

Для таких дітей характерні: амімічне обличчя, утруднені жувальні і ковтальні акти, салівація, порушення мовного дихання, глухий здавлений голос, порушення темпу, виразності мовлення [41, с. 7]. Особливість дизартрії при дитячому церебральному паралічу виникає при впливі тонічних рефлексів на мовленнєву артикуляцію. Це визначає специфіку роботи з такими дітьми. Навчання та заняття потрібно проводити в такому положенні дитини, щоб вплив тонічних рефлексів на мовленнєвий апарат був мінімальний.

Потрібне правильне положення голови, тулуба. При проведенні занять з дитиною дзеркало та місце логопеда знаходиться на рівні очей дитини. Вибравши правильне положення, після загального розслаблення, приступають до масажу та артикуляційної гімнастики. Особливістю дизартрії при дитячому церебральному паралічу також є недостатність кін естетичного сприймання. Дитині дуже важко виконувати великий обсяг завдань, вона слабо відчуває положення та рух своїх кінцівок та органів артикуляції [5, с. 389].

Завданням логопедичної роботи при дизартрії з дітьми з церебральним паралічем є розвиток відчуттів артикуляційних позицій та рухів. Для покращення артикуляційних рухів виконуються вправи через зусилля, вправи із відкритими очима і закритими. У практиці шкільних логопедів найчастіше зустрічається легка (стерта) форма дизартрії. При дизартрії в роботу логопеда

входить: масаж, пасивна і активна артикуляційна гімнастика, вправи на розвиток дихання, голосу, вправи на розвиток слухової уваги та фонематичного слуху, робота над зв'язним мовленням [53, с. 120].

У дітей з церебральним паралічем наявні дисграфія й дислексія, щообумовлено порушенням зорового сприймання форми і просторових уявлень в поєднанні з дефектом стереогностичної функції. У таких дітей помітна бідність словника, щообумовлено недостатньою сформованістю просторових й часових уявлень, узагальнюючих понять, наявні фонетичні, фонемографічні, граматичні, семантичні помилки при відтворенні одержаної ними інформації на заняттях корекційної спрямованості [18, с. 102].

До таких помилок належать змішування літер, що позначають приголосні звуки, які відрізняються один від одного наявністю або відсутністю вібрації голосових зв'язок ( дзвінки та глухі), додаткового підняття спинки язика (м'які та тверді), за місцем утворення, за способом утворення, пропуск, заміна, додавання окремих літер та складів. Для більшості дітей характерна недостатня диференціація і низька актуалізація просторових зв'язків і відношень. Слід зазначити, що такі мовленнєві помилки мають стійкий характер і зберігаються впродовж тривалого періоду. Усе це вказує не тільки на недорозвинення мовлення, а й на особливий рівень можливостей пізнання оточуючого, своєрідний спосіб мислення зі специфічним рівнем розвитку інтелектуальних операцій аналізу та синтезу [40, с. 54]. Тому на початок шкільного навчання у дітей з церебральним паралічем залишається ще несформованою лінгвістична готовність до засвоєння програмового матеріалу з рідної мови.

Процес письма є особливою формою мовленнєвої діяльності, що відрізняється від усного мовлення як засвоїм генезом та психофізіологічною побудовою, так і засвоїми функціональними особливостями.

Формування навички письма починається з аналізу звукового складу слова. Тому однією із головних умов для оволодіння дитиною письмом є достатньо збережений фонематичний слух. Важливу роль для оволодіння цим процесом відіграє правильна артикуляція, яка бере участь у процесі навчання



письма дітей перших років навчання. Метою корекційної роботи логопеда з подолання помилок на заміни та змішування букв, що позначають звуки, близькі за акустико-артикуляційними ознаками, є формування у дітей звукової артикуляції фонем, розвиток слухової уваги та пам'яті, фонематичного аналізу і синтезу [17, с. 79].

Другий складний етап письма пов'язаний з перекодуванням елементів – фонем в оптичні елементи – графеми. Кожна графема має свою зорово-просторову будову, для реалізації якої потрібний складний просторовий аналіз та сформовані рухові навички кисті руки. Для засвоєння в дитини оптичного та зорово-просторового образу букви, диференціації оптично схожих букв слід підбирати спеціальні завдання з розвитку зорового сприймання, зорового аналізу та синтезу, просторових уявлень [30, с. 105]. Такі завдання спрямовані на розвиток орієнтування у власному тілі (права і ліва частини), визначення напрямку у просторі, орієнтування в оточуючому середовищі.

Отже процес оволодіння навичкою письма складається з декількох етапів та є складним для оволодіння і тривалим для дітей, які мають органічні ураження центральної нервової системи, тобто для дітей з церебральним паралічем.

Навчальна діяльність передбачає достатній рівень сформованості мовленнєвого розвитку як основи для оволодіння писемним мовленням. Процес підготовки дітей з церебральним паралічем до оволодіння навичками письма є важливим актуальним напрямком в навчально-корекційній роботі, оскільки готовність до навчання письму є основою для подальшого засвоєння дитиною рідної мови, соціальної адаптації та інтеграції його в соціальне середовище [49, с. 46].

Ще одна із складних та значущих форм психічної діяльності людини є читання. Будь-яка інформація, яку людина отримує ззовні, поступає до нас у закодованому вигляді. Саме за допомогою інтелектуальної діяльності ми в змозі зрозуміти отриману інформацію. Як відомо читання – це складний психофізіологічний процес, що відбувається за допомогою аналітико-

синтетичної діяльності. Становлення навички читання в учнів молодших класів відбувається в межах традиційного аналітико-синтетичного методу і полягає у поступовому переході від поскладового читання до читання цілими словами та словосполученнями.

В Україні загальноприйнятим методом навчання дітей читання є аналітико-синтетичний звуко-буквений метод. Але у багатьох дітей із церебральним паралічем виникають труднощі в опануванні читання. В основі цих труднощів лежить недорозвиток різних рівнів сукцесивних структур, які забезпечують здійснення послідовного та кількісного аналізу слова. З такими дітьми можна впроваджувати нетрадиційний глобальний та напівглобальний методи навчання читання. Основне завдання глобального методу навчання читання зводиться до забезпечення розповідного, вільного мовлення, природного звучання тону, без типового розтягування та монотонного нанизування слів [26, с. 149].

Такий процес навчання читання складається з 3 етапів [57, с. 112]:

- Симультанний – формування максимально дифузного цілісногообразуслова, в якому не виділені елементи, з яких воно складається.
- Сукцесивний – виділення елементів слова (склад, буква), що розпізнається і вивчається.
- Симультанний – передбачає формування цілісногообразу букви.

Для цього методу використовуються картки зі словами великим шрифтом. Для читання добираються слова, у вимові яких у дитини не виникає труднощів. Слова, записані на картках, включають назви предметів, що належать власне дитині (меблі, продукти харчування, іграшки тощо). Словник добирається таким чином, щоб діти навчилися не тільки добре читати ці слова, а й комбінувати з них різноманітні словосполучення.

За соціально-економічних умов у сучасній системі освіти дедалі більша роль відводиться інклюзивній моделі навчання, яка проявляється у різноманітних формах спільного навчання та виховання дітей з особливими потребами [9, с. 15]. Діти з церебральним паралічем стали однією з перших

категорій дітей зі спеціальними потребами, які були задіяні в інклюзивну модель освіти. У зв'язку з великою кількістю мовленнєвих порушень у таких дітей, постала проблема створення та залучення у навчально-корекційний процес нових методів навчання.

Отже, у дітей з обмеженими можливостями здоров'я негативні сторони життя перевищують позитивні. Тому обов'язковою педагогічною умовою формування життєвої компетентності є індивідуально-особистісний підхід до організації корекційно-відновлюваного процесу. Неможливо впливати на психіку дитини, проводити коригуючі заняття без глибокого знання процесів, що впливають на її поведінку. Послідовне та періодичне спостереження, спеціалізовані заняття та ігри допомагають вивчити емоційно-вольовий та інтелектуальний потенціал дитини. Дитина із психофізичними вадами дуже важко вживається в суспільне життя. Але якщо поряд з нею кваліфіковані педагоги, цей шлях до дорослого життя дитина пройде швидше та з більшими придбаннями.

## РОЗДІЛ 3

### ДІАГНОСТИКА ТА КОРЕКЦІЯ СТАНУ ПСИХОМОТОРИКИ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ДЦП

#### 3. 1. Дослідження стану сформованості психомоторики дітей молодшого шкільного віку із ДЦП

Дітей молодшого шкільного віку з особливими освітніми проблемами об'єднує те, що всі вони потребують діагностики і систематичної корекційної роботи яка направлена на підготовку до самостійного повсякденного життя, а також навчання.

Проблема діагностики і корекції психомоторики в осіб з особливими освітніми потребами є дуже актуальною, адже вона була і залишається важливою проблемою спеціальної психології, а отже її подальша розробка пов'язана із розвитком психолого-педагогічної науки і забезпечує її теоретико-методологічний рівень [21, с. 230].

Метою нашого дослідження було визначити фактори занять фізичними вправами, які впливають на стан психомоторного формування особистості й соціальну адаптацію осіб із наслідками ДЦП. В ході цього намітити шляхи вдосконалення їхньої інтеграції в сучасне суспільство.

Основними завданнями нашого дослідження є:

- розкрити методологічне і теоретичне обґрунтування системи психологічної допомоги, яка спрямована на корекцію, а також профілактику рухових порушень при дитячому церебральному паралічі;
- виявити психологічні, а також соціально-психологічні фактори, які можуть впливати на особливості та рівень соціальної адаптації дітей з руховими порушеннями.

В дослідженні брали участь 18 дітей із дитячим церебральним паралічем. Спрямованість роботи була направлена на виявлення психологічних особливостей осіб із порушеннями опорно-рухового апарату та механізмів їхнього формування.

Дослідження проводили в обласному центрі ранньої соціальної та трудової реабілітації для дітей-інвалідів в місті Херсон. Всі діти перебували під спостереженням корекційних педагогів і були обстежені на різних етапах комплексної реабілітації в період навчання й під час занять фізичними вправами.

Для того, щоб виявити особливості психічного розвитку дітей із ДЦП, які вивчалися в ході експерименту, використовувалися результати психологічного обстеження, проводився аналіз анамнестичних даних та сімейної ситуації. Також оцінювалися динаміка та характер психокорекційної роботи, безпосередньо під час занять фізичними вправами.

У ході дослідження були апробовані психокорекційні методики: психокорекційні заняття, тренінги спілкування, індивідуальна психокорекція. Дослідження було проведене в два етапи. Учасники обстежувалися у віці 7 – 8 років.

У дослідженні приймали участь 18 дітей. Всі діти мають клінічний діагноз: «Дитячий церебральний параліч, пізня резидуальна стадія». За тяжкістю рухових порушень діти були поділені на три групи.

Перша група (I) – в цю групу входять діти, які мають важкі рухові порушення, пересуваються тільки в інвалідному візку або на милицях. У більшості з цих дітей грубо порушенні маніпулятивні функції через гіперкінези або контрактури, що утруднює самообслуговування, а також викликає ускладнення при письмі й на заняттях фізичними вправами.

Друга група (II) – діти які мають рухові порушення середньої тяжкості. Пересуваються з опорою на тростину. Маніпулятивні функції розвинені достатньо: повністю обслуговують себе, можуть писати й гратися.

Третя група (III) – діти з легкими руховими порушеннями, можуть самостійно пересуватися на значну відстань дефектною ходьбою. Ходьба відрізнялася нестійкістю. М'язова сила в руках знижена, але маніпулятивні функції незначно обмежені.

У 50% учасників даного дослідження були виявленні дизартричні розлади. Також в анамнезі деяких дітей відзначалася затримка психічного розвитку. У віці 6 – 7 років усі діти були обстежені фахівцями ПМПК і мали рекомендації для навчання.

Система психолого-педагогічного вивчення дітей у ході дослідження здійснювалася за трьома напрямками:

- дослідження психомоторних функцій до і після занять фізичними вправами;
- дослідження психічних функцій;
- дослідження впливу нетрадиційних форм занять на корекцію психомоторних функцій.

У дітей з ДЦП спостерігається соматична ослабленість розвитку локомоторних функцій, які супроводжуються відставанням у розвитку рухової сфери. Зважаючи на це, були проведені дослідження з немовної симптоматики: дрібної моторики рук, пальців за методикою Озерецького Н. І.[36, с. 65] Були використанні такі варіанти методик:

- «Реципронна координація рухів». Проба спрямована на дослідження сформованості механізмів серійної організації рухів та міжполушарної взаємодії. Дитина по чергово стискає і розтискає кисті рук з одночасним показуванням кінчика язика на кожен стиск. Оцінка результатів проводилась за 4-бальною системою.

- «Проба перебір пальцями». Проба проводиться наступним чином: дитина на двох руках одночасно стискає послідовно великий палець з іншими. Спочатку пропонується виконувати рухи від вказівного пальця до мізинця, потім від мізинця до вказівного пальця. Оцінка результатів проводилась за 5-бальною системою.

- «Графічні проби». Дитині пропонують не відриваючи олівця від паперу відтворити графічні ряди за наслідуванням, перший ряд – «ланцюжка», другий ряд – «дах», третій ряд – «парканчики». Оцінка результатів проводилась за 4-бальною системою.

- «Асиметричне постукування». Дитині необхідно відтворити по наслідуванню 5-9 серій рухів зі змінного постукування два рази з однією рукою й один раз з іншою. Потім порядок ударів ставав протилежним. Оцінка результатів проводилась за 4-бальною системою.

Рівень розвитку пізнавальної діяльності дітей з ДЦП визначався за методиками Стадненко Н. М., Обухівської А. Г., Ілляшенко Т. Д., Борщевської Л. В. [43, с. 109], та Розанової Т. В. [40, с. 8]. Були використанні такі методики:

- «Панель». Демонструється дошка, що заповнена фігурами. Дитині пропонується розглянути як розташовані фігуру, після чого фігурки висипаються на стіл. Даємо дитині дошку із завданням заповнити її фігурами. При цьому використовуємо таку інструкцію: «Подивись, як лежать фігури, а тепер розклади так само, як було». Оцінка результатів проводиться за 4-бальною системою.

- «Групування предметів». Дитині демонструються два типи карток – великі та маленькі, пропонується роздивитися малюнки і назвати предмети, що намальовані. В ході цього дослідження дитина повинна до кожного предмета, що намальований на великій картці знайти предмет, що намальований на маленьких картках. Оцінка результатів проводиться за 4-бальною системою.

- «Четвертий зайвий». В ході дослідження використовуються два набори з чотирьох малюнків. Дитині дається завдання об'єднати три предмети, що мають загальну суттєву ознаку, і виключити четвертий предмет, що не має цієї ознаки.

У ході дослідження було встановлено, що у дітей з ДЦП розвиток психомоторних функції відстає від їхніх здорових однолітків. У дітей із дитячим церебральним паралічем у віці 7-8 років істотно запізнюється вступ у лад вищих коркових рівнів організації рухів, в наслідок цього не забезпечується прогресивний розвиток силових і точних рухів, а також не створюються необхідні умови для освоєння руховими навичками і предметними ручними маніпуляціями. У зв'язку з недорозвиненням психомоторних функцій значно затримується формування навички письма. Письмо є складною психомоторною

навичкою і успішне оволодіння цією навичкою спирається на узгодження взаємодії всіх рівнів організації рухів.

Для дітей із ДЦП характерне недорозвинення координованих рухів пальців, нерозуміння рухових установ, які їм надаються, ритмічні та просторові порушення, а також ізольованість рухів. Діти зазнають труднощі коли їм пропонується за запропонованим зразком відтворити положення пальців рук. Спостерігається неточність, сповільненість утворенні рухових диференціацій, дискоординованість рухів.

Отже, діти із ДЦП суттєво відстають в моторному розвитку, це характеризується диспропорціональністю та незрілістю рухів на всіх рівнях їхньої організації, це визначало розходження у всіх психомоторних актах, а також низький рівень їх виконання.

Експериментальні дослідження були проведені з дітьми з ДЦП у віці 7-8 років за методиками розвиваючого характеру. Система поетапної допомоги дітям під час експерименту дала можливість виявити їх особливості пізнавальної діяльності. А саме: вміння здійснювати практичні і розумові дії, оперувати зоровими образами.

В ході обстеження пізнавальних психічних процесів дітям із ДЦП пропонувалися завдання, якщо ці завдання діти не виконували самостійно їм надавалася допомога словесними вказівками. Словесні вказівки дозували залежно від ступеня інформативності. Для того, щоб діти змогли виконати основні завдання, спочатку пропонували загальні вказівки, а потім безпосередньо конкретні шляхи їх вирішення. При обстеженні пізнавальної діяльності дотримувалися принципу від простого до складного. Аналізуючи отримані результати дослідження можна зробити висновок про низький рівень розвитку пізнавальних процесів у більшості дітей з церебральним паралічем. Це вказує на те, що у них присутні порушення просторового сприймання, а також конструктивного праксису.

В ході другого етапу дослідження під спостереженням були діти з ДЦП у контрольній групі з такими формами:



- спастична диплегія – 3;
- подвійна геміплегія – 2;
- гіперкінетична форма – 2;
- атанічно-астатична форма – 2.

Усього 9 дітей. З них: 5 дівчаток й 4 хлопчиків.

Слід враховувати, що в цих дітей також були відзначені вторинні дефекти та супутні захворювання, а також психічні та мовні порушення.

В експериментальну групу у ході дослідження входили діти з церебральним паралічем з порушеннями мовлення. У них було виявлено порушена функція артикуляційного апарату і це призводило до обмеження спілкування та невиразності мовлення. Мовнорухові утруднення в свою чергу призводили до порушення аналізу звукового складу слів. Діти не були здатні до розрізнення звуків на слух, виділення звуків в словах, побудови речень. Також у дітей порушення мовлення значно сполучається з розладами дихання та голосоутворення, переважає прискорене, поверхнєве дихання. Порушення голосу у дітей з церебральним паралічем безпосередньо пов'язано з паралічами та парезами м'язів органів артикуляційного апарату. Все це впливає на те, що діти із зусиллями опановують читання і письмо.

В експериментальній групі дітям з ДЦП у віці 7-8 років були запропоновані заняття в сухому басейні. Важливість такого заняття можна пояснити тим, що тіло дитини в сухому басейні перебуває в безпечній опорі, адже це є дуже важливо для дітей з порушеннями руху. Зважаючи на те, що у басейні можна пересуватися і відчувати при цьому постійний контакт шкіри з кульками, це сприяє масажу тіла, стимулює тактильну чутливість та пропріоцептивну чутливість. Дитина може вільно рухатися, міняти напрям руху, позу, чергувати діяльність із відпочинком. Заняття в сухому басейні значно впливають на розвиток моторики, допомагає дитині координувати рухи, рівновагу, зменшує свастику й гіперкінези, сприяє покращенню рухливості хребта й суглобів верхніх і нижніх кінцівок. Такі заняття мають значний вплив на психоемоційний настрій. Важливо здійснювати підбір вправ у басейні

індивідуально в залежності від форми й ступеня тяжкості захворювання [ 26, с. 150].

Розвиток психомоторики у дітей з ДЦП молодшого шкільного віку є складним процесом. Для таких дітей характерним є підвищена дратівливість, стомлюваність. Значне місце посідають підсилення насильницьких рухів.

Довільна діяльність формується складно та повільно. Всі ці особливості дають змогу визначити необхідність сполучення занять психомоторики із заходами, які будуть спрямовані попередження у дитини вторинних відхилень, а також на загальний розвиток [20, с. 174.

### **3. 2. Індивідуальна корекційно-відновлювальна робота щодо розвитку психомоторики дітей молодшого шкільного віку із ДЦП**

Розумово чи фізично неповноцінна дитина повинна проводити повноцінне гідне життя в умовах, які забезпечили б її гідність, сприяли її упевненості в собі та полегшували б її активну участь у житті суспільства. Для здійснення корекції порушень у фізичному та психічному розвитку учнів з особливими освітніми потребами має проводитися відповідна корекційно-відновлювальна діяльність, яка є складним психофізіологічним і соціально-педагогічним явищем, що охоплює весь освітній процес. Таким чином, корекційно-відновлювальна робота вирішує специфічні завдання, зумовлені особливостями психофізичного розвитку молодших школярів з порушеннями інтелектуального розвитку. Ця робота потребує впровадження особистісно-зорієнтованих програм навчання, розвитку та корекційно-спрямованого індивідуального і диференційованого навчання, запровадження інтегрованого навчання [6, с. 78].

Система корекційно-відновлювальної роботи спрямована на [33, с. 44]:

– підсилення ефективності навчання та виховання для молодших школярів із ДЦП;

– формування компенсаційних способів діяльності як важливої передумови підготовки дітей з особливими освітніми потребами до навчання в школі;

– створення передумов для соціальної реабілітації та інтеграції, розвиток самостійності та життєво важливих компетенцій, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку.

Сучасні вимоги суспільства до розвитку особистості дітей, що мають відхилення у розвитку, диктують необхідність більш повно реалізувати ідею індивідуалізації навчання, що враховує ступінь тяжкості їх дефекту, стан здоров'я, індивідуально-типологічні особливості. Мова йде про необхідність надання комплексної диференційованої допомоги дітям, спрямованої на подолання труднощів оволодіння знаннями, вміннями і навичками, що в кінцевому підсумку сприятиме більш успішній адаптації та інтеграції їх у суспільство.

Психомоторний розвиток дитини із ДЦП значно відстає за термінами формування і проходить надзвичайно нерівномірно: сповільненість, недиференційованість, вузькість обсягу сприйняття, порушення аналітико-синтетичної діяльності, специфічні недоліки пам'яті ускладнюють знайомство дитини з навколишнім світом [22, с. 224].

Завдання гуманізації та індивідуалізації виховання і навчання розумово відсталих дітей в свою чергу вимагають створення необхідних умов для їх розвитку, становлення як суб'єктів навчальної діяльності. Розвиваючи моторику, ми створюємо передумови для становлення багатьох психічних процесів. Дана програма призначена для вирішення складної проблеми психомоторного розвитку молодших школярів із ДЦП в індивідуальному порядку.

Метою програми є попередження та корекція вад психофізичного розвитку, вторинних порушень і забезпечення передумов гармонійного вікового розвитку та формування соціальної адаптації молодших школярів.

Основними завданнями програми є:

- розвиток, на основі активізації роботи всіх органів чуттів, сприйняття явищ і об'єктів навколишньої дійсності в сукупності їх властивостей;

- корекція пізнавальної активності шляхом систематичного цілеспрямованого розвитку у дітей сприйняття кольору, форми, величини;

- розвиток слухового сприймання;

- виправлення недоліків моторики;

- корекція зорово-моторної координації;

- формування комунікативної діяльності, розвиток та корекція мовлення дитини;

- формування навичок соціальної адаптації та соціалізації [50, с. 253].

Форма проведення: програма складається із 35 занять, що проводяться 1 раз на тиждень, тривалістю 35-40 хвилин. Форма проведення – індивідуальна.

Виходячи з поставлених завдань в розробленій системі індивідуальної корекційно-відновлювальної роботи, що спрямована на розвиток психомоторики дітей молодшого шкільного віку із ДЦП, нами досліджено та систематизовано наступні методично-практичні рекомендації.

*1. Розвиток, на основі активізації роботи всіх органів чуттів, сприйняття явищ і об'єктів навколишньої дійсності в сукупності їх властивостей [53, с. 32].*

Корекційно-відновлювальна робота передбачає систематичне збагачення знань, уявлень про природні явища, рослинний і тваринний світ, працю людей, суспільні події тощо, розвиток уміння порівнювати, розпізнавати, узагальнювати, оцінювати. Для цього застосовуються різноманітні засоби підтримки позитивного настрою та мотивації, наприклад:

- використання під час спостережень тих предметів і явищ, до яких дитина виявляє найбільший інтерес;

- обговорення тієї чи іншої ситуації, яка привертає увагу дитини;

- закріплення активного та пасивного словника молодшого школяра;

- активізація спроб узагальнення вивченого тощо.

У багатьох дітей із ДЦП недостатньо розвинені цілеспрямована увага, пам'ять, а відтак – їхні знання про навколишню дійсність формуються на основі яскравих чуттєвих уявлень за наступною тематикою: «Моя родина»; «Предмети оточення» (одяг, посуд, меблі, транспорт, продукти, іграшки); «Тваринний і рослинний світ» тощо.

Дитину навчають порівнювати об'єкти за різними якостями та ознаками з тим, щоб закріплювалися причинно-наслідкові зв'язки між предметами та явищами навколишнього середовища. Введення дидактичної гри у корекційно-відновлювальний процес дає значні позитивні результати. При цьому виникає можливість використання різноманітного матеріалу для розв'язання окреслених завдань, проведення спостережень, дослідів, експериментів. Це пробуджує інтерес дитини до оточення, розвиває вміння порівнювати, узагальнювати, словесно послідовно передавати власні враження від предметно-практичної діяльності (малювання, ліплення, аплікації). Слід обговорювати певні доступні закономірності спостережуваних явищ, ставити різноманітні запитання: Чому? У чому різниця? Навіщо? Що спільного? Чим відрізняються? тощо.

При цьому доцільно використовувати наступні види вправ:

1) Розвиток координації рухів руки й очей (зав'язування, нанизування) – дитина використовує засвоєний словник у межах зрозумілого мовленнєвого матеріалу, вчиться виконувати завдання після показу і по словесній інструкції педагога.

2) Формування просторових уявлень: робота з конструктором «Лего», розрізними картинками (пазлами, кубиками) – дитина за допомогою (показом) вчителя розкладає предмети; навчається орієнтуватися у просторі: зверху, знизу, посередині, біля; за інструкцією працює з конструктором, пазлами.

Отже, процес ознайомлення з навколишнім середовищем передбачає не лише розширення світогляду, а й розвиток мисленнєвих операцій, пізнавальної активності, збагачення пасивного та активного словникового запасу, сприяє поліпшенню психофізичного стану дитини в цілому.

*2. Корекція пізнавальної активності шляхом систематичного цілеспрямованого розвитку у дітей сприйняття кольору, форми, величини.*

Головною метою цього завдання є поповнення та уточнення знань молодших школярів із ДЦП про сенсорні еталони. З урахуванням особливостей психофізіологічного розвитку дітей з інтелектуальними порушеннями стає ясно, що даний вид роботи вимагає системного і послідовного підходу. Програма передбачає ускладнення вимог не лише до формування власне сенсорних еталонів (форми, величини, кольору), але й до вміння групувати предмети за різними (в тому числі самостійно виділеними) кількома ознаками, складати серіаційні ряди, порівнювати площинні та об'ємні фігури, використовувати різні прийоми вимірювання.

Наступні вправи допомагають реалізувати поставлені цілі [56, с. 397].

1) Визначення на дотик величини предмета (великий – маленький – найменший); визначення на дотик площинних фігур і предметів – такі вправи вчать молодшого школяра визначати на дотик предмети за величиною, при цьому дитина намагається самостійно співвідносити знайомі плоскі та об'ємні фігури.

2) Тактильне сприйняття рідини: малювання долоньками, виконання пальчикових малюнків; розвиток умінь сприймати рідини (воду, фарбу) на дотик – дитина вчиться самостійно розрізняти рідини (воду, фарбу) на дотик, працює за інструкцією дорослого, виконуючи малюнок пальцями; має можливість розрізняти з допомогою на дотик рідини (воду, фарбу), а також може з допомогою виконати малюнок, занурюючи долоню в фарбу.

3) Дидактична гра «Чарівний мішечок». Зміст вправи полягає у наступному: ігри з великою мозаїкою різної текстури за інструкцією дорослого; розвиток зорового, тактильного сприймання на основі формування перцептивних дій (умінь обстежувати предмети за формою, забарвленням, розміром, розташуванням у просторі); корекція просторових уявлень. Така дидактична гра допомагає дитині навчитися обстежувати предмети за формою, забарвленням, розміром, розташуванням у просторі. Молодший школяр зможе

виконувати певні завдання з великою мозаїкою різної текстури заінструкцією дорослого, а також самостійно орієнтується на робочому місці.

4) Вправа «Рожева башта» (будування башти відповідно зменшенню розмірів кубів, освоєння поняття «великий – малий») – дитина порівнює предмети за параметрами величин: великий – малий; будує серіаційні ряди (2-3 предмета) за словесною інструкцією і, по можливості, за допомогою вчителя вчиться сприймати розмір предметів шляхом накладання і прикладання, розпізнавати предмети визначеного розміру.

### *3. Розвиток слухового сприймання.*

Розвиток фонематичних процесів є важливою передумовою навчання молодших школярів із ДЦП грамоти, тому особливу увагу слід звернути на розвиток фонематичного сприймання, уявлень, навичок слухового контролю. Під час розвитку фонематичного слуху учні тренуються спершу в розрізненні контрастних за звучанням слів (жук – риба, горіх – цукерка, лимон – яблуко), потім менш контрастних (коза – береза, коса – колеса, бочка – качка) і, зрештою, тих, які відрізняються за звучанням однією фонемою (мишка – миска, кит – кіт, дід – лід) тощо. Здійснюється слухова диференціація дзвінких – глухих, твердих – м'яких, свистячих – шиплячих звуків.

Для розвитку слухових уявлень та довільної уваги застосовуються прослуховування коротких за обсягом пісень, казок, віршів, оповідань. При цьому використовуються музичні інструменти для відчуття ритму і довготи звуків, тембру, контрасту голосу. Ці засоби в системі коригуючих і розвивальних вправ спрямовані на фонетичний та фонематичний розвиток дітей із ДЦП [41, с. 10].

З цією метою використовуються вправи:

1) Дидактична гра «Хто і як голос подає» (імітація крику тварин), яка полягає у відтворенні звуків предметів, які звучать – дитина відтворює голосні та тихі звуки, наслідує звучання, імітує крик тварин, птахів.

2) Вправа на розрізнення побутових звуків і звуків навколишнього середовища (шелест листя, скрип снігу, шум шин) – дитина сприймає і виділяє

звукові подразники (різні шуми), диференціює побутові звуки і звуки навколишнього середовища, намагається з допомогою розрізнити джерело звуку, виконує завдання на визначення сили звуку по аналогії за допомогою дорослого

Окрім того, дитині молодшого шкільного віку із ДЦП, залежно від рівня її індивідуального психомоторного розвитку, пропонується виконати наступні завдання: «Підніми руку, якщо почуєш потрібний звук», «Повтори склади», «Покажи малюнок, предмет, іграшку, в назві яких чуєш потрібний звук» тощо, а також наступні види завдань: визначити звук на фоні слова; визначити місце звуку у слові (на початку, всередині, вкінці); визначити в слові послідовність звуків; скласти слово із даних складів; придумати слова на заданий звук та багато інших.

Таким чином, значні відхилення, які мають у своїй основі недоліки слухового сприйняття внаслідок їх малої диференційованості, корегуються та відновлюються за допомогою запропонованих вправ та завдань.

*4. Виправлення недоліків моторики. Корекція зорово-моторної координації.*

Корекція порушень рухової сфери забезпечується на заняттях з корекції розвитку на основі проведення корекційних вправ з розвитку рухової мобільності, підтримки рухової активності упродовж занять; розвитку загальної та дрібної моторики, удосконалення зорово-моторної координації. Для кожної дитини індивідуально підбираються оптимальні допоміжні засоби, які поліпшують функціональні вміння, необхідні для навчання та соціальної адаптації. Розвиток рухової сфери молодшого школяра відбувається на основі дотримання рекомендацій лікаря, інструктора ЛФК, вчителя фізкультури з урахуванням ступеня та форми ДЦП. Використовуються різноманітні засоби, такі як спортивний інвентар, іграшки, дидактичні матеріали.

Рекомендовано проведення корекційних вправ та ігор, які знімають фізичне напруження та активізують рухи учня. Вправи забезпечують розвиток координації рухів, рівноваги, корекцію тону м'язів рук та ніг, способів



пересування. Доцільним є виконання вправ під музичний супровід, адже ефективність ритмічної стимуляції доведено дослідженнями багатьох психологів.

Розвиток дрібної моторики дітей забезпечується на основі наступних видів роботи з нормалізації функцій дрібних м'язів рук: масажу пальців обох рук; пальчикової гімнастики; корекції дрібних рухів під час роботи з природним матеріалом; розвитку сили м'язів рук (з використанням еспандера, силоміра, залучаючи до роботи з пластичними, природними, пластиліну, глини тощо); розвитку координації рухів (під час ігор з м'ячем, гімнастичною паличкою, стрічкою, обручем, геометричним матеріалом та ін); малювання пальцями цифр, букв, ліній; використання конструкторів; сортування дрібних предметів, роботи з мозаїкою, пірамідами.

Для удосконалення зорово-моторної координації застосовуються: зображення точок, ліній за зразком, використання прийомів обведення, копіювання, домальовування деталей, розфарбовування. Вказані вправи розвивального та корекційного характеру слід використовувати на заняттях з корекції розвитку на підготовчих етапах до уроків математики, письма, читання [28, с. 60].

Доцільно використовувати наступні вправи:

1) Вправа для цілеспрямованості виконання дій і рухів за інструкцією педагога (кидання в ціль, повороти і перестроювання) – дитина навчається виконувати певні рухи та дії за інструкцією педагога або за показом, уміє імітувати рухи окремих тварин, дії з предметами: імітує пересування kota, миші, зайця, м'яча, поїзда (за допомогою чи за показом учителя).

2) Розвиток узгодженості дій і рухів різних частин тіла (повороти з рухами рук, ходьба зі зміною напрямку тощо) – дитина отримує елементарне уявлення про основні просторові характеристики рухової дії (виконує завдання за допомогою вчителя).

3) Стимулюючі вправи, які підвищують енергетичний потенціал: масаж кистей і пальців рук, катання долонею кульок, самомасаж.

Отже, розвиток моторики вирішує ряд завдань, пов'язаних з розширенням рухового досвіду учнів молодшої школи, розвитком уміння погоджувати рухи різних частин тіла, цілеспрямовано виконувати окремі дії та серії дій за інструкцією педагога, що є основою для формування в учнів просторового орієнтування.

*5. Формування комунікативної діяльності, розвиток та корекція мовлення дитини.*

Комплексне обстеження мовлення молодшого школяра із ДЦП забезпечує виявлення особливостей його артикуляційного апарату та звуковимови, стану фонематичних процесів, лексичних і граматичних уявлень, зв'язного мовлення, рівня розвитку слухового самоконтролю.

Одним із перших завдань індивідуальної роботи над мовленнєвим розвитком дітей із ДЦП є корекція звуковимови та мовленнєвої моторики. Для цього обов'язковим є артикуляційна гімнастика. Її слід проводити на початку заняття після психологічної підготовки учня. В артикуляційній розминці або гімнастиці враховується форма та ступінь ДЦП, рівень мовленнєвого розвитку дитини та передбачається [11, с. 204]:

1. Масаж обличчя – 2-3 хв.
2. Пасивна та активна гімнастика артикуляційного апарату.
3. Вправи на розвиток фонематичного слуху та слухової уваги.
4. Корекція звуковимови.

Формування дрібних рухів пальців рук завжди є обов'язковою умовою корекції мовленнєвого розвитку дитини. Стимулюючий вплив рухів руки, зокрема дрібної моторики, позитивно впливає на розвиток мовлення в цілому.

Орієнтовне планування корекційно-розвиткової роботи з формування, удосконалення фонетико-фонематичної складової мовлення, вимовної функції будується на основі наступних вправ.

1) Розвиток мовного аналізу і синтезу на рівні тексту (речення) – дитина формує та закріплює навички виділення речення із мовленнєвого потоку, змістовного і інтонаційного оформлення речень в усному мовленні,

граматичного оформлення речень на письмі, вміння визначати кількість речень у тексті.

2) Розвиток фонематичних процесів: сприйняття, уявлення, аналіз, синтез – у дитини відбувається формування поняття про звук мовлення, про букву як про графічний образ звука, розвивається фонематичне сприйняття, сприйняття складового і фонематичного аналізу і синтезу, фонематичних уявлень. Закріплюються вміння розрізняти на слух голосні і приголосні фонемі.

3) Вправа «Живі і неживі слова» (які слова відповідають на питання «Хто? Що?», наприклад: лялька, школа, машина, вчитель, Наталка, вихователь, книга, Ігор, діти тощо).

4) Вправа «Добери риму» (стілець – олівець, ложка – гармошка, звук – друк, зуб – куб, Маша – каша, тарілка – сопілка, зал – бал, рибка – скибка) – у дитини відбувається формування навичок складання звукових схем слів та добору слів до їхніх звукових схем.

5) Вправа «Рахуємо звуки у словах» (сад, вітер, туман, природа, урожай, город, фрукти, запаси, ліс, птахи, погода, небо, сонце, люди, одяг, парасолька) – відбувається уточнення значень наявних у молодшого школяра слів і збагачення словникового запасу шляхом накопичення нових слів, розвитку словника: формування, уточнення, диференціація лексичного значення слова (антонімічних, синонімічних, переносних, твірних, похідних), формування узагальнюючої функції слова (її різних рівнів) [56, с. 397].

Таким чином, конкретний зміст мовленнєвої корекції визначається структурою психофізичного порушення дитини, умовами середовища, рекомендованими заходами впливу. Основою для організації мовленнєвої практики є участь дитини у різноманітних видах діяльності, практичних діях з предметами, активних спостереженнях за явищами навколишньої дійсності під керівництвом учителя і батьків

#### *б. Формування навичок соціальної адаптації та соціалізації.*

Психокорекція особистісного розвитку дитини розпочинається з аналізу психологом умов сімейного виховання, яке дає пояснення багатьом проявам

поведінки. Однак, головним засобом діагностики залишається спостереження за дитиною в різних життєвих ситуаціях: у взаємодії з психологом, вчителем, батьками, однолітками, дорослими; у реакціях на труднощі, втому, у способах домагатися задоволення власних бажань тощо. Визначальною умовою залишається комплексна взаємодія психолога, вчителя та батьків молодшого школяра для досягнення бажаного корекційного ефекту. Комплексне обстеження емоційно-вольової сфери учня є основою для подальшого розвитку особистості. Особлива увага повинна звертатися на емоційний стан дитини; схильність до різких змін настрою; прояви тривожності та наявність страхів; реакції на свою фізичну неповносправність; особливості спілкування (сором'язливість, невпевненість, конфліктність, агресивність); характер взаємин у родині (залежність, надмірна прив'язаність, конфліктність тощо).

Психокорекційні вправи для формування навичок соціальної адаптації та соціалізації проводяться з дітьми у формі різноманітних ігор, драматизації казок та ін. Цікаві завдання викликають у молодших школярів інтерес, адже зміст знайомих з дитинства казок є зрозумілий усім дітям. Моделювання різних ситуацій стимулює уяву учня. Дитина, обравши певну роль, практично втілює образ конкретного персонажа, наділяючи його власними переживаннями та рисами характеру. Саме під час гри створюється ситуація взаємодії з іншими персонажами, виявлення активності, подолання страхів, невпевненості, пасивності, агресії. Потрібно застосовувати продуктивні методи корекції емоційного стану дитини, визнані сучасною психологією: психогімнастику, сюжетно-рольові ігри, гру-драматизацію, неструктуровані ігри, артотерапію, рухливі ігри та ін. Вказані методи дають змогу запобігти емоційному дискомфорту, створити позитивну мотивацію, підтримати активність і самостійність дитини, формувати вміння довільно спрямовувати увагу на власні емоційні відчуття, наслідувати вираження емоцій за зразком, розуміти емоційні стани інших людей, саморегулювати власну поведінку [55, с. 150].

## ВИСНОВКИ

Групу синдромів, які виникли внаслідок недорозвитку або пошкодження мозку в перинатальний, інтранатальний та ранній постнатальний періоди, об'єднано терміном «дитячий церебральний параліч». Проблемою церебрального паралічу займалися багато дослідників, але вона досі є однією з актуальних у неврології дитячого віку. Питання класифікації дитячого церебрального паралічу є дискусійним. Нині широко використовують патогенетичну класифікацію, у якій виділено спастичну диплегію, подвійну геміплегію (тетрапарез), геміплегічну, гіперкінетичну та атонічно-астатичну форми. Найчастішими є спастичні форми захворювання – спастична диплегія, спастичний геміпарез, подвійна геміплегія. У клінічній практиці трапляються також змішані форми дитячого церебрального паралічу. При такій хворобі можлива епілепсія, порушення зору та слуху, зниження інтелекту та ряд інших відхилень. Дитячий церебральний параліч не прогресує і не належить до спадкових захворювань.

Церебральний параліч у дітей молодшого шкільного віку проявляється у відставанні та непослідовності вікового розвитку рухових функцій, що проявляється в затримці та порушенні психомоторного розвитку. Психомоторика дитини – особистісна цінність, вона є психологічним еквівалентом свідомості. Завдяки розвитку психомоторних здібностей через динаміку руху відбувається творення краси тіла в гармонії руху, музики, певних образів. У дітей церебральним паралічем має значне місце затримка розвитку довільних активних рухів і формування активних моторних навичок.

Проблема відновлення порушених функцій у хворих з дитячим церебральним паралічем не втрачає своєї актуальності. На сьогоднішній день не існує чіткої системи ліквідації даної патологічної домінанти центральної нервової системи, однак є багато реабілітаційних програм, направлених на корекцію даного захворювання. Це визначає необхідність пошуку нових підходів і методів, спрямованих на оптимізацію відновлюваних впливів.

Засобами реабілітації молодших школярів із церебральним паралічем є методи соціально-відновної дії, психологічної корекції, фізичної реабілітації (ЛФК, масаж, рефлексотерапія, світлолікування, електролікування, вібротерапія, магнітотерапія, теплолікування, водолікування). Методи лікувальної фізкультури, масажу, фізіотерапії та рефлексотерапії застосовують на всіх етапах реабілітаційного лікування з урахуванням тяжкості функціональних порушень і загальних протипоказань до цих методів лікування.

Розвиток психомоторики у дітей з ДЦП молодшого шкільного віку є складним процесом. Для таких дітей характерним є підвищена дратівливість, стомлюваність. Значне місце посідають підсилення насильницьких рухів.

Довільна діяльність формується складно та повільно. Всі ці особливості дають змогу визначити необхідність сполучення занять психомоторики із заходами, які будуть спрямовані попередження у дитини вторинних відхилень, а також на загальний розвиток.

Для здійснення корекції порушень у фізичному та психічному розвитку учнів з особливими освітніми потребами має проводитися відповідна корекційно-відновлювальна діяльність, яка є складним психофізіологічним і соціально-педагогічним явищем, що охоплює весь освітній процес.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Артемова О. Дельфинотерапия как метод психотерапии / О. Артемова. М. 2002. С. 44-51.
2. Афанасьев С. Особенности функционального stanu опорно-рухового апарату дітей з парапарезом і геміпаретичною формою церебрального паралічу / С. Афанасьев // *Молода спортивна наука України: збірник наукових статей в галузі фізичної культури та спорту*. Л. 2003. Т.1. С.393-396.
3. Афанасьев С. Порівняльна характеристика просторової організації тіла дітей молодшого шкільного віку, які страждають церебральним паралічем і їх здорових однолітків / С. Афанасьев // *Спортивний Вісник Придніпров'я*. 2005. № 1. С.91-94.
4. Бабчик Ю. Постуральные статокинетические нарушения в клинике поздних синдромов детских церебральных параличей / Ю. Бабчик // *Соціальна педіатрія. Розділ «Медико-соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями здоров'я»: збірник наукових праць*. К. 2003. С. 119-120.
5. Бернштейн Н. Биомеханика и физиология движений: избранные психологические труды / Н. Бернштейн. М. 2008. С. 388-396.
6. Бородулина С. Психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии и поведении школьников / С. Бородулина. Ростов на Дону. 2004. С. 52-94.
7. Булекбаева Ш. Новые подходы к комплексной реабилитационной терапии детей, страдающих детским церебральным параличом / Ш. Булекбаева // *Педиатрия*. 2002. № 2. С. 95-98.
8. Буховець Б. Фізична реабілітація дітей з дитячим церебральним паралічем з використанням Бобат-терапії / Б. Буховець. К. 2018. С. 30-33.
9. Власенко С. Немедикаментозні методи диференційованого лікування хворих зі спастичними формами дитячого церебрального паралічу в залежності від їх клініко-нейропсихологічного статусу / С. Власенко. Х. 2003. С. 12-24.

10. Воронін Д. Результати впровадження авторської методики реабілітації дітей віком 6-10 років з церебральним паралічем / Д. Воронін // Молода спортивна наука України: збірник наукових статей в галузі фізичної культури та спорту. Випуск 11. Львів. 2007. С. 111-116.

11. Гаврилова Н. Порухення фонологічного боку мовлення у дітей: монографія / Н. Гаврилова. – Кам'янець Подільський. 2011. С. 200-207.

12. Гацоева Л., Куц О., Маляренко І. Методика корекції психомоторної функції дітей молодшого шкільного віку зі зниженим слухом засобами фізичного виховання / Л. Гацоева, О. Куц, І. Маляренко. Вінниця. 2012. С 217-232.

13. Герасіна С. Корекція порушень психофізичного розвитку дітей з вадами опорно-рухового апарату засобами дельфінотерапії / С. Герасіна // Молодий вчений. 2017. № 10. С. 725-729.

14. Гореликова Е. Оценка зффективности немедикаментозной реабилитации детей с перинатальными поражениями ЦНС / Е. Гореликова // *Педиатрия*. 2002. № 1. С. 40-44.

15. Гузій О. Зміни психічного стану школярів років з церебральним паралічем під впливом фізичної реабілітації / О. Гузій // Молода спортивна наука України: збірник наукових статей в галузі фізичної культури та спорту. Випуск 8. Львів 2004. Т. 2. С. 105-108.

16. Гуровец Д. Методика реабилитации психомоторных нарушений у умственно отсталых школьников на занятиях ЛФК / Д. Гуровец. *Дефектология*. 2009. № 1. С. 31-36.

17. Дубовцева О. Діагностика та стимуляційна терапія мовних порушень у дітей з церебральним паралічем / О. Дубовцева. К. 2009. С. 76-83.

18. Забрамная С. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития у детей / С. Забрамная. М. 2005. С. 92-110.

19. Іванова І. Соціально-психологічні проблеми дітей інвалідів / І. Іванова. К. 2000. С. 79-86.



20. Івахненко А. Корекція та розвиток психомоторної функції глухих дітей молодшого шкільного віку засобами рухливих ігор: монографія / А. Івахненко. Запоріжжя, 2014. С. 174-190.
21. Клименко В. Механізми психомоторики / В. Клименко // *Загальна психологія*. 2004. № 10. С. 16-20.
22. Кляйн М. Развитие в психоанализе / М.Кляйн.М. 2001. С. 223-241.
23. Козловская Г. Психологическое здоровье детей – социальная проблема страны / Г. Козловская // *Вестник педагогике*. 2003. № 3. С. 42-47.
24. Козловская Г. Состояние психического здоровья детского населения / Г. Козловская // *Журнал социальной психиатрии*. 2002. № 2. С. 22-25.
25. Козьявкін В. Ретроспективний аналіз результатів лікування за системою інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації / В. Козьявкін // *Міжнародний неврологічний журнал*. 2018. № 3. С. 13-22
26. Королева Е. Физическая реабилитация детей с детским церебральным параличом методом ЛФК и иппотерапии / Е. Королева // *Педагогіка та психологія*. 2005. № 10. С. 148-152.
27. Левченкова В., Титаренко Н. Количественная оценка нарушений двигательных функций у больных детским церебральным параличом методом видеоанализа движений с использованием двухмерной биомеханической модели / В. Левченкова, Н. Титаренко// *Педиатрический журнал*. 2014. № 5. С. 20-27.
28. Луговський А. Реабілітаційний супровід навчання неповносправних дітей: Методичний посібник / А. Луговський. Львів. 2008. С. 56-71.
29. Малхазов О. Психологія та психофізіологія управління руховою діяльністю: монографія / О.Малхазов. К. 2002. С. 120-133.
30. Маргосюк І. Клініко-патогенетична характеристика рухових порушень при дитячому церебральному паралічі / І. Маргосюк. Х. 2000. С. 102-109.
31. Машаду И. Коррекция двигательных нарушений у детей с церебральным параличом средствами адаптивной физической культуры /И.

Машаду // IX Российский национальный конгресс «Человек и его здоровье». СПб. 2004. С. 184.

32. Мерзлікіна О. Методичні рекомендації з корекції рухових функцій дітей-інвалідів з наслідками церебрального паралічу / О. Мерзлікіна. Львів. 2002. – С. 202-207.

33. Мога М. Корекція рухових порушень у дітей шкільного віку з дитячим церебральним паралічем / М. Мога. О. 2007. С. 34-50.

34. Никишина В. Психологическое исследование особенностей когнитивной сферы детей с задержкой психического развития и с умственной отсталостью / В.Никишина // Ярославский педагогический вестник. 2002.№ 4. С. 19.

35. Обухівська А. Психологу про дітей з особливими потребами у загальноосвітній школі / А. Обухівська. – К. 2012. С. 58-66.

36. Озерецкий Н. И. Метод массовой оценки моторики у детей и подростков. М.: Гос. мед. издательство, 1929-1930. С. 64-66.

37. Опара І. Корекція рухових порушень молодших школярів з дитячим церебральним паралічем в умовах спеціальної школи / І. Опара // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. 2010. № 7. С. 73-76.

38. Островська К. Психологічні основи формування соціальних компетенцій дітей з аутистичними порушеннями / К. Островська. К. 2013.С. 37-41.

39. Проскуріна Т. Класифікація та особливості основних форм дитячого церебрального паралічу / Т. Проскуріна // Молода спортивна наука України: збірник наукових статей в галузі фізичної культури та спорту. Випуск 8. Львів. 2004. Т. 2. С. 292-295.

40. Роговик Л. Психомоторика дитини / Л. Роговик. К. 2005. С. 52-61.

41. Розанова Т. Методы психолого-педагогического изучения глухих детей со сложным дефектом / Т. Розанова // Дефектология. 2012. № 2/3. С. 5-13.

42. Романенко О. Особливості формування Я-образу у школярів з церебральним паралічем / О. Романенко. К. 2003. С. 69-85.

43. Семенова К. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом / К. Семенова. М. 2007. С. 501-508.

44. Стадненко Н., Ілляшенко Т., Борщевська Л., Обухівська А. Методика діагностики відхилень у розумовому розвитку молодших школярів та старших дошкільників / Н. Стадненко, Т. Ілляшенко, Л. Борщевська, А. Обухівська. К., 2008. С. 103-114.

45. Таранченко О., Найда Ю. Врахування відмінностей розвитку та навчальної діяльності дітей з особливостями психофізичного розвитку в процесі навчання / О. Таранченко, Ю. Найда // Інклюзивна школа: особливості організації та управління: навчально – методичний посібник. К.2007. С. 48-61.

46. Тиганов А. Патология психического развития / А. Тиганов. М. 2004. С. 127-135.

47. Туріщева Л. Діти з особливостями розвитку в звичайній школі / Л. Туріщева. Х. 2011. С. 87-96.

48. Усакова Н., Красильникова Р. Физические факторы в лечении детских церебральных параличей / Н. Усакова, Р. Красильникова. М. 2006. С. 92-100.

49. Цвєрава Д. Райттерапія, розвитку двигательних навиків при детських церебральних параличах / Д. Цвєрава // *Вопроси курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*. 2002. № 6. С. 45-47.

50. Чеботарьова О. Корекційна спрямованість індивідуального навчання дітей із ДЦП / О. Чеботарьова // *Дефектологія*. 2005. № 2. С. 28-30.

51. Чеботарьова О. Методичні рекомендації щодо організації та проведення індивідуального навчання вдома учнів, які мають вади у фізичному та психічному розвитку / О. Чеботарьова. К. 2000. С. 32-43.

52. Чеботарьова О. Роль навчально значущих функцій в системі реабілітації учнів індивідуального навчання з ДЦП / О. Чеботарьова //

*Реабілітація дітей з особливостями психофізичного розвитку: сучасність і перспективи.* Сімферополь. 2005. С. 253-256.

53. Шевцов А. Дитина з порушеннями опорно-рухового апарату в загальноосвітньому просторі: методичні рекомендації фахівцям з організації та впровадження інклюзивної форми навчання дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату: навчально-методичний посібник / А. Шевцов. К. 2014. С. 118-125.

54. Шинкарюк А. Психомоторно-рівнева структура активності та свободи суб'єкта / А. Шинкарюк. Кам'янець-Подільський. 2005. С. 153-162.

55. Шипицына Л. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: учебное пособие / Л. Шипицына. М. 2004. С. 145-158.

56. Шлапаченко О. Особливості ігрової діяльності в психокорекційній роботі у дітей з ДЦП / О. Шлапаченко // Молода спортивна наука України: збірник наукових статей в галузі фізичної культури та спорту. Випуск 8. Львів. 2004. Т. 2. С. 397-400.

57. Штраус И. Иппотерапевтические занятия с детьми, страдающими детским церебральным параличом с незначительными умственными отклонениями, и восстановление их чувственного восприятия. Лошадь в психотерапии, иппотерапии и лечебной педагогике / И. Штраус. М. 2003. Ч. 1. С. 111-114.

58. Яценко Е. Динамика нейрофизиологических показателей у детей с церебральным параличом под влиянием комплексного лечения с использованием прерывистой нормобарической гипокситерапии / Е. Яценко // *Фізіологічний журнал.* 2012. № 4. С. 89-94.