

**ІНСТИТУТ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ**

На правах рукопису

МІНЕНКО АННА ВІКТОРІВНА

УДК 159.922.76-056.313:616.899.2]-053.4(043.5)

**ФОРМУВАННЯ ЗДАТНОСТІ ДО САМОРЕГУЛЯЦІЇ У
ДОШКІЛЬНИКІВ З СИНДРОМОМ ДАУНА**

19.00.08 – спеціальна психологія

Дисертація на здобуття наукового ступеня
кандидата психологічних наук

Науковий керівник:

МАКАРЧУК НАТАЛІЯ ОЛЕКСІЇВНА,

доктор психологічних наук

Київ – 2016

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА У ДОШКІЛЬНОМУ ВІЦІ.....	14
1.1. ПРОБЛЕМА САМОРЕГУЛЯЦІЇ У СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ.....	14
1.2. ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК ДОШКІЛЬНИКІВ З СИНДРОМОМ ДАУНА ТА ЙОГО РОЛЬ У ФОРМУВАННІ САМОРЕГУЛЯЦІЇ	17
1.3. ПРОБЛЕМА СЕНСОРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ЯК УМОВИ ФОРМУВАННЯ ЗДАТНОСТІ ДО САМОРЕГУЛЯЦІЇ У ДИТИНИ З СИНДРОМОМ ДАУНА.....	39
1.4. ОСОБЛИВОСТІ ТЕХНОЛОГІЙ РОЗВИТКУ ДОШКІЛЬНИКІВ З СИНДРОМОМ ДАУНА.....	48
Висновки до першого розділу	61
РОЗДІЛ 2. ДІАГНОСТИКА ЗДАТНОСТІ ДО САМОРЕГУЛЯЦІЇ ДОШКІЛЬНИКІВ З СИНДРОМОМ ДАУНА	63
2.1. МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ ЗДАТНОСТІ ДО САМОРЕГУЛЯЦІЇ ДОШКІЛЬНИКІВ З СИНДРОМОМ ДАУНА.....	63
2.2. Роль психічних процесів у саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна.....	71
2.3. ОСОБЛИВОСТІ ПОБУДОВИ ДОШКІЛЬНИКАМИ З СИНДРОМОМ ДАУНА КОМУНІКАТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	90
2.4. СПЕЦИФІКА САМОРЕГУЛЯЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З СИНДРОМОМ ДАУНА ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ	103
2.5. ДОМІНАНТНІ КРИТЕРІЇ ЗДАТНОСТІ ДО САМОРЕГУЛЯЦІЇ ДОШКІЛЬНИКІВ З СИНДРОМОМ ДАУНА (КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ)	111
Висновки до другого розділу	127
РОЗДІЛ 3. ТЕХНОЛОГІЯ ФОРМУВАННЯ ЕЛЕМЕНТАРНИХ ЗНАНЬ У ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА ЯК ЗДАТНІСТЬ ДО САМОРЕГУЛЯЦІЇ У ДОШКІЛЬНОМУ ВІЦІ.....	128
3.1. МЕТОДИКА ФОРМУВАННЯ ЗДАТНОСТІ ДО САМОРЕГУЛЯЦІЇ У ДОШКІЛЬНИКІВ	

з синдромом Дауна	128
3.2. Технології формування елементарних знань дитини з синдромом Дауна	139
3.3. Порівняльна характеристика особливостей формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна засобами сенсорно-інтеграційної терапії.....	160
Висновки до третього розділу	166
ВИСНОВКИ	168
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	172
ДОДАТКИ.....	195

ВСТУП

Актуальність теми. Упровадження Конвенції ООН «Про права інвалідів», стрімкий розвиток інклюзивної освіти в Україні та її інтеграція до європейського освітнього простору детермінували спрямованість сучасного реформування освіти та новітніх завдань і вимог до навчання та виховання дітей з порушеннями розумового розвитку. Серед таких вимог особливого значення набуває формування спектра їхніх життєвих компетенцій та життєвої компетентності. Також спостерігається збільшення наукового та практичного інтересу до вивчення особистості дошкільників з синдромом Дауна, зокрема їхньої саморегуляції. Зміна контингенту спеціальних загальноосвітніх шкіл позначилась на збільшенні кількості цих дітей не тільки у спеціалізованих, а й у загальноосвітніх навчальних закладах. Як наслідок, невирішеність проблем розвитку дітей з синдромом Дауна в дошкільному віці та відсутність самостійних досліджень проблем їхньої саморегуляції, сформованість якої вказує на готовність такої дитини до шкільного навчання, й зумовило актуальність дослідження.

Найбільш дослідженими та описаними в сучасній спеціальній психології є проблеми функціонування пізнавальної діяльності та корекції її порушень; виявлення специфіки розвитку просторових уявлень, сенсорного розвитку; розвитку психічних процесів, мислення та мовлення; порушень поведінки та процесу соціалізації дітей з розумовою відсталістю (І. Баскакова, Л. Борщевська, М. Гнездилова, Д. Ісаєв, В. Ковальова, А. Обухівська, В. Петрова, В. Пінський, В. Синьов, Н. Стадненко, О. Хохліна, Ж. Шиф та ін.). Достатньо розгорнутий характер містять дослідження специфіки психічного розвитку дітей з синдромом Дауна. Зокрема, констатується варіація недорозвинення пізнавальної діяльності їхнього мовлення (А. Альохіна, М. Беркетова, Г. Ворсанова, І. Демидова, П. Жиянова, Р. Ковтун, Т. Медведєва та ін.); нестійкість афективної сфери – від в'ялості, апатії до розгальмованості, збудливості (Н. Тертична, Г. Головань); надмірна здатність розконцентровувати увагу (К. Давиденкова, І. Ліberman, А. Кошелева та ін.); затримка розвитку

статичних і локомоційних функцій, різних видів моторики, особливо дрібної (М. Беркетова, Р. Ковтун, П. Лаутеслагер, О. Мозолюк-Коновалова та ін.); значне відставання у розвитку активного мовлення при відносно збереженому його розумінні (Р. Ковтун, S. Buckley, G. Bird та ін.).

Теоретичний аналіз психологічних та педагогічних наукових досліджень підтверджує наявність результатів досить широкого й поглибленого вивчення різних проблем, явищ, функцій, утворень як складових змісту саморегуляції такими вченими та представниками різних теоретичних шкіл як А. Альбуханова-Славська, А. Бек, М. Бернштейн, В. Бех, Л. Виготський, Б. Зейгарнік, В. Калін, Дж. Келлі, О. Конопкін, К. Левін, О. Леонтьєв, А. Маслоу, К. Мілюхін, К. Роджерс, С. Рубінштейн, З. Фрейд, М. Ярушкін, В. Ядов та іншими. На жаль, спеціальних самостійних досліджень проблеми здатності до саморегуляції в дошкільному віці в психологічній науці немає, за винятком наукових здобутків в психологічних роботах вікової та педагогічної психології М. Й. Боришевського, П. Р. Чамати, в спеціальній психології – Н. О. Макарчук, О. А. Прокопенко.

Саморегуляція з погляду когнітивно-поведінкового підходу визначається положеннями про те, що більшість поведінкових проблем є наслідком недоопрацювання або «пропусків» у навчанні та вихованні; між поведінкою людини та оточуючим її середовищем існують реципрокні взаємини; випадковий досвід залишає більш помітний відбиток на особистості, аніж вплив традиційної моделі «стимул-реакція»; моделювання поведінки являє собою одночасно і навчальний, і психотерапевтичний процес (А. Бек, Дж. Бек, А. Еліс, Дж. Келлі та ін.).

Представники гуманістичного підходу (Ш. Бюллер, С. Джулард, А. Маслоу, Р. Мей, К. Роджерс, В. Франкл та ін.) вбачають в психічній саморегуляції гармонізацію людиною своїх внутрішніх і зовнішніх відчуттів у ставленні до самої себе та світу, що оточує її. Результати вивчення та розробки проблеми внутрішньої регуляції або саморегуляції з позиції суб'єктного підходу представлені у роботах К. Абульханової-Славської, М. Бернштейна, У. Кенона, О. Конопкіна, Ш. Надирашвілі, Й. Фейгенберга, В. Ядова,

М. Ярушкіна та інших, які досліджували даний феномен з погляду розуміння й пояснення загальних закономірностей побудови та реалізації людиною власної довільної активності. Існують сучасні дослідження особистісної саморегуляції підлітків з порушеннями розумового розвитку [89, 91].

Прибічники діяльнісного підходу визначають передумови до розуміння активної суб'єктивної позиції особистості в регуляції власної діяльності, за яких саморегуляція виступає цілісною системою, що представлена наявністю у суб'єкта мети власної довільної активності, моделі значущих умов діяльності, системи критеріїв успішної діяльності, інформації щодо реально існуючих результатів, оцінки відповідності реальних результатів критеріям успіху рішення щодо необхідності та характеру корекції діяльності (О. Леонтьєв, О. Конопкін, Н. Круглова, В. Морсанова, О. Осницький та ін.).

У свою чергу, особистісний підхід, реалізуючи принципи гуманістичної парадигми в науці, передбачає орієнтацію в організації діяльності на особистість як ціль, суб'єкт, результат та головний критерій його ефективності (І. Бех, Л. Виготський та ін.).

З огляду на вищевказане, виявлено, що проблема саморегуляції обумовлюється невирішеністю в теоретико-методологічному та прикладному аспектах суперечностей між відсутністю в спеціальній психології чіткої взаємоузгодженої системи критеріїв і показників ефективності становлення особистості розумово відсталої дитини у дошкільному віці. Йдеться про формування її психічної діяльності, з одного боку, та відсутність методологічної системи досліджень і прикладних технологій формування її здатностей до саморегуляції – з іншого. Як наслідок, вирішення проблеми формування здатності до саморегуляції у дошкільників з синдромом Дауна слугуватиме теоретико-методологічним підґрунтям для створення ефективних корекційно-розвивальних технологій формування саморегуляції особистості такої категорії дітей дошкільного віку, що сприятиме формуванню їх психолого-педагогічної готовності до навчання у школі, шкільної успішності, виробленню життєвої компетентності цих дітей. Нагальність цієї проблеми та відсутність її ґрунтового наукового висвітлення в сучасній спеціальній

психології й зумовило вибір теми наукового дослідження: «Формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Роботу виконано згідно з тематичним планом науково-дослідних робіт Інституту спеціальної педагогіки НАПН України (напрямок: «Теоретичні та методичні засади розвитку освіти дітей з особливими потребами», комплексна тема лабораторії олігофренопедагогіки: «Корекційно-розвивальна спрямованість реалізації компетентнісного підходу в змісті освіти дітей з розумовою відсталістю» (номер державної реєстрації 0115U000200).

Тему дисертації затверджено рішенням вченої ради Інституту спеціальної педагогіки НАПН України (протокол № 4 від 14.05.2015 р.) та узгоджено у Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень у галузі педагогіки та психології НАПН України (протокол № 5 від 23.06.2015 р.).

Мета дослідження – розроблення теоретично обґрунтованої та експериментально апробованої системи діагностики та формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз сучасного стану досліджень проблем психічного розвитку та саморегуляції дітей з синдромом Дауна у дошкільному віці й розробити експериментальну та інструментальну моделі здатності до саморегуляції дошкільників означеної категорії.
2. Розробити систему діагностики стану сформованості здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна.
3. Виявити та описати стан сформованості здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна.
4. Розробити та апробувати методику формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна як складника системи діагностики та формування саморегуляції цих дітей.

Об'єкт дослідження – процес саморегуляції особистості дошкільників з синдромом Дауна.

Предмет дослідження – система діагностики та формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна.

Теоретико-методологічні засади: ґрунтуються на положеннях про цілісний та системно-комплексний підхід до дослідження психічного розвитку дитини (Л. Виготський, О. Леонтьєв, С. Рубінштейн та ін.); положенні про загальні та специфічні закономірності онтогенезу та дизонтогенезу (М. Певзнер, В. Сорокін, Л. Шипіцина, Т. Скрипник, В. Синьов, О. Хохліна, Л. Руденко та ін.); концепції особистісно орієнтованого виховання І. Беха; положеннях про психологічний супровід розвитку осіб з особливими освітніми потребами (В. Кобильченко, А. Обухівська, Т. Скрипник та ін.); теорії внутрішньої регуляції або саморегуляції (К. Альбуханової-Славська, Н. Бернштейн, У. Кенон, О. Конопкін, Ш. Надирашвілі, І. Фейнберг, В. Ядов, Н. Ярушкін та ін.); положеннях концепції усвідомленої саморегуляції довільної активності (А. Конопкін, А. Осницький, Н. Ярушкін та ін.); теорії особистісної саморегуляції при атиповому розвитку (Н. Макачук).

Методи дослідження. Для розв'язання окреслених завдань та забезпечення достовірності положень і висновків використовувався комплекс методів, що відповідають змісту проблеми та етапам її дослідження.

Теоретичні: дедуктивний – для системного опису явища, що досліджується; індуктивний – для встановлення закономірностей, систематизації, типології на основі результатів емпіричного дослідження; моделювання (структурно-функціональне) – для побудови системних моделей дослідження.

Емпіричні: спостереження, бесіда, аналіз продуктивності діяльності, метод експертних оцінок, аналіз медико-психолого-педагогічної документації. Було використано комплекс методик, які забезпечили діагностику: психічних процесів, комунікативної діяльності та саморегуляції поведінки – спостереження за дитиною, анкета анамнестичних даних, піраміда з чотирьох кілець, «Кубики Кооса», методика діагностики сенсомоторної сфери (за А. Семенович), опитувальник для діагностики порушень сенсорної інтеграції за Дж. Айрес (для батьків і спеціалістів), коректурна проба, опитувальник

Ахенбаха бесіда з дитиною, методика діагностики мовлення (за О. Венгер, Г. Вигодською, Е. Леонгард), методика «Палички і хрестики» (за В. Чередниковою).

Методи обробки даних: якісний та кількісний аналіз емпіричних показників з використанням методів математичної статистики [коефіцієнт Пірсона, метод рангової кореляції Спірмена (r -Спірмена)].

Експериментальна база дослідження: Центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями в Оболонському районі міста Києва, ВБО «Даун синдром» (м. Київ), ГО Бебіко (м. Тернопіль), ДНЗ № 569, ПМПК Шевченківського району міста Києва, Дитячий будинок № 1 м. Харків, Білоруський реабілітаційний центр для дітей-інвалідів, ГО «Діти сонця» (м. Херсон), спеціальна загальноосвітня школа-інтернат № 8, спеціальна загальноосвітня школа-інтернат № 26.

Надійність і вірогідність наукових положень, висновків і рекомендацій дослідження забезпечено теоретичним обґрунтуванням вихідних положень, використанням комплексу взаємодоповнюючих методів дослідження, що відповідають меті та завданням, поєднанням якісного та кількісного аналізу експериментальних даних, практичним впровадженням дисертаційних результатів, ефективністю експериментальної роботи у спеціальних дошкільних навчальних закладах та центрах соціально-психологічної реабілітації.

Наукова новизна здобутих результатів полягає в тому, що:

вперше:

- обґрунтовано зміст поняття «здатність до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна»;
- розроблено експериментальну та інструментальну моделі здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна;
- визначено специфіку здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна: мимовільність відчуття, сприймання та уваги, нерівномірність формування здатності до сенсорної інтеграції; достатній рівень мотивації у комунікативній діяльності, позитивна динаміка у формуванні

здатності до розуміння мовлення та власного вербального мовлення; мимовільність саморегуляції поведінки, нездатність підкорювати внутрішні мотиви зовнішнім вимогам, виконувати елементарні правила, керування внутрішнім мотивом задоволення потреби у сенсорній стимуляції. Визначено динаміку формування показників здатності до саморегуляції у дошкільників з синдромом Дауна;

- обґрунтовано систему діагностики та формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна;

- експериментально доведено ефективність умов формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна, а саме: формування довільної активності дитини у психічній активності, комунікативній та поведінковій діяльності; забезпечення своєчасної інтеграції дитини до системи раннього втручання; використання психологічних технологій впливу на батьків у процесі формування здатності до саморегуляції у дітей з синдромом Дауна; запровадження алгоритму розроблення індивідуальної траєкторії розвитку дитини з синдромом Дауна);

удосконалено:

- прикладні основи психодіагностики психології особистості дошкільників з синдромом Дауна;

- положення патопсихології щодо встановлення та опису клінічних проявів спектра вторинних порушень патопсихологічного генезу при порушеннях розумового розвитку;

подальшого розвитку набули:

- положення особистісного підходу;
- положення теорії психічної саморегуляції;
- положення психологічної науки про психотерапію, психокорекцію та превенцію порушень психічної діяльності особистості з атиповим розвитком.

Практичне значення здобутих результатів полягає в:

- розробленні системи формування здатності до саморегуляції у дошкільників з синдромом Дауна, використання якої практичними психологами та соціальними педагогами сприяло визначенню особливостей психічного

розвитку дошкільників з синдромом Дауна та розробленню психологічного прогнозу їхнього розвитку в спеціальному загальноосвітньому закладі;

- розробленні психодіагностики здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна, використання якої забезпечувало визначення стану сформованості основних компонентів та показників здатності до саморегуляції;

- розробленні методичного підґрунтя технологій розвитку та формування засобів саморегуляції, використання яких забезпечувало оволодіння дошкільником ширшим спектром діяльностей;

- розширенні спектра проєктивних методів і форм психокорекції, що є актуальним у психологічній роботі з дошкільниками цієї категорії;

- розробленні методичних засобів з підвищення інтенсивності формування регулятивних функцій: елементарної довільності психічних процесів, комунікативної компетентності, співвідкорення мотивів (внутрішніх зовнішнім) як співвідношення дитиною власних потреб з вимогами оточуючої дійсності, що сприяло удосконаленню діяльності практичного психолога у дошкільному навчальному закладі.

Розроблені положення впроваджувалися у роботу закладів, що підтверджено відповідними документами: Центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями в Оболонському районі міста Києва (довідка № 01-26-19 від 5.10.2016 р.), Волинського Центру соціальної реабілітації дітей-інвалідів (м. Луцьк) (довідка № 2-12/34-1 від 8.02.2016); Комунального закладу охорони здоров'я «Харківський обласний спеціалізований будинок дитини № 1» (довідка № 2-12/219-1 від 26.10.2016); Психолого-медико-педагогічної консультації (ПМПК) Шевченківського району міста Києва (довідка № 2-12/224-1 від 27.10.2016); Спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату № 8 I-II ступенів міста Києва (№ 2-12/213-1 від 20.10.2016 р.), Спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату № 26 (м. Київ) (довідка № 2-12/89-1 від 12.04.2016), Тернопільської обласної громадської організації «Центр сприяння дітям з синдромом Дауна «Бєбіко»» (м. Тернопіль) (довідка № 2-12/11-1 від 15.01.2016), Громадської організації

«Херсонська обласна організація підтримки дітей з синдромом Дауна»
«Сонячні діти Херсонщини» (м. Херсон) (довідка № 2-12/53-1 від 29.02.2016).

Апробація результатів дисертаційного дослідження. Основні положення та практичні результати дослідження представлено на: *міжнародних науково-практичних конференціях*: «На языкe психодрами или чудеса перевода» (Москва, 2010), «Новітні тенденції сучасної педагогіки та психології» (Київ, 2014), «Современные подходы и технологии социально-психологической и коррекционной работы с различными возрастными группами населения» (Одеса, 2014), «Соціалізація дітей з порушеннями розумового розвитку в умовах компенсаторного навчання» (Київ, 2015), «Методи і технології соціальної психології та психотерапії в умовах сучасного суспільства» (Київ, 2016); *міжнародних читаннях*: «Актуальні проблеми теорії та практики психологічної допомоги» (Харків, 2015); *всеукраїнських науково-практичних конференціях*: «Особливості корекційної роботи з дітьми з синдромом Дауна» (Київ, 2013), «Спеціальна освіта у контексті інтеграції України до європейського освітнього простору» (Київ, 2014), «Гуманістична парадигма у спеціальній освіті: наука і практика» (Київ, 2015), «Проблеми та перспективи освіти розумово відсталих дітей в умовах євроінтеграційних змін» (Київ, 2015); *науково-практичних та науково-методичних семінарах*: «Особливості роботи фахівців системи освіти з дітьми з синдромом Дауна» (Сімферополь, 2012), «Особливості прояву поведінки дітей із синдромом Дауна та способи їх корекції. Окремі аспекти роботи фахівців загальноосвітніх начальних закладів з дітьми із синдромом Дауна» (Одеса, 2012), «Діагностики та корекція небажаних проявів поведінки дітей з синдромом Дауна» (Тернопіль, 2013), «Програмно-методичне забезпечення оновленого змісту освіти дітей з розумовою відсталістю (початкова ланка)» (Київ, 2014), «Навчально-методичне забезпечення дошкільної освіти дітей з розумовою відсталістю» (Київ, 2014), «Роль професійно-трудового навчання у формуванні життєвої компетентності учнів з розумовою відсталістю» (Київ, 2014), «Особливості формування особистісної саморегуляції дітей з синдромом Дауна» (Херсон, 2015), «Розвиток особистості дитини з синдромом Дауна в умовах інклюзивного

дошкільного навчального закладу» (Київ, 2016), «Технології формування особистісної саморегуляції дошкільників з порушеннями розумового розвитку» (Київ, 2016); *спеціалізованому тренінгу* «Інклюзивна освіта – рівень свідомості нації. Досвід. Перспективи. Результати» (Київ, 2016); під час стажування за програмою міжнародного обміну досвіду «Open Word» (Вашингтон, Лінкольн, США, 2014); *курсах підвищення кваліфікації керівників закладів освіти, педагогічних та науково-педагогічних працівників* закладів освіти при Інституті спеціальної педагогіки НАПН України (за програмами: «Корекційно-розвивальна робота з дітьми з синдромом Дауна» (Тальне, 2013), «Організація психокорекційної роботи з дітьми з синдромом Дауна» (Балта, 2015), «Впровадження сучасних корекційно-розвиткових технологій у процес навчання та виховання дітей з порушеннями розумового розвитку» (Трипілья, 2016), «Впровадження інноваційних технологій у процес навчання та виховання дітей з порушеннями розумового розвитку» (Бориспіль, 2016); засіданнях лабораторії олігофренопедагогіки Інституту спеціальної педагогіки НАПН України (2014–2016).

Публікації. Зміст та наукові результати дисертаційного дослідження висвітлено в 14 одноосібних наукових публікаціях, з яких 5 статей, що відображають основні результати, опубліковані у виданнях України, які внесені до переліку фахових видань із психологічних наук, з них 1 стаття – у виданні, що включено до міжнародної наукометричної бази INDEX COPERNICUS; 9 публікацій, що додатково відображають наукові результати дослідження.

Структура та обсяг дисертації: Дисертаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (201 найменування, в тому числі 26 іноземною (англійською) мовою), додатків. Загальний обсяг дисертації становить 236 сторінок, основний текст викладено на 171 сторінці. У тексті міститься 22 таблиці, 15 рисунків на 16 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА У ДОШКІЛЬНОМУ ВІСІ

1.1 Проблема саморегуляції у сучасній психологічній науці

Перші визначення саморегуляції знаходимо у філософії. Зокрема, першоосновою трактування цього поняття є умовиводи Арістотеля, Платона, Лукреція, К. Маркса, Т. Павлова, Е. Феїзова [89]. У психології саморегуляція вивчалась такими вченими та представниками різних теоретичних шкіл як А. Альбуханова-Славська, А. Бек, В. Бех, М. Бернштейн, М. Боришевський, Л. Виготський, Б. Зейгарник, В. Калін, З. Фрейд, Дж. Келлі, О. Конопкін, К. Левін, О. Леонтьєв, А. Маслоу, К. Мілюхін, К. Роджерс, С. Рубінштейн, В. Ядов, М. Ярушкін та іншими.

Представники когнітивно-поведінкового підходу розглядають саморегуляцію з позиції проблем поведінки, які є наслідком недоопрацювання або «пропусків» у навчанні та вихованні; невідповідністю поведінки людини та її оточення, що визначається як реципрокні взаємини; досвіду, який є випадковим і залишає більш помітний відбиток на особистості, аніж вплив традиційної моделі «стимул-реакція»; моделювання поведінки, яке являє собою одночасно і навчальний, і психотерапевтичний процеси (А. Бек, Дж. Бек, А. Еліс, Дж. Келлі, та інші). Отже, психічна саморегуляція – це система когнітивно-поведінкової діяльності, що базується на самоконтролі, самоспостереженні, створенні контактів, використанні особистістю самонаучуваних прийомів, які активізують надані когнітивні структури [89, с. 42].

Представники гуманістичного підходу (Ш. Бюллер, С. Джуард, А. Маслоу, Р. Мей, К. Роджерс, В. Франкл та інші) вбачають в психічній саморегуляції гармонізацію людиною своїх внутрішніх і зовнішніх відчуттів у ставленні до самої себе та світу, що оточує їх. З погляду суб'єктного підходу

проблеми внутрішньої регуляції представлені у роботах К. Абульханової-Славської, М. Берштейна.

У. Кенон, О. Конопкін, Ш. Надирашвілі, Й. Фейгенберг, В. Ядов, М. Ярушкіна досліджували феномен саморегуляції з погляду загальних закономірностей побудови та реалізації людиною довільної активності, демонстрації її активної, творчої ролі в реалізації відносин із різними сферами дійсності при побудові власного життя.

Л. Веккер, Л. Виготський, С. Рубінштейн, В. Селіванов відстоювали положення щодо вольової регуляції як умови переходу регуляції на особистісний рівень. В. Морсанова визначає основні труднощі довільного саморегулювання, які лежать у сфері неусвідомлюваних суб'єктом установок, мотивів і відносин з навколишнім світом [125].

В. Калін визначає вольову регуляцію як свідоме, опосередковане мовою та мотивами предметної діяльності створення стану оптимальної змобілізованості, оптимального режиму активності та концентрації цієї активності в необхідному напрямі, тобто цілеспрямоване створення такої організації психічних функцій, яка б забезпечувала найбільшу ефективність дій [59].

М. Ярушкін вводить розуміння саморегуляції через механізм довільної саморегуляції, до якого відносить волю як особливу форму поведінки. Науковець виділяє три форми регуляції: мимовільну, довільну, вольову як вищі форми довільної регуляції з боку особистості [175].

К. Мілюхін визначає фактори саморегуляції, провідна роль яких належить незадоволенням потребам, що являють собою конфлікт (протиріччя, неузгодженість) між майбутнім і теперішнім, тобто між моделлю потребового майбутнього та реальністю [101]. Коли йдеться про біологічні потреби, говориться про мимовільну саморегуляцію або ауторегуляцію. У випадках виникнення соціальних потреб діє вольова саморегуляція. Проте в обох випадках саморегуляція спрямована на подолання протиріччя та реалізацію моделі потребового майбутнього [89, с. 48].

У спеціальній психології проблема саморегуляції розглядається з урахуванням специфіки становлення особистості дитини з порушеннями розвитку. Теоретичний аналіз показав, що проблема саморегуляції обумовлюється невирішеністю в теоретико-методологічному та прикладному аспектах суперечностей між відсутністю чіткої взаємоузгодженої системи критеріїв і показників ефективності становлення особистості дитини, формування її психічної діяльності, з одного боку, та відсутністю методологічної системи досліджень і прикладних технологій формування її здатностей до саморегуляції – з іншого. На жаль, спеціальних самостійних досліджень проблеми здатності до саморегуляції в дошкільному віці дітей з порушеним розвитком в психологічній науці немає. Виключенням є дослідження М. Боришевського, П. Чамати, які вивчали вплив діяльності на саморегуляцію дитини.

Саморегуляція особистості є заданою самим нетиповим розвитком (без саморегуляції дитина не вижила б) та виступає як причиною, так і наслідком соціальної адаптації людини, починаючи з раннього віку і протягом усього її життя, зазначає Н. Макарчук [89, с. 6]. Дослідження особистісної саморегуляції підлітків з розумовою відсталістю дали підстави до визначення поняття «особистісна саморегуляція» як «штучне утворення», що відповідно до генетичної природи формування мислення та мовлення задане діяльністю психіки та свідомості, передумовами фізичного та психічного планів функціонування людини та вибудовується лише через контекст соціальної активності особистості й особливостей динаміки її психосоціального розвитку в онтогенезі» [89].

Теоретичний аналіз саморегуляції у сучасній психологічній науці дав підстави встановити існування широкого спектра досліджень з позицій когнітивно-поведінкового, суб'єктного та гуманістичного підходів. Виявлено, що найбільш ґрунтовно досліджено саморегуляцію поведінки, закономірності довільної активності, вольової регуляції, мимовільної саморегуляції або ауторегуляції. Визначено, що в спеціальній психології досліджено саморегуляцію особистості підлітків при порушеннях розумового розвитку.

Поряд з цим не виявлено досліджень саморегуляції дітей та підлітків інших нозологічних груп. Також не встановлено досліджень саморегуляції дошкільників з порушеннями розвитку.

Існування широкого спектра підходів до визначення поняття «саморегуляція», проблема саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна так і лишається нерозкритою, оскільки не виступала предметом самостійних досліджень.

1.2 ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК ДОШКІЛЬНИКІВ З СИНДРОМОМ ДАУНА ТА ЙОГО РОЛЬ У ФОРМУВАННІ САМОРЕГУЛЯЦІЇ

Вітчизняна та зарубіжна наука має відомості стосовно людей з синдромом Дауна, які носять достатньо розгорнутий характер. Зокрема, спостерігається популяризація результатів здебільшого біологічних та клінічних досліджень цього синдрому. Також останнім часом зросла і кількість психолого-педагогічних досліджень. Йдеться про виявлення особливостей психічного розвитку дітей з синдромом Дауна, визначення особливостей розвитку їхньої дрібної моторики та констатація специфіки їхньої пізнавальної діяльності. Основна увага вітчизняних науковців приділяється дослідженням стану функціонування інтелектуальної діяльності дітей з синдромом Дауна.

Проблема вивчення людей з синдромом Дауна довгий час була прерогативою медичної науки, оскільки важливого значення мають біологічні фактори в оцінці інтелектуальних здібностей цих дітей. Підставою для виділення цієї категорії дітей в окрему нозологічну підгрупу, їх соціальна ізоляція ґрунтується на стереотипах медичної практики, поряд з нівелюванням об'єктивних психологічних оцінок їх інтелектуального розвитку.

Отримані в першій половині XX сторіччя результати спостережень і тестування інтелекту дітей з синдромом Дауна дозволяють стверджувати, що у своїй більшості вони мають глибокі порушення розумового розвитку. Відображенням поглядів більшості фахівців на проблему навченості дітей з

синдромом Дауна можна вважати думку відомого лікаря Ж. Лежена, висловлену в середині 70-х рр. XX ст. в журналі «Психологія сьогодні» про те, що жодна така дитина не має достатнього для навчання IQ [176].

Аж до середини 70-х рр. у більшості зарубіжних держав проводилася соціальна політика, мета якої зводилася до здійснення турботи про осіб з обмеженими можливостями розвитку переважно в спеціальних установах, де основна увага зверталася на лікування, а навчання було засновано на тренуванні соціальних форм поведінки. З уведенням положення про обов'язкову освіту ситуація змінилася на користь вибору освітніх програм і для дітей з синдромом Дауна, у тому числі теорія расової дегенерації в походженні людей з синдромом Дауна, що домінувала впродовж багатьох десятиліть, згодом була науково заперечена, оскільки в останні десятиліття більшість фахівців змінили погляди і на можливості розвитку дітей з трисомією-21. Ці зміни пов'язані з висновками В. Джилліам, Дж. Риндерсі, які зосереджували свою увагу на вивченні індивідуальних відмінностей у поведінці і здібностях дітей цієї категорії і в такий спосіб відійшли від розуміння цього виду аномалії як однакового і інваріантного [194]. Переконливо доведено, що індивідуальні відмінності між цими дітьми настільки ж помітні, як і між дітьми з типовим розвитком і обумовлені впливом як зовнішньосередовищних, так і генетичних факторів. При цьому, на думку Б. Стретфорд, правильне навчання і сприятливе оточення може надати більший вплив на розвиток пізнавальної діяльності, ніж IQ дитини.

Таким чином, більш переконливим стає уявлення про природу синдрому Дауна як відмінного від нормального розвитку. Дослідники вважають, що відмінності стосуються не тих новоутворень, які збігаються у дітей, що нормально розвиваються та дітей з синдромом Дауна (проходження стадій розвитку), а стосуються відмінностей у темпах розвитку та основі розвитку психічних структур і процесів [77]. Така феноменологія підводить до теорії «вікової різниці», відповідно до якої у дітей з порушеннями розумового розвитку існують важливі відмінності в розвитку психічних процесів, що виступають показниками вікових змін.

У медичній літературі синдром Дауна розглядається як диференційована форма розумової відсталості, яка має розподіл на глибокий, важкий, помірний, легкий ступені [40].

Розумова відсталість у МКХ 10 визначається як стан затриманого чи неповного розвитку психіки, який, перш за все, характеризується порушенням здібностей, що проявляються в період дозрівання та спрямовані на забезпечення загального рівня інтелектуальності, тобто когнітивних, мовленнєвих, моторних і соціальних здібностей [172]. Розумова відсталість є стійкою і незворотною. При цьому на органічному рівні мінімізується ефективність можливих коректив, що привносить у життя людини з такою особливістю інші можливості та форми адаптації. Ці форми не є стереотипізованими, бо адаптація передбачає індивідуальний розвиток соціально значущих умінь і навичок реалізації стереотипних форм міжособистісних взаємодій. Отже, при розумовій відсталості фіксується така форма, що досить часто йде поза соціальними стандартами. Звісно, що соціальні стандарти є змінними, але завжди у межах норми, тобто практично підкріплюються усталеними культурними формами міжособистісних взаємодій (загалом і кожним індивідом зокрема). Дитина з порушеннями розумового розвитку по-іншому сприймає та розуміє і, відповідно, діє в соціумі [89, с. 76].

Існує традиційна диференціація форм порушень розумового розвитку, які визначаються глибиною інтелектуального порушення. Відповідно до МКХ-10 ВООЗ (1994), прийняті наступні умовні показники IQ: психічна норма – 100-70; легка ступінь розумової відсталості – 69-50; помірна (середня) ступінь – 49-35; важка (різко виражена) ступінь – 34-20; глибокий ступінь – 20 і нижче.

Ця класифікація не містить старих «штампів» при визначенні ступеня розумових порушень і є більш диференційованою. Розподіл за ступенем порушення має практичне значення, оскільки залежно від глибини порушення вирішується питання про тип закладу, куди рекомендують направити дитину для навчання. Але кількісне визначення ступеня розумової відсталості не відображає всієї структури порушення і особливостей клінічної картини. IQ повинно бути не підставою для діагнозу, а лише частиною комплексної

психолого-медико-педагогічної діагностики і корекції. Вочевидь, МКХ–10 не враховує якісної своєрідності структури атипового розвитку і не може розглядатися як найбільш адекватний показник психологічної корекції дітей з порушеннями розумового розвитку.

У цій класифікації розумової відсталості враховуються різні чинники, в першу чергу, глибина інтелектуального порушення. Однак для оцінки всієї клінічної картини різноманітності дітей зазначеної категорії недостатньо характеристики тільки одного інтелектуального функціонування. Симптоматика інтелектуальної недостатності є значно ширшою. І особливо важливо те, що на навченості, продуктивності та пристосовуваності цих дітей позначається не тільки глибина порушення, а й інші деструкції психіки. Це в першу чергу стосується дітей з IQ 69-50, чисельність яких становить приблизно 85% загальної кількості дітей з порушеннями розумового розвитку. Нездатність до формування складних понять і узагальнень, обмеженість абстрактного мислення, відсутність допитливості, конкретність, ригідність і наслідуваність мислення, характер орієнтування у звичайній ситуації та практична обізнаність у поєднанні з індивідуальними особливостями передумов інтелекту та емоційно-вольових проявів – визначає специфіку навчання цих дітей.

Умовно фактори порушення розумового розвитку розподіляють на ендогенні (внутрішні), що частіше є спадковими, та екзогенні (зовнішні) – вроджені або набуті на ранніх етапах, орієнтовно до 3-річного віку. В. Ефромсон та М. Блюміна вважають, що на генетичному рівні передається біля 50-70% диференційованих форм розумової відсталості, приблизно 1500 нервових і психічних захворювань, у тому числі й розумової відсталості, пов'язані з несприятливими генними мутаціями, а біля 300 – із хромосомними мутаціями [154]. Найчастіше серед хромосомних аномалій, пов'язаних зі змінами числа аутосом, зустрічається синдром Дауна. Також на сьогодні описано більше 600 видів спадкових порушень обміну.

Вивчення генетичних форм розумової відсталості на сьогодні здійснюється з позиції врахування динаміки та якості Х-хромосоми, що зціплена з порушеннями розумового розвитку, і особливо синдрому ламкої Х-

хромосоми. Синдром Дауна – трисомія за 21 хромосомою – генетична аномалія, викликана присутністю додаткової хромосоми у 21 парі. За статистикою Світової організації охорони здоров'я, у світі з синдромом Дауна народжується кожне 700-е немовля. Це співвідношення однакове в різних країнах, кліматичних зонах і соціальних верствах населення. Цей синдром був описаний Джоном Лангдоном Дауном у 1866 році як розумова відсталість, що складається з певних характерних зовнішніх ознак. А у 1959 році Жером Лежен виявив його генетичну природу. До 1964 року стали відомі три основних типи хромосомних порушень при синдромі Дауна:

1. Стандартна трисомія (94%) – потроєння 21 хромосоми присутня у всіх клітинах і виникає у результаті порушення процесу мейозу.

2. Мозаїчна форма (2%) – викликається порушеннями процесу мітозу в одній з клітин на стадії бластули або гастрюли, потроєння 21 хромосоми присутнє тільки у дериватах цієї клітини. При цих формах батьки мають нормальний генотип.

3. Транслокаційна форма (4%) – плече однієї 21 хромосоми прикріплене до іншої хромосоми й при мейозі відходить у клітину, що утворилася, разом з нею [66].

Вік матері впливає на ймовірність зачаття дитини з синдромом Дауна. Якщо матері від 20 до 24 років, ймовірність цього 1 до 1562, до 30 років – 1 до 1000, від 35 до 39 років – 1 до 214, а у віці старше 45, ймовірність 1 до 19. Хоч ймовірність і збільшується з віком матері, 80% дітей з даним синдромом народжуються у жінок у віці до 35 років. Це пояснюється більш високою народжуваністю в даній віковій групі. За останніми даними вік батька, особливо якщо старше 42 років, також збільшує ризик синдрому [141, 196].

Однак синдром Дауна не можна вважати спадковим захворюванням, оскільки при ньому не відбувається передачі дефектного гена з покоління в покоління, а розлад виникає на рівні репродуктивного процесу [150].

Сучасні дослідження (станом на 2008 рік) показали, що синдром Дауна обумовлений також випадковими подіями в процесі формування статевих

клітин та / або вагітності [150]. Поведінка батьків і фактори навколишнього середовища на це ніяк не впливають.

Тривалість життя дорослих з синдромом Дауна збільшилася – на сьогоднішній день нормальна тривалість життя більше 50 років. Багато людей з даним синдромом одружуються. Поряд з цим, ці сімейні пари не можуть мати дітей, оскільки встановлено, що у чоловіків спостерігається обмежене число сперматозоїдів, більшість чоловіків з синдромом Дауна безплідні. Водночас, дещо інша тенденція виявлена жінок синдромом Дауна, 50% можуть мати дітей. останні дослідження констатують, що 35-50% дітей, народжених від матерів з синдромом Дауна, народжуються з синдромом Дауна або іншими відхиленнями [144]. Існують дані, що у людей з синдромом Дауна рідше розвиваються ракові пухлини [149].

Проте люди з синдромом Дауна набагато частіше звичайних страждають від кардіологічних захворювань (зазвичай це вроджені вади серця), хвороби Альцгеймера, гострих мієлоїдних лейкозів. У людей з синдромом Дауна ослаблений імунітет, тому діти (особливо в ранньому віці) часто хворіють пневмоніями, важко переносять дитячі інфекції. У них нерідко відзначаються порушення травлення [149].

А. Альохіна зазначає, що синдром Дауна є диференційованою формою психічного недорозвинення, що відрізняється істотним поліморфізмом як в клінічній картині, так і в проявах фізичних, психічних, інтелектуальних і емоційних якостей особистості [5]. Діти з синдромом Дауна до 4 років характеризуються глибоким недорозвиненням основних психічних функцій: пам'яті, мислення, мовлення, тоді як деяка динаміка і диференціація психічної діяльності стає виразнішою після 4-5 років. Названі факти представляються важливими, оскільки у дитячій і віковій психології затверджено положення про те, що функціональний і віковий розвиток не тотожні, не співпадають один з одним (П. Гальперін, А. Запорожець, В. Зінченко, А. Леонтьєв та ін.). Водночас, не будучи тотожними, процеси функціонального і вікового розвитку взаємопов'язані один з одним, оскільки, на думку А. Запорожця, окремі

парціальні зміни створюють основу для «глобальних перебудов» дитячої свідомості.

Окрім фенотипічних ознак синдрому Дауна, дані неврологічних досліджень свідчать про наявність порушень рефлекторної діяльності, м'язового тону [66]. Яскравою специфічною ознакою синдрому Дауна є дифузна м'язова гіпотонія, що проявляється в підвищеній рухливості суглобів, їх слабкому опорі. Характерні незвичайні пози дитини: положення ніг як у жаби при лежанні; «поза кравця» і «гімнастична» рухливість ніг і стоп [5].

У подальшому у дітей з синдромом Дауна спостерігається різка затримка розвитку статичних і локомоторних функцій: утримання голови, сидіння, прямостояння, статичної координації (Н. Вайзман, Е. Давиденкова, Е. Самодумская та ін.). Р. Бабенкова зауважує, що чим складніше функції, тим значніше зрушені терміни оволодіння ними [6].

Моторна недостатність дітей з синдромом Дауна, на думку дослідників, є не вторинною, а таким же первинним дефектом, як і недорозвинення інтелектуальної сфери. В основі недорозвинення моторики лежить недорозвинення специфічних структур ЦНС, що забезпечують координацію, планування і контроль моторики [6].

П. Лаутеслагер посиляючись на дані досліджень особливостей розвитку рухових навиків дітей з синдромом Дауна останніх тридцяти років зазначає: «діти з синдромом Дауна більш значно відстають в фізичному розвитку, ніж в розумовому» [77]. Це дає підстави констатувати не завжди порушену розумову діяльність та працездатність цих дітей. Коннолі і Майкл чітко визначили специфічні риси рухів дітей з синдромом Дауна. Встановлено, що у дитячому віці характернішим є менш успішні показники швидкості ходи, сили, рівноваги, розвитку координації око-рука та навиків загальної і дрібної моторики в цілому, у порівнянні з показниками дітей з іншими видами порушень розумового розвитку. Також підтверджено існування проблем з рівновагою у цих дітей, більш пізнє дозрівання мозочка, відносно малий розмір мозочка й стовбура головного мозку, що нерідко може приводити до порушень координації рухів і рівноваги тіла, а також м'язової гіпотонії (П. Лаутеслагер) [77].

А. Демидова вказує на відсутність самостійної ходьби, яка спостерігається при достатньому розвитку рухових здібностей. Поряд з цим виявлено, що діти не прагнуть до рухів, хоча уміють стояти і роблять декілька кроків [42, 43]. Науковець припускає, що пізній розвиток рухових функцій залежить не лише від фізичного недорозвинення, але й від зниження загальної психічної активності. У дітей з синдромом Дауна відзначається порушення координації рухів: вони незграбні, неспритні, не уміють правильно розміряти рухи.

Формування довільних рухів дітей з синдромом Дауна має специфічні особливості, які проявляються в одноманітності автоматизованих рухів – як загальна особливість розумової відсталості, що відмічається М. Блюміною, С. Корсаковим, Г. Сухаревої та ін.

Е. Давиденкова відмічає взаємообумовленість між затримкою моторного і психічного розвитку дітей з синдромом Дауна. Так, діти, у яких раніше розвиваються рухові функції, краще розвиваються і психічні [40].

Важливим чинником, що негативно впливає на моторно-руховий розвиток, є такі порушення здоров'я, що часто зустрічаються при синдромі Дауна, як: вроджена вада серця, захворювання шлунку і кишечника, хронічні інфекційні хвороби верхніх дихальних шляхів і вух, гіпотеріоз. Через ці хвороби діти швидко втомлюються, недостатньо витривалі.

М. Беркетова зазначає, що внаслідок моторної недостатності у цієї категорії дітей довго і важко формуються серії рухів, необхідних для утворення рухових навичок. Істотно страждає білатеральна координація, понижена рухова пам'ять. Важче відбувається оволодіння виразними рухами, діями з уявними об'єктами, що є невід'ємною умовою ролевих та театралізованих ігор. Перелічені особливості, характерні для дітей з синдромом Дауна, помітно ускладнюють їх руховий розвиток. Внаслідок цього їм важко підтримувати як статичну, так і динамічну позу, освоєні ними рухові навички мають понижені якісні характеристики, а терміни виникнення і освоєння необхідних навичок значно збільшується. Проте дитина з синдромом Дауна має досить великий потенціал і прагне до різноманітності рухової активності.

Попри те, що діти з синдромом Дауна у віці трьох років у більшості своїй уміють ходити, особливості їх фізичного і рухового розвитку не зникають, а якість рухів цих дітей вимагає систематичної роботи. Разом з новими вміннями, які їм належить освоїти після трьох років, необхідно послідовно закріплювати вже набуті навички.

За даними вітчизняної фізіології і клініки при синдромі Дауна характерно уповільнене дозрівання нервових структур, порушення гармонійності в їх взаємодії. Загальне зниження тону кори великих півкуль мозку дає можливість припустити зниження регулюючого впливу з боку моторних зон кори, що затримує розвиток статокінетичних рефлексів і змінює міру їх прояву [27, 40]. Причиною, що пояснює недоліки рухового розвитку, є вказівка на малі розміри мозочка [6, 40].

Як показує більшість спостережень, основними особливостями дитини з синдромом Дауна в перші місяці його життя є м'язова гіпотонія. Надалі гіпотонія є причиною затримки розвитку моторики і рухових навичок. Нормативи розвитку рухових навичок у дітей з синдромом Дауна у різних авторів неоднозначні, наприклад, за даними С. Cunningham, діти починають тримати голову в 3-9 місяців, сидіти – в 6-12 місяців, ходити без підтримки – в 13-48 місяців [179].

Віковий розкид показників появи рухових навичок у дітей базується на впливі каріотипу, а також вторинних органічних розладів: рівня стимуляції статевих і морфологічних факторів, станом здоров'я, специфічних для даного синдрому [188].

На думку С. Cunningham, тенденція останніх років до встановлення більш ранніх термінів розвитку рухових навичок може бути обумовлена різними причинами: поліпшенням турботи про здоров'я, контролем за харчуванням, загальноприйнятою програмою з раннього втручання.

Більше поглиблений аналіз вивчення розвитку моторики дітей з трисомією-21 показав, що з віком і при спеціальному спрямованому навчанні проявляються позитивні зрушення в стані рухових навичок: більшість дітей опановують базові навички, характерні для звичайних дітей, хоча їх дії і не такі

граціозні і спритні. Вони ходять, бігають, самостійно одягаються, акуратно їдять, але складнішим моторним діям вони навчаються важко.

Як згадувалося вище, у дітей названої категорії спостерігаються органічні ушкодження аналізаторів, що призводять до зниження слухових і зорових функцій (М. Блюміна), але ці недоліки можуть бути скореговані підбором окулярів, слухопротезуванням та ін., тому немає підстав стверджувати, що ці недоліки відповідальні за недорозвинення сенсорних функцій. Проблема полягає не стільки в аналізаторних порушеннях, а в неадекватності стратегії використання доступної інформації простіше кажучи, в невмінні повноцінно використати аналізатори. Це означає, що діти з синдромом Дауна на когнітивному рівні не вміють аналізувати сприйнятий ними матеріал, в результаті для них характерне поверхнєве, глобальне сприйняття предмета, різкий контраст між сприйняттям простого і ускладненого матеріалу (Г. Цикото).

В той же час повсякденні, звичні для дитини предмети сприймаються і розрізняються досить правильно. У тих випадках, коли слід відрізнити у своїх діях предмет, що має нові властивості, дитина не вміє здійснювати орієнтовну діяльність.

Ряд робіт присвячений проблемі вивчення психічних процесів і властивостей. Відзначається, що в дитячому віці діти з синдромом Дауна фокусують свою увагу лише на одиничних ознаках зорового образу, тоді як нормально розвинуті немовлята вловлюють значно більше їх сукупностей [190].

N. O'Connor, B. Hermelin встановили, що особливістю розумово відсталих дітей є прагнення звертати більше уваги на деталі форми, ніж на цілісну конфігурацію.

Дослідженнями B. Stratford було встановлено, що діти з синдромом Дауна можуть добре розрізняти форми і кольори, якщо вони пред'являються послідовно, але втрачають здатність в орієнтації, якщо потрібно розрізнити обидва параметри, що, на думку автора, в більшій мірі пов'язане з порушенням уваги.

У роботі С. Kasari та ін. вказується, що в нових ситуаціях діти з синдромом Дауна прагнуть довше дивитися на знайомі предмети, тоді як нормально розвинуті діти охочіше розглядають незнайомі їм об'єкти. Крім того, діти з синдромом Дауна триваліше розглядають як предмети, так і людей, ніж їх однолітки з нормальним розвитком. У грі з предметами діти фокусують увагу тільки на конкретній іграшці, рідко звертають увагу на інші. Подібна модель діяльності значно відрізняється від сприйняття і уваги дітей, що нормально розвиваються, які часто переміщують увагу не на фокусні об'єкти. При розгляданні предметів діти з синдромом Дауна уникають складних конфігурації, така перевага зберігається у них і в більш пізньому дитячому віці [190].

У зарубіжній літературі описуються дані, що дозволяють припустити, що діти з синдромом Дауна краще оперують візуальним матеріалом, ніж аудіальним [192, 194].

Дослідження S. Molina, A. A. Perez концентрувалося на аналізі даних, отриманих в ході вивчення трьох груп учасників: дітей з синдромом Дауна 9-12 років; розумово відсталих дітей невідомої генетичної етіології з тим же фактичним і розумовим віком; дітей 5-7 років з розвитком в межах норми. Дослідження показало, що процеси пам'яті у дітей з синдромом Дауна відрізняються найбільш низькими показниками, ніж у інших дітей з розумовою відсталістю того ж фактичного і розумового віку. Було встановлено, що модальність завдання відіграє значну роль для дітей першої групи, вони краще справляються із зорово-моторними завданнями, ніж із завданнями вербального змісту.

Ще Л. Даун вказував на те, що характерною рисою «монголізму» є «невиразна мова». У зарубіжній науці мова і її розвиток розглядається як результат взаємодії індивіда з оточенням, тому багато дослідників пов'язують варіативність проявів мови у дітей з синдромом Дауна з тим діапазоном можливостей, який надає оточення. Про це свідчить великий розкид показників, в межах яких відбувається поява перших слів (від 6 до 84 місяців), фраз (від 17 до 132 міс.) [188].

Затримка розвитку виявляється ще в домовленнєвому періоді, що представляє собою перші акти спілкування, особливо спілкування матері і дитини, де при синдромі Дауна виникають характерні особливості. За повідомленнями фахівців, у немовлят пізніше з'являються вокалізація, контакт очима, посмішка [179, 180].

Р. Gunn та інші встановили, що немовлята з синдромом Дауна і в шести-, і в дев'ятимісячному віці 50% часу розглядають обличчя своїх матерів, тоді як шестимісячні немовлята з контрольної групи 74% часу неспання розглядали кімнату [180].

Існує думка, що певні елементи вокалізацій немовляти (звукові конфігурації) і жестикуляція можуть мати відношення до послідовності розвитку спілкування від домовленнєвого періоду до мовного. Так, С. Greenwald, L. Leonard порівнювали комунікативний розвиток дітей з синдромом Дауна (10-26 місяців) і інших дітей тієї ж сенсомоторної стадії розвитку (7-13 місяців).

Комунікативний розвиток оцінювалося в залежності від умінь відстежувати, тягнутися до предмета або людини, протягувати руку, показувати або привертати увагу голосом. Було встановлено, що діти з синдромом Дауна менше, ніж інші, користувалися голосом, звуками, а більше – жестами.

Жести або мова жестів легше засвоюються деякими дітьми з синдромом Дауна, вони охочіше користуються ними навіть коли оволодівають мовленням і читанням.

Зарубіжні автори відзначають, що діти з синдромом Дауна йдуть у своєму розвитку від однослівних фраз до речень, що підкоряється тим же правилам граматики, що і мова дорослих. Дослідження R. Andrews, J. Andrews встановили, що в 5-7-річному віці у мові дітей даної категорії переважають однослівні фрази, але в 11-13 років граматичні речення явно перевищують одно-, двослівні фрази.

У ряді робіт відзначається, що діти з синдромом Дауна розуміють мову краще, ніж говорять самі, тобто розбіжність між пасивним і обмеженим

активним словником у дітей різко виражена, що звужує їх комунікативні вміння і контакти [176].

М. Беркетова вказує, що діти з синдромом Дауна в предметній діяльності не враховують просторові ознаки і сенсорні характеристики предметів, діють методом «сили», не уміють користуватися «пошуковою», результативною пробою, що пояснюється відсутністю у них орієнтовно-дослідницької діяльності. Предметні дії часто хаотичні і підміняються різного роду маніпуляціями. Розвиток сприйняття у дітей цієї нозологічної групи відбувається нерівномірно, засвоєні еталони часто виявляються нестійкими, розпливчатими, ускладнено перенесення засвоєного способу дії з однієї ситуації на іншу. Дуже складними є взаємовідносини між сприйняттям властивості, знанням його назви, можливістю діяти з урахуванням цієї властивості і можливістю робити на його основі прості узагальнення. Істотно страждає формування цілісного образу.

Таким чином, для дітей з синдромом Дауна характерні сповільненість і фрагментарність сприйняття, велике відставання в термінах сенсорного розвитку. У них пізно і часто не повноцінно відбувається з'єднання сприйняття із словом, а це, у свою чергу, затримує формування уявлень про навколишній предметний світ.

Т. Медведєва виділяє поняття «сенсорний дефіцит», яке об'єднує в собі особливості сприйняття дітей з синдромом Дауна та вказує на його вплив на реалізацію методів пізнавального розвитку та поведінку [95].

За даними Є. Давиденкової (1966) та Є. Самодумської (1962) деякі помилки у відтворенні зорово сприйнятих форм можуть бути пов'язані з особливостями уваги дітей з синдромом Дауна, яка виявляється значно зниженою.

Дослідження Н. Лур'є, С. Забрамної (1971) було спрямоване на виявлення деяких особливостей пізнавальної діяльності дітей з синдромом Дауна. Дітям пропонувалися практичні завдання невербального характеру. Результати експерименту показали, що у дітей з синдромом Дауна сприйняття

просторових стосунків і кольору збережені, багато хто з них співвідносить предмети за формою і величиною.

Дослідження по вивченню пам'яті дітей з синдромом Дауна показують, що змістова пам'ять страждає значно більше, чим механічна. Наприклад, діти, що добре читають, не в змозі задовільно переказати її зміст, хоча, завдяки хорошій механічній пам'яті, вони знають назви місяців, пір року, можуть розповісти про те, що «буває» влітку і зимою, але не можуть відповісти на питання, яка пора року у момент обстеження (Є. Давиденкова, 1966; Г. Сухарєва, 1965).

Якісні особливості розумової відсталості, властиві синдрому Дауна, найвиразніше проявляються в недорозвиненні вищих психічних функцій. Так, Г. Сухарєва (1965) відмічає, що мислення дітей цієї групи відрізняється слабкою рухливістю, різко порушені функції другої сигнальної системи, особливо в порівняннях, аналізі, хоча діти здатні до самих елементарних узагальнень: можуть встановити відмінність між окремими предметами, при навчанні здатні об'єднати предмети у класифікаційні групи (одяг, тварини та ін.). Проте відмінності між окремими предметами і явищами встановлюються тільки в межах конкретного, у випадках відхилення від заданої ситуації вони інтелектуально безпорадні. Порушення абстрактного мислення знаходять вираження в ускладненні рахунку і рішенні арифметичних задач.

За даними теоретичного та емпіричного дослідження можна стверджувати, що діти з синдромом Дауна проходять ті ж етапи розвитку, що і звичайні діти. Т. Медведєва виділила загальні принципи навчання розроблені на основі сучасних уявлень про специфічні особливості розвитку дітей дошкільного віку з синдромом Дауна [95]:

1. Повільне формування понять і навичок:

- знижений темпу сприйняття і уповільнене формування відповіді;
- необхідність великої кількості повторень для засвоєння матеріалу;
- низький рівень узагальнення матеріалу;
- втрата тих навичок, які не використовуються.

2. Низька здатність оперувати декількома поняттями одночасно, з чим пов'язані:

- труднощі, що виникають у дитини, коли необхідно об'єднати нову інформацію із вже вивченим матеріалом;
- складнощі з перенесенням засвоєних навичок з однієї ситуації в іншу. Заміна гнучкої поведінки, що враховує обставини, однотипними, завченими багаторазово повторюваними діями;
- труднощі при виконанні завдань, що вимагають оперування декількома ознаками предмета, або виконання ланцюга дій;
- порушення доцільності і планування дій.

3. Нерівномірність розвитку дитини в різних сферах (рухової, мовної, соціальної, емоційної) і тісний зв'язок когнітивного розвитку з розвитком інших сфер.

4. Особливістю предметно-практичного мислення, характерного для цього віку, є необхідність використання декількох аналізаторів одночасно для створення цілісного образу (зір, слух, тактильна чутливість, пропріоцепція). Найкращі результати дає зорово-тілесний аналіз, тобто кращим поясненням для дитини виявляється дія, яку він виконує наслідуючи дорослого або разом з ним.

5. Порушення сенсорного сприйняття, що пов'язано з зниженою чутливістю і порушеннями зору і слуху.

6. Діти з синдромом Дауна мають різний початковий рівень, і темпи їх розвитку також можуть істотно розрізнятися.

За спостереженнями дослідників діти не здатні до психічної напруги, швидко виснажуються, не доводять завдання до кінця, у результаті вони або розгальмовуються, або стають ще в'ялішими (В. Орлова, 1975; Г. Цикото, 1976 та ін.). Ці відомості розходяться з даними, отриманими Н. Лур'є, С. Забрамною (1971), які вказують на те, що на відміну від інших груп розумово відсталих, діти з синдромом Дауна мають досить стійку увагу і задовільну працездатність.

П. Жиянова перелічила ряд факторів ризику, що лежать в основі особливостей розвитку мовлення дітей з синдромом Дауна: у досить великого

відсотка дітей з синдромом Дауна може спостерігатися та або інша міра зниження слуху, що стає перешкодою в сприйнятті мови оточення; можливі проблеми із зором можуть перешкодити ясно побачити артикуляцію оточення, отже і наслідувати її [53]. При високій мірі втрати зору порушується співвідношення слова і конкретного об'єкту або дії, тобто розуміння мови. Понижений тонус, порушення тілесної чутливості заважають дитині контролювати рухи органів артикуляції: анатомічні особливості будови ротового апарату можуть створювати труднощі у формуванні правильної звуковимови. Порушення співвідношення ротової і носової порожнин, що виступають в ролі резонаторів, впливають на мелодійні компоненти мови.

Порушення функції щитовидної залози можуть впливати на тембр, темп і висоту голосу: через промахи в організації годування, зокрема необґрунтовано пізнього введення твердої їжі, може бути не забезпечена достатня підготовка органів артикуляції до здійснення дрібних і точних рухів; у ряді випадків спостерігаються порушення загального і мовного дихання. Крім того, досить часто зустрічається те, що характеризується шумним вдихом, яке зазвичай не потребує лікування і проходить саме, але може заважати вокалізаціям дитини. Часті респіраторні захворювання, збільшені аденоїди і мигдалини впливають на об'єм і силу видиху, на частоту вібрації зв'язок. Особливості пізнавальної діяльності, викликані як порушенням рухової активності, так і своєрідністю отримання і обробки інформації, що поступає від різних аналізаторів, можуть також стати негативним чинником в розвитку мовлення.

Зарубіжні наукові джерела представляють результати досить глибокого вивчення психічного розвитку дітей з синдромом Дауна на основі програм раннього втручання. Так, одна з програм втручання у розвиток була розроблена в 1975 р. в університеті Маккуорі (Австралія). Впровадження програми дозволило представити досягнення 8 дітей – з синдромом Дауна. Хронологічний вік дітей знаходився в межах 7-9 років (при середньому значенні 8 років); розкид значень IQ за шкалою Станфорд – Біне склав від 48 до 67 балів. Виявилося, що всі діти читали на рівні, близькому до норми їх хронологічного віку.

Друге дослідження, проведене у Великобританії в 1983 р., було спрямоване на виявлення навчальних здібностей маленьких дітей з синдромом Дауна. Buckley і Wood навчали групу з 14 дітей дошкільного віку в домашніх умовах за програмою: «Батьки як вчителі». Вибірка включала «домашніх» дітей з названої категорії у віці від 2 до 4 років, що проживають у двох економічно розвинених районах. Деякі діти показали хороші початкові навички читання, а надалі, 12 дітей з 14 мали розгорнуті висловлювання (за шкалою розвитку Griffiths).

DuVergeas вивчав здатність до читання дітей із синдромом Дауна, які займалися за програмою, розробленою у Вашингтонському університеті (США). За цією програмою пропонувалася систематична навчальна стимуляція 60 дітям з синдромом Дауна з 18 місяців їх життя, що виховуються в сім'ї і в умовах дитячого будинку. Мета програми полягала в тому, щоб підвищити здібності дітей у різних сферах діяльності: когнітивній, моторній сферах, самообслуговування себе шляхом використання поведінкового модифікаційного вираження.

Таким чином, результати програм розвитку в дошкільному віці свідчать про те, що багато дітей з синдромом Дауна можуть оволодівати початковими навичками читання, але межа їх досягнень залишається неясною. Ряд зарубіжних авторів Fishier, Share, Share, Webb вказують на те, що їх розвиток найбільш сповільнений від року до трьох років, але надалі (під впливом навчання) йде хоча і повільний, але прогресивний розвиток, тому що поліпшується мова, моторика, персонально – соціальні адаптивні навички.

Деякі зарубіжні фахівці припускають, що закономірності розвитку дітей з синдромом Дауна відрізняються від закономірностей розвитку дітей, що нормально розвиваються, досягнення перших довше зберігають плато, тобто тримаються на одному рівні, що і дає відомий розкид показників [194]. При цьому С. Cunningham підкреслює, що ці періоди не слід розглядати як відсутність розвитку, скоріше, це час закріплення освоєних навичок [181].

С. Cunningham не отримав даних про зниження коефіцієнта інтелекту або розвитку по мірі дорослішання дитини з синдромом Дауна. Він дійшов

висновку, що «якщо добре піклуватися про їх здоров'я та емоційний комфорт, а також рано почати навчання, то більшість дітей з цим синдромом потрапляють у категорію помірної або легкої розумової відсталості» [181].

Менш вивченою залишається проблема засвоєння навичок письма, хоча автори вважають, що успішність в оволодінні письмом залежить від володіння дитиною мовою і читанням, але цьому можуть перешкоджати проблеми в розвитку рухових навичок.

Дослідження довгострокових навчальних рівнів досягнень в результаті впровадження програми раннього втручання в розвиток дітей з синдромом Дауна було проведено в університеті Міннесота [194]. Проект EDGE включав 35 дітей (17 – у Twin-Cities, з якими були зроблені структуровані ігрові заняття з метою розвитку мовлення, і 18 – в районі Чикаго). Коли діти в обох групах досягли 5 років, виявилось, що група EDGE Twin-Cities просунулася в розвитку мови незначно в порівнянні з Чиказької групою, хоча діти в Twin-Cities мали вищий стартовий IQ і показники моторного розвитку.

Надалі автори провели вивчення здібностей дітей, коли їх вік досяг 11-13,5. Виявилось, що 15 з 17 дітей за проектом EDGE в групі Twin-Cities (двоє померли від хвороби серця) дуже добре читали, але не досягали успіху в математиці незважаючи на те, що двоє дітей мали IQ в межах успішної навченості.

Як видно, найбільш важливим з останніх досягнень в зарубіжній практиці навчання і виховання дітей з синдромом Дауна є розробка та впровадження програм раннього втручання. Більшість програм ведеться в двох напрямках. Перший – передбачає втручання в розвиток дитини з моменту його народження. «Втручанням у розвиток» займаються різні фахівці: фізіотерапевти, педіатричні патронажні сестри, логопеди, педагоги, психологи, домашні лікарі [177]. За свідченням зарубіжних авторів, найбільших досягнень у когнітивному розвитку домагаються діти, що займалися за програмами «дитина-батьки» у віці 1-2 років.

Зарубіжні програми втручання в розвиток здебільшого засновані на двох теоретичних положеннях: біхевіористському та когнітивному. Відповідно до

першої точки зору, навчати – це організовувати в навколишньому середовищі події так, щоб бажана поведінка з'являлась і підкріплювалася негайно. Це означає, що контроль за навчанням лежить на педагогові. При когнітивному підході підкреслюється, що нав'язування ригідної структури, що обмежує активний вибір з боку дитини, не може сприяти розвитку, акцент робиться на такому виді діяльності, як гра, а також здатність дитини гнучко використовувати навички в різних ситуаціях. При розмаїтті концепцій і підходів отримані дані про позитивний вплив програм раннього втручання в розвиток. Розроблена система занять з дітьми значно просуває їх за всіма показниками в порівнянні з тими дітьми, які не отримували ніякої стимулюючої допомоги. Крім того, навчання батьків за програмами дає їм можливість надавати дітям практичну допомогу.

Водночас, такі автори як J. Carr, S. Buckley та інші відзначають, що актуальною залишається проблема розробки досконаліших в методологічному відношенні програм розвитку, особливо в частині відбору досліджуваних, оцінки розроблених корекційних програм, які могли допомогти розібратися в наслідках порушення розвитку. Висловлюється необхідність у пролонгованих дослідженнях, які могли б простежити вплив ранньої стимуляції на доросле життя дітей з синдромом Дауна, що дозволяють підтвердити ефект раннього втручання.

Н. Тертична, Г. Головань за результатами дослідження визначають, що емоційна сфера у дітей з синдромом Дауна не порушена, але її розвиток затримується, і тому у порівнянні з іншими дітьми цього ж вікового періоду її розвиток відстає [158]. Діти з синдромом Дауна добре розрізняють ставлення оточуючих до себе. Їм властиві почуття сорому, образи, емпатії, зніяковіння [158]. Багато з них співпереживають оточуючим і піклуються про них. Розвиток страхів, як реакція на власну слабкість чи як прояв інстинкту самозбереження, має такі наслідки: несамостійність, безініціативність, негативне відношення до нового, невмотивована впертість.

Емоційна лабільність властива цим дітям, і проявляється як навіюваність, схильність до імітації, імпульсивність [52]. Не характерною є агресивна

поведінка, навіть у формі погроз. Вчинки визначаються спонтанними бажаннями. Відсутня самостійність та ініціативність. Може проявлятися негативізм. У дітей з вираженим порушенням когнітивної сфери він виражений сильніше, і має характер «рефлексу самозбереження», часто виникаючи невмотивовано, чи з незначного приводу. У дітей з невираженим порушенням когнітивної сфери негативна поведінка має характер пасивного протесту.

Дітям з синдромом Дауна властиві часті зміни емоційного настрою – від сліз і невмотивованих відмови до радісного, доброзичливого настрою і навпаки [177]. Можлива, але досить рідка імпульсивна поведінка зі спалахами агресії. У цих спалахах виняткову роль грають поведінка та висловлювання оточуючих. Зокрема, схвалення та довірлива бесіда викликають яскраві позитивні емоції. Позитивну роль грають тактильні заохочування – доторкання до голови, плечей, рук. Тактильні відчуття дають дітям з синдромом Дауна більше інформації, ніж дітям з іншими особливостями розвитку.

Тертична Н. А., Головань Г. О. представили порівняльний аналіз розвитку емоційної сфери дітей з синдромом Дауна та дітей без генетичної патології [155].

Таблиця 1.1

Порівняння рівня розвитку емоційної сфери дітей з синдромом Дауна та дітей без генетичної патології

Характеристики емоційної сфери	Показники здорових дітей	Показники дітей з синдромом Дауна
Рівень розвитку	Відповідає віковій нормі	Затримується
Стійкість емоцій	Бурхливі, нестійкі, характерне «емоційне зараження»	Емоційна лабільність, імпульсивність
Агресивні прояви	Можливі спалахи агресії	Не характерні
Емоційні прояви в поведінці	Безпосередні, яскраві	Нестримані, поведінка мотивується внутрішніми переживаннями, не зважаючи на зовнішні

		умови
Усвідомлення переживань інших людей	Визначається	Визначається
Емпатія	Гуманістична (як емоційний відгук на стан іншої людини) та егоцентрична (як переживання за себе)	Егоцентрична (як переживання за себе)
Здатність розрізняти істинні та зовнішні емоції (прояв та переживання)	Визначається	Не визначається
Вищі почуття	Ревнощі, почуття гідності, егоїзм, естетичні почуття, інтелектуальні почуття, праксичні почуття	Почуття сорому, образи, емпатії, зніяковіння
Характерні особливості	Самостійність, ініціативність, допитливість, негативізм, яскраві позитивні емоції	Несамостійність, безініціативність, негативне відношення до нового, невмотивована впертість, негативізм, позитивні емоції, піклування про оточуючих
Страх	Символічний	Конкретний

У результатах своїх досліджень А. Альохіна зазначає, що поліморфність біологічної структури дефекту і пов'язане з цим порушення розвитку статичних, локомоторних, мовних функцій створюють значні перешкоди для становлення базових психічних функцій, рівностороннього включення дитини в систему «середовище-дитина-середовище», що, на думку Л. Виготського, створює ситуацію соціального «вивиху». На користь цієї тези говорять факти дослідження А. Альохіної про те, що дефіцит мовної і інтелектуальної

діяльності в групі дітей дошкільного віку (5-6 років) найяскравіше виражений у вихованців спеціальних інтернатних установ, оскільки в установах цього типу відсутні адекватні соціальні і культурні умови для розвитку дітей, а змістовні контакти самих дітей в основному обмежуються малопродуктивною взаємодією з дітьми, що мають схожі або складніші психофізичні порушення.

В умовах сприятливого соціального виховання у дітей з синдромом Дауна між 5 і 6 роками виявляються передумови до елементарної розумової діяльності, яка через специфічне недорозвинення мови ускладнює актуалізацію наявних у них знань, діти намагаються їх позначати невербальними засобами: мімікою, показом, жестом, що слід розглядати як позитивне компенсаторне новоутворення в комунікативних уміннях.

Погляди на природу синдрому Дауна, як розвитку відмінного від норми, зробили вплив на зміну уявлень більшості науковців про те, що саме потрібно вивчати, іншими словами, від вимірювання рівня інтелектуального розвитку дослідники приступили до перевірки впливу виховання в сім'ї і в спеціальних установах, до розробки та оцінки ефективності програм ранньої психолого-педагогічної стимуляції.

У багатьох наукових течіях (класичний психоаналіз, теорія відділення, етологічні дослідження, концепція генезису спілкування та ін.) соціально-емоційні стосунки в дитинстві і ранньому віці оголошуються головними аспектами розвитку. Описи в роботах ряду авторів важкої патологічної реакції дитини в ситуації відділення від матері свідчить про глибоку природу зв'язку між матір'ю і дитиною, про важливе значення ранніх стосунків для розвитку дитини (J. Bowlby, J. Robertson, R. Spitz, A. Freud).

У дослідженнях вітчизняних авторів встановлено, що відношення до іншої людини, до себе і до світу починає формуватися в актах емоційного спілкування перших місяців життя немовляти. У взаємодії з близькими дорослими для дитини спочатку вимальовується присутність іншої людини, а через нього – і присутність у світі його самого (М. Лисина, 1983).

Таким чином, істотний вклад в загальний хід формування людської особистості вносить розвиток в ранньому віці не лише інтелектуальної, але і соціально-емоційної сфери дитини.

Очевидно, що для організації своєчасної корекційної допомоги розумово відсталій дитині необхідно виявити саме сенситивні періоди парціальних змін, їх тривалість до моменту виникнення стійких, якісних утворень в психіці. Реєстрація останніх є основою для побудови нових змістовних форм співпраці з дитиною і його найближчим оточенням.

Отже, початкові біологічні обмеження і схожість синдромальних ознак не є основою для того, щоб розглядати дітей з синдромом Дауна моногенною іманентною групою в загальній характеристиці розумової відсталості. Незважаючи на виражену асинхронію психічних функцій щодо показників хронологічного віку, психічна діяльність дітей з синдромом Дауна має поступальний динамічний характер, що якісно міняє зміст стосунків з предметним світом і навколишніми людьми.

1.3. ПРОБЛЕМА СЕНСОРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ЯК УМОВИ ФОРМУВАННЯ ЗДАТНОСТІ ДО САМОРЕГУЛЯЦІЇ У ДИТИНИ З СИНДРОМОМ ДАУНА

Вагомі внески у дослідження питань сенсорної інтеграції та впливу її на психічний розвиток дітей належать таким видатним вченим як Дж. Айрес, М. Бернштейн, Л. Виготський, Г. Доман, І. Дубровіна, О. Леонтьєв, А. Лурія, Ж. Піаже, А. Реан, А. Семенович та ін.

Ж. Піаже пише наступне про сенсомоторний період: «через відсутність семіотичної функції, немовля ще не демонструє ні мислення, ні емоційності, пов'язаної з уявленнями. Незважаючи на ці прогалини, розумовий розвиток протягом перших вісімнадцяти місяців існування протікає дуже швидко і має особливе значення, тому на цьому рівні дитина виробляє пізнавальні субструктури, які послужать відправною точкою для створення наступних перцептивних та інтелектуальних конструкцій, а також деяку кількість

елементарних емоційних реакцій, які почасти визначають його подальшу афективність...» [134, с. 10].

Дія – це «посередник» між дитиною і навколишнім світом, за допомогою якого вона активно маніпулює і експериментує з реальними предметами (речами, їх формою, властивостями і т. п.). Розвиток схем дій, тобто пізнавальний розвиток, відбувається «в міру наростання і ускладнення досвіду дитини з практичних дій з предметами» за рахунок «інтеріоризації предметних дій, тобто їх поступового перетворення в розумові операції (дії, що виконуються у внутрішньому плані)» (М. Холодна, 1997). Виконуючи дії, суб'єкт тим самим знаходить способи або схеми цих дій, які дозволяють йому відновити рівновагу, що була порушена. За Піаже, схема дії – це сенсомоторний еквівалент поняття, пізнавального вміння [138, с.16].

А. Семенович у своїх дослідженнях визначає, що «...формування мозкової організації психічних процесів в онтогенезі відбувається від стовбурових і підкіркових утворень до кори головного мозку (знизу вгору), від правого півкулі мозку до лівого (справа наліво), від задніх відділів мозку до передніх (ззаду наперед). Апофеозом церебрального функціонального онтогенезу є спадні контролюючі і регулюючі впливи від передніх (лобових) відділів лівої півкулі до субкортикальних...» [146, с. 2].

Але, на жаль, всі ці процеси стануть просто неможливими або спотвореними, якщо не буде нейробіологічної передготовності мозкових систем і підсистем, які їх забезпечують. Іншими словами, розвиток тих чи інших аспектів психіки дитини однозначно залежить від того, чи достатньо зрілий і повноцінний відповідний мозковий субстрат.

Для кожного етапу психічного розвитку дитини в першу чергу необхідна потенційна готовність комплексу певних мозкових утворень до його забезпечення, зазначає А. Семенович. Але, з іншого боку, повинна бути затребуваність ззовні (від зовнішнього світу, від соціуму) до постійного нарощування зрілості і сили того чи іншого психологічного фактора. Якщо така відсутня – спостерігаються спотворення і гальмування психогенезу в різних варіантах, що тягнуть за собою вторинні функціональні деформації на рівні

мозку. Більше того, доведено, що на ранніх етапах онтогенезу соціальна депривація призводить до дистрофії мозку на нейронному рівні.

Окрім розвитку сенсомоторних навичок, перед дитиною стоїть завдання навчитись інтегрувати сигнали від усіх сенсорних систем. Сенсорна інтеграція – це взаємодія всіх органів чуття. Вона починається дуже рано, вже в утробі матері. Взаємодія всіх органів чуття пояснюється як впорядковування відчуттів і подразників так, щоб людина могла адекватно реагувати на певні стимули і діяти відповідно до ситуації.

Сприйняття сигналів із зовнішнього світу і внутрішнього середовища організму формується на основі спільної діяльності ряду сенсорних систем: зорової, слухової, тактильної, пропріоцептивної, вестибулярної, смакової і нюхової. Багатоканальний характер сприйняття дозволяє людині використовувати кілька органів чуття одночасно: відчуття різних модальностей в результаті складної аналітико-синтетичної діяльності мозку об'єднуються в цілісний образ предмета, явища, ситуації та інтерпретуються відповідно до попереднього сенсорного досвіду. Наприклад, за умови нормального розвитку, дитина здатна бачити будь-який предмет, одночасно з цим обмацувати його, чути назву і розуміти, про що йде мова. Сприйняття інформації, одночасно поступає по декільком чуттєвим каналам, і об'єднання цієї інформації в єдине ціле називається сенсорною інтеграцією.

Багато проблем навчання і поведінки дітей з синдромом Дауна є результатом порушення процесу сприйняття сенсорної інформації. Для них характерна нездатність інтегрувати сенсорну інформацію, що надходить від різних органів чуття, для того щоб отримати точну картину реального оточення. З цього витікає, що одним з провідних чинників порушення особистісної саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна є порушення сенсомоторного розвитку, зокрема сенсорної інтеграції.

Люди з дисфункцією сенсорної інтеграції мають моноканальний характер сприйняття: вони виокремлюють з широкого спектру сенсорних сигналів окремі афективно значущі для них подразники кольору, форми, звуки, запахи та ін., тому навколишній світ виступає для них як хаотичний і роздроблений.

Дисфункція сенсорної інтеграції викликана двома основними причинами Л. Хоекман:

1) дитина отримує занадто багато чуттєвої інформації, її мозок перевантажений;

2) дитина не отримує достатньої кількості чуттєвої інформації, вона її потребує і починає шукати.

У першому випадку властива підвищена чутливість до сенсорних стимулів, що виявляється як непереносимість яскравих кольорів, побутових шумів, неприйняття зорового, тактильного контактів, боязнь запахів, висоти, обережність у рухах і т.д. З метою уникнення дискомфортних вражень дитина намагається захистити себе від спрямованих впливів, вибудовуючи систему пасивних (відчуженість) або активних (опір) захистів від зовнішнього втручання і формуючи негативну вибірковість до сенсорних стимулів: у центрі її уваги виявляється те, що вона не любить, не приймає, боїться. Наприклад, дитина уникає зорового контакту, боїться великого скупчення людей, не переносить деякі звуки і дотики, відмовляється від носіння певного одягу, скута і обережна у рухах та ін. У другому випадку, при дефіциті активних позитивних контактів з навколишньою дійсністю, має місце зниження чутливості до сенсорних подразників. У дитини спостерігається особлива захопленість окремими стимулюючими враженнями, пов'язаними з розгляданням, зіткненням, зміною положення тіла в просторі, відчуттям своїх м'язів, зв'язок і суглобів. Це можуть бути однакові маніпуляції з предметами, махання рук, завмирання в певних дивних позах, вибіркове напруження окремих м'язів і суглобів, біг по колу, стрибки, штовхання, кружляння, розгойдування та інші дії з метою відтворення одного і того ж приємного враження. Таким чином, дисфункція сенсорної інтеграції проявляється через обмеження поведінкового спектру: гіперфункція – у вигляді сенсорних захистів, гіпофункція – у вигляді сенсорної аутостимуляції.

Зазвичай дисфункція сенсорної інтеграції проявляється у дефіциті декількох сенсорних систем, оскільки вони взаємопов'язані, і порушення однієї призводить до проблем у розвитку інших. Причому кожна сенсорна система

може бути уражена по різному, наприклад, дитина може мати гіпочутливість до зорових, нюхових, смакових подразників і гіперчутливість до слухових і тактильних стимулів. Основою діагностики дисфункції сенсорної інтеграції є спостереження за поведінкою дитини, яке здійснюється або безпосередньо, або опосередковано за допомогою опитування її найближчого оточення.

Очевидно, що діти з дисфункцією сенсорної інтеграції не можуть самотійно впоратися з перерахованими проблемами. Їх профілактика і подолання пов'язана з проведенням спеціальних корекційно-розвивальних заходів, спрямованих на поліпшення інтеграції між різними сенсорними системами.

Як відомо, основний закон нашої поведінки свідчить, що поведінка визначається ситуаціями, реакція викликається стимулами, тому ключ до оволодіння поведінкою полягає в оволодінні стимулами. Ми не можемо опанувати свою поведінку інакше, як через відповідні стимули. У випадках вибору, про які ми тільки що говорили, дитина опановує свою поведінку, направляє свою поведінку через допоміжні стимули. У цьому сенсі поведінка людини не представляє виключення із загальних законів природи. Не можна викликати до життя який-небудь процес поведінки, направити його інакше, інакше, ніж створивши той відповідний стимул [30, с. 495].

Автори переважної більшості теоретичних джерел характеризують поведінку дітей з синдромом Дауна наступними поняттями: зниження концентрації уваги, неслухняність, нав'язливі дії, розмова з самим собою («егоцентрична мова»), переважання мотивації уникнення неспіху, агресивність, замкнутість, підвищена потреба в увазі тощо.

Відомо, що емоційні реакції і їх прояви виконують регулюючу функцію, відображають характер прийняття і осмислення різних ситуацій, показують міру інтегрованості психічних процесів в цілому (О. Тихомиров, А. Запорожець).

А. Альохіна, описуючи процес свого дослідження, вказала на специфіку емоційних та поведінкових реакцій, виділила в описуваній групі два варіанти емоційного реагування: «...Так, для третини досліджуваних була характерна

недиференційована гіперактивність, яка проявлялася на тлі підвищеного настрою у поєднанні з розгальмованістю і руховим занепокоєнням. У частини дітей виразно виявилися афективні дії і неадекватні поведінкові реакції: крик, стук, розкидання предметів, які ми розглядали як «захисну» реакцію на незнайому їм людину, хоча за наявними характеристиками і підсумками наших бесід з педагогами підтверджувалася психомоторна збудливість у цієї частини випробовуваних. Інші діти легко вступали в контакт з експериментатором: сідали до нього на коліна, чіпали прикраси, гудзики на одязі, брали предмети на столі, трясли їх, тягнули в рот, тут же швидко перемикалися з одних предметів на інші» [5].

Інша частина дітей (16%) характеризувалась вираженою загальмованістю дій, акінезією; міміка бідна, рухи уповільнені, некоординовані по відношенню до об'єкта. Інтерес до іграшок відсутній, відзначаються пасивні рухи голови і рук у бік іграшок. У деяких дітей позитивна емоційна реакція у вигляді посмішки з'являлася на лагідний голос експериментатора, погладжування їх руки).

А. Кошелева виділяє такі особливості типів поведінки дітей залежно від особливостей емоційної сфери у дітей дошкільного віку з синдромом Дауна [128]:

1. **Еритичні діти.** Гіпермоторні, цікаві, у все втручаються. З задоволенням йдуть на контакт, люблять бути в центрі уваги, доброзичливі, але багато бояться, перш за все нового. У міжособистісних стосунках ласкаві, з задоволенням спілкуються, використовують жести. Люблять, коли їх хвалять, але ревниві і вимагають до себе уваги. Увага ослаблена, легко переключаються з предмета на предмет.

При спробах включитися до трудової діяльності виявляються мало працездатними через нестійкість уваги.

2. **Торпідні діти.** Повільні, малорухливі, замкнуті, інертні. При спілкуванні відповідають стисло і незацікавлено. У роботу включаються повільно, але працюють наполегливо. Увага зосереджена на одному виді діяльності і переключається повільно.

Т. Медведева вказує на вплив «сенсорного дефіциту» на поведінку. Вона пише: « ...якщо у дитини виражений сенсорний дефіцит, вона буде будь-яким чином отримувати різноманітні відчуття для того, щоб його компенсувати: наполегливо стукати іграшками, розгойдуватися. Дидактичне заняття, сидіння за столом, розглядання карток та картинок такої дитини не цікавлять і вона буде ухилятися від цього, відмовляючись від запропонованої діяльності, розкидаючи предмети, картки, іграшки та іншими відомим їй способами...» [95].

Цікаву статистику запропонували дитячий психолог Е. Хобарт і її колеги за результатами біля 20 років спостережень за дітьми з особливими потребами в умовах їх включення в загальноосвітній процес у Римі. Так, кількість дітей з синдромом Дауна, у яких відзначалися проблеми поведінки в молодшій і середній школі, змінювалося таким чином: до 1985 року 20 таких дітей демонстрували небажану поведінку, в 1985 році їх було 12, а в 1993-му – тільки 8. Зменшення числа «проблемних» дітей автор пояснює накопиченням досвіду у педагогів в умовах включення [189].

С. Куман і К. Рафікова визначили наступні особливості та причини поведінки: «...діти вчаться, наслідуючи дії навколишніх людей. Чим менший вік дитини, тим більшого значення набуває спільна з дорослим гра. Освоєння способів вираження різних емоцій, у тому числі і негативних, таких як страх або злість, теж необхідно для розвитку дитини. Малюк вчиться емоціям спочатку на сенсорному рівні, без свідомого управління ними. Він ніби сам перетворюється на емоцію і не може нею керувати. Це часто супроводжується сильною театралізацією, дитину зачаровують фізичні відчуття від новонабутих емоцій. Те, що ми називаємо жакливою поведінкою дошкільників, насправді є нічим іншим як наслідуванням, тобто відтворенням з перебільшенням рухів і способів вираження емоцій дорослих. Часто батьки, боячись вибухових реакцій, взагалі припиняють прояв дітьми сильних емоцій, навіть коли ті тільки їх освоюють. Але нам необхідно пам'ятати, що тільки навчившись виражати свої емоції, дитина поступово починає оцінювати свої почуття, управляти ними, розуміти почуття інших людей» [74].

1.4. ОСОБЛИВОСТІ ТЕХНОЛОГІЙ РОЗВИТКУ ДОШКІЛЬНИКІВ З СИНДРОМОМ ДАУНА

Л. Виготський зазначав про вплив стереотипів, сприйняття суспільством та близькими дитини з порушеннями розвитку (дефектами) на відношення її до самої себе, формування моделей міжособистісних відношень, моделі поведінки. «...Усі зв'язки з людьми, усі моменти, що визначають місце людини в соціальному середовищі, її роль і долю як учасника життя, усі функції громадського буття перебудовуються; фізичний дефект викликає ніби соціальний вивих. Дефект сам по собі ще не є трагедією. Він є лише приводом для виникнення трагедії. Сам по собі органічний дефект (сліпота, глухота і т. п.) є фактом біологічним. Але вихователеві доводиться мати справу не стільки з цими фактами як такими, скільки з їх соціальними наслідками. Коли об'єктом виховання є сліпа дитина, доводиться мати справу не стільки із сліпотою, скільки з тими конфліктами, які виникають у такої дитини при входженні в життя. Тому виховання дефективної дитини є соціальним вихованням. Так само точно і процеси компенсації, що виникають у такої дитини під впливом дефекту, спрямовуються в основному не по лінії органічного заповнення недоліку (що неможливе), а по лінії психологічного подолання, заміщення, вирівнювання дефекту, по лінії завоювання соціальної повноцінності або наближення до неї. Дефект є не лише мінус, недолік, слабкість, але і плюс, джерело сили і здібностей, стимул до компенсації. Одночасно з дефектом дані і психологічні тенденції протилежного напрямку, дані сили для подолання цього дефекту. Наука вказує шлях для виховання дефективної дитини: потрібно побудувати увесь виховний процес по лінії природних тенденцій до компенсації...» [30, с. 39].

Закордонні та вітчизняні теоретичні джерела вказують на підвищену вірогідність проявів поведінкових порушень у дітей з синдромом Дауна, що стає на заваді як адаптації таких дітей у рамках спеціальних закладів, так і ефективній інтеграції їх до освітнього простору та соціального середовища поза

межами спеціальних закладів після досягнення дошкільного і шкільного віку [5, 20, 52, 150].

Наукові дослідження S. Buckley, B. Gillian, B. Sacks та ін. показують, що спектр та темпераментні особливості особистості дітей з синдромом Дауна знаходяться в межах норми. Вченими отримано мало доказів на підтвердження стереотипу про незмінний внутрішній спокій і щастя всіх дітей такої категорії. Водночас автори вказують на ряд факторів, які детермінують поведінку дітей і підлітків з синдромом Дауна. Йдеться, зокрема, про розлади аутистичного спектру (ASD), синдром дефіциту уваги і гіперактивність (СДУГ), нав'язливі компульсивні розлади, тривоги або депресії. Такі випадки вимагають діагностики та відповідного лікування.

Також, на думку S. Buckley, B. Gillian, B. Sacks формування соціально прийнятної поведінки дітей з синдромом Дауна залежить від розуміння ними навколишнього світу і поведінки інших людей, тому діти із затримкою когнітивного (психічного) розвитку, ймовірно, зазнають більше труднощів у формуванні соціальної відповідальності і у контролі або саморегуляції поведінки. Тільки у більш старшому віці ці діти зможуть зрозуміти чому певні типи поведінки можуть бути небезпечними для прикладу [177].

Ще одним з факторів розладів поведінки у дітей з синдромом Дауна, на який вказують автори, є комунікативний та мовленнєвий розвиток. Відповідно до того як мовлення і комунікативні навички розвиваються, діти відчують менше розчарувань і можуть пояснити, що вони відчують, або попросити те, що вони хочуть. Крім того, в типовому розвитку важливою складовою саморегулювання поведінки є мовлення. Діти та підлітки з синдромом Дауна, як і звичайні діти, використовують внутрішнє або зовнішнє мовлення для контролю за власною поведінкою.

Додатковою умовою формування соціальної компетенції та поведінки дітей є сім'я, де, як правило, вони набувають особистісного досвіду та досвіду міжособистісного спілкування. Діти з синдромом Дауна – не виняток. Вони, як і діти без порушень розвитку, відчують необхідність у задоволенні базових потреб у теплі, харчуванні та догляді, а також любові близьких. Тому цілком

прогнозованою є пряма залежність виникнення соціальних і поведінкових труднощів у дітей даної категорії, які виховуються у сім'ях з несприятливим емоційним кліматом [177].

S. Buckley зазначає, що виховання і досить чіткі очікування певної поведінки сприяють розумінню поведінкових правил дітьми з синдромом Дауна. Науковець вказує на те, що за умови послідовності батьків у вихованні, підкріплення бажаної поведінки ще в перші роки життя дитини можна запобігти формуванню цілого ряду небажаних поведінкових проявів. Вчителі та вихователі також повинні заохочувати та винагороджувати дітей за хорошу поведінку.

Автор у своїх дослідженнях поведінки дітей з синдромом Дауна дійшла висновку, що ці діти часто використовують своє хороше розуміння поведінки інших людей, щоб отримати бажане, або привернути увагу.

D. Fidler, D. Most, and A. Philofsky представили данні еволюційного підходу, що стосуються темпів та структури розвитку дітей з розумовою відсталістю у порівнянні з дітьми з типовим розвитком. Було запропоновано розумову відсталість, спричинену спадковістю або факторами навколишнього середовища, називати «екологічною», а розумову відсталість, спричинену генетичними порушеннями та порушеннями внутрішньоутробного розвитку, – «органічною». Розвиток даного підходу призвів до сучасних досліджень «фенотипу поведінки», або сильних та слабких поведінкових сторін, пов'язаних з генетичними порушеннями. Відкриття цих двох груп привело дослідників до ряду важливих висновків щодо розуміння природи розумової відсталості. По-перше, багаточисельні сучасні дослідження підтверджують, що різні типи органічної розумової відсталості, зокрема генетичного походження, призводять до різних профілів розвитку поведінки. Водночас двоє дітей з різними генетичними порушеннями, такими як синдром Дауна та синдром Вільямса, за умови однакових показників інтелекту продемонструють абсолютно різні поведінкові профілі під час вивчення конкретних сфер розвитку. Дослідники підкреслюють той факт, що існує велика кількість порушень розумового розвитку, які не спричиняють розлади окремих проявів поведінки [187].

К. Філі та Е. Джоунз, досліджуючи особливості проявів та способи корекції небажаної поведінки дітей з синдромом Дауна, особливу увагу приділяють виявленню мети та функції небажаної поведінки [184]. Автори дослідили пряму залежність проявів небажаної поведінки зі змінними довкілля, серед яких найчастіше згадуються обставини, що передували неприємному інциденту, і наслідки, які грають роль позитивного або негативного підкріплення. Згідно з принципами функціонального аналізу поведінки, повторенню небажаної поведінки дитини сприяє те, що вона приводить до досягнення мети, зокрема отриманню дитиною того, що вона хоче, наприклад іграшки або можливості зайнятися чимось, що вона любить. К. Філі та Е. Джоунз зазначають, що для вироблення стратегії подолання небажаної поведінки дуже важливо виявити його мету «відповісти на питання «навіщо»...». Автори виділяють 2 головних категорії цілей: «отримати» і «уникнути». Є також і інша класифікація: поведінка розглядається як соціально вмотивована і несоціально вмотивована. У першому випадку небажана поведінка спостерігається тоді, коли дитина прагне досягти чогось за допомогою іншої людини. Часто такого роду поведінка буває характерною для дітей з порушеннями у сфері комунікації. Несоціально вмотивована поведінка, за визначенням К. Філі та Е. Джоунз, – «це поведінка, за допомогою якої дитина прагне отримати якийсь стимул (наприклад, сенсорний) або уникнути його. У таких випадках наслідок не включає участі іншої людини». Згідно Дж. Дж. Уишарт, небажана поведінка дітей з синдромом Дауна, будучи частиною фенотипу їх поведінки, як правило, спрямована на певну мету: уникнути виконання вимог і привернути увагу [177]. У своїх звітах Дж. Дж. Уишарт вказує на те, що прагнення уникнути виконання завдання спостерігається найвиразніше. Його міра варіюється, і це проявляється в поведінці: від сильних спалахів роздратування (змахує посібники із столу) до чарівливої або «милої» поведінки (дитина ляскає в долоні, видає смішні звуки), покликаної відвернути увагу того, хто тестує.

Запропонований К. Філі та Е. Джоунз функціональний аналіз поведінки має свою послідовність проведення: інтерв'ю, спостереження, додатковий аналіз, втручання.

Інтерв'ю передбачає дослідження обставин, що безпосередньо передують прояву цієї поведінки (іноді їх називають пусковими механізмами), і наступних подій. Проте спостереження ряду вчених показали, що на вірогідність появи небажаної поведінки можуть впливати обставини, що мали місце раніше, а не прямо перед інцидентом. Більше того, ці обставини (чи змінні) можуть бути не пов'язаними з пусковими механізмами і з тим, що відбувається згодом. Такі змінні (наприклад, погане самопочуття, проблеми зі сном) називають заданими умовами або (у іншій редакції) мотивуючим досвідом. Схильність людей з синдромом Дауна до поведінки, що відхиляється, має пряме відношення до декількох заданих умов. Так, Р. Сторз і Дж. Сторз виявили, що проблеми зі сном, включаючи неспокійний сон, пробудження більше одного разу за ніч і ранній (до 5 годин ранку) підйом, спостерігаються у дітей з синдромом Дауна частіше, ніж у дітей, що типово розвиваються, і є причиною проблем з поведінкою, що виникають вдень, а саме дратівливості, гіперактивності і стереотипних дій [198].

Друга складова процесу виявлення функцій небажаної поведінки – це пряме спостереження та запис подій до і після інциденту.

Часто функція поведінки може бути виявлена під час інтерв'ю та спостереження. Проте якщо вона залишається не цілком ясною або потрібне підтвердження гіпотези, що її стосується, проводиться додатковий аналіз. Він припускає продуману маніпуляцію управляючими змінними – на вході і на виході, тобто вимірювання небажаної поведінки при створенні серії різних умов. До змінних на виході (наслідків) можуть відноситися увага, що проявляється у відповідь на небажану поведінку, відмову від пред'явленої вимоги, надання дитині бажаної іграшки. Дитину можуть просто залишити в спокої, дати не пов'язане з інцидентом підкріплення у вигляді іграшки або пригощання, уваги або можливості вільно пограти. Можна маніпулювати і умовами на вході. Наприклад, змінювати міру складності завдання або надавати

увагу під час його виконання. Умови, за яких проявляється поведінка, що відхиляється, говорять про чинники, що викликають або підтримують цю поведінку. Наприклад, якщо з'ясується, що в умовах пред'явлення вимог поведінка, що відхиляється, проявляється частіше, ніж в інших умовах, то робиться висновок, що метою (функцією) небажаної поведінки є прагнення дитини уникнути виконання вимоги. Після закінчення аналізу, в ході якого функція виявлена, розробляються процедури втручання.

Один з ефективних підходів до врегулювання поведінки, що відхиляється, як вказує Е. Дж. Кар, полягає в застосуванні прийомів, згрупованих в чотири блоки (таблиця 1.2):

- 1) прийоми, адресовані заданим умовам;
- 2) прийоми, адресовані пусковим механізмам;
- 3) прийоми навчання альтернативним навичкам (комунікації, академічним, соціальним);
- 4) прийоми організації правильного підкріплення [193].

Таблиця 1.2

Чотирьохкомпонентний підхід до корекції поведінки, що відхиляється

План досягнення бажаної поведінки			
Прийоми, адресовані заданим умовам	Прийоми, адресовані пусковим механізмам	Навчання альтернативним навичкам	Прийоми організації правильного підкріплення
Ведення записів у контрольній таблиці пускових механізмів	Надання можливості вибору	Навчання функціональної комунікації	Диференційоване підкріплення альтернативної поведінки
Надання уваги у період, що передує потенційно небезпечній події	Прохання заздалегідь виконати декілька завдань, за які найімовірніше дитина охоче	Навчання умінню терпляче чекати позитивного підкріплення	Диференційоване підкріплення факту відсутності небажаної поведінки

	візьметься		
Зниження інтенсивності дії пускового механізму	Співпраця		Жетонна система
Посилення позитивного підкріплення до виникнення вибухонебезпечної ситуації	Використання улюбленого предмета як відволікаючого засобу		Заходи, здатні «погасити» небажану поведінку

Як було зазначено вище, вчені висунули гіпотезу, що при синдромі Дауна специфічними заданими умовами є більш сильне, ніж у інших дітей, прагнення уникнути труднощів та привернути увагу. За інших заданих умов, наприклад порушеннях сну або захворюваннях, супутніх синдрому Дауна, автори пропонують розробити механізм, за допомогою якого людина, яка доглядає дитину, повідомлятиме про ці неприємності персоналу учбового закладу. Так, хвороба може підвищити вірогідність того, що дитина вдасться до аутостимуляції, наприклад з'являться нав'язливі рухи рук. У цьому випадку дитині можна надати можливість чіпати іграшку із тканини, яка знаходитиметься в передній кишенці джемпера. Утворюється свого роду альтернативна реакція. Дитина, що зазнає труднощів зі сном, може намагатися уникнути виконання вимог. За таких обставин педагогові рекомендують подумати про те, щоб забезпечити йому можливість відпочити впродовж учбового дня або понизити академічне навантаження. Вплив заданих умов К. Філі та Е. Джоунз пропонують пом'якшити шляхом частішого або сильнішого позитивного підкріплення, наданого до того, як дитина опиниться в ситуації, здатній спровокувати погану поведінку.

У багатьох випадках заходів по пом'якшенню дії заданих умов виявляється недостатньо і буває необхідно звернутися до обставин, що безпосередньо передують прояву поведінки, що відхиляється (наприклад, понизити дратівливу дію стимулу). Тут заходи вживаються проактивно. Для

зменшення загострення поведінкового прояву, що демонструється заради отримання уваги або можливості уникнути виконання важкого завдання, можуть бути використані чотири прийоми: 1) надати дитині можливість вибору; 2) перед важким завданням попросити її виконати декілька прохань, на які вона з високою вірогідністю відреагує позитивно; 3) запропонувати співпрацю; 4) скористатися улюбленим предметом дитини в якості відволікаючого засобу.

Впливаючи на задані умови і пускові механізми, тобто вживаючи проактивно заходи в прагненні понизити вірогідність прояву небажаної поведінки, автори роблять акцент на тому, що у цієї небажаної поведінки є певна мета і рекомендують навчати альтернативним навичкам, тобто таким, за допомогою яких дитина змогла б досягти бажаної мети, але іншим прийнятним способом.

Однією із заміщаючих навичок К. Філі та Е. Джоунз називають навчання дітей функціональній комунікації. Цей підхід припускає визначення і, відповідно, навчання дитини прийнятному способу реагування, який може послужити тій же меті, що і спалах небажаної поведінки. Дітям з синдромом Дауна нерідко буває важко висловити свої бажання словами, і це теж може стати причиною поганої поведінки. Тут можуть допомогти альтернативні засоби комунікації. Автори наводять приклади їх успішного застосування [184]. Дитину, яка прагнула втекти з приміщення, де проводиться зайняття «Коло», навчали умінню піднімати руку; дитину, яка жадала уваги, учили поплескувати дорослого по плечу, а дитину, яка піднімала скандал не побачивши бажаної іграшки, – умінню вказувати на символ, що означає «хочу». Якщо дитина просить про щось належним чином, важливо виконати прохання негайно. Коли необхідна альтернативна навичка буде засвоєна, можна помалу вчити її все довше і довше чекати позитивного підкріплення.

Як уже зазначалося, деякі наслідки, а саме досягнення дитиною мети, часто стають причиною того, що небажана поведінка закріплюється. В якості прийому корекції такої поведінки автори пропонують застосовувати різні типи підкріплення, які в літературі позначаються як «диференційоване підкріплення

альтернативної поведінки (ДПА)» і «диференційоване підкріплення відсутності небажаної поведінки (ДПО)». Останній тип підкріплення, за словами К. Філі та Е. Джоунз, особливо ефективний для боротьби зі стереотипними діями. Прийом полягає в наданні позитивного підкріплення через деякий час, впродовж якого дитина не здійснює стереотипних дій.

На думку багатьох фахівців, у ДПО є певні недоліки. Основний полягає в тому, що тут заохочується відсутність небажаної поведінки, але не ставиться завдання навчання правильній поведінці або альтернативній навичці. Тому багато педагогів віддають перевагу «диференційованому підкріпленню альтернативної поведінки» (ДПА), при якому альтернативна поведінка постійно винагороджується. По відношенню до соціально обумовлених типів небажаної поведінки для підвищення ефективності втручання процедури ДПА часто поєднуються із заходами, що дозволяють «погасити» небажану поведінку. У цих випадках після неприємного інциденту очікуване дитиною підкріплення не дається. Корисною, на думку авторів, буває також система винагороди жетонами (наклейками, зірочками, «галочками»), які згодом обмінюються на іграшки, пригощання і т. п. Така система заохочення широко використовується в шкільній практиці і може бути застосована вдома навіть по відношенню до маленької дитини.

К. Філі та Е. Джоунз наголошують, що роботу по корегуванню небажаної поведінки потрібно починати з раннього віку, коли складові поведінки тільки починають формуватися і їх легко змінити.

Р. Ковтун в обґрунтуванні своєї програми розвитку комунікативних здібностей дітей з синдромом Дауна, завданням якої є розвиток психічних функцій дітей, виховання цих дітей, формування в них правильної поведінки та вироблення навичок самообслуговування, вказує на те, що сенсорне виховання є одним з напрямків роботи з розвитку комунікативних здібностей і соціальної адаптації дітей зазначеної категорії [66]. Сенсорне виховання – початковий етап навчального процесу й спрямоване на виховання повноцінного сприйняття в дитини з аномаліями розвитку, це основа пізнання навколишнього світу. В основі сенсорного сприйняття лежить розвиток чуттєвого відчуття. Сприйняття

впливає на аналізатори чуттів дитини. Нагромадження чуттєвих відчуттів про навколишній світ сприяє діяльності органів чуття дитини. Дитина починає відчувати, позитивно сприймати навколишню дійсність через свою практичну діяльність.

Сенсорне сприйняття розвиває в дитини орієнтовну діяльність у навколишньому світі, тому що дитина знайомиться з ознаками, а саме ця діяльність порушується в дітей із синдромом Дауна.

Для того, щоб дитина могла засвоїти передану інформацію, вказує Р. Ковтун, необхідно розвивати розумові процеси, що включають порівняння, аналіз, синтез, узагальнення та класифікацію [67].

У рамках сенсорного виховання здійснюється перший етап адаптації дитини з синдромом Дауна в соціум.

Автор пропонує корекційну роботу в рамках комунікативних здібностей і сенсорного виховання вести за декількома напрямками – формування різних еталонних систем. А в рамках формування конкретної еталонної системи робота ведеться в декілька етапів.

Перший напрямок – формування уявлення про колір предметів. Завдання цього етапу – глобальне ототожнення дитиною предметів:

- ідентифікація предметів за ознаками кольору;
 - співвідношення кольору предмета з еталоном кольору;
 - вибір предмета певного кольору за словесною інструкцією дорослого;
 - формування словесного позначення кольору предмета;
 - навчання узагальненню й класифікації предметів за ознакою кольору;
 - навчання передачі кольору предмета в продуктивній діяльності.
- Закріплення постійної ознаки кольору за предметом;
- формування уявлення про відтінки кольору.

Другий напрямок – формування уявлення про форму предметів:

- ідентифікація предметів у цілому (повторення);

- ідентифікація предметів за формою;
- співвідношення форми предмета з еталоном форми;
- вибір геометричної фігури по словесній інструкції;
- формування вміння словесно позначати форму предмета;
- узагальнення одно- або різнобарвних геометричних фігур;
- класифікація за формою без контурних еталонів;
- знаходження в навколишньому світі предметів певної форми;
- виготовлення аплікацій з геометричних фігур.

Наступний напрямок – формування уявлень про величину (формувати в дитини із синдромом Дауна уявлень про величину можна тільки після освоєння дитиною уявлень про форму й колір, тому що величина – поняття відносне й це утрудняє формування уявлень про неї):

- формування уявлень про великі й маленькі предмети;
- формування уявлень про довжину предмета: «довгий-короткий»;
- формування уявлень про ширину: «широкий-вузький»;
- формування уявлень про висоту: «знизу-нагору»;
- побудова серійних рядів за ознакою.

Четвертий напрямок – формування просторових уявлень (просторові уявлення – це відносна величина та їхнє формування викликає певні труднощі в дітей, що страждають синдромом Дауна):

- формування орієнтації в просторовому оточенні на собі: «Я – початок відліку»;
- формування орієнтації в просторовому оточенні іншої людини;
- орієнтування по основних просторових напрямках (голова, тулуб, груди, голова – знаходяться вгорі, ніжки – внизу, животик – попереду, спинка – позаду);
- орієнтація на аркуші паперу;
- формування уявлень про час;
- формування поняття доби;
- формування уявлень про пори року;

- формування часових понять: «учора-сьогодні-завтра»;
- формування часових понять: «дні тижня».

П'ятий напрямок – формування тактильно-рухового сприйняття:

- орієнтація в тактильних відчуттях, пов'язаних з формою предмета, його величиною й масою;
- розвиток зорово-рухової координації;
- розвиток стереогнозису – це пізнавання предмета й фактури матеріалу на дотик;
- розвиток точності рухів при побудові різних конструкцій і схем на площині.

Наступний етап у роботі з розвитку комунікативних здібностей і сенсорного виховання – корекція слухового сприйняття, що має першорядне значення для розвитку мовлення:

- слухове сприйняття немовних звуків;
- слухове сприйняття мовних звуків;
- розвиток ритмічного слуху.

Сьомий напрямок – корекція мислення (мислення забезпечує не тільки навчання дитини, але і його соціалізацію. Розвиток мислення відбувається в результаті (як наслідок) сенсорного виховання й перші його етапи забезпечуються сенсорним вихованням). Після цього етапу роботи треба формувати причинно-наслідкові відносини [67].

П. Уайт, спираючись на тринадцятирічний досвід роботи в партнерстві з батьками, пропонує інший підхід до проблеми небажаної поведінки [200]. Але цей підхід має рекомендаційний характер. Автор зазначає, що для ефективної корекції поведінки має сенс пропрацювати три головні теми:

- 1) позиція батьків по відношенню до дитини;
- 2) залучення групи підтримки;
- 3) причини негативної поведінки і підходи до роботи з ними.

У першій темі автор приділяє увагу стосункам батьків з дітьми, вказуючи на те, що робота батьків над коректуванням небажаної поведінки забирає

багато часу та сил, іноді здається навіть марною, батьки емоційно виснажуються і внаслідок цього їх ставлення до своєї дитини стає негативним. П. Уайт пропонує декілька способів, за допомогою яких батьки можуть повернутися до позитивної позиції: на першому місці утримувати у свідомості хороші унікальні якості своєї дитини, пам'ятати про те, що на корекцію поведінки потрібен час, працювати над зміною поведінки малими кроками.

Друга тема передбачає залучення до сім'ї групи підтримки. Автор вказує, що для ефективної корекції поведінки батькам необхідно співпрацювати з усіма спеціалістами, які взаємодіють з дитиною, слід обговорювати її стан разом, у складі однієї великої групи або команди підтримки. Обмін ідеями корисний усім її членам. Крім того, спільно прийняті рішення забезпечують послідовність. По-друге, об'єднання зусиль забезпечує необхідну і належну батькам дитини з особливими потребами підтримку (часто згідно із законом).

Працюючи над третьою темою, аналізуючи причини поведінки, П. Уайт пропонує наступні рекомендації батькам: бути уважними до оточуючого середовища дитини, її безпеки; разом із спеціалістами та членами сім'ї знайти час на пильне вивчення тієї аномалії в розвитку, яка є у дитини, і особливостей її впливу на поведінку; розробити план «відновлення контакту» або створення якихось нових «ліній зв'язку», які дозволять відновити стосунки між вами і дитиною або стосунки всередині сім'ї; використати біхевіористський підхід до корекції небажаної поведінки; звернути увагу на очікування батьків і тих, хто пов'язаний з дитиною. Автор зазначає: «...коли від дітей з синдромом Дауна чекають занадто багато, вони можуть відчувати розчарування і біль, якщо не зможуть виправдати їх. Так само, якщо очікування занижені, то дитина (є у неї синдром Дауна або ні) теж буде розчарована і не виявить зацікавленості тією діяльністю, яку ви їй пропонуєте. Іноді це призводить до так званої «засвоєної залежності». Коли дитина поводить себе не належним чином, а ви не розумієте чому, вам треба зустрітися з членами групи підтримки і проаналізувати, що ви вимагаєте від дитини і наскільки це розумно. Сформулювати правильні очікування стосовно дитини з синдромом Дауна нелегко, і їх треба періодично

зважувати...» [200]. Також автор рекомендує в окремих випадках, пов'язаних із здоров'ям, ужити заходів медикаментозного супроводження дитини.

Отже, узагальнюючи результати теоретичного аналізу, синдром Дауна є диференційованою формою психічного недорозвинення, що відрізняється істотною нерівномірністю в проявах фізичних, психічних, інтелектуальних і емоційних якостей.

Психічний розвиток дітей з синдромом Дауна має свої специфічні особливості і його не можна порівнювати з розвитком розумово відсталих дітей.

У основі недорозвинення моторики лежить недорозвинення специфічних структур ЦНС, що забезпечують координацію, планування і контроль моторики. Уповільненого дозрівання нервових структур, порушення гармонійності в їх взаємодії, загального зниження тону кори великих півкуль мозку дає можливість припустити зниження регулюючого впливу з боку моторних зон кори, що затримує розвиток статокінетичних рефлексів і змінює міру їх прояву, що, в свою чергу, впливає на формування поведінкових реакцій. Простежується взаємообумовленість між затримкою моторного і психічного розвитку дітей з синдромом Дауна. Так, діти, у яких раніше розвиваються рухові функції, краще розвиваються і психічно.

Таким чином, для дітей з синдромом Дауна характерні сповільненість і фрагментарність сприйняття, невміння повноцінно використати аналізатори, велике відставання в термінах сенсорного розвитку. У них пізно і часто неповноцінно відбувається з'єднання сприйняття зі словом, а це, у свою чергу, затримує формування уявлень про навколишній предметний світ, ускладнює на когнітивному рівні процес аналізу сприйнятого дитиною матеріалу, ситуацій взаємовідносин.

Емоційна сфера у дітей з синдромом Дауна не порушена, але її розвиток затримується, і тому у порівнянні з іншими дітьми цього ж вікового періоду її розвиток відстає.

В умовах сприятливого соціального виховання у дітей даної категорії між 5 і 6 роками виявляються передумови до елементарної розумової діяльності, яка

через специфічне недорозвинення мови ускладнює актуалізацію наявних у них знань, діти намагаються їх позначати невербальними засобами: мімікою, показом, жестом, що слід розглядати як позитивне компенсаторне новоутворення в комунікативних уміннях.

Вирішальним у психічному розвитку дітей з синдромом Дауна є вплив раннього втручання. Більшість авторів та власний практичний досвід підтверджують той факт, що, чим раніше буде надано стимулюючий корекційний вплив на психічний розвиток саме дітей з синдромом Дауна, тим більших результатів вони досягають у старшому віці.

У багатьох наукових течіях (класичний психоаналіз, теорія відділення, етологічні дослідження, концепція генезису спілкування та ін.) соціально-емоційні стосунки в дитинстві і ранньому віці оголошуються головними аспектами розвитку. Підтвердженим фактом є те, що ставлення до іншої людини, до себе і до світу починає формуватися в актах емоційного спілкування перших місяців життя немовляти. У взаємодії з близькими дорослими для дитини спочатку вимальовується присутність іншої людини, а через нього – і присутність у світі його самого. Таким чином, істотний вклад в загальний хід формування людської особистості вносить розвиток у ранньому віці не лише моторної, інтелектуальної, але і соціально-емоційної сфери дитини.

Очевидно, що для організації своєчасної корекційної допомоги розумово відсталій дитині необхідно виявити саме сенситивні періоди розвитку, їх тривалість до моменту виникнення стійких якісних утворень в психіці. Реєстрація останніх є основою для побудови нових змістовних форм співпраці з дитиною і його найближчим оточенням.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

Початкові біологічні обмеження і схожість синдромальних ознак не є основою для того, щоб розглядати дітей з синдромом Дауна моногенною іманентною групою в загальній характеристиці розумової відсталості. Незважаючи на виражену асинхронію психічних функцій щодо показників хронологічного віку, психічна діяльність дітей з синдромом Дауна має поступальний динамічний характер, що якісно міняє зміст стосунків з предметним світом і навколишніми людьми.

Поведінкові особливості дітей з синдромом Дауна обумовлені специфічними порушеннями у моторному, сенсорному, а також емоційно-вольовому розвитку. Слабка здатність до саморегуляції, порушення сенсомоторного сприйняття та контролю, ті емоційні, соціальні зв'язки та відносини, що формують, ще у ранньому віці у процесі взаємодії з членами сім'ї, самосприйняття дитини – все це має вирішальний вплив на формування здатності до саморегуляції та обумовлює їх специфіку.

Аналіз існуючих методів корекційного впливу на особливості прояву поведінки дітей з синдромом Дауна дозволяє заявити про те, що жоден з вищевказаних методів не враховує усіх специфічних особливостей психічного та особистісного розвитку цієї категорії дітей. Так, наприклад, чотирьохкомпонентний підхід до корекції небажаної поведінки, запропонований К. Філі та Е. Джоунз, не враховує такі важливі чинники як сім'я (емоційний стан батьків, стиль батьківського виховання, наявність у батьків або інших членів сім'ї стереотипів по відношенню до дитини з синдромом Дауна) та рівень сенсорного і моторного розвитку (повноцінно використовувати аналізатори та оцінювати й аналізувати сприйняту сенсорну інформацію). Як було вказано вище, усі ці фактори впливають на формування поведінкових, емоційних реакцій, взаємовідносин з оточуючими, сприйняття самого себе та себе у світі. Але, на нашу думку, цінним у чотирьохкомпонентному підході є те, що ситуація прояву небажаної поведінки розглядається під різними кутами – аналізуються цілі та функція поведінки,

фактори, що провокують небажані прояви, та реакція оточуючих. Та на кожному з етапів можна досить гнучко застосовувати корекційний вплив. Недоліком даного підходу ми вважаємо зорієнтованість корекційного впливу на реакції і недостатню спрямованість на особистість дитини.

Підхід П. Уайта здебільшого рекомендаційний. Ґрунтується на положеннях біхевіористичного підходу, приділяє багато уваги сім'ї, емоційному стану батьків, взаємовідносинам між усіма членами сім'ї, але автор не вказує на важливість врахування рівня розвитку сенсомоторного сприйняття, можливості повноцінно використовувати сенсорні аналізатори та вміння аналізувати сприйняту інформацію.

Як показує аналіз робіт зарубіжних і вітчизняних фахівців, більшість досліджень, що стосуються дітей з синдромом Дауна, носить феноменологічний характер і кожне з них привносить висновки в загальну проблематику, що підкріплюють неоднозначність оцінок щодо цієї категорії дітей. Очевидно, що ці діти істотно відрізняються між собою в характеристиці пізнавальних здібностей, в емоційних проявах і регулятивних функціях.

З урахуванням останнього очевидно, що вивчення розвитку психічних функцій у дітей усередині різних вікових меж може дати додаткові відомості щодо ряду питань: які тенденції в розвитку психічних процесів від дошкільного до шкільного віку, чим характеризуються комунікативні вміння, яка динаміка розвитку саморегуляції дітей з синдромом Дауна у дошкільному віці та багато інших. Постановка цих питань, їх вивчення, на нашу думку, повинні наблизити дослідників до розуміння того, що соціальна адаптація, можливість навчання у школі та життєва компетенція дитини з синдромом Дауна залежить не лише від рівня інтелектуального розвитку, а й від стану функціонування його саморегуляції як здатності пристосовуватись до змін і вимог навколишньої дійсності, де основна роль відводиться дорослому (батькам, педагогам), зокрема їхній активній позиції.

РОЗДІЛ 2

ДІАГНОСТИКА ЗДАТНОСТІ ДО САМОРЕГУЛЯЦІЇ ДОШКІЛЬНИКІВ З СИНДРОМОМ ДАУНА

2.1. МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ ЗДАТНОСТІ ДО САМОРЕГУЛЯЦІЇ ДОШКІЛЬНИКІВ З СИНДРОМОМ ДАУНА

Розвиток особистості дітей з синдромом Дауна, зокрема здатності до саморегуляції, обумовлює процес їхньої соціальної адаптації, соціалізації та є підґрунтям до якісного входження цих дітей у самостійне життя. Водночас, складна структура порушень психічного розвитку дітей з синдромом Дауна та наявність суттєвих відмінностей в їх розвитку від дітей з порушеннями розумового розвитку іншого генезу, детермінує появу невирішених проблем розвитку особистості дітей саме з синдромом Дауна.

Так, існує дослідження особистісної саморегуляції дітей з порушеннями розумового розвитку, серед вибірки досліджуваних були й діти підліткового віку з синдромом Дауна. Як результат, поняття особистісної саморегуляції викликає високу зацікавленість вітчизняних та зарубіжних науковців, що призводить до досить глибокого вивчення цього поняття. Існує й визначення особистісної саморегуляції як «штучного утворення», що відповідно до генетичної природи мислення і мовлення задане діяльністю психіки та свідомості, передумовами фізичного та психічного планів функціонування людини, яке вибудовується лише через контекст соціальної активності особистості й особливостей динаміки її психосоціального розвитку в онтогенезі [89, с. 179].

Слід зазначити, що проблема здатності до саморегуляції обумовлюється невирішеністю в теоретико-методологічному та прикладному аспектах суперечностей між відсутністю чіткої взаємоузгодженої системи критеріїв і показників ефективності становлення особистості дошкільника з синдромом Дауна, формування його психічної діяльності, з одного боку, та відсутністю

методологічної системи досліджень і прикладних технологій формування її здатностей до саморегуляції – з іншого. Щодо психологічних досліджень здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна, то на сьогоднішній день це питання не виступало самостійною проблемою наукових досліджень. Саморегуляція цих дошкільників не представлена у сучасних дослідженнях в якості самостійного феномену, а лише як опис окремих складових розвитку особистості цих дітей, їх поведінкових реакцій на психолого-педагогічне втручання та специфіки взаємодії з незнайомими дорослими й однолітками. Зокрема, останнім часом зросла кількість наукових досліджень, результатами яких є розроблення характеристик та корекції поведінки як передумови до організації навчання та виховання дітей з синдромом Дауна. Переважна більшість таких досліджень спирається саме на метод спостереження і досить рідко представлені результати діагностичного обстеження із застосуванням сучасних методів психологічної діагностики. Актуальність нашого дослідження обумовлена необхідністю визначення поняття здатності до саморегуляції дітей дошкільного віку з синдромом Дауна, виокремлення основних детермінант її формування у цих дітей.

Звідси, метою констатуючої частини дослідження є експериментальне дослідження основних чинників, що виступають передумовами формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна, а також визначення умов її розвитку.

Таким чином, основними завданнями констатуючого експерименту є:

- розробити модель здатності до саморегуляції дітей дошкільного віку з синдромом Дауна;
- виявити чинники, що детермінують формування саморегуляції цих дітей, описати показники;
- визначити умови, що впливають на саморегуляцію дітей дошкільного віку з синдромом Дауна.

Методи реалізації завдань діагностики. Вибір методів визначається завданнями дослідження та спирається на методи діагностики дітей з

розумовою відсталістю, описані вітчизняними та зарубіжними науковцями (А. Альохіна, Л. Виготський, Г. Дульнєв, Т. Єгорова, Л. Занкова, С. Забрамна, А. Лурія, Т. Розанова, С. Рубінштейн та ін. автори). Методологічним підґрунтям нашого дослідження виступив міждисциплінарний підхід. Зокрема, окремі положення комплексного підходу до діагностики дозволить врахувати всі можливі умови та чинники формування поведінкової саморегуляції дітей з синдромом Дауна; положення особистісно-орієнтованого підходу дозволить врахувати індивідуальні особливості дитини, механізми, властивості, суб'єктивний досвід та дослідити не тільки внутрішні, а й зовнішні умови. Особистісний принцип виражається в аналізі конкретної життєвої ситуації дитини та її онтогенезу.

Теоретичний аналіз наукових джерел та результати пілотажного дослідження дозволили нам виділити основні, доцільні та доступні для дошкільників з синдромом Дауна методи психодіагностичного дослідження саморегуляції.

У більшості наукових джерел з психодіагностики вказується на те, що обстеження дитини доцільно починати з вивчення анамнезу. Важливо виявити наявність супутніх діагнозів, характер і наслідки перенесених дитиною захворювань, фізичних травм. Слід з'ясувати, коли і які навички самообслуговування сформувалися, в чому були труднощі (незручність моторики, нерозуміння інструкції і т. д.); чи виявляє дитина інтерес до іграшок (маніпуляція); які навички спілкування з дітьми (грає один або в групі, лідер і т. д.), з дорослими; чи реагує на схвалення та зауваження.

Діалогічні методики ґрунтуються на врахуванні того, що дослідник вступає в контакт з дитиною і досягає найкращих діагностичних результатів за умови врахування специфічних особливостей цього контакту, релевантних діагностичному завданню. Діалогічні техніки можуть бути не лише вербальними (інтерв'ю, бесіда та ін.), а й невербальними (наприклад, гра з дитиною, спостереження та ін. можуть виступати як невербальна діагностична процедура).

Намічаючи схему дослідження дитини, Л. Виготський попереджав про те, що збирати треба тільки факти і ретельно їх тлумачити [30]. Тлумачення їх має бути динамічним і типологічним. Аналізуючи історію розвитку дитини, необхідно розкрити причинно-наслідкові зв'язки. Кваліфікуючи явища і факти, які спостерігаються в даний момент, важливо намітити шлях і характер подальшого розвитку дитини.

Метод спостереження визначається науковцями як провідний при вивченні дітей з розумовою відсталістю. Спостереження починається з моменту появи дитини у кабінеті і продовжується протягом всього часу обстеження. Спостереження завжди повинно проводитися цілеспрямовано, його матеріали необхідно фіксувати.

С. Забрамна вказує, що особливе значення має спостереження за ігровою діяльністю дитини, оскільки в ряді випадків воно є основним методом дослідження [54]. Вільна гра дозволяє встановити контакт з дитиною, особливо коли вона боїться обстеження. Надавши дитині можливість гратися з іграшками («Візьми які хочеш іграшки та пограй, а я поки з мамою поговорю»), фіксуємо:

- перші відомості про неї, характер емоційних реакцій дитини на іграшки (радість, занадто виражена або стримана, байдужість);
- сформованість здатності самостійно вибирати іграшки і організувати гру;
- доцільність виконуваних дитиною дій з іграшками;
- стійкість інтересу до ігрової діяльності.

Створюючи ігрові ситуації, дитина практично проводить аналіз, синтез, узагальнення і класифікацію, вибираючи саме ті іграшки, які потрібні для певної дії (вибирає предмети одягу, щоб організувати гру з лялькою; кубики, щоб завантажити їх на машину і т. д.). У ході маніпуляцій, що робить дитина, дослідник має змогу спостерігати за координацією рухів, станом моторики. На ігровому матеріалі можна досліджувати сприйняття дитиною величини, форми, кольору, уявлення про кількість, здатність до узагальнення. У грі виявляються вольові та емоційні якості, навички спілкування з дітьми та дорослими.

Науковці вказують, що для дітей з порушеннями розумового розвитку характерними є такі особливості:

- слабо виражений інтерес до іграшок;
- наявність стереотипних дій;
- безладність і недоцільність гри;
- відсутність творчих задумів;
- не сформована здатність визначати та називати діяльність, яку виконують;
- несформованість мовленнєвого опосередкування дії і, як наслідок, не співвіднесення їх із мовленням [13, 23, 54].

Результати досліджень підтверджують, що діти з порушенням розумового розвитку у процесі виконання завдань демонструють дуже низький рівень стійкості й довільності уваги, а тому потребують постійного стимулювання і контролю за ходом роботи. Вони не вміють використовувати пропоновану допомогу, не критичні до результатів роботи, не мають вираженої емоційної реакції на успіх і невдачу, безпорадні в колективних іграх.

Необхідно пам'ятати, що обстеження дітей дошкільного віку слід проводити у формі гри. Завдання повинні бути конкретними, привертати увагу, невеликими за обсягом, оскільки діти ще не здатні до тривалої напруги. Слід зберігати контакт з дитиною і підтримувати її бажання виконувати завдання до кінця обстеження.

Починати обстеження доцільніше із завдань середньої важкості, але в ряді випадків з явно легких, щоб успішне виконання відразу ж створило у дитини позитивне ставлення до наступної роботи, зняло хвилювання, неспокій. Це особливо важливо враховувати, коли дитина неконтактна. У процесі обстеження слід створювати ситуацію емоційного комфорту, мотивувати, заохочувати дитину, пропонувати завдання у незвичній формі, щоб виключити підготовленість, «завчуваність» в сім'ї. Не можна перевантажувати обстеження.

При виборі діагностичних методик ми спирались на такі критерії як доступність, оптимальність, сучасність. Як відомо, дошкільники з синдромом

Дауна характеризуються відставанням у мовленнєвому розвитку, отже методики, що мають вербальний характер, для цих дітей не є ефективними. Під критерієм оптимальності мається на увазі тривалість методики, це пов'язано з малим об'ємом уваги дітей дошкільного віку, зокрема з підвищеною схильністю до відволікання дошкільників з синдромом Дауна.

Методика констатуючого експерименту здійснювалась за наступними блоками:

1. Діагностика стану сформованості психічних процесів.
2. Діагностика стану сформованості комунікативної діяльності.
3. Діагностика саморегуляції.

Розроблення психодіагностики саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна здійснювалось відповідно до визначеного робочого поняття «саморегуляція дошкільників з синдромом Дауна». Сутність поняття визначається тим, що у дошкільному віці найбільш проблемним фактором саморегуляції дітей з синдромом Дауна є порушення в розвитку самосвідомості, рефлексії та несформованість диференціації «Я» на «не-Я» і «Ти», що своєрідним чином визначає траєкторію функціонування психічної діяльності та становлення особистості дитини. Саме тому нами обрано найбільш проблемну зону формування саморегуляції цих дітей – особистісну. Як наслідок, експериментальні зусилля були сконцентровані на виявленні чинників саморегуляції, яка є основою становлення особистості дитини в дошкільному віці. Саморегуляція дошкільників з синдромом Дауна – це довільність опосередкування власної потреби та її досягнення дитиною шляхом узгодження з нормами і правилами. Опосередкування власної потреби передбачає сформованість довільності сприймання, уваги та елементарних довільних операцій пам'яті. Також опосередкування визначається станом сформованості мовленнєвої діяльності дитини та її здатності до комунікації. Досягнення вирішення потреби забезпечується діями дитини, які доречно цілеспрямовано формувати у поведінковому стилі. Саме з цією метою діагностика умовно була розподілена на три блоки: перший блок – діагностика стану сформованості довільності психічних процесів, другий – діагностика

стану сформованості комунікативної діяльності, третій блок – діагностика стану сформованості особистості і поведінкової саморегуляції.

Поряд з цим, в контексті нашого дослідження вагомого значення набуває констатація проблеми саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна. Встановлено, що як процес, будучи суто внутрішнім за генетичним походженням, саморегуляція забезпечується довільністю функціонування психічних процесів, активністю та спрямованістю психічних станів, розвитком свідомості й самосвідомості, рефлексії [89]. Особистісна саморегуляція є динамічною, детермінується віковими новоутвореннями, соціальною ситуацією розвитку і виступає своєрідною презентацією індивідуального розвитку, яка здійснюється в процесі регуляції між індивідуальним і груповим (Н. Макаrchук). З огляду на це, нами було визначено дослідження таких чинників саморегуляції дітей дошкільного віку з синдромом Дауна як довільність психічних процесів, комунікативна діяльність, саморегуляція поведінки. Серед основних умов ми виділили такі: вплив родинного виховання, залучення до програм раннього втручання, стан здоров'я дитини. Все це знайшло відображення у розробленій нами експериментальній моделі психодіагностичного дослідження здатностей до саморегуляції дітей дошкільного віку з синдромом Дауна (рис. 2.1).

Експериментальна база дослідження: Центр соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями в Оболонському районі міста Києва, Волинський Центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів (м. Луцьк); Білоруський реабілітаційний центр для дітей-інвалідів (м. Мінськ); Комунальний заклад охорони здоров'я «Харківський обласний спеціалізований будинок дитини № 1», Психолого-медико-педагогічна консультація (ПМПК) Шевченківського району міста Києва; Спеціальна загальноосвітня школа-інтернат № 8 I-II ступенів міста Києва, Спеціальна загальноосвітня школа-інтернат № 26 (м. Київ), Всеукраїнська благодійна організація «Даун синдром» (м. Київ), Тернопільська обласна громадська організація «Центр сприяння дітям з синдромом Дауна «Бєбіко»» (м. Тернопіль), Громадська організація «Херсонська обласна організація підтримки дітей з синдромом Дауна» «Сонячні діти Херсонщини» (м. Херсон).

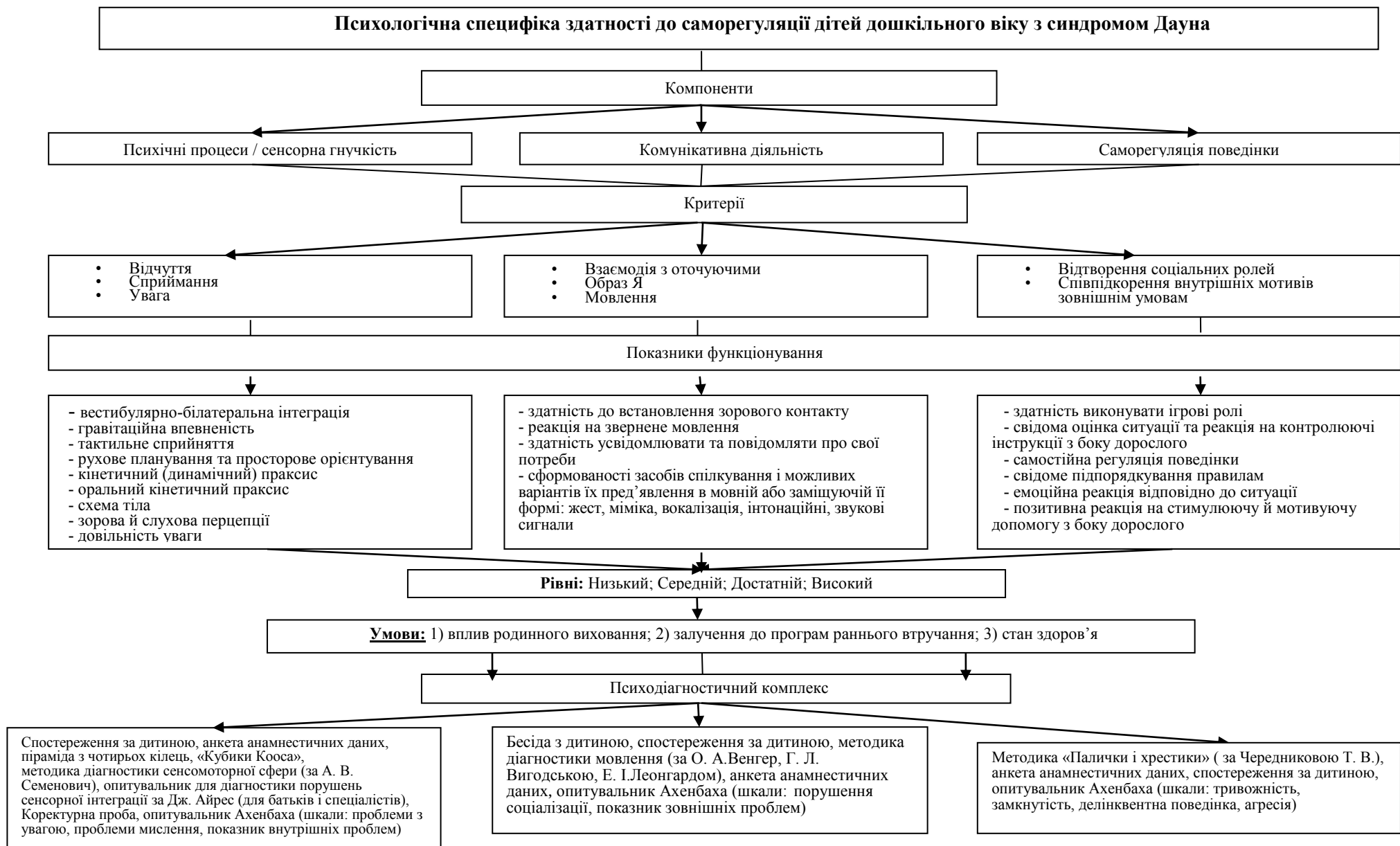


Рис. 2.1 – Експериментальна модель психодіагностичного комплексу саморегуляції дітей дошкільного віку з синдромом Дауна

Експериментальна вибірка складала 106 дітей дошкільного віку з синдромом Дауна та їх батьки (96 осіб), з них 25 дітей з синдромом Дауна віком від 3 до 4 років (ЕГ1) та 35 батьків цих дітей; 25 дітей віком від 5 до 6 років (ЕГ2) та 29 батьків дітей цієї групи; 25 дітей віком від 7 до 8 років (ЕГ3) та 32 батьків дітей цієї групи.

З метою отримання ефективних результатів психодіагностики ми розподілили експериментальну вибірку дітей з синдромом Дауна за віковим критерієм. До експериментальної групи ЕГ1 ввійшли діти 3-4 років ($n = 25$), до ЕГ2 ввійшли діти 5-6 років ($n = 25$), до ЕГ3 ввійшли діти 7-8 років ($n = 25$).

2.2. РОЛЬ ПСИХІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У САМОРЕГУЛЯЦІЇ ДОШКІЛЬНИКІВ З СИНДРОМОМ ДАУНА

Психічна діяльність виступає основним об'єктом дослідження психології, розкрити який повноцінно досить складно. Психічна діяльність є константною за структурою (на сьогодні чітко визначена її чотирьохкомпонентна структура), водночас вона є динамічною за розгортанням її складових в контексті індивідуального розвитку людини (І. Бех, В. Давидов, Г. Костюк, О. Леонтьєв, С. Максименко, В. Рибалка та ін.). Науковці зазначають, що складність представлення психічної діяльності саме дітей дошкільного віку, що проявляється у поєднанні внутрішнього (встановлення функціонування психічних процесів, стану сформованості мотивів, які є суто внутрішніми як за походженнями, так і за функціонуванням) та зовнішнього (поведінка дитини) сьогодні викликає найбільші труднощі в побудові експериментальних досліджень особистісної саморегуляції [89].

У психології визначають психіку як властивість високоорганізованої матерії, яка за своїм змістом є відображенням об'єктивної дійсності та має специфічні стадії розвитку. Стадія елементарної сенсорної психіки визначається відображенням індивідом об'єктивної дійсності засобами чуттєвого досвіду [89, с. 34]. О. Леонтьєв зазначає, що саме чуттєвість дозволяє

індивіду активно орієнтуватися в навколишньому середовищі та реагувати на його зміни. На цій стадії інстинктивна поведінка виступає провідною формою взаємодії з об'єктивним оточенням, а психологічною сутністю стадії є відображення окремих властивостей предметів, але не предмета в цілому. Стадія перцептивної (сприймаючої) психіки характеризується появою, поряд із інстинктивним формами поведінки, набутих форм – навичок. Навичка – це відібрані та завчені рухи, що призводять до досягнення мети завдяки розвиненій здатності до формування цілісного образу предмета. Стадія інтелекту, чи ручного мислення, визначається за умови, якщо психічне відображення характеризується відображенням не тільки цілісності предметів, але й зв'язків, відношень між предметами, що знаходяться у зоровому полі індивіда [31]. Психіка конкретизується у функціональності психічних процесів, психічних станів, властивостях, рисах та ін. У дошкільному віці особливого значення набуває формування психічних процесів. Л. Виготський переконливо довів, що кожному віковому підперіоду у дошкільному дитинстві відповідає розвиток відповідного психічного процесу. Несформованість або порушення у процесі того чи іншого вікового періоду спричиняє порушення у подальшому розвитку інших психічних процесів. Як наслідок, відчуття та його довільність формується у ранньому дошкільному віці від 0 до 2 років, від 2 до 3 років формується довільність психічного процесу сприймання, від 3 до 6 років домінантним є процес уваги.

В психологічній науці психічні процеси визначаються як динамічне відображення дійсності в різних формах психічних явищ. Насамперед, слід зазначити, що психічні процеси забезпечують зв'язок особистості з дійсністю. Через них формуються властивості особистості. Утворені властивості, у свою чергу, впливають на перебіг процесів. Так, у процесі відчуття формуються конкретні сенсорні властивості й цілісна сенсорна організація особистості, яка визначає в подальшому кількісно-якісну характеристику відчуттів.

У процесі розв'язання теоретичних і практичних завдань формується волева організація особистості, визначаючи як ухвалюються рішення і як вони реалізуються в житті [142]. Сформована керованість особистості призводить до

вибіркового сприйняття та емоційних реакцій, пов'язаних із ним. Ось чому людина бачить у дійсності те, що хоче бачити залежно від потреб, інтересів і настанов.

Психічні властивості особистості – це стійкі утворення, які забезпечують певний кількісно-якісний рівень психічної діяльності й поведінки, типовий для індивіда [64].

Психічні процеси забезпечують формування знань і первинну регуляцію поведінки і діяльності людини. У складній психічній діяльності різні процеси складають єдиний потік свідомості, що забезпечує адекватне віддзеркалення дійсності і здійснення різних видів діяльності. У визначенні спектру психічних процесів ми виходили із визначених Л. Виготським основних психічних процесів, які забезпечують становлення функції знаків у психічній діяльності людини та детермінують розвиток її вищих психічних функцій і становлення її особистості [33]. Такими основними психічними процесам є сприймання, увага та пам'ять. Мислення і мовлення пронизують вищезазначені процеси, впливаючи на їх діяльність і формуючи їх довільність. Саме довільність і виступає якісним показником реалізації особистістю регуляторних функцій. За визначенням науковців, психічні процеси виступають підґрунтям для функціонування особистісної саморегуляції. Доведено, що розвиток і функціонування психічних процесів обумовлюються глибиною порушень розумового розвитку та специфікою його етіології, що і приводить до порушень психічного розвитку та, як наслідок, психологічної, соціальної, культурної взаємодії дитини в системі інтерперсональних взаємодій, що і детермінує становлення її особистості [92, 89].

Сприймання – це такий психічний процес, функціонування якого забезпечується вихідним психічним процесом відчуття, який керується відповідними дублюючими фізіологічними процесами центральної нервової системи. Суттєва відмінність між сприйманням та відчуттям полягає не лише у цілісності сприймання (напротивагу вибірковості відчуття), але й в обумовленості його діяльності свідомістю. Сприймання є основою утворення вищих психічних функцій та забезпечує основу для психічного відображення

навколишньої дійсності та внутрішньодинамічних психічних процесів у свідомості людини, виступає основою розвитку психіки людини та становлення її особистості [33].

Важливою особливістю сприймання є опосередкування його функціонування мовою. Тому сприймання – це не лише відображення у свідомості предметів і явищ, що безпосередньо впливають на органи відчуттів людини, але й опосередкованість цього відображення мовою. Найважливіші особливості відображення – предметність, цілісність, структурність, константність та осмисленість. Науковці зазначають, що саме поява предметності у сприйманні засвідчує його перехід на більш високий рівень функціонування [89, с. 205]. Предметність сприймання виражається в акті об'єктивації, вона не є вродженою, а розвивається завдяки певній системі дій, що забезпечують суб'єкту відкриття предметності світу. Лише за допомогою процесів, які є зовнішньо рухливими та забезпечують безпосередній контакт із самим предметом, розкривається сутність предметності сприймання. Предметність як якість сприймання забезпечує регуляцію поведінки та формування таких процесів сприймання, сутність яких полягає у пошуку суб'єктом нових засобів і способів, що дають можливість подолати розходження між зовнішнім світом та його відображенням. Предметність сприймання з'являється вже на етапі раннього дитинства та набуває автоматичного характеру протягом усього дошкільного дитинства. Отже, у контексті дослідження здатності до саморегуляції дошкільників важлива роль належить саме сприйманню.

Сучасні наукові джерела вказують на те, що у дошкільному віці поведінка розвивається за двома напрямками: перший – це розвиток моторних умінь та фізичної активності, другий – розвиток соціальної поведінки. У першому випадку йдеться про формування знання про власне тіло та навички володіти ним, яке відбувається у процесі ігрової діяльності, а також таких безглуздих, на думку дорослих, занять, як хлюпання у воді, кидання камінців у ціль, смакування рослин, забавляння з тваринами, бігання, стрибання, крутіння на одному місці тощо. Саме завдяки цим заняттям, зазначають науковці, дитина

отримує нові відчуття, внаслідок яких вдосконалюється її моторика, покращується координація рухів та формується психологічний конструкт в структурі особистості дитини – «схеми тіла», аби надалі відображати особливості ставлення дитини до власного тіла. «Схема тіла» – це психічна структура, яка відображає конструкцію власного тіла у свідомості людини, це необхідний показник розвитку самооцінки та особистості дитини у підлітковому віці. Соціальна поведінка розвивається шляхом розширення міжособистісних контактів дитини з навколишнім світом. З 3-4 і до 6 років для дитини великого значення набуває взаємодія з іншими дітьми, яка наприкінці дошкільного дитинства відіграватиме практично провідну роль в організації поведінки дитини [87].

З метою діагностики стану функціонування психічних процесів експериментальним шляхом нами було обрано ряд методик для дослідження сприймання, уваги та сенсомоторного розвитку дітей дошкільного віку з синдромом Дауна: «Піраміда», «Кубики Кооса», методика діагностики сенсомоторної сфери (за А. Семенович), методика дослідження уваги «Коректурна проба», опитувальник для діагностики порушень сенсорної інтеграції за Дж. Айрес (для батьків і спеціалістів), схема спостережень за дитиною, опитувальник Ахенбаха (див. Додатки). Результати виконання завдань фіксувались у протоколах. Окрім цього, увага експериментатора зосереджувалась не тільки на відповідності виконання завдань досліджуваної дитини, а й на загальному виявленні та описі її типових реакцій. Йдеться про відсутність чи наявність інтересу до завдання, якість зосередження на завданні, характеру реакції на допомогу, заохочення з боку експериментатора, власного оцінювання результату діяльності, інтересу до взаємодії з експериментатором. Ці показники також дозволили визначити на рівні спостереження сформованість здатності особистості до саморегуляції за характером її функціонування – довільна чи мимовільна.

У процесі діагностики, зокрема за результатами спостереження, ми дійшли висновку, що довільність сприймання у цих дітей обумовлюється станом сформованості їхньої моторики. Так, ми встановили, що значні

порушення дрібної моторики, а саме порушення координації рухів, їх розбалансованість, неузгодженість, впливають на цілісність сприймання та формування його предметності як основи до набуття ними вищих психічних функцій. Поряд з цим, сформованість моторики та її вплив на сприймання дитини з синдромом Дауна визначає характер усвідомленості нею схеми тіла. Таким чином, визначення схеми тіла дошкільника, яка є основою його образу-Я досліджувалось нами засобами використання методики «Піраміда».

Використання методики «Піраміда» з кольоровими кільцями дало можливість дослідити наступні показники: моторику дитини (чи може вона спритно одягати кільце на основу, чи немає порушення координації і т. д.); сенсорні здібності, а саме сформованість і диференційованість поняття величини («Одягни велике кільце, потім менше... саме маленьке»); розрізнення дитиною кольору предметів («Дай червоне кільце» і т. д.); пізнавальні вміння, зокрема вміння перераховувати кільця піраміди («Покажи перше кільце», «Покажи третє кільце» і т. д.); сформованість поняття про кількість предметів («Дай два кільця», «Дай чотири кільця» і т. д.). Встановлення здатності дитини координувати рухи рук, пальців рук, узгоджувати рухи з елементарними інтелектуальними операціями, а саме визначення величини та пошук відповідних предметів, розрізнення, рахунок і відповідні дії для показу цих операцій за допомогою цих предметів дозволяють вказати на наявність цілісності схеми тіла. Результати виконання завдань дитиною фіксувались у протоколі, представленому у Додатку А.

Дослідники зазначають, що у дітей з порушенням розумового розвитку виявляються порушення моторики. У них спостерігається погана координація, незграбність і неточність рухів, низький рівень здатності співвідносити величину та колір. А у дітей з IQ нижче 35 під час роботи з пірамідою фіксувалася відсутність навички нанизування кільця піраміди на основу, вони не розуміють завдання, здійснюють неадекватні дії (маніпулюють з кільцями, розкидають їх; надягають ковпачок на основу, а кільця кладуть поруч і т.п.). Якщо в полі зору цих дітей потрапляють будь-які нові предмети, вони відволікаються і кидають почату роботу. Спрямування уваги, постійне

спонукання, контроль – обов’язкові умови, що забезпечують роботу такої дитини. Самостійність і самокритичність в роботі цих дітей значно знижені. Практичні завдання, виконані за зразком і без опори на зразок, у дітей з інтелектуальними порушеннями не мають істотних відмінностей, оскільки ці діти зазнають значних труднощів у процесі аналізу зразка, порівняння з ним своєї роботи.

За відсутності інтелектуальних порушень діти до 5 років у переважній більшості складають піраміду з урахуванням величини кілець при зоровому співвіднесенні.

Слід зазначити, що просту (що не вимагає засвоєння інструкції) роботу діти з порушеннями розумового розвитку виконують охоче, старанно, демонструючи видиме задоволення від удачі. Науковці зазначають, що така зацікавленість спостерігається у дітей із збереженим особистісним розвитком [54]. Що ж до результатів виконання дошкільниками з синдромом Дауна завдань методики «Піраміда», то встановлено відмінності у порівнянні із дітьми з порушеннями розумового розвитку неуточненого генезу. Зокрема, діти з синдромом Дауна у переважній більшості демонстрували зацікавленість у виконанні завдання з пірамідою, здатність до утримання уваги до кінця виконання завдання, за умови спрямування та стимулюючої допомоги ці діти співвідносили колір, а у ЕГ2 та ЕГ3 і величину. Лише в поодиноких випадках у ЕГ1 діти недоцільно використовували піраміду, маніпулювали та швидко відволікались від завдання. Отримані результати подані у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Узагальнені показники сформованості довірливості психічної діяльності дошкільників з синдромом Дауна (за методикою «Піраміда»)

Досліджувані	Дрібної моторики, (досліджувані у рівнях)	Сенсорні здібності, (досліджувані у рівнях)	Пізнавальні здібності, (досліджувані у рівнях)
--------------	---	--	---

ЕГ1 (3-4 роки)	середній	низький	низький
ЕГ2 (5-6 років)	достатній	середній	середній
ЕГ3 (7-8 років)	високий	високий	достатній

Результати діагностики дали можливість визначити, що з віком показники стану сформованості дрібної моторики, сенсорних і пізнавальних здібностей зростають, що свідчить на користь навчваності дітей дошкільного віку з синдромом Дауна.

Більш детальний аналіз результатів діагностики за методикою «Піраміда» дав можливість диференціювати показники сформованості дрібної моторики, сенсорних та пізнавальних здібностей у кожній експериментальній групі (рис. 2.2).

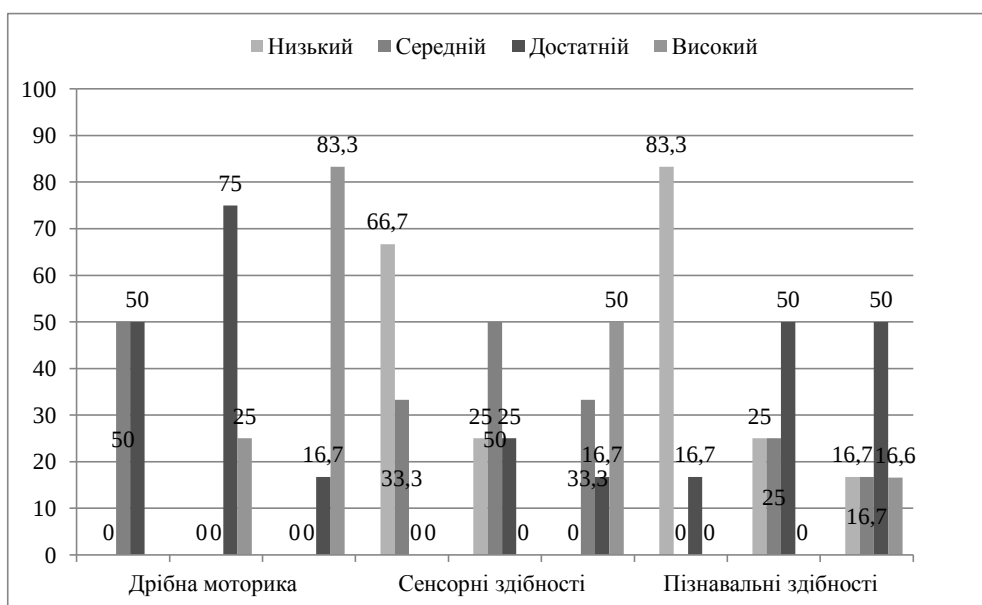


Рис. 2.2 – Порівняльний аналіз показників сформованості дрібної моторики, сенсорних та пізнавальних здібностей дошкільників з синдромом Дауна

Отже, дрібна моторика дітей з синдромом Дауна 3-4 років (ЕГ1) характеризується у 50% досліджуваних середнім рівнем і у 50% – достатнім;

діти 5-6 років (ЕГ2) у 75% мають достатній рівень і у 25% – високий; діти 7-8 років (ЕГ3) у 16,7% мають достатній, а у 83,3% – високий рівень стану сформованості дрібної моторики. Щодо сенсорних здібностей то у 66,7% дітей ЕГ1 продемонстрували низький рівень стану сформованості і 33,3% – середній, у ЕГ2 – 25% низький, 50% – середній і 25% – достатній рівень, а у ЕГ3 33,3% дітей мали середній рівень, 66,7% – високий. Пізнавальні здібності дошкільників з синдромом Дауна характеризувались такими показниками – ЕГ1: 83,3% – низький рівень, 16,7% – достатній; ЕГ2: 25% – низький, 25% – середній, 50% – достатній; ЕГ3: 16,7% – низький, 16,7% – середній, 50% – достатній, 16,7% – високий рівень. Такі результати свідчать про те, що формування дрібної моторики дошкільників з синдромом Дауна має більшу динаміку у порівнянні з формуванням сенсорних і особливо пізнавальних здібностей.

Достатній та високий рівень стану сформованості дрібної моторики, сенсорних та пізнавальних здібностей продемонстрували діти, які позитивно реагували, сприймали допомогу та заохочення з боку експериментатора.

Таким чином, результати діагностики дають підстави констатувати – дрібна моторика, сенсорні та пізнавальні здібності виступають домінантними показниками формування схеми тіла дитини та узгоджуються зі здатністю до взаємодії дитини у процесі виконання діяльності з дорослим. Виявлено, що домінантною у функціональності схеми тіла цих дітей є дрібна моторика. Тобто фіксується затримка у розвитку образу-Я дошкільників і її функціональності на рівні відчуття, а це дає можливість припустити, що у дошкільників з синдромом Дауна 3-4 років не відбулось новоутворення Я-сам. Лише за наявності цілеспрямованих втручань в психічну діяльність дитини у 5-6 років чітко виявляються тенденції до появи усвідомлення дитиною власної схеми тіла, тобто образу-Я. Як наслідок, діти з синдромом Дауна мають значну затримку у формуванні новоутворень дошкільного віку та потребують інтенсивних зусиль з боку дорослих на соціальну ситуацію їхнього розвитку, зокрема її розширення шляхом інтенсивного психолого-медико-педагогічного втручання з раннього віку.

З метою дослідження стану сформованості здатності до просторового орієнтування, а також здатності до аналізу і синтезу нами була використана методика «Кубики Кооса». Використання методики було спрямовано на виявлення конструктивного праксису, здатності до просторового орієнтування, зорово-моторної координації, аналізу фігури (за схемою) та її подальшого синтезу. 16 кубиків Кооса мають однаково розмальовані сторони: синю, червону, жовту, білу, біло-червону і жовто-синю. У комплекті є 18 схем з поступово зростаючою мірою складності. Схеми можуть бути складені з чотирьох, дев'яти або всіх шістнадцяти кубиків. Нами було використано схеми, які складаються лише з чотирьох кубиків.

Автор зазначає, що методика може бути використана для дослідження дітей різного віку (від 4 років і старше) залежно від мети дослідження. Вона може бути модифікована в «навчальний експеримент». Може бути використана і як матеріал при дослідженні рівня домагань [23, 54].

Дитині пропонуються кубики і одна з найпростіших схем. Доцільним вважається початок діагностики з пред'явлення більш легких схем, застосування системи дозованих підказок, використання таких методик як діагностичне «навчання», повторення завдань, окремих схем.

Автор зазначає, що дана методика дозволяє виявити можливості дитини щодо виконання таких розумових операцій як аналіз і синтез на матеріалі конструктивної невербальної діяльності. Це є особливо важливим критерієм у тих випадках, коли дитина не володіє мовою, не розуміє або не чує зверненої до неї мови або з якихось інших причин відмовляється від вербального контакту з дорослими. Саме враховуючи суттєві порушення мовленнєвого розвитку дошкільників з синдромом Дауна, ми зупинились на цій методиці. Також методика дозволяє виявити особливі просторові порушення, що виникають при деяких формах ураження головного мозку (локалізовані травми черепа, пухлини, часткове пошкодження судин головного мозку).

Процедура виконання завдання фіксувалась у протоколі (Додаток Б). Зазвичай, пред'явлення цього завдання майже у всіх дітей викликає особливе ставлення, зацікавленість, що дає можливість виявляти їх реакції на успіх і

неуспіх і дозволяє використовувати методику в якості матеріалу при дослідженні рівня домагань. Отримані експериментальні результати дають можливість виявити стан сформованості здатності до просторового орієнтування та рівня домагань у дітей дошкільного віку з синдромом Дауна (таблиця 2.2).

Встановлено, що стан сформованості здатності до просторового орієнтування та рівень домагань є несформованим у 100% дітей ЕГ1, у ЕГ2 спостерігаються незначні покращення, у ЕГ3 50% мали низький рівень, 33,3% – середній і 16,7% – достатній. Це свідчить про досить низьку динаміку формування здатності орієнтуватися у просторі, аналізувати та проводити синтез, проявляти ініціативу та долати труднощі, що, в свою чергу, негативно впливає на якість комунікативних здібностей та саморегуляцію поведінки дітей з синдромом Дауна.

Таблиця 2.2

Психологічний аналіз стану сформованості здатності до просторового орієнтування та рівня домагань дошкільників з синдромом Дауна (за методикою «Кубики Кооса»)

Експериментальні групи	Просторове орієнтування, рівень домагань (досліджувані у %)			
	низький	середній	достатній	високий
ЕГ1 (3-4 роки)	100	0	0	0
ЕГ2 (5-6 років)	75	25	0	0
ЕГ3 (7-8 років)	50	33,3	16,7	0

Таким чином, просторове орієнтування, рівень домагань представлені в системі саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна несформованістю здатності до орієнтування у просторі, аналізу та синтезу, низьким рівнем ініціативності та нездатності вирішувати завдання. Все це свідчить на користь мимовільної саморегуляції поведінки дітей з синдромом Дауна та / або

відсутності її мовленнєвого опосередкування. Досить часто діти з синдромом Дауна не здатні мовленнєво опосередкувати власну потребу, замінюючи афективним ставленням до предмету або дорослого, що підтверджує складну динаміку формування рівня домагань.

Виявлення особливостей функціонування сприймання дошкільників з синдромом Дауна здійснювалось за методикою нейропсихологічної діагностики, яку розробила А. Семенович. Щодо нейропсихологічного методу, то у науковій літературі він визначається як валідний для оцінки і опису сенсомоторної сфери, оскільки спочатку розроблений А. Р. Лурія і його учнями для системного аналізу взаємодії мозку і психіки як взаємообумовленої єдності.

Нейропсиходіагностика передбачає дотримання наступної процедури: 1) встановлення наявності патофеноменів, які вказують на функціональність базального мимовільного рівня саморегуляції дитини; 2) встановлення характеру виконання дитиною запропонованого завдання, її реакції, самостійності та використання допомоги дорослого; 3) встановлення здатності довільної саморегуляції у процесі виконання завдання.

Вище перелічені критерії спостереження А. Семенович, а також критерії, запропоновані У. Кислинг, лягли в основу нашої схеми спостереження за дитиною, яка дозволила виявити та провести якісний аналіз наявності порушень саморегуляції дітей з синдромом Дауна (Додаток В).

Таким чином, ми використовували діагностичні тести (проби) із запропонованої А. Семенович нейропсихологічної діагностики, а саме: «Кулак – ребро – долоня» (для діагностики порушень кінетичного (динамічний) праксису); графічна проба «Парканчик» (для діагностики порушень дрібної моторики та зорово-моторної координації); проба на стан сформованості орального кінетичного праксису; проба Хеда (для діагностики порушень просторового праксису); «Локалізація дотику» (для діагностики порушень тактильних і соматогностичних функцій). Результати виконання дитиною цих завдань фіксувались у протоколі, що представлений у Додатку Г.

Аналіз результатів методики діагностики сенсомоторного праксису А. Семенович дає змогу виділити наступні кількісні показники, які представлено на рис. 2.3.

Отже, діти першої експериментальної групи характеризуються сформованістю кінетичного праксису на 10%, що відповідає низькому рівню, оральний кінетичний праксис у цих дітей сформований на 38,9%, просторовий праксис – на 20%, тактильні і соматогностичні відчуття – на 30%.

У дітей другої експериментальної групи сформованість кінетичного праксису на 30%, що відповідає низькому рівню, оральний кінетичний праксис – на 51,1%, просторовий праксис – на 53,3%, тактильні і соматогностичні відчуття – на 66,7%.

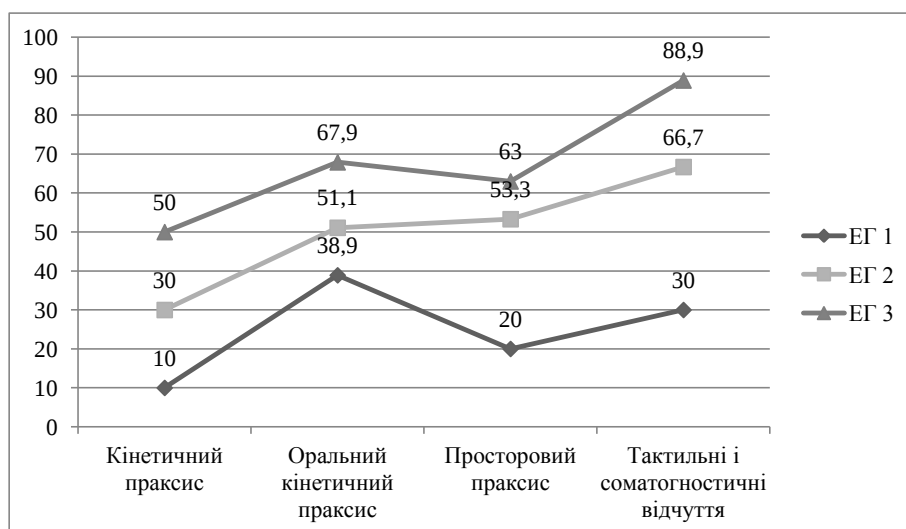


Рис. 2.3 – Аналіз результатів методики діагностики сенсомоторного праксису (за А. Семенович)

У дітей третьої експериментальної групи сформованість кінетичного праксису на 50%, що відповідає низькому рівню, оральний кінетичний праксис – на 67,9%, просторовий праксис – 63%, тактильні і соматогностичні відчуття – на 88,9%.

Загальні результати дослідження сенсомоторного праксису дошкільників з синдромом Дауна, представлені у таблиці 2.3, свідчать, що у 83,3% дітей першої експериментальної групи сенсомоторний праксис сформований на низькому рівні, у 16,7% – на середньому; результати другої експериментальної групи характеризуються наступними показниками – 25% дітей мають низький рівень сформованості сенсомоторного праксису, 50% – середній, 25% – достатній; 16,7% дітей третьої експериментальної групи характеризуються низьким рівнем сформованості сенсомоторного праксису, 50% – середнім, 16,7% – достатнім і 16,6% – високим.

Таблиця 2.3

Стан сформованості сенсомоторного праксису дошкільників з синдромом Дауна (за методикою А. Семенович)

Експериментальні групи	Стан сформованості сенсомоторного праксису (досліджувані у %)			
	низький	середній	достатній	високий
ЕГ1 (3-4 р.)	83,3	16,7	–	–
ЕГ2 (5-6 р.)	25	50	25	–
ЕГ3 (7-8 р.)	16,7	50	16,7	16,6

Ще один з психічних процесів, який ми досліджували у дітей дошкільного віку з синдромом Дауна, була увага.

Відомо, що у дошкільному віці увага носить мимовільний характер. Стан підвищеної уваги пов'язаний з орієнтуванням у зовнішньому середовищі, з емоційним ставленням до неї, при цьому змістовні особливості зовнішніх вражень, що забезпечують таке підвищення, з віком змінюються. Істотне підвищення стійкості уваги відзначається в дослідженнях, в яких дітям пропонується розглядати картинки, описувати їх зміст, слухати розповідь. Переломний момент у розвитку уваги пов'язаний з тим, що діти вперше починають свідомо керувати своєю увагою, направляючи і утримуючи її на

певних предметах. Для цієї мети старший дошкільник користується певними способами, які він переймає від дорослих. Таким чином, можливості цієї нової форми уваги – довільної – до 6-7 років уже досить великі.

Для дослідження стану сформованості уваги у дітей дошкільного віку з синдромом Дауна нами було обрано методику «Коректурна проба» (див. Додаток Д), результати якої представлено у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Стан сформованості стійкості і продуктивності уваги у дошкільників з синдромом Дауна (за методикою «Коректурна проба»)

Експериментальні групи	Стан сформованості стійкості і продуктивності уваги (досліджувані у %)			
	низький	середній	достатній	високий
ЕГ1 (3-4 р.)	90	10	–	–
ЕГ2 (5-6 р.)	80	20	–	–
ЕГ3 (7-8 р.)	55,5	33,3	11,2	–

Для дітей з синдромом Дауна першої і другої експериментальної групи характерна мимовільність уваги, підвищення стійкості уваги відзначається здебільшого у ситуаціях, коли дітям пропонуються сенсорні іграшки, завдання із предметами та у ситуаціях, коли дитині надається тактильна стимуляція. Діти ж третьої експериментальної групи у 11,2% характеризуються достатнім рівнем стійкості уваги, що свідчить на користь довільності уваги як психічного процесу.

З метою підвищення достовірності результатів дослідження стану сформованості психічних функцій ми використовували опитувальники,

спостереження та анкету для батьків і спеціалістів та опитувальник Ахенбаха для батьків (або спеціалістів).

Опитувальник Ахенбаха є одним з варіантів методик вивчення експертних оцінок. У наукових джерелах зазначається, що для дослідження особливостей поведінки, що відхиляється від прийнятої соціальної норми, ефективним представляється метод експертних оцінок. В якості експертів можуть виступати батьки, педагоги, інші дорослі особи, безпосередньо включені в соціальну взаємодію з дітьми та підлітками. В основі методу лежить спостереження за нерегламентованою поведінкою дітей. Передбачається, що достатній досвід взаємодії з ними дозволить експерту досить об'єктивно класифікувати і оцінити окремі прояви поведінки. Даний Опитувальник дозволяє виявити особливості поведінки дітей і підлітків по 2 групах шкал:

1) Первинні шкали:

- Замкнутість (Witholnaul);
- Соматичні проблеми (Somatization);
- Тривожність (Anxiety / depression);
- Порушення соціалізації (Socialization);
- Проблеми мислення (Thoght problems);
- Проблеми з увагою (Attestion problems);
- Делінквентна поведінка (Delinquency);
- Агресія (Aggression).

2) Похідні шкали (Second-order factors):

- Показник внутрішніх проблем (Internalization);
- Показник зовнішніх проблем (Externalization).

Опитувальник Ахенбаха переведений і адаптований Т. Корніловою, Е. Л. Григоренко, С. Смирновим в НМЦ «ДАР» ім. Л. Виготського (Москва) і Центром дослідження проблем дитини Єльського університету (Нью-Хевен, США), версія ЕГ – 1-2.

Відповіді на запитання опитувальника Ахенбаха фіксувались у протоколах (див. Додаток Е). За результатами було встановлено показники стійкості уваги дошкільників з синдромом Дауна, представлені у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Аналіз наявних проблем з увагою у дошкільників з синдромом Дауна за шкалою «Проблеми з увагою» опитувальника Ахенбаха

Експериментальні групи	Проблеми з увагою (досліджувані у %)			
	низький	середній	достатній	високий
ЕГ1 (3-4 р.)	15	42	28	15
ЕГ2 (5-6 р.)	20	60	20	—
ЕГ3 (7-8 р.)	22,2	66,6	11,2	—

Порівнюючи результати, отримані за методикою «Кубики Кооса» та опитувальником Ахенбаха для батьків та / або спеціалістів за шкалою «Проблеми з увагою», ми бачимо незначну різницю в показниках. Тобто батьки дають дещо завищені оцінки своїм дітям. Але в цілому результати опитування батьків підтверджують результати методики, проведеної нами. Різниця у результатах ще й пояснюється відмінністю умов експериментальних ситуацій. Батьки оцінювали наявність проблем з увагою своїх дітей, спостерігаючи за ними у різних видах діяльності протягом тривалого часу. Наше ж дослідження хоч і включало в себе ігрові елементи з кубиками, що викликало інтерес у дітей, все ж складалось із досить важких для дітей з синдромом Дауна завдань, що вимагали від них узгодженої координації око-рука, вміння уважно обстежувати кубики, помічати різницю між різними сторонами кубиків, переносити орнамент з схеми на кубики.

Опитувальники для батьків та спеціалістів, розроблений Дж. Айрес, був використаний для визначення наявності порушень показників сенсорної інтеграції (див. Додаток Ж). Результати опитувальника представлені на рисунку 2.4.

Таким чином, для дітей ЕГ1 характерні значні порушення сенсорної інтеграції, а саме: вестибулярно-білатеральне сприймання – на 70%, зорове сприйняття – на 55%, рухове планування – на 49%, гравітаційне сприйняття – на 37%, слухове – на 34% і тактильне сприйняття – на 28%. Діти ЕГ2 характеризуються меншими порушеннями сенсорної інтеграції. Так, вестибулярно-білатеральне сприймання дітей ЕГ2 порушено на 58%, рухове планування – на 40%, слухове – на 35%, зорове сприйняття – на 34%, тактильне сприйняття – на 20% і гравітаційне сприйняття – на 12%. Діти ЕГ3 продемонстрували такі результати: вестибулярно-білатеральне сприймання порушення на 49%, зорове сприйняття – на 39%, рухове планування – на 38%, слухове – на 31, % гравітаційне сприйняття – на 23% і тактильне сприйняття – на 18%.

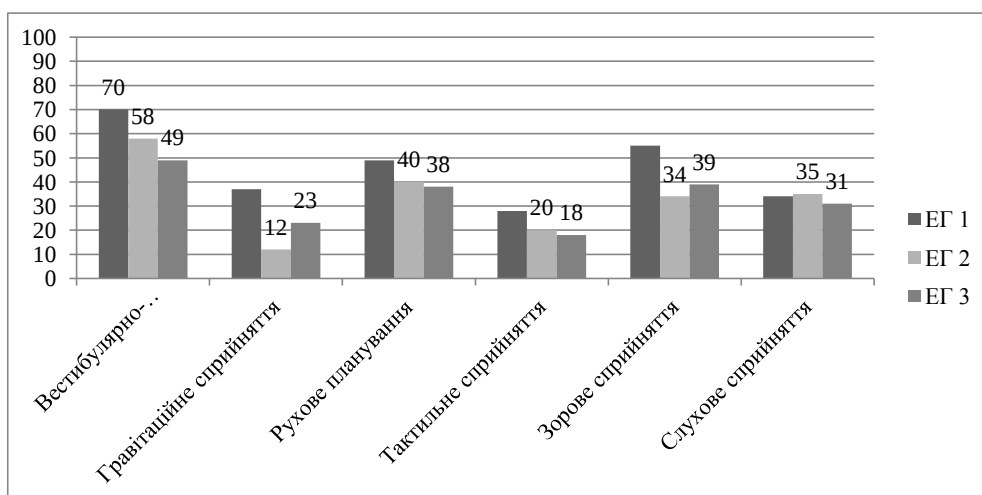


Рис. 2.4 – Стан сформованості показників сенсорної інтеграції дошкільників з синдромом Дауна

Помітним є те, що слухове сприйняття у різних вікових групах має схожі показники, що може свідчити про низьку динаміку розвитку слухового аналізатора.

Відомо, що старший дошкільний вік є періодом інтенсивного психічного розвитку. Особливості цього етапу проявляються в прогресивних змінах у всіх сферах, починаючи від вдосконалення психофізіологічних функцій і

закінчуючи виникненням складних особистісних новоутворень [142]. Інтенсивністю психічного розвитку і виникненням новоутворень характеризуються і діти з синдромом Дауна, що видно за результатами нашого дослідження. Але ж у порівнянні з дітьми із типовим розвитком, звісно, у дітей з синдромом Дауна помітна затримка. Їм характерна нерівномірність розвитку сприймання, значне зниження слухового сприймання у порівнянні з іншими сенсорними системами. За результатами спостереження, яке збагачує і доповнює загальну картину результатів дослідження, стає відомим, що порушення сенсорної інтеграції визначаються або зниженням чутливості сенсорних систем, або навпаки – їх підвищеною чутливістю.

Загальні показники наявних порушень сенсорної інтеграції у дітей з синдромом Дауна дошкільного віку представлені на рисунку 2.5.

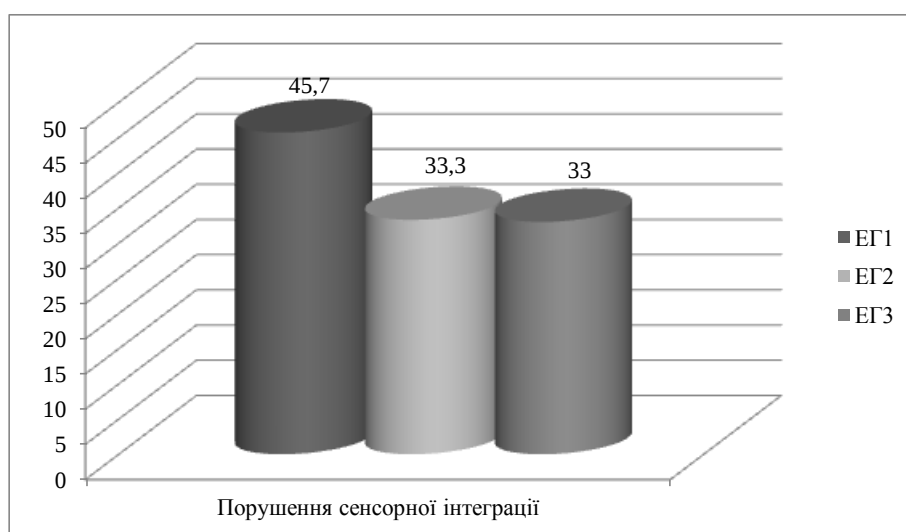


Рис. 2.5 – Аналіз наявних порушень сенсорної інтеграції у дітей з синдромом Дауна дошкільного віку.

Очевидно, що більш значними порушеннями сенсорної інтеграції характеризуються діти віком 3-4 роки у порівнянні з дітьми старшого віку – 5-6 років і 7-8 років.

Таким чином, за результатами дослідження стану сформованості психічних функцій дітей дошкільного віку з синдромом Дауна можна зробити

наступні **висновки**: довільність процесів відчуття, сприймання та уваги сформовано на низькому рівні. Цим дітям характерна нерівномірність розвитку сприймання, значне зниження слухового сприймання у порівнянні з іншими сенсорними системами. За результатами спостереження стає відомо, що порушення сенсорної інтеграції визначається або зниженням чутливості сенсорних систем, або навпаки – їх підвищеною чутливістю. Увага дітей з синдромом Дауна характеризується позитивною, хоча і незначною, динамікою розвитку довільності, але функціонує переважно на дуже низькому рівні. Значною мірою це спричинено суттєвим відставанням розвитку мовлення цих дітей, яке є «універсальним засобом організації уваги» (В. Мухіна). Мова дає можливість заздалегідь словесно виділити значимі для певної задачі предмети, організувати увагу, враховуючи характер майбутньої діяльності. Незважаючи на суттєві зрушення в розвитку уваги, переважаючою протягом усього дошкільного періоду залишається мимовільна увага.

Також нашим дослідженням було підтверджено, що довільність психічних процесів обумовлена станом виявлення первинних порушень, вікової динаміки та методів раннього втручання у розвиток дитини.

2.3. ОСОБЛИВОСТІ ПОБУДОВИ ДОШКІЛЬНИКАМИ З СИНДРОМОМ ДАУНА КОМУНІКАТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Науковці зазначають, що комунікативні дії (акти) здійснюються комунікантами в комунікативній ситуації з метою зміни станів цієї ситуації відповідно до того, наскільки наявні стани влаштовують або не влаштовують учасників ситуації. Ці дії є особистісно зумовленими, оскільки здійснюються суб'єктом відповідно до особистої мотивації, усвідомленими, бо проходять стадії аналізу ситуації і свідомого планування, та інтенціональними, тому що переслідують певну мету [7].

Розглядаючи комунікативну діяльність як процес взаємодії конкретних особистостей, які певним чином сприймають один одного, ставляться один до

одного, обмінюються інформацією та впливають один на одного, ряд авторів (Б. Ананьєв, Г. Андрєєва, І. Кон, М. Каган, Я. Коломінський, О. Леонтєв, В. Мясіщев та ін.) виокремлюють в її структурі гностичну (або перцептивну), інформативну (або комунікативну) та інтерактивну підструктури.

Комунікативна підструктура або сторона комунікативної діяльності виявляється через дії особистості, свідомо орієнтовані на змістовне їх сприйняття іншими людьми, передачу певної інформації. Перцептивна сторона проявляється через сприймання та оцінку людьми соціальних об'єктів (інших людей, самих себе, груп, інших соціальних спільнот). Інтерактивна сторона являє собою взаємодію людей та вплив їх один на одного в процесі міжособистісних відносин.

Дослідники виділяють три основні категорії засобів спілкування: експресивно-мімічні (посмішка, погляд, міміка, виразні вокалізації, виразні рухи тіла), предметно-дієві засоби спілкування (предметні рухи, пози, що використовуються для цілей спілкування), мовленнєві засоби спілкування (висловлювання, запитування, відповіді) [7].

Експресивно-мімічні засоби спілкування (виразні засоби) виникають в онтогенезі першими та є провідними у немовлячому віці. Вони допомагають дитині виражати емоційні стани, виявляти активність, адресовану оточуючим людям, можуть служити індикатором ставлення однієї людини до іншої.

Предметно-дієві засоби спілкування (зображувальні засоби) виникають у спільній діяльності дитини з дорослим. Вони домінують у спілкуванні дитини раннього віку, допомагають виразити готовність дитини до взаємодії з дорослим і показати, до якої взаємодії вона запрошує дорослого. Мовленнєві засоби спілкування виникають в онтогенезі пізніше.

Використання мовлення розширює можливості спілкування. У рамках діяльнісного підходу експериментально виявлені умови, що стимулюють виникнення мовлення у дітей: емоційний контакт із дорослим на першому році життя, спільна діяльність із дорослим наприкінці першого – початку другого року життя, досвід прослуховування мовлення дорослих. У сукупності ці три умови створюють оволодіння дітьми мовленням.

У дітей з синдромом Дауна яскраво виражений нерівномірний розвиток мовленнєвих навичок, що виявляється у розриві між імпресивним та експресивним мовленням. Поява перших слів у них спостерігається у віці 2-3 років, а інколи – в 4-5. Словниковий запас розвивається повільно і обмежується рамками побутової тематики. В цілому мовлення недорозвинене: від часткової до повної його відсутності [70, с. 124].

Труднощі в освоєнні мови у дітей із синдромом Дауна пов'язані з частими інфекційними захворюваннями середнього вуха, зниженням гостроти слуху, зниженим м'язовим тонусом, маленькою порожниною рота, затримкою в інтелектуальному розвитку.

Крім того, у дітей із синдромом Дауна маленькі й вузькі вушні канали. Все це негативно впливає на слухове сприйняття й уміння слухати, тобто чути послідовні погоджені звуки навколишнього середовища, концентрувати на них увагу й пізнавати їх.

Зазначимо, що синдром Дауна може поєднуватись з різним ступенем інтелектуального недорозвитку – від легких до помірних і тяжких форм розумової відсталості [35, с. 62]. У випадку останніх грубо порушуються здатність та можливості цих дітей щодо мовленнєвого спілкування з іншими.

Поряд з цим, для дітей із синдромом Дауна спілкування є важливим процесом. Вони починають спілкуватися з немовлячого віку за допомогою плачу, посмішок і жестів. Природне бажання цих дітей спілкуватися спостерігається й надалі, в ранньому і дошкільному віці, але зустрічається і з суттєвими перешкодами і у вигляді специфічних фізичних і когнітивних характеристик, які стають на заваді процесу засвоєння мови як засобу спілкування і власне мовлення.

Зарубіжний та вітчизняний науково-методичний і практичний досвіди навчання дітей із синдромом Дауна (Е. Брар, П. Жиянова, К. Каннінгем, С. Кернс, Д. Міллер, М. Пітерсі, Є. Поле, Р. Трелоар, Д. Утер,) показують, що використання невербальних засобів спілкування є ефективним засобом налагодження ними контактів з батьками, однолітками й іншими людьми. В окремих випадках саме невербальні засоби (жести, міміка, проксемика та ін.)

можуть стати провідною формою соціальної комунікації. Матеріали цих та інших досліджень переконують, що превентивне навчання дітей із синдромом Дауна різноманітним способам спілкування з оточуючими (в т.ч. мовленнєвим) попередить загальмовування їх подальшого розвитку, а також прояви небажаної поведінки.

Основним радикалом у випадку зниженої узагальнюючої функції мовлення є недостатність саморегуляції, програмування, цілеспрямованості та контролю за перебігом власної діяльності (тобто має місце функціональна несформованість лобових відділів лівої півкулі), зазначає А. Семенович. І пов'язано це, на думку науковця, зі слабкістю регулюючої функції мови. Мовлення такої дитини ще не досягло того рівня розвитку, коли воно стає організатором і конструювальним фактором його діяльності. Через це нормальний розвиток інших пізнавальних процесів за відсутності саморегуляції та самоконтролю власного промовляння не призводить до адекватної адаптації до нових соціальних умов [146, с. 23].

В онтогенезі психічного розвитку виділяють кілька типів функціональної організації півкуль мозку: правопівкульність, лівопівкульність і двопівкульність. Хоча мозок працює як єдине ціле, перевага в роботі півкуль відмічається. Домінування лівої півкулі надає словесно-логічного характеру пізнавальним процесам, сприяє розвитку умінь абстрагувати та узагальнювати, оперувати знаковими системами (наприклад, мовними знаками). Домінування правої півкулі відображається у переважанні конкретно-образного типу мислення, характеризується достатнім розвитком уяви, умінь одночасно сприймати велику кількість зв'язків і формувати за рахунок цього цілісний і багатозначний контекст [56].

Відомо, що у дітей раннього віку за умов нормального онтогенезу пізнавальна діяльність відбувається шляхом реалізації наочно-образних дій; для їхнього мислення характерна конкретність, а самі мисленнєві операції потребують наочно-дійової та наочно-образної основи (П. Гальперін, О. Леонт'єв, Ж. Піаже, О. Тихомирова та ін.). Лише згодом, завдяки

налагодженню функціональної асиметрії півкуль головного мозку і розвитку лівопівкульної домінанти дітям стають доступні мисленнєві операції, опосередковані мовленням; починається етап мовно-мисленнєвої діяльності, словесних узагальнень. Яскравим прикладом є здатність дитини молодшого дошкільного віку (четвертого року життя) користуватись фразовим мовленням.

З іншого боку, дослідження психічного онтогенезу дітей із синдромом Дауна свідчать про затримку їх психічного розвитку, а отже про затримку у формуванні функціональної міжпівкульної організації. Тобто для цих дітей не лише впродовж раннього, а й усього дошкільного віку, характерна панівна функція правої півкулі головного мозку. Відповідно більш доступними для цих дітей будуть завдання, спрямовані на активізацію цілісного сприймання наочних образів, на відміну від тих, які апелюють до логіко-формальних зв'язків [106].

Натомість, формування мовленнєвих навичок опирається на уміння дитини оперувати знаковими елементами – мовними одиницями (фонемами, лексемами, флексіями тощо), які не мають достатнього наочно-образного підкріплення. На думку англійської дослідниці С. Баклі, діти із синдромом Дауна відчують специфічні труднощі у сприйманні мовлення на слух. Відбувається це переважно через проблеми зі слухом (отити та ін.), проблеми з обробкою звукової інформації і недостатністю роботи короткочасної слухомовної пам'яті. Ці труднощі, вважає С. Баклі, істотно порушують здатність дітей до засвоєння перших мовленнєвих навичок, а це, у свою чергу, ще більше затримує розвиток їхньої пізнавальної діяльності [166, с. 149].

Експериментальні дослідження (Н. Бабич, Н. Жукова, Т. Медведєва, В. Орлова, О. Самодумська, І. Штильбанса та ін.) підтвердили, що діти з синдромом Дауна дошкільного віку використовують у спілкуванні з оточуючими різні засоби спілкування, якими оволоділи та які відповідають ситуації, а також задачі спілкування.

У результатах дослідження мовлення дітей з синдромом Дауна науковці вказують на наявність у них особливостей мовленнєвого розвитку – значного відставання активного мовлення при відносно збереженому його розумінні.

Разом зі зменшеним об'ємом словника спостерігається порушення формування граматичної будови [177].

Існує ряд факторів ризику, що лежать в основі особливостей розвитку мовлення дітей з синдромом Дауна: у досить великого відсотка дітей з синдромом Дауна може спостерігатися в тій або іншій мірі зниження слуху, що стає перешкодою в сприйнятті мови оточення; можливі проблеми з зором можуть перешкодити ясно побачити артикуляцію оточення, отже і наслідувати її [53]. При високій мірі втрати зору порушується співвідношення слова і конкретного об'єкту або дії, тобто розуміння мови. Знижений тонус м'язів, порушення тілесної чутливості заважають дитині контролювати рухи органів артикуляції: анатомічні особливості будови артикуляційного апарату можуть створювати труднощі у формуванні правильної звуковимови. Порушення співвідношення ротової і носової порожнин, що виступають у ролі резонаторів, впливають на мелодійні компоненти мови.

У процесі розвитку мовлення істотного значення набувають тактильні відчуття як у середині ротової порожнини, так і всередині рота. Вони нерідко зазнають труднощів у розпізнанні своїх відчуттів: погано уявляють собі, де перебуває язик і куди його варто помістити для того, щоб вимовити той або інший звук [67].

Діти з синдромом Дауна не вміють і не можуть інтегрувати свої відчуття, зокрема одночасно концентрувати увагу, слухати, дивитися й реагувати а отже, не мають можливості в окремо взятий момент часу обробити сигнали більш, ніж від одного подразника. У деяких дітей із синдромом Дауна оволодіння мовою настільки уповільнене, що можливість їхнього навчання за допомогою спілкування з іншими людьми вкрай ускладнена. Вміння говорити розвивається, як правило, пізніше вміння сприймати мову. Дітям із синдромом Дауна властиві труднощі в освоєнні граматичної будови мови, а також семантики, також вони довго не диференціюють звуки навколишньої мови, погано засвоюють нові слова й словосполучення.

Діти з синдромом Дауна часто говорять швидко або окремими поєднаннями слів, без пауз між ними, так, що слова набігають один на одне. Крім того, у віці 11-13 років у цих дітей може виникнути заїкуватість [66].

Можна виділити такі особливості розвитку мови у дітей із синдромом Дауна:

- повільний темп засвоєння мови навколишніх, слабкий розвиток фонематичного слуху;
- уповільнений темп артикулювання;
- дизартрія. Діти, яким властива дизартрія, зазнають труднощів з усіма рухами рота й обличчя. Їм складно не тільки вимовляти звуки, але й жувати, ковтати, управляти голосом, забезпечувати потрібні резонансні характеристики й плавність мови;
- словниковий запас дуже малий (пасивний словник перевищує активний).

Водночас існує достатньо відомостей на користь позитивної соціальної спрямованості дітей з синдромом Дауна, йдеться про позитивне ставлення та потребу у взаємодії цих дітей як з дорослими, так і з однолітками [5, 53, 67, 158, 177, 201]. Данні спостережень свідчать про те, що діти цієї категорії у більшості випадків перші починають пропонувати гру, а саме переважно таку взаємодію, яка дає змогу тактильно та пропріоцептивно відчуту та взаємодіяти з іншою дитиною. Слід зазначити, що експресивно-мімічні засоби спілкування у дітей з синдромом Дауна є домінуючими до 4-6 років. Ближче до 5-6 років ці діти починають використовувати предметно-дієві засоби спілкування (зображувальні засоби) за умови організації корекційної-розвивального та виховного впливу батьків та спеціалістів на їх комунікативний та мовленнєвий розвиток.

Отже для діагностики комунікативної діяльності дошкільників з синдромом Дауна нами було використано бесіду та методику діагностики мовлення, розроблену О. Венгер, Г. Вигодською, Е. Леонгард (див. Додаток 3).

Слід зазначити, що автори пропонують досить широкий вибір варіантів проведення бесіди з дитиною (А. Альохіна, О. Венгер, С. Забрамна та ін.). У наукових джерелах зазначено, що метод бесіди сприяє встановленню контакту з дитиною. Бесіда дозволяє судити про особистісні якості і поведінку дитини, допомагає з'ясувати стан сформованості мовлення, особливості комунікації дитини. Щоб виконувати функції методу дослідження, бесіда повинна бути цілеспрямованою. Питання повинні бути чіткими і простими, а сама бесіда носити невимушений характер. З цією метою краще питання бесіди задавати поступово протягом всієї процедури діагностики. На початку знайомства рекомендовано починати бесіду із простих питань «Як тебе звати?», «Скільки тобі років?», «З ким ти дружиш?». Такий підхід зазвичай заспокоює дитину. У ході бесіди виявляються запас відомостей і точність уявлень дитини з синдромом Дауна про себе, найближче оточення, навколишнє середовище, особливості орієнтування у просторі, часі, явищах природи. Не рекомендується продовжувати бесіду, якщо дитина важко вступає в контакт та не реагує на звернене до неї мовлення або якщо дитина має дефекти мови, слуху. У цих випадках автори пропонують скористатися наочним матеріалом, який зацікавить дитину і дозволить виявити те, що потрібно досліднику.

Враховуючи вищевказане, нами було обрано схему бесіди з дитиною, яку запропонувала С. Забрамна. Таким чином, питання було розділено на п'ять блоків (див. Додаток К):

- 1) точність уявлень дитини про себе, своїх батьків, найближчих родичів, друзів, (ім'я, по батькові, прізвище, вік) і здатність диференціювати поняття «сім'я», «сусіди», «родичі» і т. д.;
- 2) характер уявлень про час (вміння визначати час доби, розуміння тимчасової протяжності і т.д.);
- 3) уявлення про явища природи (розрізнення пір року з урахуванням їх ознак, наявність уявлень про грозу, снігопад і т. д.);
- 4) вміння орієнтуватися в просторі (практичне оволодіння поняттями «праворуч-ліворуч», «вгорі-внизу», «ближче-дальше» і т. д.);

5) запас відомостей про батьківщину, видатні події, розуміння прочитаних книг, переглянутих фільмів.

Враховуючи вік дітей, яких ми досліджували, а також те, що діти з синдромом Дауна у дошкільному віці переважно не читають, п'ятий блок схеми проведення бесіди нами було вилучено.

Результати бесіди з дітьми з синдромом Дауна представлені нижче. Так, у групі дітей віком 3-4 роки загальний показник обізнаності становить 25%, діти 5-6 років продемонстрували рівень обізнаності на 43,8%, а у групі дітей 7-8 років показник обізнаності становив 59% (рис. 2.6). Але було помічено, що у кожній віковій групі діти демонстрували різні показники обізнаності.

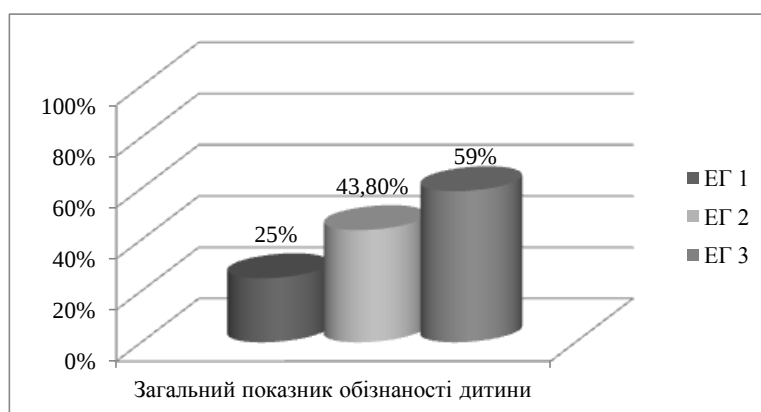


Рис. 2.6 – Показники обізнаності дітей за результатами бесіди

У кожній віковій групі показники обізнаності розподілились наступним чином (рис. 2.7):

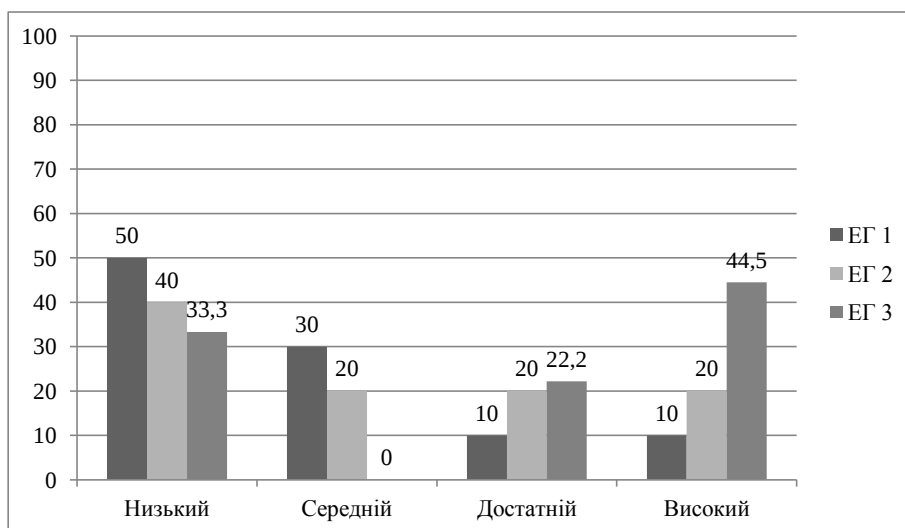


Рис. 2.7 – Порівняльний аналіз рівня обізнаності дітей з синдромом Дауна дошкільного віку

Отже, в експериментальній групі 1, в яку входили діти віком 3-4 роки, 50% дітей знаходяться на низькому рівні обізнаності, 30% – на середньому, 10% – на достатньому і 10% – на високому. Експериментальна група 2 (діти віком 5-6 років): 40% – низький рівень обізнаності, 20% – середній, 20% – достатній і 20% – високий. У експериментальній групі 3 (діти віком 7-8 років) показники обізнаності у 33,3% дітей на низькому рівні, у 22,2% – на достатньому і у 44,5% – на високому рівні.

Вибір методики діагностики мовлення за О. Венгер, Г. Вигодською, Е. Леонгард пояснюється тим, що ця методика спрямована на виявлення стану сформованості розуміння зверненого вербального мовлення, власного вербального мовлення та розуміння і використання елементарних жестів.

Таким чином, стан функціонування комунікативної діяльності дошкільників з синдромом Дауна за результатами методики О. Венгер, Г. Вигодською, Е. Леонгард визначається наступними показниками, які представлені на рисунку 2.8.

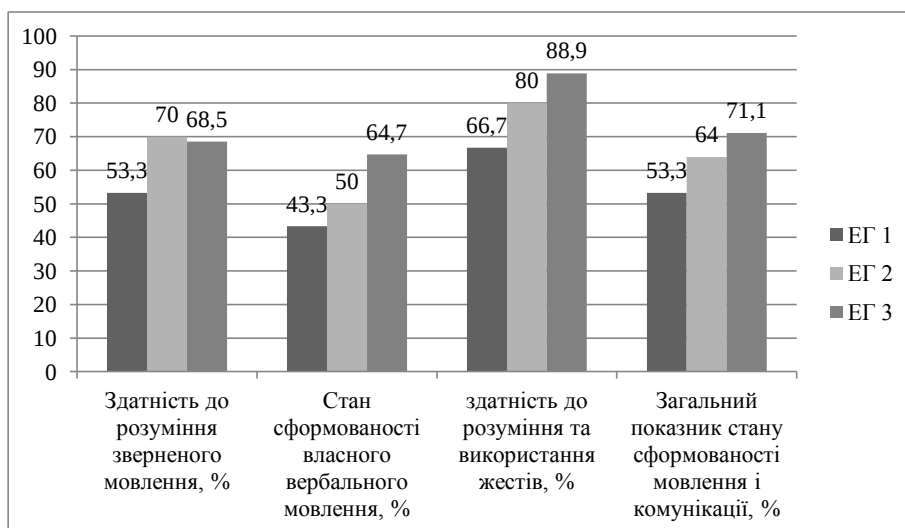


Рис. 2.8 – Аналіз стану функціонування комунікативної діяльності дошкільників з синдромом Дауна (за результатами методики дослідження мовлення і комунікації О. Венгер, Г. Вигодською, Е. Леонгард)

Аналізуючи стан сформованості мовлення і комунікації у дітей з синдромом Дауна дошкільного віку, можна стверджувати, що для цих дітей є характерним позитивна динаміка у формуванні здатності до розуміння мовлення та власного вербального мовлення, а також стає очевидним, що використання жестів самими дітьми та дорослими у взаємодії з цими дітьми значно покращує якість взаємодії та розуміння ними інструкцій з боку дорослого, а також дає можливість висловити свої потреби.

Більш поглиблений аналіз стану функціонування мовлення та комунікації представлений у таблицях 2.6, 2.7, 2.8.

Таблиця 2.6

Рівень сформованості розуміння зверненого мовлення у дітей з синдромом Дауна

Експериментальні групи	Рівень розуміння зверненого мовлення (досліджувані у %)			
	Низький	Середній	Достатній	Високий
ЕГ 1	20	30	20	30

ЕГ 2	-	20	40	40
ЕГ 3	11,1	22,2	-	66,7

Отже, діти ЕГ1 мають наступні показники рівня розуміння зверненого мовлення: низький – 20%, середній – 30%, достатній – 20%, високий – 30%. Слід зазначити, що діти з низьким рівнем розуміння мовлення мали супутні діагнози, їхні батьки переважно демонстрували ліберальний стиль виховання, діти відвідували лише один вид занять, тобто були недостатньо залучені до спеціальних занять та різних соціальних груп.

У ЕГ2 20% дітей продемонстрували середній рівень розуміння мовлення, 40% – достатній, 40% – високий, що свідчить про значне покращення розуміння мовлення дітей цієї вікової групи у порівнянні із молодшою групою. Низького рівня розуміння мовлення продемонстровано не було.

У ЕГ3 низький рівень розуміння мовлення було визначено у 11,1% дітей, середній – у 22,2 %, високий – у 66,7%. Слід вказати, що ті діти, у яких було встановлено низький рівень розуміння мовлення мали супутні діагнози, значні порушення сприймання та деякі риси порушень аутистичного спектру.

За результатами аналізу сформованості власного мовлення, що представлені у таблиці 2.6, було встановлено, що у половини дітей ЕГ1 власне вербальне мовлення сформовано на середньому рівні, у 20% – на низькому і у 30% – на середньому рівні. Діти ЕГ2 в переважній більшості – 80% – характеризуються середнім рівнем сформованості вербального мовлення, достатній рівень – у 10%, високий – у 10%, а от низький рівень не був встановлений у дітей цієї вікової групи. За результатами діагностики, у дітей ЕГ3 було визначено: низький рівень – у 11,1%, середній – у 22,2%, достатній – у 11,1%, високий – у 55,6% дітей. Закономірним є те, що діти, які отримали високі бали у визначенні рівня сформованості вербального мовлення майже не користувались жестами, але розуміння й орієнтування у жестах у них було на високому рівні (див. таблицю 2.7).

Таблиця 2.7

Аналіз наявності вербального мовлення у дітей з синдромом Дауна

Експериментальні групи	Сформованість власного вербального мовлення (досліджувані у %)			
	Низький	Середній	Достатній	Високий
ЕГ 1	20	50	30	-
ЕГ 2	-	80	10	10
ЕГ 3	11,1	22,2	11,1	55,6

Таблиця 2.8

Аналіз стану сформованості розуміння і використання жестів у дітей з синдромом Дауна

Експериментальні групи	Стан сформованості розуміння й використання жестів (досліджувані у %)			
	Низький	Середній	Достатній	Високий
ЕГ 1	-	30	20	50
ЕГ 2	-	20	20	60
ЕГ 3	-	-	33,3	66,7

Підсумовуючи вищевказане, можна зробити висновки про те, що діти з синдромом Дауна характеризуються достатньою мотивацією у комунікативній діяльності, тобто вони демонструють зацікавленість до взаємодії з однолітками та дорослими, достатній та високий рівень розуміння мовлення та здебільшого користуються невербальними засобами комунікації, жестами, пропонують гру, повторюють дії за іншими, намагаються взаємодіяти тілесно. Водночас, слід відмітити у характеристиці комунікативної діяльності дітей з синдромом Дауна наявність значних труднощів в оволодінні вербальним мовленням, що негативно впливає на їх здатність до саморегуляції, зокрема, спостерігаються такі прояви як замкнутість, агресивні прояви, іноді тривожність. Але за умови спеціально організованого корекційно-розвиткового впливу ці прояви зникають. Ще однією позитивною характеристикою комунікативної діяльності

дошкільників з синдромом Дауна є її позитивна вікова динаміка, тобто з віком ці діти демонструють підвищення рівня оволодіння вербальним мовленням.

2.4. СПЕЦИФІКА САМОРЕГУЛЯЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З СИНДРОМОМ ДАУНА ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ

Найбільш дослідженими та описаними в сучасній спеціальній психології, як було зазначено вище, є проблеми функціонування пізнавальної діяльності та корекції її порушень; виявлення специфіки розвитку просторових уявлень, сенсорного розвитку; розвитку психічних процесів, мислення та мовлення; порушень поведінки та процесу соціалізації дітей з розумовою відсталістю (І. Баскакова, Л. Борщевська, М. Гнездилова, Д. Ісаєв, В. Ковальова, А. Обухівська, В. Петрова, В. Пінський, В. Синьов, Н. Стадненко, О. Хохліна, Ж. Шиф та ін.). Перші визначення саморегуляції відомі ще за часів становлення філософії, зокрема, першоосновою трактування цього поняття є умовиводи Арістотеля, Платона, Лукреція, К. Маркса, Т. Павлова, Е. Феїзова [89]. Теоретичний аналіз психологічних та педагогічних наукових досліджень підтверджує наявність результатів досить широкого й поглибленого вивчення різних проблем, явищ, функцій, утворень як складових змісту саморегуляції такими вченими та представниками різних теоретичних шкіл як Л. Виготський, С. Рубінштейн, Б. Зейгарник, З. Фрейд, К. Левін, А. Бек, Дж. Келлі, А. Маслоу, К. Роджерс, М. Бернштейн, О. Конопкін, О. Леонтєв, В. Калін, М. Ярушкін, К. Мілюхін, А. Альбуханова-Славська, В. Бех, В. Ядов та інші.

Так, саморегуляція з позиції когнітивно-поведінкового підходу визначається з урахуванням наступних положень: більшість поведінкових проблем є наслідком недоопрацювання або «пропусків» у навчанні та вихованні; між поведінкою людини та оточуючим її середовищем існують реципрокні взаємини; випадковий досвід залишає більш помітний відбиток на особистості, аніж вплив традиційної моделі «стимул-реакція»; моделювання поведінки являє собою одночасно і навчальний, і психотерапевтичний процес

(А. Бек, Дж. Бек, А. Еліс, Дж. Келлі та інші). Отже, психічна саморегуляція – це система когнітивно-поведінкової діяльності, що базується на самоконтролі, самоспостереженні, створенні контактів, використанні особистістю самонаучуваних прийомів, які активізують надані когнітивні структури [89, с. 42]. Представники гуманістичного підходу (Ш. Бюллер, С. Джуард, А. Маслоу, Р. Мей, К. Роджерс, В. Франкл та інші) вбачають в психічній саморегуляції гармонізацію людиною своїх внутрішніх і зовнішніх відчуттів у ставленні до самої себе та світу, що її оточує. Результати вивчення та розробки проблеми внутрішньої регуляції, або саморегуляції з погляду суб'єктного підходу представлені у роботах К. Абульханової-Славської, М. Бернштейна, У. Кенона, О. Конопкіна, Ш. Надирашвілі, Й. Фейгенберга, В. Ядова, М. Ярушкіна та інших, які досліджували даний феномен в контексті розуміння й пояснення загальних закономірностей побудови та реалізації людиною власної довільної активності, показу її активної, творчої ролі в реалізації стосунків з різними сферами дійсності в побудові власного життя.

У поглядах Л. Веккера, Л. Виготського, С. Рубінштейна, В. Селіванова розкривається необхідність появи вольової регуляції як умови переходу регуляції на особистісний рівень.

У роботах Л. Виготського, С. Рубінштейна, В. Селіванова, Т. Шульги та інших визначені положення, що дають можливість підтвердити вплив вольової діяльності на формування особистісної саморегуляції.

В. Калін розуміє саморегуляцію через вольові процеси та визначає вольову регуляцію як свідоме, опосередковане мовою та мотивами предметної діяльності створення стану оптимальної змобілізованості, оптимального режиму активності та концентрації цієї активності в необхідному напрямі, тобто цілеспрямоване створення такої організації психічних функцій, яка б забезпечувала найбільшу ефективність дій [59].

М. Ярушкін вводить розуміння саморегуляції через механізм довільної саморегуляції, до якого відносить волю як особливу форму поведінки. Науковець виділяє три форми регуляції: мимовільну, довільну, вольову як вищі форми довільної регуляції з боку особистості [175].

К. Мілюхін визначає фактори саморегуляції, провідна роль яких належить незадоволеним потребам, що являють собою конфлікт (протиріччя, неузгодженість) між майбутнім і теперішнім, тобто між моделлю погребового майбутнього та реальністю [101]. Коли йдеться про біологічні потреби, говориться про мимовільну саморегуляцію, або авторегуляцію. У випадках виникнення соціальних потреб діє вольова саморегуляція. Проте в обох випадках саморегуляція спрямована на подолання протиріччя та реалізацію моделі погребового майбутнього [89, с. 48].

Слід зазначити, що проблема саморегуляції обумовлюється невирішеністю в теоретико-методологічному та прикладному аспектах суперечностей між відсутністю чіткої взаємоузгодженої системи критеріїв і показників ефективності становлення особистості розумово відсталого дитини, формування її психічної діяльності, з одного боку, та відсутністю методологічної системи досліджень і прикладних технологій формування її здатностей до саморегуляції, з іншого (Н. Макаруч). Найвагоміший внесок у вивчення проблем саморегуляції особистості з порушеннями розумового розвитку в спеціальній психології належить Н. Макаруч. Саморегуляція особистості є заданою самим нетиповим розвитком (без саморегуляції дитина не вижила б) та виступає як причиною, так і наслідком соціальної адаптації людини, починаючи з раннього віку і протягом усього її життя, зазначає науковець [89, с. 6].

Досліджуючи специфіку особистісної саморегуляції підлітків з розумовою відсталістю, Н. Макаруч дає визначення поняттю «...особистісна саморегуляція – це «штучне утворення», що відповідно до генетичної природи формування мислення та мовлення задане діяльністю психіки та свідомості, передумовами фізичного та психічного планів функціонування людини, яке вибудовується лише через контекст соціальної активності особистості й особливостей динаміки її психосоціального розвитку в онтогенезі...» [89, с. 179].

Однак вивчення проблеми здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна не виступало предметом самостійних досліджень і дає поштовх до подальших наукових розробок.

У результаті теоретичного та експериментального дослідження нами було встановлено, що одним з чинників формування здатності до саморегуляції є, безумовно, стан функціонування поведінкової саморегуляції, який визначається такими критеріями як здатність дитини з синдромом Дауна до відтворення соціальних ролей та співпідкорення внутрішніх мотивів зовнішнім умовам. Зокрема, нами були виділені показники функціонування саморегуляції поведінки дошкільників з синдромом Дауна, а саме:

1. Довільна саморегуляція:

- опосередкована мовою;
- в індивідуальній взаємодії реагує на контролюючі інструкції з боку дорослого, керуючись свідомою оцінкою ситуації;
- самостійно регулює поведінку – промовляючи вголос;
- підпорядковується правилам свідомо;
- емоційно реагує відповідно до ситуації;
- реагує на стимуляцію мотивації з боку дорослого: позитивно, негативно, відповідно до ситуації.

2. Мимовільна:

- емоційно реагує неадекватно ситуації;
- не підпорядковується правилам, керуючись лише власними спонуканнями;
- в індивідуальній взаємодії не реагує на контролюючі інструкції з боку дорослого.

Для дослідження поведінкової саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна нами було обрано спостереження, бесіду та методику «Палички і хрестики» (за Т. Чередниковою) (див. Додаток Л), результати якої представлено на рисунку 2.9.

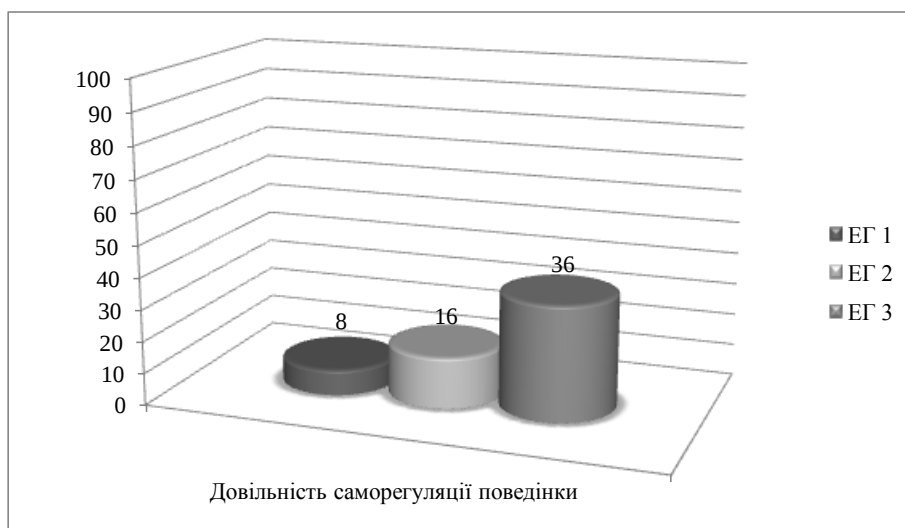


Рис. 2.9 – Стан сформованості доволності поведінкової саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна (за методикою «Палички і хрестики»)

Діаграма засвідчує, що доволність саморегуляції поведінки дошкільників з синдромом Дауна на середньому рівні, однак формується у старшому дошкільному віці. Але при більш детальному аналізі ми бачимо, що всередині кожної з експериментальних груп діти демонструють різні рівні доволності поведінкової саморегуляції (див. рис. 2.10).

Отже, у ЕГ1 80% дітей мають мимовільну саморегуляцію поведінки, 20% – доволність саморегуляції середнього рівня; У ЕГ2 мимовільна саморегуляція спостерігалась у 60% дітей, а у 40% – середній рівень доволності; у ЕГ3 мимовільна саморегуляція у 33,3% дітей, середній рівень доволності саморегуляції у 33,3% дітей, 22,2% дітей мають достатній рівень і 11,2% – високий.

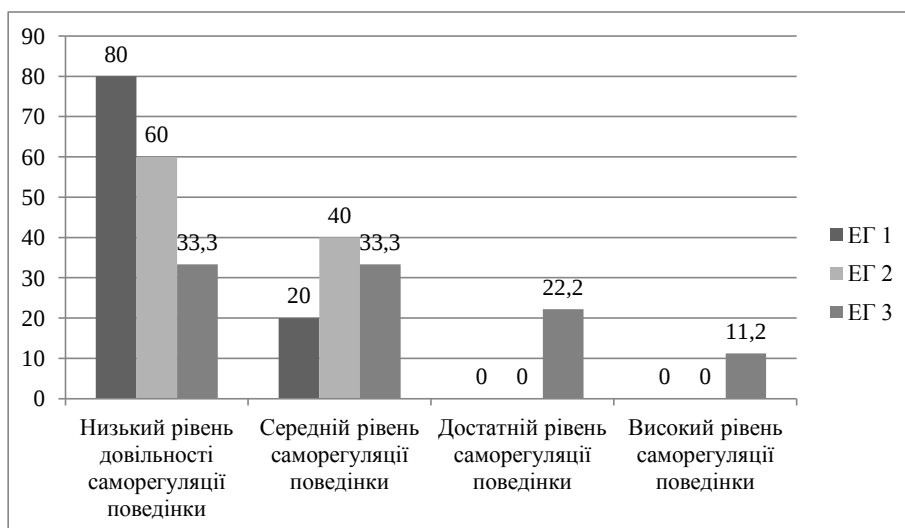


Рис. 2.10 – Аналіз стану сформованості довільності саморегуляції поведінки дошкільників з синдромом Дауна

Таким чином, у дітей молодшого дошкільного віку (до 6 років) саморегуляція поведінки переважно мимовільна, тобто вони не здатні підкорювати внутрішні мотиви зовнішнім вимогам, підпорядковуватись елементарним правилам, у грі та взаємодії з дорослим вони переважно керуються внутрішнім мотивом задоволення потреби у сенсорній стимуляції. Ці діти реагували лише на іграшки, що мають аудіосупровід, зокрема музичний. Також їх приваблювали іграшки, що мали виражені фактурні й дотикові якості та ті, що блимали та мали яскраве забарвлення. З такими предметами діти охоче взаємодіяли і не тільки досліджували їх руками, а й погоджувались на таку стимуляцію до всього тіла і, навіть, просили повторити ці ігри.

Додаткову інформацію щодо специфіки поведінкових проявів дітей з синдромом Дауна несуть результати опитувальника Ахенбаха для батьків та / або спеціалістів, зокрема за такими шкалами як «Замкнутість», «Тривожність», «Порушення соціалізації», «Делінквентна поведінка», «Агресія», «Загальний показник проблем з поведінкою», що представлені у таблиці 2.9.

**Аналіз показників небажаної поведінки дошкільників з синдромом
Дауна за результатами опитувальника Ахенбаха для батьків та / або
спеціалістів**

Показники небажаної поведінки досліджувані у %)	ЕГ1					ЕГ2					ЕГ3				
	відсутні	низькі	середні	значні	високі	відсутні	низькі	середні	значні	високі	відсутні	низькі	середні	значні	високі
Замкнутість	0	57,1	0	28,6	14,3	20	80	0	0	0	11,1	55,6	33,3	0	0
Тривожність	0	57,1	42,9	0	0	0	80	20	0	0	0	66,7	33,3	0	0
Проблеми соціалізації	0	42,9	42,9	14,2	0	0	40	60	0	0	0	77,8	22,2	0	0
Делінквентна поведінка	0	100	0	0	0	0	100	0	0	0	0	88,9	11,1	0	0
Агресія	0	28,6	42,8	28,6	0	0	40	60	0	0	0	66,7	22,2	11,1	0
Загальний показник проблем з поведінкою	0	28,6	57,1	14,3	0	0	80	20	0	0	0	77,8	22,2	0	0

Аналіз показників, що спричиняють проблеми з поведінкою, засвідчує, що переважна більшість дітей ЕГ1 (57,1%) мають низький рівень замкнутості, 28,6% – значний і 14,3% – високий; в ЕГ2 показники замкнутості наступні: у 20% дітей замкнутість відсутня, 80% – низький рівень; в ЕГ3: 11,1% – відсутня замкнутість, 55,6% – низький рівень і 33,3% – середній рівень. Очевидно, що з віком рівень замкнутості у дітей з синдромом Дауна знижується. Це може пояснюватись покращенням стану сформованості психічних процесів сприйняття та комунікативних навичок, зокрема вербальних. Тривожність дітей з синдромом Дауна переважно на низькому та середньому рівнях: у ЕГ1 57,1% дітей мають низький рівень тривожності, 42,9% – середній; у ЕГ2: 80% – низький, 20% – середній; у ЕГ3: 66,7% – низький і 33,3% – середній рівень тривожності. У дітей з синдромом Дауна також наявні проблеми соціалізації –

ЕГ1: у 42,9% – на низькому рівні, у 42,9% – на середньому, у 14,2% – на значному; ЕГ2: у 40% – на низькому, у 60% рівні – на середньому рівні; ЕГ3: у 77,8% – на низькому, у 22,2% рівні – на середньому рівні, що дозволяє зробити висновки щодо покращення соціальної адаптації цих дітей з віком. Делінквентна поведінка майже відсутня у дошкільників з синдромом Дауна, але з віком дещо збільшуються показники наявності ознак такої поведінки, відтак, у 100% дітей ЕГ1 та ЕГ2 відсутня делінквентна поведінка, в ЕГ3 у 88,9% рівні – відсутня, а у 11,1% – низький рівень делінквентної поведінки. Щодо агресивних проявів поведінки, то в ЕГ1 у 28,6% дітей низький рівень агресії, у 42,8% – середній і 28,6% – значний; в ЕГ2 у 40% дітей низький рівень агресії і у 60% – середній; в ЕГ3 у 66,7% дітей низький рівень, у 22,2% – середній і в 11,1% – значний. Певне збільшення агресивних проявів в поведінці дітей з синдромом Дауна може пояснюватись нерівномірністю розвитку, зокрема, з віком у дітей покращуються мисленнєві здібності, підвищується потреба у спілкуванні з однолітками, а вербальне мовлення формується значно повільніше і, як наслідок, формується елементарне усвідомлення власних труднощів й недоліків. Даний висновок має підтвердження ще й за результатами спостереження за взаємодією дітей з синдромом Дауна у групі та за результатами кореляційного аналізу (див. підрозділ 2.5.)

Загальний показник проблеми з поведінкою у дошкільників з синдромом Дауна з віком стає менш вираженим. Зокрема, у ЕГ1 28,6% дітей мають низький рівень проблем з поведінкою, 57,1% – середній і 14,3% – значний; в ЕГ2 у 80% дітей – низький і у 20% – середній; в ЕГ3 у 77,8% дітей низький і у 22,2% – середній рівень проблем з поведінкою.

За результатами спостереження з'ясовано, що діти з середнім і високим рівнем розвитку психічних процесів, мовлення і комунікації та здатності до поведінкової саморегуляції, попадаючи до групи дітей без синдрому Дауна, тобто з типовим розвитком, досить часто демонструють відмову від взаємодії у групі однолітків з синдромом Дауна, що може свідчити про формування у них ідентифікації зі звичайними дітьми.

Водночас зафіксовано позитивну динаміку формування довірливості саморегуляції поведінки дітей з синдромом Дауна за умов залучення до корекційно-розвиткових занять, а також з віком.

Окремої уваги заслуговує дослідження умов, в яких формується здатність до саморегуляції кожної окремої дитини.

2.5. ДОМІНАНТНІ КРИТЕРІЇ ОСОБИСТІСНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ДОШКІЛЬНИКІВ З СИНДРОМОМ ДАУНА (КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ)

Використання методів статистичного аналізу даних дозволило виявити домінантні критерії здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна, а саме для оцінки зв'язку між двома змінними нами було використано коефіцієнт кореляції r Пірсона (r) та ранговий коефіцієнт кореляції Спірмена. Статистична обробка даних відбувалась поряд з якісним аналізом та інтерпретацією отриманих результатів.

За результатами кореляційного аналізу (коеф. Спірмена (p)) встановлено (див. табл. 2.10), що порушення вестибулярно-білатерального сприймання позитивно корелює з показниками гравітаційної невпевненості ($p = 0,718^*$), порушеннями рухового планування ($p = 0,694^*$) та загальним показником порушень відчуття і сприймання ($p = 0,782^{**}$); показники гравітаційної невпевненості позитивно корелюють з загальним показником порушень відчуття і сприймання ($p = 0,752^{**}$); показники порушення рухового планування позитивно корелюють з загальним показником порушень відчуття і сприймання ($p = 0,745^{**}$); показники тактильної гіперчутливості позитивно корелюють з показниками порушення зорової перцепції ($p = 0,777^{**}$) і з показниками порушень процесу обробки звукових імпульсів ($p = 0,760^{**}$). Дані результати дають підставу стверджувати, що за умови стимуляції вестибулярно-білатерального сприймання дошкільників з синдромом Дауна можливо досягти підвищення рівня сформованості гравітаційного сприймання та здатності до рухового планування. У свою чергу, за умови адекватно підібраного

корекційного впливу на тактильне сприймання у цих дітей покращується зорове та слухове сприймання. На загальний стан сформованості показників сенсорної інтеграції значимий вплив має стан сформованості вестибулярного, гравітаційного сприймання та сформованість здатності до рухового планування.

Таблиця 2.10

Аналіз взаємозв'язків між показниками сенсорної інтеграції у дошкільників з синдромом Дауна

Показники	Порушення вестибулярно-білатеральної інтеграції	Гравітаційна невпевненість	Порушення рухового планування	Тактильна гіперчутливість	Порушення зорової перцепції	Обробка звукових імпульсів	Загальний показник порушень показників процесу сенсорної інтеграції
Порушення вестибулярно-білатеральної інтеграції	1	0,718*	0,694*	-	-	-	0,782**
Гравітаційна невпевненість		1	-	-	-	-	0,752**
Порушення рухового планування			1	-	-	-	0,745**
Тактильна гіперчутливість				1	0,777**	0,760**	-
Порушення зорової перцепції					1	-	-
Обробка звукових імпульсів						1	
Загальний показник порушень показників процесу сенсорної інтеграції							1

* Кореляція значима на рівні 0,05 (двостороння).

** Кореляція значима на рівні 0,01 (двостороння).

Ці результати підтверджуються й доповнюються кореляційним аналізом за коефіцієнтом *r* Пірсона (табл. 2.11).

**Значущі кореляційні зв'язки між показниками сенсорної інтеграції у
дошкільників з синдромом Дауна**

Показники	Порушення вестибулярно- білатеральної інтеграції	Гравітаційна невпевненість	Порушення рухового планування	Тактильна гіперчутливість	Порушення зорової перцепції	Обробка звукових імпульсів	Загальний показник порушень показників процесу сенсорної інтеграції
Порушення вестибулярно- білатеральної інтеграції	1	0,806**	-	-	-	-	0,746**
Гравітаційна невпевненість		1	-	-	-	-	0,869**
Порушення рухового планування			1	-	0,612*	-	0,778**
Тактильна гіперчутливість				1	0,771**	0,826**	0,803**
Порушення зорової перцепції					1	-	0,703*
Обробка звукових імпульсів						1	0,715*
Загальний показник порушень показників процесу сенсорної інтеграції							1

* Кореляція значима на рівні 0,05 (двостороння).

** Кореляція значима на рівні 0,01 (двостороння).

Отже, встановлено найбільш значимі показники сенсорної інтеграції, такі як порушення вестибулярно-білатеральної інтеграції ($p = 0,746^{**}$), гравітаційна невпевненість ($p = 0,869^{**}$), порушення рухового планування ($p = 0,778^{**}$), тактильна гіперчутливість ($p = 0,803^{**}$).

Більш детальний кореляційний аналіз, представлений у табл. М1, М2 (див. дод. М) вказує на значимий зв'язок стану сформованості гравітаційного сприймання та замкнутості ($r = 0,686^{*}$), тобто причиною замкнутості в поведінці дітей з синдромом Дауна дошкільного віку є не наявність у них рис аутистичних розладів, а недостатня сформованість гравітаційного сприймання, що призводить до формування гравітаційної невпевненості. Водночас

порушення здатності до рухового планування детермінує проблеми з увагою ($r = 0,742^*$, $p = 0,827^{**}$), появу тривожності ($p = 0,773^{**}$), порушення соціалізації ($p = 0,633^*$), появу агресивних проявів у поведінці цих дітей ($p = 0,814^{**}$). Тактильна гіперчутливість позитивно корелює з порушенням мислення ($p = 0,645^*$), порушення рухового планування та зорової перцепції детермінують порушення розвитку дрібної моторики ($p = 0,608^*$, $p = 0,617^*$).

Кореляційний аналіз підтверджує нашу гіпотезу про те, що стан сформованості сенсомоторного праксису впливає на формування інших показників здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна. Кінетичний (динамічний) праксис позитивно корелює (див. табл. М 3 та М 4 дод. М) з показником стану сформованості розуміння зверненого мовлення ($r = 0,571^*$, $p = 0,659^{**}$), сформованості вербального мовлення ($r = 0,571^*$, $p = 0,721^{**}$), рівнем обізнаності ($r = 0,575^*$, $p = 0,730^{**}$), станом сформованості довільності уваги ($r = 0,662^{**}$, $p = 0,746^{***}$), довільності саморегуляції поведінки ($r = 0,627^{**}$, $p = 0,784^{**}$), сенсорних здібностей ($r = 0,618^*$, $p = 0,593^{**}$), і негативно корелює з наявністю проблем з мисленням ($r = - 0,675^*$) та загальним показником проблем з поведінкою ($r = - 0,688^*$); встановлені позитивні кореляційні зв'язки між оральним кінетичним праксисом та показником стану сформованості розуміння зверненого мовлення ($r = 0,694^{**}$, $p = 0,704^{**}$), сформованості вербального мовлення ($r = 0,827^{**}$, $p = 0,832^{**}$), станом сформованості здатності до використання жестів ($r = 0,866^{**}$, $p = 0,808^{**}$), рівнем обізнаності ($r = 0,721^{**}$, $p = 0,697^{**}$), станом сформованості довільності уваги ($r = 0,820^{**}$, $p = 0,620^{**}$), довільності саморегуляції поведінки ($r = 0,793^{**}$, $p = 0,813^{**}$), пізнавальних здібностей ($r = 0,633^*$, $p = 0,608^*$); встановлені значимі кореляційні зв'язки між просторовим праксисом та показником стану сформованості розуміння зверненого мовлення ($p = 0,604^*$), сформованості вербального мовлення ($p = 0,685^{**}$), станом сформованості здатності до використання жестів ($r = 0,585^*$, $p = 0,596^{**}$), рівнем обізнаності ($r = 0,731^{**}$, $p = 0,848^{**}$), станом сформованості довільності уваги ($r = 0,769^{**}$, $p = 0,630^*$), довільності саморегуляції поведінки ($r = 0,681^*$, $p = 0,778^{**}$), пізнавальних здібностей ($r = 0,559^*$) і негативна кореляція з

показником проблем з мисленням ($r = -0,669^*$); показник стану сформованості тактильних і соматогностичних функцій має значимі кореляційні зв'язки з показником стану сформованості розуміння зверненого мовлення ($r = 0,780^*$, $p = 0,770^{**}$), сформованості вербального мовлення ($r = 0,746^{**}$, $p = 0,759^{**}$), станом сформованості здатності до використання жестів ($r = 0,777^*$, $p = 0,659^*$), рівнем обізнаності ($r = 0,775^*$, $p = 0,842^{**}$), станом сформованості довільності уваги ($r = 0,859^{**}$, $p = 0,809^{**}$), довільності саморегуляції поведінки ($r = 0,848^{**}$, $p = 0,828^{**}$), сенсорних здібностей ($r = 0,609^*$, $p = 0,637^*$); загальний показник сформованості сенсомоторного праксису має значимі кореляційні зв'язки з показником стану сформованості розуміння зверненого мовлення ($r = 0,740^{**}$, $p = 0,784^{**}$), сформованості вербального мовлення ($r = 0,705^{**}$, $p = 0,818^{**}$), станом сформованості здатності до використання жестів ($r = 0,564^*$, $p = 0,565^*$), рівнем обізнаності ($r = 0,830^{**}$, $p = 0,858^{**}$), станом сформованості довільності уваги ($r = 0,846^{**}$, $p = 0,757^{**}$), довільності саморегуляції поведінки ($r = 0,762^{**}$, $p = 0,865^{**}$), пізнавальних здібностей ($r = 0,737^{**}$, $p = 0,603^*$), сенсорних здібностей ($r = 0,690^{**}$, $p = 0,616^*$).

За кореляційним аналізом встановлено наявність значимих зв'язків між показниками сенсомоторного праксису, які представлено у таблиці 2.12.

Таблиця 2.12

Аналіз кореляційних зв'язків між показниками сенсомоторного праксису дошкільників з синдромом Дауна

Показники	Кінетичний (динамічний) праксис	Оральний кінетичний праксис	Просторовий праксис	Тактильні і соматогностичні функції	Загальний показник сформованості сенсомоторного праксису
Кінетичний (динамічний) праксис	1	$r = 0,598^*$ $p = 0,616^*$	- $p = 0,680^*$	- $p = 0,778^{**}$	$r = 0,845^{**}$ $p = 0,858^{**}$
Оральний кінетичний праксис		1	$r = 0,729^{**}$ $p = 0,785^{**}$	$r = 0,822^{**}$ $p = 0,735^{**}$	$r = 0,924^{**}$ $p = 0,923^{**}$
Просторовий праксис			1	$r = 0,735^{**}$ $p = 0,770^{**}$	$r = 0,911^{**}$ $p = 0,933^{**}$
Тактильні і				1	$r = 0,856^{**}$

соматогностичні функції					p = 0,880**
Загальний показник сформованості сенсомоторного праксису					1

r – показник значимості кореляційних зв'язків за коефіцієнтом Спірмена;

p – показник значимості кореляційних зв'язків за коефіцієнтом Пірсона.

* Кореляція значима на рівні 0,05 (двостороння).

** Кореляція значима на рівні 0,01 (двостороння).

Найбільші значення кореляційних зв'язків загального показника сформованості сенсомоторного праксису (див. табл. 2.12) мають показники орального кінетичного праксису ($r = 0,924^{**}$, $p = 0,923^{**}$), просторового праксису ($r = 0,911^{**}$, $p = 0,933^{**}$), тактильних і соматогностичних функцій ($r = 0,856^{**}$, $p = 0,880^{**}$), кінетичного (динамічного) праксису ($r = 0,845^{**}$, $p = 0,858^{**}$). Зокрема, показники кінетичного (динамічного) праксису позитивно корелюють з оральним кінетичним праксисом ($r = 0,598^{*}$, $p = 0,616^{*}$), з просторовим праксисом ($p = 0,680^{*}$) та показником тактильних і соматогностичних функцій ($p = 0,778^{**}$); показники орального кінетичного праксису мають позитивні кореляційні зв'язки з показниками просторового праксису ($r = 0,729^{**}$, $p = 0,785^{**}$), тактильних і соматогностичних функцій ($r = 0,822^{**}$, $p = 0,735^{**}$).

Результати кореляційного аналізу даних дають змогу стверджувати про значущість окремих показників відчуттів та сприймання у формуванні процесу інтеграції сенсорної інформації та адаптації до неї, тобто оточення і навколишнього середовища та, як наслідок, появі можливості у дитини з синдромом Дауна адекватно, адаптивно діяти у навколишній ситуації. У свою чергу, це призводить до формування у такої дитини здатності опановувати своєю діяльністю та поведінкою, що детермінує формування здатності до саморегуляції.

За результатами кореляційного аналізу (коэф. Спірмена та коэф. Пірсона), нами були встановлені зв'язки між показниками стану сформованості мовлення

і комунікації та іншими показниками здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна, які представлені у таблицях 2.13 та 2.14.

Таблиця 2.13

Значимі кореляційні зв'язки за коефіцієнтом Спірмена між показниками мовлення і комунікації та іншими показниками здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна

Показники	Просторове орієнтування	Довільність уваги	Довільність саморегуляції поведінки	Дрібна моторика	Сенсорні здібності	Пізнавальні здібності
Розуміння зверненого мовлення	0,634**	0,559**	0,715**	0,721**	0,700**	0,788**
Сформованість вербального мовлення	0,660**	0,695**	0,793**	-	0,594*	0,605*
Використання жестів	0,615*	0,593*	0,594*	-	-	0,615*
Загальний показник сформованості мовлення і комунікації	0,683**	0,614*	0,723**	0,668**	0,649*	0,736**
Рівень обізнаності	-	-	0,697**	0,849**	0,739**	0,843**

Таблиця 2.14

Значимі кореляційні зв'язки за коефіцієнтом Пірсона між показниками мовлення і комунікації та іншими показниками здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна

Показники	Просторове орієнтування	Довільність уваги	Довільність саморегуляції поведінки	Дрібна моторика	Сенсорні здібності	Пізнавальні здібності
Розуміння зверненого мовлення	0,655**	0,606**	0,755**	0,642*	0,666**	0,756**
Сформованість вербального мовлення	0,682**	0,651*	0,876**	-	0,535*	0,555*
Використання жестів	0,557*	-	0,551*	-	-	0,610*
Загальний показник	0,694**	0,638**	0,776**	0,588*	0,628*	0,700**

сформованості мовлення і комунікації						
Рівень обізнаності	-	-	0,844**	-	0,593*	0,609*

* Кореляція значима на рівні 0,05 (двостороння).

** Кореляція значима на рівні 0,01 (двостороння).

На підставі кореляційного аналізу встановлено, що стан сформованості розуміння зверненого мовлення позитивно корелює зі станом сформованості здатності до просторового орієнтування ($r = 0,634^{**}$, $p = 0,655^{**}$), довільності уваги ($r = 0,559^{**}$, $p = 0,606^{**}$), довільності саморегуляції поведінки ($r = 0,715^{**}$, $p = 0,755^{**}$), дрібної моторики ($r = 0,721^{**}$, $p = 0,642^{*}$), сенсорних здібностей ($r = 0,700^{**}$, $p = 0,666^{**}$), пізнавальних здібностей ($r = 0,788^{**}$, $p = 0,756^{**}$); показник стану сформованості вербального мовлення корелює зі станом сформованості здатності до просторового орієнтування ($r = 0,660^{**}$, $p = 0,682^{**}$), довільності уваги ($r = 0,695^{**}$, $p = 0,651^{*}$), довільності саморегуляції поведінки ($r = 0,793^{**}$, $p = 0,876^{**}$), сенсорних здібностей ($r = 0,594^{*}$, $p = 0,535^{*}$), пізнавальних здібностей ($r = 0,605^{*}$, $p = 0,555^{*}$); показник стану сформованості здатності до використання жестів має позитивні кореляційні зв'язки зі станом сформованості здатності до просторового орієнтування ($r = 0,615^{*}$, $p = 0,557^{*}$), довільності уваги ($r = 0,593^{*}$), довільності саморегуляції поведінки ($r = 0,594^{*}$, $p = 0,551^{*}$), пізнавальних здібностей ($r = 0,615^{*}$, $p = 0,610^{*}$); загальний показник сформованості мовлення і комунікації має значимі кореляційні зв'язки зі станом сформованості здатності до просторового орієнтування ($r = 0,683^{**}$, $p = 0,694^{**}$), довільності уваги ($r = 0,614^{*}$, $p = 0,638^{**}$), довільності саморегуляції поведінки ($r = 0,723^{**}$, $p = 0,776^{**}$), дрібної моторики ($r = 0,668^{**}$, $p = 0,588^{*}$), сенсорних здібностей ($r = 0,649^{*}$, $p = 0,628^{*}$), пізнавальних здібностей ($r = 0,736^{**}$, $p = 0,700^{**}$); показники рівня обізнаності корелюють зі станом сформованості довільності саморегуляції поведінки ($r = 0,697^{**}$, $p = 0,844^{**}$), дрібної моторики ($r = 0,849^{**}$), сенсорних здібностей ($r = 0,739^{**}$, $p = 0,593^{*}$), пізнавальних здібностей ($r = 0,843^{**}$, $p = 0,609^{*}$).

Таким чином, можна зробити висновок, що стан сформованості мовлення і комунікації взаємопов'язані з формуванням довільності психічних процесів і саморегуляції поведінки у дітей з синдромом Дауна дошкільного віку. Переконаливо доведено, що нездатність дітей виконувати завдання, неадекватна реакція на вербальні інструкції, неправильне виконання завдань та інструкцій спричинено як порушеннями сприймання й моторики, так і нерозумінням вербальної інструкції. Діти демонстрували кращі результати, якщо під час діагностики використовувались жести, піктограми, схеми дій тощо.

Нами було проведено кореляційний аналіз всередині комунікативного компоненту, тобто між показниками стану сформованості мовлення і комунікації, результати якого представлено у таблиці 2.15. Це дозволило достовірно встановити те, що використання жестів, піктограм позитивно впливає на формування розуміння мовлення та розвиток вербального мовлення у дошкільників з синдромом Дауна, здебільшого у період раннього дошкільного віку. Та ближче до старшого дошкільного віку діти можуть продовжувати використовувати жестове мовлення як спосіб, що є легшим у досягненні привабливості та зрозумілості у взаємодії з іншими.

Таблиця 2.15

Аналіз кореляційних зв'язків між показниками стану сформованості мовлення і комунікації у дошкільників з синдромом Дауна

Показники	Розуміння зверненого мовлення	Сформованість вербального мовлення	Використання жестів	Загальний показник сформованості мовлення і комунікації	Рівень обізнаності
Розуміння зверненого мовлення	1	$r = 0,840^{**}$ $p = 0,876^{**}$	$r = 0,767^{**}$ $p = 0,726^{**}$	$r = 0,978^{**}$ $p = 0,973^{**}$	$r = 0,900^{**}$ $p = 0,852^{**}$
Сформованість вербального мовлення		1	$r = 0,743^{**}$ $p = 0,677^{**}$	$r = 0,897^{**}$ $p = 0,951^{**}$	$r = 0,742^{**}$ $p = 0,828^{**}$
Використання жестів			1	$r = 0,853^{**}$ $p = 0,807^{**}$	$r = 0,685^{**}$ $p = 0,584^{*}$
Загальний				1	$r = 0,869^{**}$

показник сформованості мовлення і комунікації					$p = 0,824^{**}$
Рівень обізнаності					1

r – показник значимості кореляційних зв'язків за коефіцієнтом Спірмена;

p – показник значимості кореляційних зв'язків за коефіцієнтом Пірсона.

* Кореляція значима на рівні 0,05 (двостороння).

** Кореляція значима на рівні 0,01 (двостороння).

Було виявлено значимий негативний кореляційний зв'язок між довільністю саморегуляції поведінки та соматичними проблемами дошкільників з синдромом Дауна, представлений у таблиці 2.16. Тобто наявність вад серця та інших органів і систем, супутніх діагнозів, зниженого імунітету перешкоджає формуванню довірливої саморегуляції поведінки цих дітей. У той же час, практичний досвід роботи з дітьми названої групи свідчить на користь позитивної соціальної конформності у найближчому для них оточенні, що не може не бути показником загального психічного розвитку, у тому числі й інтелектуального.

Таблиця 2.16

Кореляційний зв'язок між показником довірливості саморегуляції поведінки та соматичними проблемами

Показники	Довірливість саморегуляції поведінки
Соматичні проблеми	-0,701*

* Кореляція значима на рівні 0,05 (двостороння).

** Кореляція значима на рівні 0,01 (двостороння).

Слід зазначити, що ми умовно поділили здатність до регуляції поведінки у міжособистісній взаємодії на дві основні форми взаємодії: конструктивну та деструктивну. Конструктивна взаємодія включає в себе здатність дитини до сумісної гри з іншою дитиною, залучення до групових ігор, здатність дитини підтримувати правила гри, ініціювати та організовувати гру з іншими дітьми.

Деструктивна форма взаємодії включає в себе такі прояви поведінки як щипання, кусання, штовхання, плювання, відмова від групових ігор, схильність до відсторонення.

Результати кореляційного аналізу даних анкети анамнестичних даних та спостереження за дітьми, що представлені у таблиці М 5 у дод. М, переконливо доводять існування значимого зв'язку між показником порушення сенсорної інтеграції та формою взаємодії дитини з синдромом Дауна з однолітками, а саме показником деструктивної взаємодії з однолітками ($p = 0,495^*$, $r = 0,520^*$) та негативний зв'язок з показником конструктивної взаємодії ($p = - 0,510^*$, $r = 0,562^{**}$). Показник здатності до конструктивної взаємодії з однолітками корелює з загальним показником сенсомоторного праксису ($p = 0,414^*$, $r = 0,406^*$), з показником довільності поведінкової саморегуляції ($p = - 0,450^*$) та залученням дитини до відвідання дошкільних навчальних та реабілітаційних закладів ($p = 0,739^{**}$, $r = 0,738^{**}$). Показник деструктивної форми взаємодії з однолітками корелює з показником стану сформованості довільності поведінкової саморегуляції ($p = - 0,510^*$, $r = 0,562^{**}$), показником залучення дитини до занять у дошкільних навчальних закладах ($p = 0,412^*$).

За результатами кореляційного аналізу, між показниками проблем з поведінкою (за опитувальником Ахенбаха) (див. табл.2.17) було встановлено такі кореляційні зв'язки: показник соматичних проблем корелює з показником порушення соціалізації ($r = 0,685^*$, $p = 0,736^{**}$) та з показником проблем з мисленням ($r = 0,724^*$, $p = 0,723^*$); тривожність має позитивні кореляційні зв'язки з показниками порушення соціалізації ($p = 0,744^{**}$), проблем з увагою ($r = 0,684^*$, $p = 0,968^{**}$), агресії ($r = 0,803^{**}$, $p = 0,953^{**}$), зовнішніх проблем ($r = 0,762^{**}$); показник порушення соціалізації позитивно корелює з показниками проблем з мисленням ($r = 0,759^{**}$, $p = 0,765^{**}$), проблем з увагою ($p = 0,726^*$), делінквентної поведінки ($r = 0,872^{**}$), агресії ($r = 0,720^*$, $p = 0,812^{**}$), внутрішніх проблем ($r = 0,890^{**}$), зовнішніх проблем ($r = 0,881^{**}$); показник проблем з мисленням позитивно корелює з показниками делінквентної поведінки ($r = 0,637^*$) та внутрішніх проблем ($r = 0,611^*$); показник проблем з увагою корелює з показниками агресії ($r = 0,866^{**}$, $p = 0,958^{**}$), внутрішніх

проблем ($r = 0,709^*$), зовнішніх проблем ($r = 0,742^{**}$, $p = 0,897^{**}$); показник делінквентної поведінки має позитивний кореляційний зв'язок з показником внутрішніх проблем ($r = 0,744^{**}$, $p = 0,669^*$), зовнішніх проблем ($r = 0,742^{**}$) та загальним показником проблем з поведінкою ($p = 0,965^{**}$); показник агресії корелює з показником внутрішніх проблем ($r = 0,807^{**}$, $p = 0,689^*$) та з показником зовнішніх проблем ($r = 0,904^{**}$, $p = 0,970^{**}$); показник внутрішніх проблем корелює з показником зовнішніх проблем ($r = 0,876^{**}$, $p = 0,802^{**}$).

Таким чином, результати кореляційного аналізу дають підстави стверджувати, що діти з синдромом Дауна дошкільного віку схильні до застосування агресивних стратегій в поведінці, які можуть розглядатися як захисні механізми у ситуаціях взаємодії з іншими (однолітками чи дорослими), що водночас унеможливорює здатність до концентрації уваги в процесі ігрової та навчальної діяльності.

За результатами опитувальника Ахенбаха для батьків та статистичного аналізу даних стає очевидним, що батьки цих дітей не виділяють замкнутість як показник проблем з поведінкою, здебільшого, вони називають цей стан сором'язливістю, впертістю, образливістю, нерішучістю та вважають позитивною характеристикою своїх дітей.

Таблиця 2.17

Значимі кореляційні зв'язки між показниками проблем з поведінкою (за опитувальником Ахенбаха)

Показники	Замкнутість	Соматичні проблеми	Тривожність	Порушення соціалізації	Проблеми з мисленням	Проблеми з увагою	Делінквентна поведінка	Агресія	Внутрішні проблеми	Зовнішні проблеми	Загальний показник проблем з поведінкою
Замкнутість	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Соматичні проблеми	-	1	-	$r = 0,685^*$ $p = 0,736^{**}$	$r = 0,724^*$ $p = 0,723^*$	-	-	-	-	-	-
Тривожність	-	-	1	$p = 0,744^{**}$	-	$r = 0,684^*$ $p = 0,968^*$	-	$r = 0,803^{**}$ $p = 0,953^{**}$	-	$r = 0,762^*$	-
Порушення соціалізації	-	-	-	1	$r = 0,759^{**}$ $p = 0,765^{**}$	$p = 0,726^*$	$r = 0,872^{**}$	$r = 0,720^*$ $p =$	$r = 0,890^*$	$r = 0,881^*$	-

								0,812**			
Проблем и з мисленн ям	-	-	-	-	1	-	r = 0,637*	-	r = 0,611*		-
Проблем и з увагою	-	-	-	-	-	1	-	r = 0,866** p = 0,958**	r = 0,709*	r = 0,742* * p = 0,897* *	-
Делінкве нтна поведінк а	-	-	-	-	-	-	1	-	r = 0,744* * p = 0,669*	r = 0,742* *	p = 0,965**
Агресія	-	-	-	-	-	-	-	1	r = 0,807* * p = 0,689*	r = 0,904* * p = 0,970* *	-
Внутріш ні проблем и	-	-	-	-	-	-	-	-	1	r = 0,876* * p = 0,802* *	-
Зовнішні проблем и	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Загальни й показник проблем з поведінк ою	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

r – показник значимості кореляційних зв'язків за коефіцієнтом Спірмена;

p – показник значимості кореляційних зв'язків за коефіцієнтом Пірсона.

* Кореляція значима на рівні 0,05 (двостороння).

** Кореляція значима на рівні 0,01 (двостороння).

На нашу думку та за результатами дослідження (див. табл. М 6, дод. М), такі емоційні стани як замкнутість і агресія є основними у функціонуванні саморегуляції дітей з синдромом Дауна, здебільшого, саме у молодшому дошкільному віці і потребують психологічної корекції.

Окрім цього, достовірно підтверджується, що проблеми з поведінкою детермінують не лише внутрішні проблеми, серед яких стан здоров'я, ступінь порушень розумового розвитку тощо, а й зовнішні, тобто соціальне оточення, специфіка родинного виховання, умови виховання і життєдіяльності дитини.

За результатами аналізу показників віку, статі та інших показників здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна, що представлені у таблиці К 6, були встановлені значимі кореляційні зв'язки між віком і показниками просторового праксису ($r = 0,697^{**}$), загальним показником сенсомоторного праксису ($r = 0,506^*$), показником стану сформованості просторового орієнтування ($p = 0,655^*$), довільності уваги ($r = 0,516^*$), сенсорних здібностей ($r = 0,629^*$, $p = 0,590^*$); стать корелює з показником стану сформованості гравітаційної впевненості ($p = 0,645^*$), з показником стану сформованості орального кінетичного праксису ($r = 0,622^*$, $p = 0,652^*$), показником стану сформованості вербального мовлення ($r = 0,626^*$, $p = 0,676^{**}$), показником вміння використовувати жести ($r = 0,583^*$), показником довільності саморегуляції поведінки ($r = 0,571^*$, $p = 0,563^*$) та негативно корелює з показником соматичних проблем ($r = - 0,639^*$).

Звідси, з віком у дітей з синдромом Дауна простежується покращення стану сформованості просторового праксису і орієнтування, загального показника сенсомоторного праксису, довільності уваги та сенсорних здібностей. Встановлено, що дівчата відрізняються від хлопців більш високими показниками стану сформованості гравітаційного сприймання, орального кінетичного праксису, довільності саморегуляції поведінки, також станом сформованості вербального мовлення та вміння використовувати жести. Соматичні проблеми у дівчат спостерігаються рідше, ніж у хлопців.

У ході констатуючого експерименту, за результатами спостереження та проведення анкети анамнестичних даних (див. Додаток Н), було виділено ряд основних умов формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна: наявність організованого часу та простору у житті дитини (йдеться про створення послідовності та передбачуваності режимних складових), організація почерговості рухливих ігор, занять за столом та часу для самостійних ігор, наявність організованого дозвілля і відпочинку; залучення дитини до системи корекційно-розвиткових занять у центрах раннього втручання і розвитку, центрах соціально-психологічної та медичної реабілітації, дошкільних навчальних закладах, в індивідуальній формі з

фахівцем (приватно); стан здоров'я; стан сформованості навичок самообслуговування; вік матері та батька; стиль батьківського виховання; кількість дітей у сім'ї.

Кореляційний аналіз дав можливість виявити найбільш значимі умови формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна з іншими показниками особистісної саморегуляції, які представлені у таблиці П1 (див. дод. П).

Результати кореляційного аналізу переконливо доводять, що за умови структурованого та організованого часу та простору в житті дитини дошкільного віку з синдромом Дауна у неї значно зменшується загальний показник порушень сенсорної інтеграції ($p = 0,669^{**}$, $r = 0,693^{**}$), зокрема зменшуються показники порушення рухового планування ($p = -0,516^{*}$, $r = -0,529^{*}$) та покращуються показники стану сформованості сенсомоторного праксису ($p = 0,553^{*}$, $r = 0,532^{*}$), стану сформованості сенсорних навичок ($p = 0,455^{*}$), стану сформованості довільності уваги ($p = 0,581^{**}$, $r = 0,551^{**}$). Відомо, що залучення дитини до системи корекційно-розвиткових занять, тобто відвідання нею дошкільних навчальних закладів, реабілітаційних центрів, центрів раннього розвитку, сприяє встановленню чіткого, структурованого, послідовного та передбачуваного розпорядку дня дитини, що підтверджується показником позитивного кореляційного зв'язку ($p = 0,739^{**}$, $r = 0,738^{**}$). Окрім цього, залучення дитини до системи корекційно-розвиткових занять дає позитивні результати у формуванні навичок мовлення і комунікації ($p = 0,543^{**}$, $r = 0,542^{**}$), здатності до інтеграції сенсорної інформації ($p = 0,669^{**}$, $r = 0,693^{**}$), довільності уваги ($p = 0,554^{**}$, $r = 0,535^{**}$) та поведінкової саморегуляції ($r = 0,552^{**}$), а також обізнаності цих дітей ($p = 0,579^{**}$, $r = 0,570^{**}$).

Кореляційний аналіз не підтвердив тезу про те, що наявність супутніх діагнозів у дітей з синдромом Дауна детермінує погіршення показників психічного розвитку та особистісної саморегуляції.

Встановлено, що з віком матері більш схильні до авторитетного та авторитарного стилю виховання своїх дітей ($r = -0,416^{*}$). У сім'ях, де

переважає ліберальний та індіферентний стиль виховання, батьки охочіше влаштовують дітей до дошкільних навчальних закладів та реабілітаційних центрів ($p = 0,437^*$, $r = 0,455^*$).

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

1. Встановлено, що основу здатності дитини до саморегуляції складає стан сформованості психічних процесів, стан сформованості комунікативних умінь і навичок та виконання соціальних правил та норм.

2. Виявлено, що довільність процесів відчуття, сприймання та уваги сформовано на низькому рівні. Підтверджено, що довільність психічних процесів обумовлена станом виявлення первинних порушень, вікової динаміки та методів раннього втручання у розвиток дитини.

3. Встановлено, що комунікативна діяльність дошкільників з синдромом Дауна забезпечується наступними формами комунікації: жести, міміка, інтонаційні сигнали, вокалізація, відтворення поз та рухів, використання окремих слів.

4. Виявлено та описано стан сформованості внутрішньої мотивації дитини до дотримання правил та норм в експериментальних ситуаціях. Зокрема, встановлено, що у дошкільників з синдромом Дауна домінує зовнішня мотивація до дотримання правил. Водночас внутрішня мотивація обумовлена нагальною потребою дитини.

РОЗДІЛ 3

ТЕХНОЛОГІЯ ФОРМУВАННЯ ЕЛЕМЕНТАРНИХ ЗНАНЬ У ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА ЯК ЗДАТНІСТЬ ДО САМОРЕГУЛЯЦІЇ У ДОШКІЛЬНОМУ ВІЦІ

3.1. МЕТОДИКА ФОРМУВАННЯ ЗДАТНОСТІ ДО САМОРЕГУЛЯЦІЇ У ДОШКІЛЬНИКІВ З СИНДРОМОМ ДАУНА

Саморегуляція дитини з синдромом Дауна виступає системним процесом, в якому поєднується психофізіологічний, психічний, педагогічний та соціальний фактори. З огляду на те, що в суспільстві та освіті до останнього часу домінували стереотипи ненаучуваності цих дітей, ми вважали за необхідне конкретизувати поняття «здатність до саморегуляції». Ми переконані, що саморегуляція, будучи суто внутрішнім за генетичним походженням, забезпечується довільністю функціонування психічних процесів, активністю та спрямованістю психічних станів, розвитком свідомості й самосвідомості, рефлексії [89]. Якщо особистісна саморегуляція є динамічною, детермінується віковими новоутвореннями, соціальною ситуацією розвитку і виступає своєрідною презентацією індивідуального розвитку, яка здійснюється в процесі регуляції між індивідуальним і груповим (Н. Макаруч), то здатність до саморегуляції – це система, що забезпечує її використання дитиною у життєдіяльності.

Результати констатуючого дослідження переконливо довели існування психічних та психологічних передумов до саморегуляції цих дітей. Окрім того, було виявлено низку незалежних змін, що підтверджують їх спроможність до саморегуляції в системі значимих міжособистісних взаємодій. З огляду на це, та з урахуванням несформованості здатності до саморегуляції дітей з синдромом Дауна саме в навчальній діяльності (оскільки первинне порушення детермінує вторинні порушення в опануванні провідною діяльністю), а також наявності похідних проблем готовності цих дітей до шкільного навчання, ми вбачаємо, що сутністю здатності до саморегуляції є формування у них елементарних знань з регуляції уваги, мовленнєвої активності та поведінки. Звідси, здатність

до саморегуляції дітей з синдромом Дауна – це система елементарних знань дитини з особливостей регуляції власної поведінки та діяльності, що ґрунтується на довільності психічних процесів і гнучкості сенсорних реакцій. Відповідно, система представлена експертними знаннями з довільності власної діяльності, експертними знаннями з комунікативної активності та експертними знаннями з регуляції власної поведінки.

Саморегуляція дошкільників з синдромом Дауна – це сформоване опосередкування психічних процесів, комунікативної діяльності та поведінки. Здатність до саморегуляції визначається рівнем та динамікою сенсорного розвитку (гнучкістю сенсорних реакцій), сформованістю мимовільності психічних процесів у цих дошкільників та їхніх здатностей до опосередкованої поведінкової активності. Опосередкування це також і сформованість довільності сприймання, уваги, короткотривалої та елементів довготривалої пам'яті. Також опосередкування визначається станом сформованості мовленнєвої діяльності дитини та її здатності до комунікації.

Враховуючи отримані результати констатуючого експерименту дослідження, було встановлено, що у молодшому дошкільному віці ключовим компонентом, що формує здатність до саморегуляції, є довільність психічних процесів, зокрема стан сформованості таких процесів як відчуття, сприймання та здатність до інтеграції сенсорної інформації. З віком, тобто у середньому дошкільному віці, поряд з довільністю психічних процесів, вагомого значення набуває комунікативний компонент, йдеться про здатність дитини встановлювати та підтримувати контакт з іншою людиною, використовувати мовлення (вербальне та / або невербальне) у процесі взаємодії з іншими. А вже ближче до старшого дошкільного віку, за умови достатнього рівня сформованості психічних процесів та мовлення і комунікації, дитина з синдромом Дауна оволодіває здатністю до саморегуляції поведінки, тобто здатністю приймати й виконувати різні соціальні ролі, дотримуватись правил у ігровій, комунікативній та навчальній діяльності. Все це і обумовлює здатність до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна (рис. 3.1).



Рис. 3.1 – Інструментальна модель формування здатності до саморегуляції дітей дошкільного віку з синдромом Дауна

Основною метою формувального експерименту була розробка корекційної системи формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна з урахуванням стану сформованості компонентів особистісної саморегуляції та перевірка її (системи) ефективності.

Вибір мети дослідження визначив основні **завдання** формуючої частини дослідження:

- 1) визначити теоретичні та організаційно-методичні основи формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна;
- 2) розробити технології формування елементарних знань дитини з довільності власної діяльності, довільності комунікативної та поведінкової активності;
- 3) розробити та апробувати корекційно-розвиткову програму з формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна;
- 4) встановити динаміку та виділити особливості формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна;
- 5) виявити ефективність програми формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна.

Вирішення завдань формуючого експерименту відбувалось шляхом розробки та впровадження програми корекційно-розвивальної роботи з формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна та програми психологічного супроводу батьків, що виховують дітей зазначеної категорії.

Методологічні засади формування здатності до саморегуляції дітей дошкільного віку з синдромом Дауна визначаються інтеграцією особистісного, діяльнісного та системного підходів. Діяльнісний підхід, в цьому контексті, забезпечує передумови до розуміння активної суб'єктивної позиції особистості дитини в регуляції власної діяльності, за яких саморегуляція виступає цілісною системою, що представлена наявністю у суб'єкта мети власної довільної

активності, моделі значущих умов діяльності, системи критеріїв успішної діяльності, інформації щодо реально існуючих результатів, оцінки відповідності реальних результатів критеріям успіху рішення щодо необхідності та характеру корекції діяльності (О. Леонтьєв, О. Конопкін, Н. Круглова, В. Морсанова, О. Осницький та ін.) [89, с. 49].

У свою чергу, особистісний підхід, реалізуючи принципи гуманістичної парадигми в науці, передбачає орієнтацію в організації діяльності на особистість як ціль, суб'єкт, результат та головний критерій його ефективності (І. Бех, А. Шевцов та ін.). Використання цього підходу в дослідженні саморегуляції особистості дітей з синдромом Дауна забезпечує спрямованість корекційно-розвивального процесу на розвиток їхніх особистісних здібностей з урахуванням специфіки психічної діяльності та індивідуально-психологічних особливостей.

З позиції системного підходу формування здатності до саморегуляції потребує систематичних і комплексних занять, що передбачатимуть формування довільності сприймання та здатності до інтеграції сенсорної інформації, формування конструктивної комунікативної взаємодії та формування здатності до довільної саморегуляції поведінки.

Основними методами реалізації програми було обрано терапію сенсорної інтеграції (Дж. Айрес) та психодраму в дитячій груповій роботі.

Окремої уваги потребує розгляд умов використання сенсорно-інтеграційної терапії у корекційно-розвивальній роботі з формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна. У даному контексті слід зазначити, що використання лише та в повному обсязі терапії сенсорної інтеграції не вирішить усіх зазначених завдань формування здатності до саморегуляції дітей зазначеної категорії. А використання елементів та принципів терапії сенсорної інтеграції у поєднанні з елементами дитячої психодрами підтверджує свою ефективність.

Програма корекційно-розвивальної роботи з формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна ґрунтується на закономірностях цілісності та тотожності розвитку дітей, загальних

закономірностях розвитку особистості в онтогенезі, врахуванні специфіки розвитку в онтогенезі (які обумовлюються характером органічних уражень головного мозку та характером функціонування психічної діяльності). Поряд з цим, технології, що представлено в змісті методики, ґрунтуються на видах, структурі та формах ігрової діяльності дошкільників з синдромом Дауна, зокрема, стану сформованості їхніх здатностей до предметної та сюжетно-рольової гри.

Програма корекційно-розвивальної роботи з формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна ґрунтується на таких принципах впливу на особистість дитини як:

- Принцип конкретизації – інтегрує мовленнєву та емоційну функцію особистісної саморегуляції. Тобто діти називають дію, емоційний стан казкового героя та відтворюють мімікою та дією роль казкового героя.
- Принцип послідовності – забезпечує слідування чіткій послідовності етапів заняття та правил з метою зниження рівня тривоги у дітей.
- Принцип спонтанності в ігрових діях. Використовується з метою вираження емоцій у вербальних та невербальних засобах, рольових дій, вигадкування та програвання нового казкового сюжету. При цьому, спонтанне реагування – це не обов’язково швидке реагування, оскільки спонтанність вимагає адекватних реакцій на ситуацію, а таким реакціям обов’язково передують пізнавальні процеси (сприйняття, оцінка, вибір, визначення пріоритетів і т. п.). Але цей принцип використовується лише за умови слідування принципу автентичності або достовірності.
- Принцип автентичності забезпечує досягнення відповідності поведінки та емоційних станів, які демонструються у процесі заняття загалом, та, зокрема, у розігруванні казкового сюжету як відповідної реальності (реальності конкретної казки, ролі або зовнішньої реальності), що передбачає наявність самоконтролю.

Очікувані результати корекційно-розвивальної програми, яка передбачає формування здатності до саморегуляції у дошкільників з синдромом Дауна:

- поінформованість дитини (як знає, називає, вибирає картку з написаним іменем) щодо імен оточуючих (однолітків, спеціалістів);
- наявність елементарних знань та здатностей до регуляції власної поведінки шляхом дотримання послідовності плану заняття та правил у іграх;
- наявність у дитини пізнавальних інтересів та інтересів до діяльності загалом, що проявляється в зацікавленості, урівноваженості, її долучені до запропонованих ігор, до взаємодії та взаємодопомоги;
- сформованість елементарних вербальних комунікативних конструкцій, які визначаються здатностями використовувати нові слова, читати план занять (впізнавати написані слова), імена, використовувати альтернативні навички комунікації (жести та піктограми);
- сформованість елементарних здатностей розуміння, визначення та називання (або показ на малюнку) власних та чужих емоцій, вираження співчуття (жаліє дитину, яка плаче, посміхається у відповідь на посмішку іншої дитини), допомоги іншій дитині, якщо це необхідно;
- здатності дитини долучатися до розігрування сюжетів казок, зокрема ролей казкових героїв, запам'ятовувати, розповідати або відтворювати послідовність дій у казці;
- здатності встановлювати зоровий контакт у взаємодії з дорослими та однолітками;
- здатності самостійно ініціювати та організовувати (частково) гру у групі;
- збільшення стійкості й довільності уваги;
- здатності повідомляти прийнятним способом (а не деструктивною поведінкою) про свої потреби, втому, відмову, небажання брати участь у дії;
- здатності переносити уміння, навички, алгоритм дій (частково) у нові ситуації.

Важливо використовувати відповідні форми реалізації кожного етапу. Так, найбільш оптимальною для розвитку саморегуляції дітей з синдромом

Дауна є групова робота, як допоміжні форми використовуються індивідуальна корекційно-розвивальна робота з дітьми.

Необхідно зупинитись і на основних засобах реалізації зазначених теоретичних положень та завдань програми, і на умовах формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна. Серед засобів реалізації програми найбільш ефективними визначено такі:

1. Використання піктограм, зображень, сюжетних малюнків, фотографій.
2. Наявність чіткого плану заняття.
3. Використання релаксаційних вправ та технологій, направлених на зменшення емоційної напруги та тривоги.

1. У психологічній та педагогічній науці метод піктограм вперше було запропоновано як прийом експериментально-психологічного дослідження опосередкованого запам'ятовування та згодом діапазон використання цього методу значно розширився [163, с. 10]. Метод піктограм ґрунтується на положеннях культурно-історичної концепції психічного розвитку Л. Виготського (1935, 1956). Згідно з цією концепцією, вищі психічні функції людини носять опосередкований характер, вони розвиваються історично, за допомогою відпрацьованих в історії людства засобів – знарядь праці, знаків-символів. Вищим і універсальним знаряддям, що модифікує психічні функції, є слово. Зважаючи на значні порушення розвитку вербального мовлення у дітей з синдромом Дауна метод піктограм є тим підґрунтям, яке не зосереджується на «дефекті», що означало б ще більше уповільнення інших сфер психічного розвитку дитини, а навпаки, за рахунок конкретності, сталості символів та знаків, сприяє швидшому та легшому формуванню понять у цих дітей.

2. Необхідність чіткого плану заняття ґрунтується на принципах передбачуваності та постійності як основних умовах психічного розвитку дітей дошкільного віку, зокрема забезпечує відчуття безпеки та впевненості [178, 145, 146]. Наукові дослідження підтверджують, що наявність у житті дитини передбачуваності та постійності безпосередньо впливає на процес адаптації дитини раннього віку до умов навколишнього середовища, формування

стійкого пізнавального інтересу, формування особистості, зокрема образу-Я, структурної організації особистості, саморегуляції.

Слід дотримуватись методичних рекомендацій щодо реалізації корекційно-розвиткової програми з формування саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна, а саме:

1. Під час заняття необхідно чергувати завдання, що стимулюють формування здатності до інтеграції сенсорної інформації із завданнями, що вимагають зосередження, стійкості й довільності уваги, заняттями за столом.

2. На початку реалізації програми, тобто в роботі з дітьми віком 3-4 років, необхідно організовувати заняття переважно на килимі та лише в ігровій формі. У групі дітей віком 5-6 років слід залучати дітей до виконання деяких вправ, сидячи за столом. У групі дітей віком 7-8 років заняття за столом слід чергувати з ігровими рухливими вправами. Ігрова форма занять є ефективною у будь-якій з вікових груп і, навіть, у шкільному віці.

3. Одним із способів ефективної адаптації дітей до групових занять є поступове збільшення чисельності групи, починаючи з двох дітей.

4. Наскрізно у програмі проходять завдання з формування комунікативної діяльності: у будь-якій грі необхідно поступово без примусу залучати дітей до взаємодії один з одним; всі вербальні інструкції повинні бути простими, чіткими та підкріплюватись жестом або зображеннями, або показом, або написаним словом; під час заняття слід використовувати дзеркало для відображення артикуляції дитини, коли вона намагається повторити слово, звук; у кожній грі необхідно спонукати дітей до повторення слів, звуків.

5. З метою корекції небажаних проявів поведінки спеціалістам слід дотримуватись певних інструкцій щодо реагування на ці прояви, а саме: слід концентрувати увагу не на помилках, поганій поведінці, невиконанні завдань, а на позитивних результатах дітей, навіть незначних, підкріплювати їх нагородою (жетони, фішки, пелюстки тощо); у молодшому дошкільному віці ефективним є ігнорування неприйнятних форм поведінки дитини, зосередження на правилах заняття та привернення уваги до гри, ближче до старшого

шкільного віку слід використовувати пояснення правил, формувати особистісні межі, межі дозволеного / недозволеного.

6. З метою розвитку особистості, зокрема рефлексивних здібностей дітей з синдромом Дауна, під час заняття слід бути уважним до прояву емоцій дітей, їх емоційних станів, необхідно називати ці емоційні стани, настрої, використовуючи піктограми, фотокартки.

7. Під час групового заняття слід уважно спостерігати за кожною дитиною і, виходячи із спостережень, визначати завдання індивідуальних занять для кожної дитини. Індивідуальні заняття слугують засобом компенсації дефіцитів, тобто на індивідуальному занятті спеціаліст може допомогти дитині подолати існуючі у неї труднощі, приділити ще більше ваги чи то іграм сенсорно інтеграційної терапії, чи то формуванню мовленнєвої діяльності тощо.

8. Існує ряд вимог до спеціаліста, який реалізує дану корекційно-розвиткову програму, а саме:

- спеціаліст повинен бути досить гнучким та вміти швидко реагувати, це дозволить йому утримувати групу в межах плану заняття;
- особистість спеціаліста має поєднувати в собі м'якість, доброзичливість та строгість, твердість і наполегливість. Таке поєднання якостей дозволить сформувати чіткі межі дозволеного та, водночас, дає можливість дітям вільно проявляти ініціативу, що позитивно впливає на розвиток особистості, зокрема особистісної саморегуляції цих дітей;
- В арсеналі спеціаліста завжди мають бути різноманітні іграшки, предмети, що швидко й ефективно привертають увагу дітей, як-от: дзвіночок, мильні бульбашки, повітряні кульки, гумові м'ячики з шипами тощо.

9. Батькам необхідно знати й дотримуватись усіх методичних рекомендацій спеціалістів.

Програма психологічного супроводу батьків, що виховують дітей з синдромом Дауна, була впроваджена в роботу Центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями в Оболонському районі міста Києва та Центру раннього втручання ВБО «Даун синдром».

Вибіркою для апробації програми виступили 75 сімей, що виховують дітей з синдромом Дауна. Результати психологічної роботи з батьками та програма психологічного супроводу батьків зазначеної категорії були оприлюднені на багатьох науково-практичних семінарах, конференціях, круглих столах, майстер-класах.

Головною метою роботи з батьками у контексті реалізації програми з формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна є своєчасне та вірне діагностування психологічного стану матері та батька, а також визначення стратегії психологічної допомоги цим батькам та її реалізація.

Дитячо-батьківські відносини практично у всіх основних психологічних школах і напрямках розглядаються в якості основного фактора, що визначає психічний розвиток дитини. Результати вітчизняних та зарубіжних досліджень підтверджують, що порушення дитячо-батьківських відносин призводять до різних проблем у психологічному та соціальному розвитку дитини – це і емоційні розлади, і порушення інтелектуального, моторного і мовного розвитку, і поведінкові порушення (А. Альохіна, Д. Віннікот, С. Іневаткіна, Г. Одинокова, Е. Айвазян, Р. Мухамедрахімов, П. Жіянова, Л. Панаріна, М. Селигман, Р. Дарлінг, Г. Фюр, М. Guralnick). Підкреслюється, що стосунки починаються з емоційного контакту – міміка, інтонація, настрої мами – перші зрозумілі прояви взаємин для дитини, які потім переростають у співпрацю. І тільки в процесі співпраці з дорослим дитина засвоює способи придбання суспільного досвіду, зразки поведінки, соціальні ролі, опановує певними навичками та вміннями, здійснює розумові операції. Актуальність організації психологічного супроводу батьків, що виховують дітей з синдромом Дауна, визначається також необхідністю подолання збереженої тенденції у вітчизняній психологічній та педагогічній практиці розглядати синдром Дауна як основну причину формування поведінкових відхилень у дітей даної групи, що, в свою чергу, створює в суспільстві комплекс негативних соціальних стереотипів і перешкоджає прийняттю такої дитини сім'єю.

Особливості розвитку дитини в дитячому віці неможливо розглядати поза її постійної взаємодії з близькими людьми, перш за все, матір'ю, яка є посередником і організатором практично всіх її контактів із середовищем. Дитина на ранніх етапах розвитку залежна від матері не тільки фізично (як від джерела реалізації всіх її вітальних потреб в ситості, теплі, безпеці і т. д.), але й як від регулятора її афективного стану: вона може дитину заспокоїти, розслабити, підбадьорити, втішити, збільшити витривалість і налаштувати на ускладнення взаємин з навколишнім світом [132].

Програма психологічного супроводу сімей, що виховують дітей з синдромом Дауна, умовно ділиться на три основні етапи:

1. Діагностичний.
2. Прогностичний.
3. Корекційний / терапевтичний.

Формуючий експеримент здійснювався на базі Центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями в Оболонському районі міста Києва. Вибірка формуючого експерименту складала 24 дитини середнього і старшого дошкільного віку з синдромом Дауна. Для достовірності формуючого експерименту результати порівнювались із контрольною групою, що склала 26 дітей з синдромом Дауна, що не були залучені до корекційно-розвивальної програми з формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна.

3.2 ТЕХНОЛОГІЇ ФОРМУВАННЯ ЕЛЕМЕНТАРНИХ ЗНАНЬ ДИТИНИ З СИНДРОМОМ ДАУНА

Розроблення програми психологічного супроводу сім'ї, що виховує дитину з синдромом Дауна, має умовний розподіл на три етапи: діагностичний, прогностичний та корекційний / терапевтичний.

Діагностичний етап передбачає встановлення позитивного контакту та довірливої атмосфери між психологом і сім'єю, що виховує дитину з

синдромом Дауна, бесіду з батьками з метою встановлення психологічного стану, збір анамнестичних даних. На даному етапі нами було використано такі діагностичні технології виявлення стану сформованості здатності до саморегуляції:

- елементарних знань дитини з довільності власної діяльності – методика «Коректурна проба», опитувальник для діагностики порушень сенсорної інтеграції за Дж. Айрес (для батьків і спеціалістів), спостереження;
- довільності комунікативної активності – методика дослідження мовлення і комунікації за О. Венгер, Г. Вигодською, Е. Леонгард, спостереження;
- поведінкової активності – методику «Палички і хрестики» (за Т. Чередниковою), спостереження;
- психологічного стану батьків цих дітей – ми використовували опитувальник «Бесіда з сім'єю» (див. Додаток Р), який ми розробили на основі опитувальника первинної бесіди з батьками М. Селигмана [145, с. 315].

Прогностичний етап передбачає планування та організацію психолого-педагогічного супроводу дитини, індивідуальної траєкторії розвитку дитини, стратегії психологічної (психотерапевтичної, просвітницької) роботи з батьками.

Розроблення індивідуальної траєкторії розвитку дитини передбачає дотримання наступного алгоритму:

- 1) виявлення стану готовності дитини до довірливої активності (довірливість психічних процесів);
- 2) стан сформованості мовленнєвої діяльності та знань дитини про комунікативну активність;
- 3) виявлення стану сформованості знань дитини про довірливість та регуляцію поведінкової активності.

Стратегії психологічної роботи з батьками мають відмінності. Так, за результатами дослідження встановлено, що спеціалісту слід встановити етап переживання горя, на якому знаходяться мати і батько, та стан

поінформованості батьків про особливості психічного розвитку дітей з синдромом Дауна.

Корекційний / психотерапевтичний етап передбачає використання певних технологій формування елементарних знань дитини з саморегуляції та індивідуальну та групову роботу з батьками.

У контексті формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна актуальним ми вбачаємо використання технологій терапії сенсорної інтеграції.

У наукових джерелах сенсорна інтеграція визначається як процес, в ході якого людина сприймає, розрізняє і обробляє відчуття, що надходять через різні сенсорні системи: зорову, слухову, нюхову, тактильну, пропріоцептивну, вестибулярну. Метою цього процесу є планування і виконання відповідних дій у відповідь на сенсорний подразник, зовнішній чи внутрішній (Айрес, 1976, 2005). Злагоджена взаємодія всіх сенсорних систем дозволяє людині вибудовувати відносини з іншими людьми, дбати про себе і своїх близьких, опановувати різними предметами в повсякденному житті.

Вперше поняття сенсорної інтеграції було сформульовано Джин Айрес, лікувальним педагогом і ерготерапевтом. Згодом нею був розроблений метод терапевтичного втручання, метою якого є усунення порушень у сфері сенсорної інтеграції, він відомий як метод ASI®. Даний метод включає в себе власне теорію сенсорної інтеграції, методику оцінки рівня розвитку даної сфери і комплекс вправ, які використовуються при роботі з дитиною.

Погляди Дж. Айрес на роботу мозку базуються на ієрархічних уявленнях про функціонування центральної нервової системи. Автор у своїй теорії сенсорної інтеграції описує системну модель організації роботи ЦНС, в основі якої лежать уявлення про горизонтальні зв'язки між різними областями мозку, про взаємну залежність і розподіл контролю над функціями, а також про певну автономію окремих функціональних областей ЦНС. Модель терапії Дж. Айрес має міждисциплінарний характер. Різні фахівці можуть використовувати ці ідеї, щоб краще зрозуміти порушення дитини і, можливо, в чомусь змінити свою роботу. А якщо і фізичні терапевти, і ерготерапевти, і психологи, і педагоги, і

батьки виходитимуть з одних і тих же теоретичних передумов тих, хто пояснює стан дитини, і дотримуватимуться загальних практичних підходів до допомоги, це слугуватиме фундаментом ефективної взаємодії між ними і, кінець кінцем, підвищить ефективність втручання.

Дж. Айрес визначає сенсорну інтеграцію як процес впорядковування відчуттів, які потім будуть як-небудь використані. Відчуття дають нам інформацію про фізичний стан нашого тіла і довкілля. Науковець наводить ряд характеристик сенсорної інтеграції:

- сенсорна інтеграція є несвідомим процесом, що відбувається в головному мозку (ми не замислюємося про неї, як не замислюємося про дихання);
- організовує інформацію, отриману за допомогою органів чуття (смак, вигляд, звуки, запах, дотик, рух, дія сили тяжіння і положення в просторі);
- наділяє відчуття, що ми переживаємо, значенням, фільтруючи інформацію і відбираючи те, на чому слід концентруватися (наприклад, слухати вчителя і не звертати уваги на вуличний шум);
- дозволяє нам осмислено діяти і реагувати на ситуацію, в якій ми знаходимося (адаптивна відповідь);
- формує базу для теоретичного навчання і соціальної поведінки [3, с. 3].

Як метод сенсорна інтеграція полягає у формуванні в дитини адаптивної відповіді. Адаптивна відповідь – це обґрунтований і цілеспрямований відгук на відчуття. За допомогою адаптивних відповідей дитина справляється із завданнями та дізнається про щось нове. Водночас формування такої відповіді детермінує утворення у мозку нових зв'язків та саморегуляції. Найкращу можливість для сенсомоторної організації дають адаптивні відповіді на відчуття. Адаптивна відповідь – це ситуація, коли дитина реагує на те, що відбувається з її тілом або в навколишньому світі, творчо або з користю для себе.

Науковці виділяють основні принципи терапії сенсорної інтеграції [3]:

1. Сенсорні аспекти активності важливі для розвитку та навчання.
2. Щоб справлятися з труднощами і освоювати нові навички, дитині потрібні сформована на достатньому рівні перцепція та інтеграція відчуттів.
3. Ефективна реакція на труднощі і засвоєння нових навичок вельми значущі для розвитку сенсорної інтеграції нервової системи.
4. Організація сенсорної перцепції і ефективних відповідей, зазвичай, покращує не тільки розвиток, але і поведінку дітей.
5. Освоєння складних навичок і форм поведінки залежить від сукупності та різноманітності адаптивних відповідей на більш прості завдання.
6. Чим сильніше дитина мотивована до якого-небудь заняття і чим сильніше в ньому зацікавлена, тим більше шансів, що вона вистійть перед труднощами і в результаті буде діяти ефективніше.
7. Терапія заснована на грі, причому організація і вибір видів активності обумовлені інтересами та уподобаннями дитини.
8. Терапевтичні види активності припускають, що завдання, поставлені перед дитиною, їй під силу.
9. Ефективність терапії визначається тим, чи починає дитина ефективно реагувати на завдання, з якими вона раніше не могла впоратися.

Процес сенсорно інтегративної терапії виглядає як звичайна гра. Однак, ця гра складається з ряду адаптивних відповідей, які стимулюють процес сенсорної інтеграції, з розвитком якої поліпшується саморегуляція і стають доступними більш складні навички. Дитина, яка навчилася впорядковувати свою гру і здобувати навички з її допомогою, найімовірніше, навчиться також планувати своє навчання і справлятися з труднощами, що зустрічаються на її шляху. Одягання, гра і катання на велосипеді вимагають безлічі адаптивних відповідей. Людина адаптується до відчуттів. Але перш ніж тіло зможе видати адаптивну відповідь, людині необхідно організувати відчуття, отримані від тіла і навколишнього середовища. Дитина може адаптуватися до ситуації, тільки якщо її мозок знає, яка ця ситуація. Якщо дитина демонструє адаптивні відповіді, значить, її мозок ефективно організовує відчуття.

Та все ж, враховуючи усі компоненти особистісної саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна, а це довільність психічних процесів, мовлення, комунікація та довільність саморегуляції поведінки, стає очевидним, що використання терапії сенсорної інтеграції у процесі формування особистісної саморегуляції є недостатнім і не може в повному обсязі забезпечити формування усіх трьох компонентів.

Слід зауважити, що корекційно-розвиткова програма з формування елементарних знань дитини з саморегуляції потребує дотримання чіткої структури. Структура заняття складається з основних етапів, послідовність яких зберігається протягом всього періоду реалізації програми. В кожному етапі поступово (за умови, якщо в попередніх іграх діти виконують інструкцію, засвоїли правила та порядок їх виконання) змінюються та ускладнюються вправи та ігри. Етапи складаються із психотехнологій, ігор та вправ, які спрямовані на реалізацію мети програми.

План заняття:

1. Привітання.
2. Правила.
3. Гра.
4. Казка.
5. Порядок.
6. Прощання.

План занять має виглядати як інструкційна карта, тобто роздрукований на плакаті та розташований у кабінеті так, щоб діти мали легкий доступ до нього. Поруч з кожним пунктом плану розташована фотографія (пінтограма), що зображує виконання дітьми цього пункту.

До кожного етапу занять нами було підібрано технології формування елементарних знань дитини з саморегуляції.

Процедура проведення.

1. Привітання.

Цей етап включає в себе декілька ігор:

Коло привітання. Дітям пропонують стати в коло, взятись за руки і ритмічно піднімаючи і опускаючи руки разом сказати: *«Добрий день!»*. Повторити тричі.

Привітання частинами тіла. Діти стоять у колі. Тримаючись руками. Інструкція: *«Зараз ми будемо вітатись різними частинами тіла! Спочатку ми передамо привіт ніжками по колу!»*. Спеціаліст торкається своєю ногою до ноги дитини зліва, потім пропонує цій дитині торкнутись ногою до ноги наступної дитини і так по колу. Після завершення кола спеціаліст дає наступну інструкцію: *«А тепер ми передамо привіт нашим колінкам!»* Спеціаліст торкається своїм коліном до коліна дитини, яка стоїть зліва і т. д. Далі спеціаліст пропонує привітатись стегнами, спинами, плечима, ліктями.

Гра «Картки з іменами».

Обладнання: картки з іменами дітей, які відвідують групу та спеціалістів.

Хід гри: діти сідають на килим у коло. На початку роботи з картками дітей знайомлять з написаними на картках іменами. Спеціаліст привертає увагу дітей до картки і каже, показуючи на ім'я: *«Маша! Є сьогодні Маша?»* Віддає картку дівчині, яку звуть Маша і каже: *«Ось Маша!»* Процедура повторюється з усіма іменами. Коли діти вже знайомі один з одним, можна переходити до наступного кроку гри. Спеціаліст пропонує одній дитині з групи роздати картки учасникам. На наступному занятті роздає картки інша дитина і так далі, доки всі діти не спробують роздати картки. Наступним за складністю кроком є гра з картками, розрізаними навпіл. Дітям роздають по дві половини різних імен. Спеціаліст каже: *«Подивіться уважно на свої половини і на половини імен у інших дітей. Знайдіть серед інших половинок ту, яка підходить до вашої, попросіть її у дитини та складіть ціле ім'я. Теж саме зробіть з іншою половиною імені»*. Спеціаліст допомагає дітям виконати завдання. Закінчується гра *«Картки з іменами»* завжди однаково. Спеціаліст пояснює дітям: *«Гра закінчилась і тепер я буду збирати картки. Слухайте уважно! Я буду називати ім'я і той, в кого відповідна картка віддає її мені»*.

Після цієї гри закінчується перший блок заняття «Привітання». Спеціаліст звертає увагу дітей на плакат, показує, читає, пропонує прочитати дітям наступний другий пункт плану занять «Правила».

2. Правила.

Метою цієї частини заняття є засвоєння дітьми правил поведінки в групі, позитивне підкріплення прийнятної поведінки, заохочення дітей.

Обладнання: на білому картоні розміром А4 необхідно приклеїти кольорову серединку зі стебельцем таким чином, щоб можна було вставити пелюстки в серединку. Окремо необхідно вирізати по сім пелюсток різних кольорів (червоний, оранжевий, жовтий, зелений, голубий, синій, фіолетовий), на зворотній стороні пелюсток необхідно приклеїти короткі написи з правилами поведінки у групі. Правила поведінки в групі спеціалісти обирають на власний розсуд. Ми пропонуємо наступні: не ламати, не псувати; активність; дружелюбність; порядок після гри; від початку до кінця; дотримання правил; взаємодопомога. Кожному кольору відповідає правило. Кількість квіток відповідає кількості дітей в групі.

Хід гри: діти сідають на килим, спеціаліст кожному роздає або дає вибрати шаблон серединки квітки. Далі спеціаліст показує дітям одну з пелюсток, називає колір, потім перевертає і показує написане правило, читає, показує жести, фотокартки тощо. Після чого спеціаліст звертає увагу дітей на плакат, показує, читає, пропонує прочитати дітям наступний пункт плану занять «Гра».

3. Гра.

Даний блок заняття складається з двох-трьох ігор (на вибір спеціаліста), направлених на збільшення об'єму та концентрації уваги, пам'яті, розвиток сенсорної інтеграції, саморегуляції поведінки.

«Чотири стихії».

Хід гри: діти стоять у колі. Спеціаліст пояснює правила: «Якщо я скажу слово земля, всі повинні опустити руки вниз (присісти; вимовити слово, що відноситься до землі, наприклад, «трава»; зобразити змію). Якщо я скажу слово «вода», треба витягнути руки вперед (зобразити хвилі, водорості; сказати

«водоспад» і т. п.); при слові «повітря» – підняти руки вгору (піднятись на носочки; зобразити політ птиці; сказати «сонце»); при слові «вогонь» – потрібно покрутити руки в зап'ясткових і ліктьових суглобах (повернутися кругом; зобразити багаття; сказати «саламандра» тощо). Давайте спробуємо разом!». Спочатку спеціаліст разом з дітьми відтворює рухи відповідно до кожної стихії. Стихії слід називати в довільному порядку. Потім діти самостійно, без підказок відтворюють рухи, відповідні стихіям. Якщо діти вже добре запам'ятали і повторюють рухи, можна пришвидшити темп називання стихій.

«Чарівний мішечок».

Обладнання: мішечок з непрозорої тканини, предмети, які необхідно вгадати на дотик дітям, наприклад, іграшкові овочі та фрукти, іграшкові тварини, тобто будь-які предмети, знайомі дитині.

Хід гри: діти сидять за партами або на килимі, спеціаліст пояснює дітям: *«Зараз ми пограємо в дуже цікаву гру, вона називається «Чарівний мішечок». В цей мішок я складу такі предмети...»*, спеціаліст показує дітям предмети, які він сховає в мішок, дає дітям їх потримати і складає в мішок. Інструкція: *«Не дивлячись у мішок, вам необхідно занурити туди свою руку, знайти один предмет і назвати, що це за предмет. Потім дістати його з мішка, щоб впевнитись, чи вдалось вгадати предмет. Кожен по черзі спробує вгадати предмет»*.

«Боулінг».

Обладнання: кеглі або кубики, декілька м'ячів різної величини, стрічка для позначення обмежувальної лінії.

Хід гри. Спеціаліст будує з кубиків вежу, бере в руку м'яч, відходить на відстань 2-3 метри, кладе стрічку і пояснює дітям: *«Зараз ми будемо грати в гру «Боулінг». У цій грі необхідно бути дуже уважним і виконувати всі правила»*. Інструкція: *«Вам необхідно відійти за обмежувальну лінію, приготуватись і на рахунок «Три» покотити м'яч так, щоб він збив вежу! Потім побудувати знову вежу. Ось так!»* Спеціаліст рахує вголос до трьох, котить м'яч і збиває вежу. Підходить до кубиків і будує знову вежу. Далі

спеціаліст допомагає дітям встановити черговість у грі і запитує: *«Хто хоче перший спробувати? Другий?»* Необхідно показати дітям, що після кожної спроби дитини збити вежу інші учасники аплодують і підтримують цю дитину.

«Оркестр».

Дана музична гра складається з декількох етапів, які виступають самостійними іграми, тобто за вибором спеціаліста під час заняття можуть бути використані декілька етапів гри «Оркестр». У випадку, якщо група дітей охоче залучається до гри і спостерігається позитивний вплив звукової стимуляції на емоційний стан дітей, доречним буде використання всіх етапів гри.

Обладнання: шумові інструменти (бубен, маракаси, пандейра, трикутник, дзвіночки тощо), картки з написами назв шумових інструментів, аудіозапис музичних тем, технічний засіб для програвання аудіо запису.

Хід гри. Спеціаліст пояснює: *«Зараз ми будемо грати на музичних інструментах. Будьте уважними!»*. Спеціаліст показує один шумовий інструмент, називає його, показує картку з написом назви інструменту, демонструє звучання інструменту.

Перший етап: гра з паузами. Інструкція: *«Кожен з вас отримає шумовий інструмент, але грати на ньому можна лише коли звучить музика. Якщо з'являється пауза, то на інструментах не можна грати»*. Дітям роздають шумові інструменти. Спеціаліст вмикає музичну тему, під час паузи спеціаліст показує дітям жест «Тихо». Музична тема передбачає приблизно п'ять пауз.

Другий етап: обмін. Інструкція: *«Тепер під час паузи по моїй команді вам потрібно помінятися своїми музичними інструментами»*. Спеціаліст під час паузи визначає, яким саме чином діти міняються, наприклад, з сусідом праворуч або ліворуч, за обраними парами.

Третій етап: голосно-тихо. Діти слухають музичну тему «Голосно-тихо» і грають відповідно до гучності. Інструкція: *«Будьте уважні! Якщо грає гучна музика, вам необхідно гучно грати на свої інструментах. Коли почуєте тиху музику, граєте тихо»*.

Четвертий етап: швидко-повільно. Діти слухають музичну тему «Швидко-повільно» і грають відповідно до темпу. Інструкція: *«Будьте уважні! Якщо*

грає повільна музика, вам необхідно повільно грати на своїх інструментах. Коли почуєте швидку музику, граєте швидко».

П'ятий етап: повторення певного ритму. Інструкція: *«Слухайте уважно і повторюйте за мною!»*. Спеціаліст грає певний (простий) ритм на музичному інструменті, вголос рахуючи і відбиваючи рукою на колінці цей ритм. На початку слід допомогти дітям, відбиваючи ритм рука в руці.

«Велика добра тварина».

Діти стоять у колі, спеціаліст пояснює правила: *«Давайте візьмемося за руки. Уявіть, що ми – це одна велика добра тварина! Давайте прислухаємось, як вона дихає! Вдих – крок назад! (спеціаліст вдихає і робить крок назад, розширюючи коло). Видих – крок вперед! (спеціаліст робить видих і крок вперед)»*. Рекомендується робити 5-6 повільних вдихань-видихань. Щоб урізноманітнити вправу, можна пропонувати дітям інші дії в образі великої доброї тварини, наприклад, присідати, піднімати руки, вставати на пальчики тощо.

Після цієї гри закінчується другий блок заняття «Гра». Спеціаліст звертає увагу дітей на плакат, показує, читає, пропонує прочитати дітям наступний пункт плану занять «Казка».

4. Казка.

Третій структурний блок заняття передбачає імпровізоване відтворення сюжету простих, знайомих дітям казок та спрямований на емоційний розвиток, запам'ятовування послідовності подій, розширення рольового репертуару. Даний структурний блок має декілька основних етапів. Один етап може повторюватись за необхідності декілька занять поспіль.

Обладнання: слайди з ілюстраціями основних подій, текстом казки та голосовим супроводом, технічний засіб для демонстрації слайдів, кольорові зображення казкових героїв, контурні зображення казкових героїв, кольорові олівці та резинка для виготовлення масок, ляльковий наручний театр з казковими героями, піктограми основних емоцій.

Перший етап передбачає знайомство з казкою.

Хід гри: діти сідають на килим або за парти. Спеціаліст пояснює: *«Зараз ми подивимось казку. Будьте уважні, запам'ятовуйте!»*. Дітям демонструють слайди. Після цього спеціаліст задає декілька питань, щоб діти запам'ятали казкових героїв, послідовність подій: 1) з чого починалась казка?; 2) які герої були у казці? (пропонує дітям вибрати з наручних ляльок); 3) що робив герой, покажи, як він це робив (спеціаліст допомагає дітям відтворити дію); 4) що було далі?; 5) чим закінчилась казка?

Другий етап передбачає виготовлення масок. Дітям пропонують вибрати собі героя і розмалювати кольоровими олівцями, спираючись на кольорове зображення. Спеціаліст допомагає вирізати зображення, прорізати отвори для очей і прилаштувати резинку так, щоб маска трималась на голові.

Третій етап передбачає більш детальний аналіз казки. Спеціаліст задає питання, які стосуються емоційних станів героїв казки на різних її етапах, просить знайти відповідні піктограми, зобразити мімікою перед дзеркалом.

Четвертий етап являє собою ігрове відтворення дітьми подій казки, емоційних станів героїв, слів та дій казкових героїв. Перевтілення дітей відбувається за допомогою масок, виготовлених дітьми або наручних ляльок. Рекомендується повторювати четвертий етап на протязі декількох занять, пропонувати дітям мінятися персонажами і відтворювати дії інших героїв, імпровізувати, вигадувати події казки, додавати героїв.

Після цієї гри закінчується третій блок заняття «Казка». Спеціаліст звертає увагу дітей на плакат, показує, читає, пропонує прочитати дітям наступний пункт плану занять «Порядок».

5. Порядок.

Після закінчення третього блоку спеціаліст пропонує дітям озирнутись навколо себе і скласти на місце іграшки і предмети. Обов'язковою умовою є залучення всіх дітей. Далі спеціаліст звертає увагу дітей на «Квітку-семицвітку», що лежить на столі.

Метою цієї частини заняття є засвоєння дітьми правил поведінки в групі, позитивне підкріплення прийнятної поведінки, заохочення дітей.

Обладнання: на білому картоні розміром А4 необхідно приклеїти кольорову серединку зі стебельцем таким чином, щоб можна було вставити пелюстки в серединку. Окремо необхідно вирізати по сім пелюсток різних кольорів (червоний, оранжевий, жовтий, зелений, голубий, синій, фіолетовий), на зворотній стороні пелюсток необхідно приклеїти короткі написи з правилами поведінки у групі. Правила поведінки в групі спеціалісти обирають на власний розсуд. Ми пропонуємо наступні: не ламати, не псувати; активність; дружелюбність; порядок після гри; від початку до кінця; дотримання правил; взаємодопомога. Кожному кольору відповідає правило. Кількість квіток відповідає кількості дітей в групі.

Хід гри: діти сідають на килим, спеціаліст кожному роздає або дає вибрати шаблон серединки квітки. Далі спеціаліст показує дітям одну з пелюсток, називає колір, потім перевертає і показує написане правило, читає. Після цього спеціаліст по черзі у звертається до кожної дитини і запитує, наприклад: *«Маша, ти була сьогодні дружелюбна?»*, потім звертається до групи: *«Діти, Маша була сьогодні дружелюбна?»*. Спеціаліст допомагає дітям згадати чи виконувала Маша це правило, разом визначають чи отримає Маша сьогодні пелюстку даного кольору, чи ні. Рекомендується, щоб увага дітей не втрачалась, пелюстки одного кольору спочатку роздати всім дітям по черзі, потім взяти пелюстку іншого кольору і так далі.

З метою корекції саморегуляції поведінки у дітей під час заняття можна нагадувати дитині, яке правило вона порушує і яку пелюстку вона може не отримати в кінці.

Після цієї гри закінчується п'ятий блок заняття. Спеціаліст звертає увагу дітей на плакат, показує, читає, пропонує прочитати дітям наступний пункт плану занять «Прощання».

6. Прощання.

Хід гри: діти стають у коло, беруться за руки, ритмічно піднімаючи і опускаючи руки, трічі кажуть: *«До побачення!»*

Після закінчення заняття, тобто після пункту «Прощання», діти разом із спеціалістом виходять до батьків, усі стають у коло і кожна дитина по черзі

рахує кількість пелюсток у себе. У випадку, якщо у дитини сім пелюсток, то вся група разом з батьками гучно аплодують і вітають дитину. Якщо ж не всі сім пелюсток, то не аплодують, але ні в якому випадку не критикують і не сварять. Рекомендується не загострювати на цьому увагу і переходити до наступної дитини.

Окрему увагу слід приділити психотехнології «Правила», а саме процесу формування елементарних знань дитини з довільності поведінкової активності, що представлено у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

**Технології формування елементарних знань дитини з синдромом
Дауна з саморегуляції**

Я-висловлювання	Саморегуляція Я-висловлювання (вербальні / невербальні)
Діти з синдромом Дауна віком 3-5 років (пиктограми)	
увага (бути уважним)	уважний, я-уважний, жест – піднятий вгору вказівний палець руки
стоп (якщо чуєш «стоп», треба зупинитись)	стоп, зупинись, жест – долоня, виставлена вперед
не ображати один одного (штовхатись, битись, щипатись – не можна!)	не ображати, ні-ні, жест – махає рукою ні, пальцем свариться
дружити (ми дружимо, посміхаємось, допомагаємо один одному)	дружити, друзі, допоможу, невербальне висловлювання – посміхаються, обнімають один одного, гладить по руці
порядок після гри (збираємо іграшки після гри)	порядок, корзина, складу іграшки, вказують на пиктограму
Діти з синдромом Дауна віком 6-8 років (психотехнологія «Квітка-семицвітка»)	
не ламати, не псувати	Я не буду ламати іграшки, я не ламаю, не можна ламати; жест – махає рукою ні, пальцем свариться
активність	Я буду грати, активність, я-активний; жест – махає стверджувально головою

дружелюбність	Я буду дружити, я-дружелюбний, ми друзі; невербальне висловлювання – посміхаються, обнімають один одного, гладять по руці
порядок після гри	Я буду складати іграшки, наводити порядок; вказують на корзину для іграшок
від початку до кінця	Я граю до кінця, а потім починаю нову гру, я буду грати від початку до кінця гри, так; невербальне висловлювання – погоджується, махає стверджувально головою
дотримання правил	Я буду виконувати правила, так; невербальне висловлювання – погоджується, махає стверджувально головою
взаємодопомога	Я буду допомагати, допоможу, так; невербальне висловлювання – посміхаються, обнімають один одного, гладять по руці

Слід вказати, що зміст, завдання плану занять та психотехнології змінюються за віковим принципом. Тобто для групи дітей від 3 до 4 років зміст занять необхідно зорієнтувати, здебільшого, на формуванні довірливості психічних функцій та процесу інтеграції сенсорної інформації і меншою мірою – на формуванні довірливості саморегуляції поведінки. У групі дітей віком від 5 до 6 років основний акцент слід зробити на формуванні комунікативної діяльності, зменшити формування інтеграції сенсорної інформації. А у віковій групі 7-8 років на основі достатнього рівня сформованості довірливості відчуттів і сприймання, сенсорної інтеграції та комунікативної діяльності слід стимулювати формування довірливості саморегуляції поведінки. Все це забезпечить формування шкільної зрілості як показника переходу на новий щабель особистісного розвитку дитини з синдромом Дауна.

Представлений план занять розрахований на відвідування дітьми групових занять один раз на тиждень та індивідуальних занять один раз на тиждень.

На даному етапі є важливим залучення сім'ї до різних груп як засіб сприяння виходу сім'ї із обмеженого, замкнутого кола власної сім'ї.

Результати емпіричного вивчення проблеми ранніх етапів життєдіяльності дітей з синдромом Дауна показали, що у батьків з появою такої дитини раптово з'являється симптом «втрати» ілюзії своєї здорової дитини, яку вони чекали. Результат функціонування цього симптому підкріплюється раповим руйнуванням очікувань, які супроводжуються страхом по відношенню до дитини і появою деструктивних психічних станів (відчай, депресія, фрустрація тощо). Характерним проявом симптому є дисоціація: втрата ілюзії і надії на появу дитини-мрії і звикання до дитини з синдромом Дауна, також дисоціація виявляється в тому, що ілюзії не збігаються з реальністю.

Стає очевидним, що народження дитини з особливостями розвитку є для батьків тим поштовхом, який викликає процеси «переживання горя». Внутрішня робота матері і батька над собою і над проблемами, що виникли в сім'ї, в результаті стане вирішальною для майбутнього сім'ї і, зокрема, дитини. У разі, коли дисоціація набуває якості стійкого психічного стану, батьки вимагають спеціального клінічного супроводу з включенням медикаментозного. Одночасно необхідно упереджувати появу і поглиблення цього стану шляхом індивідуальної психотерапії ще до народження дитини (якщо батьки знають про ймовірність народження дитини з синдромом Дауна) і одразу ж після народження (у разі, якщо вони такою інформацією не володіли).

Водночас у батьків спостерігається обвинувальна позиція щодо медичних працівників, яка погіршує їх переживання і досить часто виступає однією з детермінант дисоціації. Так, 85% батьків повідомляють про надання медичними працівниками недостовірної інформації про синдром Дауна, пропозицій відмовитися від дитини, що посилює їх переживання.

Особливу роль у формуванні батьківської позиції грає стратегія поведінки батьків по відношенню до дитини. У більшості випадків поводження батьків визначається реакціями оточення щодо їх рішення залишити дитину. У 75% опитаних батьків у відповідях на питання *«Чи розповіли Ви комусь про*

діагноз дитини – Вашим дітям, родичам, друзям? Яка у них була реакція?» спостерігається поява і зміцнення негативних психічних станів у відповідь на реакцію оточуючих. Найбільш негативними факторами поведінки є те, що вони ховають своїх дітей від оточуючих, чим посилюють регресію в їх розвитку. Було помічено, що більшість матерів, діти яких мають синдром Дауна, демонструють активний директивний стиль, у грі поміщають дітей близько до іграшок, орієнтують, спрямовують їх увагу на іграшки.

Крім втрати ілюзії «досконалої дитини», у батьків виникає симптом втрати ідентифікації зі своєю батьківською роллю. У мовних зворотах ця втрата визначається як «... *яка я мати / батько «особливої» дитини?»*. Цей симптом детермінує появу руйнівної тенденції у функціонуванні глибинних основ почуття власної гідності батьків, яка зачіпає гендерні особливості ідентифікації своєї чоловічої та жіночої повноцінності. Крайнім проявом цього симптому є посилення почуття втрати ідентичності. Таким чином, батьківська позиція щодо народження дитини з синдромом Дауна може проявлятися у функціонуванні симптому втрати ідентифікації своєї батьківської ролі, порушення гендерних ідентифікацій. Однак досить часто поява дитини з синдромом Дауна є горем як специфічним психосоціальним переживанням.

У вітчизняній літературі представлено опис стадій переживання горя батьками дитини з функціональними обмеженнями. Перша стадія – шок і заціпеніння. У перший момент жінка відчуває шок, який характеризується втратою орієнтації, заціпенінням, а в ряді випадків – і сплутаністю свідомості. Друга стадія – реактивна, якій характерна поява різного роду реакцій на події – це може бути плач, гнів, пошук винних. У цей момент мати дуже чутлива до поведінки оточуючих, болісно сприймає будь-які недомовки. Третя – адаптивна фаза. Починається процес звикання батьків до ситуації. Головне – прийняття дитини такою, якою вона є, і встановлення з нею стосунків любові і довіри. Четверта – фаза реорганізації. Починаються активні дії батьків з вишукування ресурсів для організації нормального існування в реальній ситуації [21].

У своїй роботі Ф. Василюк пише, посилаючись на З. Фрейда, про те, що «робота печалі» полягає в тому, щоб відірвати психічну енергію від коханого,

але тепер втраченого об'єкта. До кінця цієї роботи «об'єкт продовжує існувати психічно», а після її завершення «я» стає вільним від прихильності і може направляти вивільнену енергію на інші об'єкти. «Робота горя» в ситуації народження дитини з синдромом Дауна полягає в тому, щоб відокремити психічну енергію від ідеальної, але втраченої дитини, звільнити «я» від нереалістичних очікувань з тим, щоб вивільнену енергію направити на реальну дитину з особливостями в розвитку.

Технології психологічної допомоги вибудовуються відповідно до етапів переживання горя:

1. Допомога на стадії шоку. Необхідно бути присутнім поруч з людиною, яка зазнали втрату, не залишати її на самоті, піклуватися про неї. Висловлювати свою турботу і увагу краще через дотики, якщо людина дозволяє. Саме такий спосіб вважається фахівцями більш актуальним у випадку роботи з людиною на стадії шоку. Навіть просте потискування руки краще, ніж холодна ізоляція. Звісно, людина, що переживає горе, завжди має право відсторонити руку, так само як і іншу участь, але пропонувати допомогу необхідно.

2. Допомога на стадії гострого горя. На цій стадії головним завданням є створення навколо людини атмосфери присутності й розуміння. Для цього фахівці рекомендують говорити про ситуацію, причини і почуття, пов'язані з нею, запитувати й слухати, але не варто нав'язувати людині допомогу, бесіду, запитувати про її думки, навіть коли людина замовкає і занурюється у роздуми. Необхідно бути готовими продовжити розмову, коли людина повернеться до реальності, дати можливість виплакати, не намагаючись неодмінно втішити. При цьому не слід усім своїм виглядом постійно підкреслювати співчутливе ставлення, особливий статус страждаючої людини. Поступово (ближче до кінця цього періоду) слід долучати людину, що переживає горе, до повсякденної діяльності. Вважається, що на перших двох стадіях психологічна / психотерапевтична робота не є ефективною.

3. Допомога на третій та четвертій стадіях – стадіях відновлення. Вважається, що саме на цих стадіях стає ефективною психологічна допомога. У більшості випадків батьки звертаються за допомогою до спеціалістів саме на

цих стадіях. Фахівці вказують на необхідність залучення сімей до різних соціальних груп, як наприклад: групи психологічної підтримки, групи раннього розвитку дітей, групи за інтересами тощо. Слід допомагати батькам знову включитися в життя, планувати майбутнє. Оскільки людина, що переживає горе, може неодноразово повертатися до переживань гострого періоду, необхідно давати їй можливість знову і знову говорити про ситуацію. Корисними в цей період можуть бути і будь-які прохання про допомогу з боку друзів, близьких, виконання яких допоможе людині повернутись до реального життя; іноді ефективні навіть звинувачення у байдужості, неувважності до близьких, нагадування про обов'язки.

Існує ряд основних рекомендацій, про які потрібно пам'ятати, працюючи з матір'ю, яка переживає втрату, як-от:

- слухайте приймаючи, а не засуджуючи;
- зробіть так, щоб людині стало зрозуміло, що у вас є щире бажання їй допомогти виразити свої почуття, які б вони не були, і готовність підтримувати її;
- приймайте почуття і страхи людей серйозно;
- дайте час для того, щоб з'явилася довіра: доки її немає, страждаюча людина не здатна ділитися з вами своїми переживаннями;
- дотримуйтеся доречної дистанції, не дозволяйте собі заплутатися в чужих проблемах настільки, щоб стало неможливим зберігати позицію людини, що надає допомогу;
- спонукайте вираз і усвідомлення почуттів;
- допоможіть людині позбутися необґрунтованого почуття провини;
- допоможіть зрозуміти, побачити своє майбутнє, вибудувати і прийняти свою нову батьківську роль;
- допоможіть вибудувати адекватне реалістичне бачення найближчого майбутнього дитини з синдромом Дауна.

Основним методом роботи з батьками ми обрали психодраматерапію. Методи психодрами, соціометрії й групової психотерапії були розроблені та

описані в 20-30 роках XX століття австрійсько-американським психологом і психіатром Якобом (Джекобом) Леві Морено й за час існування поширилися в більшості країн Америки та Європи. З початку 90-х років XX століття психодрама активно розвивається в країнах Східної Європи, а з середини 90-х років в Україні. Психодрама (психо + драма (дія); синонім – спонтанний театр) – метод групової психотерапії, що полягає в розігруванні учасниками сцен з їхнього життя, у яких відтворюються конфліктні ситуації та створюється можливість вільно відреагувати на них. Психодрама – це метод відтворення в драматичній дії значущих подій і особистісних проблем свого життя. Психодрама – один з найефективніших методів групової психотерапії, що базується на театралізації, рольовій грі, драматичному самовираженні особистості, ігровому драматизованому моделюванні власного життя. За допомогою цього методу можна домогтися особистісного росту, перебороти життєву кризу, засвоювати основні ролі людини, скоригувати життєвий сценарій, знайти вихід з конфлікту, зменшити симптоми й важкі переживання, а також досягти рішення численних життєвих проблем. Метод психодрами виходить далеко за межі суто клінічних або психологічних проблем, з успіхом використовується і для особистісного самопізнання, і як засіб особистісного росту й розвитку в різноманітних сферах від особистого життя до бізнесу й політичної діяльності. Робота в психодраматичній групі ґрунтується як на реальності, так і на уявлених ситуаціях. Можливе символічне повернення в минуле й моделювання майбутнього, дослідження сновидінь. Психодрама – це метод групової психотерапії, заснований Я. Морено, що поєднує в собі діагностичні можливості, сценічні подання (театр спонтанності), груподинамічні сеанси й аналітичну роботу групи.

В індивідуальній роботі використовується такий напрям психодраматерапії як монодрама. У монодрамі допоміжними «Я» виступають символічні предмети (наприклад іграшки) або порожні стільці.

Психодраматичний метод по суті є практичною роботою з відтворення внутрішнього світу особистості в просторі мікросоціального середовища засобами спонтанного програвання драматично опосередкованої реальності.

Він здатний вивільнити цілісний прояв актуальних ціннісно-сміслових станів, надавши особистості можливість їх проживання та розвитку. Співучасниками цього процесу стають всі члени групи, здійснюючи свій суб'єктивно-значущий внесок у процес самопізнання особистості. Психодрама – поліфункціональний метод, що володіє своєю діагностичною силою, корекційно-терапевтичними, реабілітаційними, дидактичними можливостями. Ігрова основа психодрами, переважна орієнтація на дію, значна роль фізичних рухів знижують вплив стереотипних вербально закріплених захисно-оцінних реакцій. Встановлення довірливої атмосфери, інтенсивне використання невербальних комунікацій відкривають можливість спонтанного самовираження особистості в групі. За допомогою різних технічних прийомів, таких як зміна ролей, дублювання, «порожній стілець», дзеркало і т. д., конфлікти особистості й суспільства не тільки й не стільки обговорюються в групових дискусіях, але й розігруються на сцені з врахуванням різних рольових позицій. Ці дії сприяють усвідомленню й подоланню (переживанню) конфлікту. Не тільки головна діюча особа (протагоніст), але і його партнери по грі (допоміжні «Я»), а також інші члени групи здобувають новий особистісний досвід, що сприяє розвитку спонтанності й креативності. Пол Холмс визначає психодраму як форму групової психотерапії, яка не допускає пасивного спостереження [164].

Отже, психодрама спрямована на реалізацію таких завдань:

- у безпечних умовах психотерапевтичного простору пережити драму внутрішнього світу;
- усвідомити травмуючі ситуації минулого та перетворити їх на досвід, який можливо використовувати у теперішньому;
- повірити в себе, у свої сили й можливість змін;
- знайти оптимальні поведінкові стратегії у важких життєвих ситуаціях;
- освоїти нові ролі й моделі поведінки.

Психодрама дозволяє моделювати в спеціально створених умовах групової роботи реальні життєві ситуації, шукати й знаходити оптимальні

способи поведінки в них, освоювати нові соціальні ролі. Важливе значення в психодрамі надається емоційному відреагуванню життєвого досвіду в процесі рольової взаємодії. Таке відреагування Я. Морено, слідом за Арістотелем, називав катарсисом, тобто очищенням. Але, на відміну від Арістотеля, для Я. Морено катарсис є відреагуванням не лише через сум і страх, але й через силу, що очищає, через гумор і сміх. Члени групи під час драматичної імпровізації нібито відстороняються від власних переживань із приводу реальних подій і отримують можливість побачити своє життя очима інших людей.

3.3 ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ ЗДАТНОСТІ ДО САМОРЕГУЛЯЦІЇ ДОШКІЛЬНИКІВ З СИНДРОМОМ ДАУНА ЗАСОБАМИ СЕНСОРНО-ІНТЕГРАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ

Після впровадження програми корекційно-розвиткових занять з формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна було проведено повторну психологічну діагностику цих дітей з метою виявлення динаміки рівня сформованості саморегуляції за трьома компонентами: довільність психічних процесів, комунікативна діяльність, довільність саморегуляції поведінки.

Довільність психічних процесів визначалась через стан сформованості довільності сприймання та уваги, здатності до інтеграції сенсорної інформації за допомогою методик «Коректурна проба», опитувальник для діагностики порушень сенсорної інтеграції за Дж. Айрес (для батьків і спеціалістів). Комунікативний компонент здатності до саморегуляції констатувався через визначення стану сформованості розуміння зверненого вербального мовлення, власного вербального мовлення, розуміння і використання елементарних жестів, показник обізнаності дитини на основі бесіди з дитиною та методики дослідження мовлення і комунікації за О. Венгер, Г. Вигодською, Е. Леонгард. Довільність саморегуляції поведінки визначалась через такі показники:

здатність виконувати ігрові ролі; свідомо оцінка ситуації та реакція на контролюючі інструкції з боку дорослого; самостійна регуляція поведінки; свідоме підпорядкування правилам; емоційна реакція відповідно до ситуації; позитивна реакція на стимулюючу й мотивуючу допомогу з боку дорослого. Для дослідження поведінкової саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна нами було обрано методику «Палички і хрестики» (за Т. Черединою) та спостереження, результати якого фіксувались у протоколах до кожної методики.

За результатами методики «Коректурна проба», що представлені у таблиці 3.2, було встановлено, що після проведення формувального експерименту показник довільності уваги збільшився як в експериментальній, так і в контрольній групі, але з деякими відмінностями, а саме: в ЕГ у 75% дітей було встановлено дуже низький рівень стану сформованості довільної уваги, у 25% – низький рівень, а в КГ у 83% дітей було встановлено дуже низький рівень стану сформованості довільної уваги і в 17% – низький.

Таблиця 3.2

Порівняльний аналіз стану сформованості стійкості і продуктивності уваги у дошкільників з синдромом Дауна (за методикою «Коректурна проба»)

Експериментальні групи	Стан сформованості стійкості і продуктивності уваги (досліджувані у %)			
	дуже низький	низький	середній	високий
ЕГ	75	25	–	–
КГ	83	17	–	–

Результати опитувальника з визначення наявності порушень показників сенсорної інтеграції для батьків та спеціалістів (Дж. Айрес) представлені на рисунках 3.1. та 3.2.

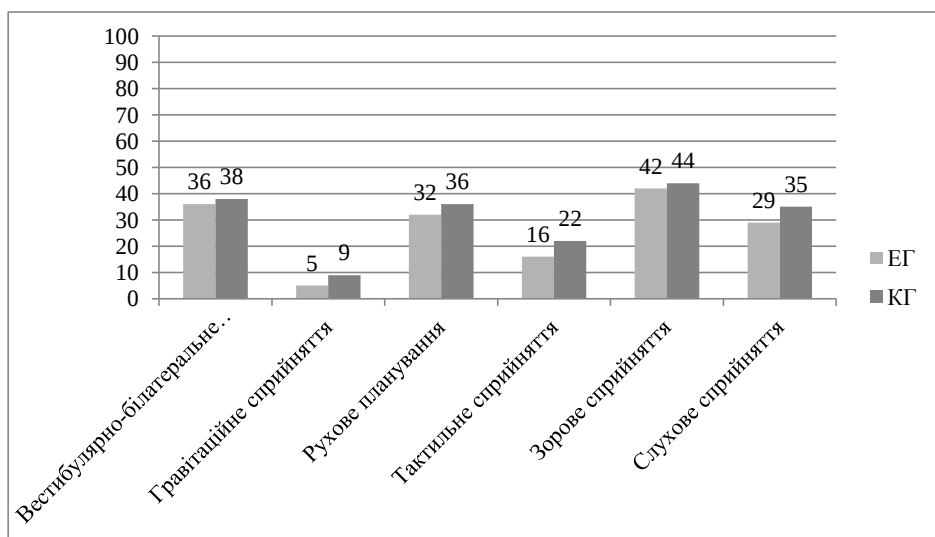


Рис. 3.1 – Аналіз порушень показників сенсорної інтеграції дошкільників з синдромом Дауна

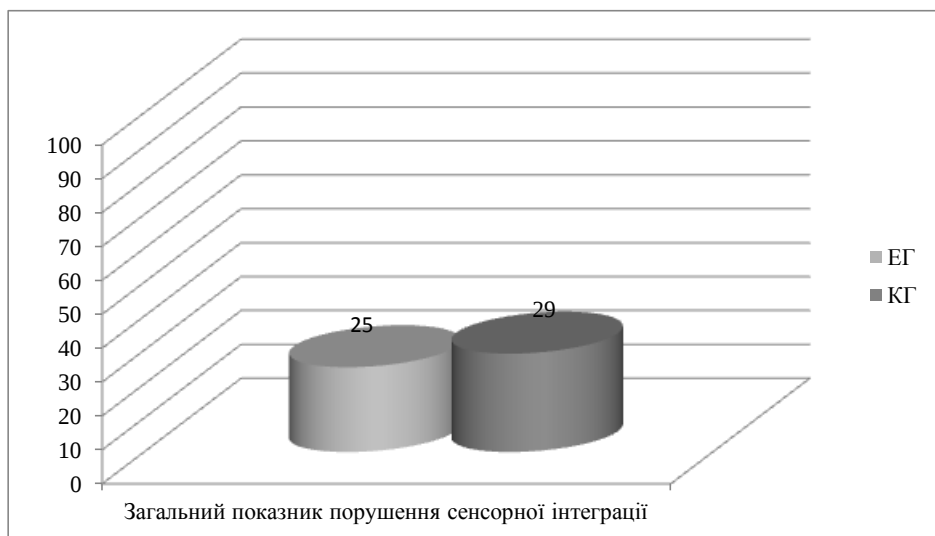


Рис. 3.2 – Порівняння загальних показників порушень сенсорної інтеграції у дошкільників з синдромом Дауна

Таким чином, вестибулярно-білатеральне сприймання дітей ЕГ порушено на 36%, рухове планування – на 32%, слухове – на 29%, зорове сприйняття – на

42%, тактильне сприйняття – на 16% і гравітаційне сприйняття – на 5%. Діти КГ продемонстрували такі результати: вестибулярно-білатеральне сприймання порушено на 38%, зорове сприйняття – на 44%, рухове планування – на 36%, слухове – на 35% гравітаційне сприйняття – на 9% і тактильне сприйняття – на 22%. Діти ЕГ – на 25%, діти КГ – на 29%.

Як бачимо, діти ЕГ, які були долучені до корекційно-розвиткових занять за методикою формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна, мають менші порушення показників здатності до інтеграції сенсорної інформації у порівнянні з дітьми КГ. Такі результати підтверджують ефективність розробленої нами методики.

Порівняння результатів, отриманих за методикою діагностики мовлення і комунікації (за О. Венгер, Г. Вигодською, Е. Леонгард) у експериментальній групі та у контрольній групі дало змогу визначити динаміку формування мовлення і комунікації у дошкільників з синдромом Дауна під впливом корекційно-розвивальних занять. Результати представлені у таблиці 3.3.

Здатність до розуміння зверненого мовлення у дітей ЕГ сформована на 92%, у дітей КГ – на 83%; власне вербальне мовлення сформоване у дітей ЕГ на 79%, у дітей КГ – на 71%; здатність до розуміння і використання жестів у дітей ЕГ сформовано на 100%, у дітей КГ – на 92%. Загальний показник стану сформованості мовлення і комунікації у дітей ЕГ становить 88%, у дітей КГ – 80%.

Таблиця 3.3

Порівняльний аналіз стану функціонування комунікативної діяльності дошкільників з синдромом Дауна (за результатами методики дослідження мовлення і комунікації О. Венгер, Г. Вигодською, Е. Леонгард)

Показники Групи	Здатність до розуміння зверненого мовлення, %	Стан сформованості власного вербального мовлення, %	Здатність до розуміння і використання жестів, %	Загальний показник стану сформованості мовлення і комунікації, %
ЕГ	92	79	100	88

КГ	83	71	92	80
----	----	----	----	----

Аналізуючи стан сформованості мовлення і комунікації у дітей з синдромом Дауна дошкільного віку, можна стверджувати, що для цих дітей є характерною позитивна динаміка у формуванні здатності до розуміння мовлення та власного вербального мовлення, особливо така динаміка спостерігається у групі дітей, що брали участь у формувальному експерименті. Було помічено, що використання засобів та прийомів, які ми запропонували у методиці, значно покращує якість взаємодії з цими дітьми та розуміння ними інструкцій з боку дорослого, а також дає можливість висловити свої потреби та позитивно відображається на здатності до саморегуляції.

Проведений нами аналіз стану сформованості довірливості саморегуляції поведінки дошкільників різних експериментальних груп засвідчує на користь ефективності запропонованої нами методики. Результати представлені на рисунку 3.3.

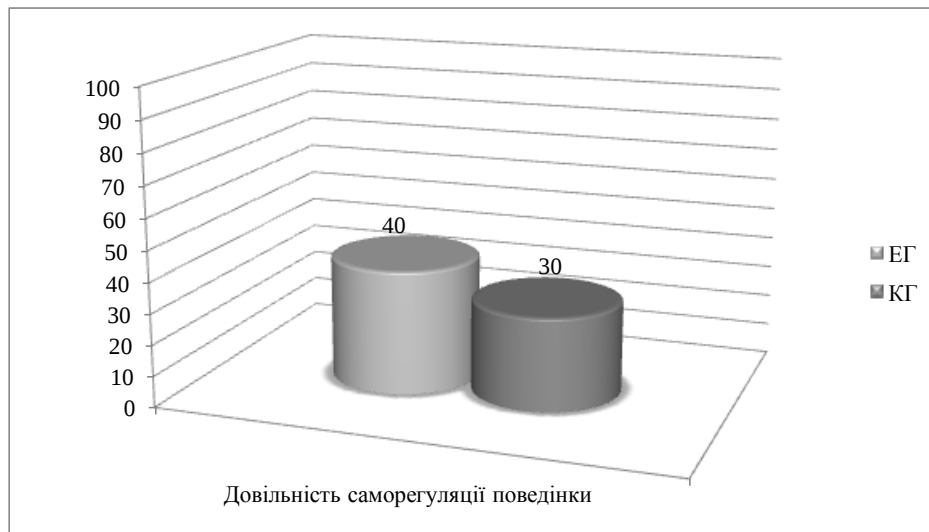


Рис. 3.3 – Аналіз показників стану сформованості довірливості поведінкової саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна (за методикою «Палички і хрестики»)

Довільність саморегуляції поведінки у дітей ЕГ сформована на 40%, у дітей КГ – на 30%. Попри те, що рівень довільності у двох групах низький, однак простежується позитивна динаміка формування довільності поведінкової саморегуляції дітей цієї категорії. Було помічено, що чітка організація часу та простору, а також використання прийомів та засобів, описаних у методиці, детермінує формування елементарної здатності у дошкільників з синдромом Дауна до довільності саморегуляції. Тобто, звертаючи увагу дітей під час групового заняття на план занять з фотокартками, діти більш охоче дотримуються правил та послідовності заняття.

Упровадження методики формування здатності до саморегуляції у дошкільників з синдромом Дауна дало підстави виявити та описати динаміку формування здатності до саморегуляції. Виявлено динаміку показників стану функціонування сенсорної інтеграції, комунікативної активності та довільності саморегуляції поведінки (рис. 3.4).

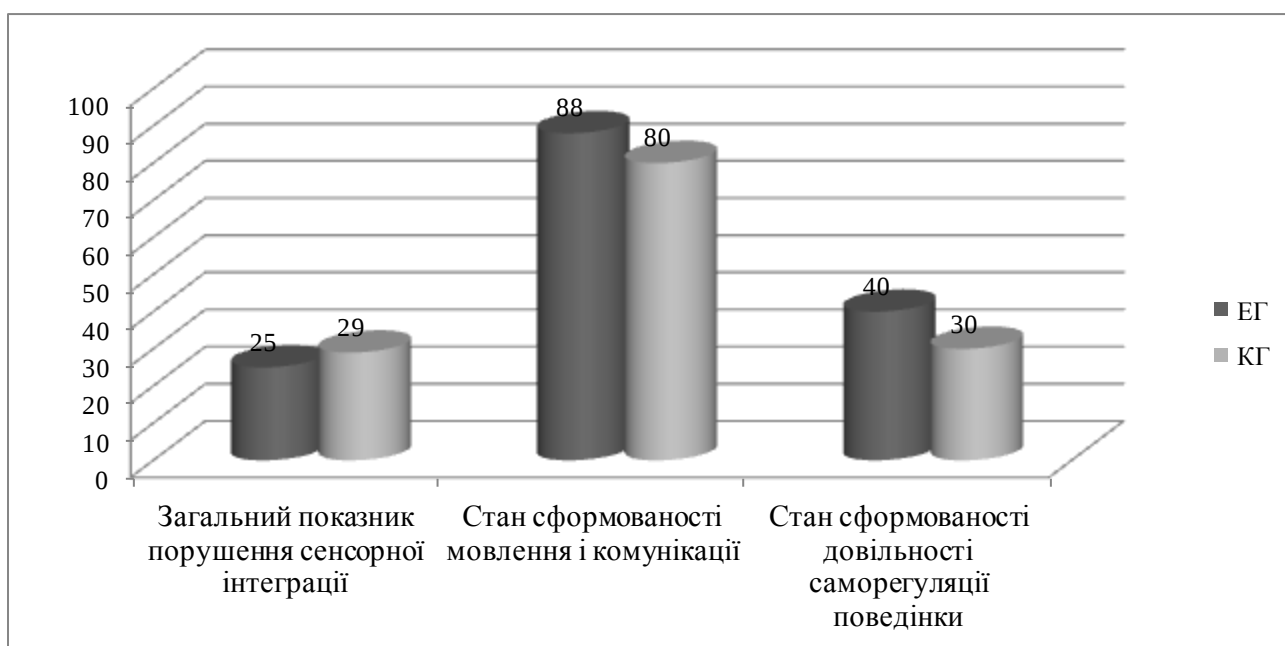


Рис. 3.4 – Аналіз стану сформованості компонентів здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна

Результати апробації даної методики свідчать про ефективність групової роботи в процесі формування здатності до саморегуляції дітей дошкільного віку з синдромом Дауна. Так, використання піктограм, фотографій, а також жестів та карток з написаними словами покращують ефективність формування

комунікативних навичок, мають стимулюючий, заохочувальний вплив на дітей. А використання рухливих ігор має вплив на розвиток сенсорної інтеграції – діти демонстрували зростання довільності власної діяльності у взаємодії з однолітками.

Ефективність роботи з даною категорією дітей суттєво обумовлюється ефективністю просвітницької та психотерапевтичної роботи з батьками, зокрема, формування у батьків здатності адекватно оцінювати можливості і особливості своїх дітей, готовності залучати їх до відвідування дошкільних навчальних закладів, правильно організовувати час та простір у домашніх умовах тощо.

З бесід з батьками на завершальному етапі методики з'ясувалось, що у дітей, залучених до експерименту, покращилась особистісна саморегуляція поза заняттями, а саме: підвищилась комунікативна здатність під час ігор на дитячих майданчиках, ініціативність у грі, мовленнєва активність, адаптивність до нових незнайомих ситуацій.

Таким чином, можна констатувати позитивний ефект від впровадження методики формування здатності до саморегуляції дітей з синдромом Дауна, зокрема програми корекційно-розвиткових занять, а також інтеграції таких дітей до групи однолітків, на формування їх особистісної саморегуляції.

Висновки до ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ

1. Констатувальне дослідження та результати теоретичного аналізу переконливо довели, що здатність до саморегуляції дитини з синдромом Дауна в дошкільному віці визначається станом сформованості в неї елементарних знань про власну довільну активність, про комунікативну та поведінкову активність.

2. Формування здатності до саморегуляції обумовлюється технологіями впливу на розвиток дитини у цьому віці. Йдеться про діагностичні, прогностичні та корекційні / терапевтичні технології.

3. Визначено алгоритм розроблення індивідуальної траєкторії розвитку, доведено взаємообумовленість здатності до саморегуляції у дошкільників з синдромом Дауна від ставлення батьків до такої дитини.

4. Здійснено порівняльний аналіз ефективності впливу на формування здатності до саморегуляції дітей з синдромом Дауна. Зокрема, встановлено зростання позитивної динаміки у формуванні гнучкості сенсорних реакцій, показників комунікативної та поведінкової активності.

ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено теоретичне обґрунтування та практичне розв'язання проблеми формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна, виявлено її специфіку та вивчено психологічні закономірності й механізми взаємозв'язку чинників формування саморегуляції і розвитку особистості цих дітей у дошкільному віці, обґрунтовано психологічні умови та чинники формування здатності до саморегуляції і засобів корекційного впливу.

За результатами проведеного дослідження можна констатувати наступне:

1. Теоретичний аналіз досліджень проблем саморегуляції дітей з синдромом Дауна дав підстави констатувати відсутність її вирішення в експериментальному контексті сучасної спеціальної психології. Виявлено поодинокі дослідження, в яких проблема саморегуляції цих дошкільників представлена в якості похідної. Йдеться про ґрунтовні дослідження психомоторного розвитку цих дітей, їх пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери їх особистості. Поряд з цим, науковці обходять питання упередженого ставлення до спроможності цих дітей в опануванні навчальною діяльністю, що представлено існуючою ізоляцією їх від шкільного навчання та питання дослідження їх особистості, що визначається специфікою їх соціальної адаптації та спроможності до використання отриманих знань у подальшому шкільному навчанні. Також виявлено упереджене ставлення щодо функціональності їхньої саморегуляції. Невирішеність цих аспектів у ракурсі експериментального дослідження дало підстави до вирішення цієї проблеми.

2. З огляду на існування достатньо широкого спектру досліджень проблем саморегуляції з позицій діяльнісного, системного та особистісного підходів, та у наукових галузях (філософії, психології, педагогіки, соціології, медицини) встановлено її функціональність при типовому та атиповому розвитку, що й дало підстави вивчати саморегуляцію дошкільників з синдромом Дауна в міждисциплінарному підході. У такий спосіб було визначено компоненти саморегуляції дітей дошкільного віку (психічні процеси, комунікативна

діяльність, саморегуляція поведінки), показники (відчуття, сприймання, увага; взаємодія з оточуючими, образ-Я, мовлення; відтворення соціальних ролей, співвідкорення внутрішніх мотивів зовнішнім умовам). Змістовий опис саморегуляції було покладено в основу розроблення експериментальної моделі психодіагностичного комплексу саморегуляції дітей дошкільного віку з синдромом Дауна.

3. Виявлення труднощів діагностики дітей з синдромом Дауна дало підстави в межах комплексної діагностики визначити основні аспекти її реалізації: диференціація діагностики за віковими показниками в межах дошкільного віку (молодший, середній та старший дошкільний вік), орієнтація дітей на комунікативні форми діагностики (бесіди, інтерв'ю), методи невербальної діагностики та проєктивні методики, створення в межах експериментальної ситуації взаємодії з дорослим на засадах співпраці та допомоги (що виступало важливим діагностичним показником). Встановлено взаємообумовленість та наступність у формуванні компонентів саморегуляції (несформованість психічних процесів / гнучкості сенсорних реакцій є підставою до порушень і несформованості наступних компонентів) та специфіку динаміки показників саморегуляції в межах підперіодів дошкільного віку.

4. Отримані результати діагностики дали підстави описати особливості саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна. Молодшим дошкільникам, здебільшого, притаманні на фоні загального порушення низький рівень сформованості здатності до саморегуляції, що підтверджується несформованістю довільності сприймання та ригідністю сенсорних реакцій. Вочевидь, саморегуляція у цьому підперіоді є несформованою, виключення складають діти, які мали раннє втручання в розвиток. Цим дітям притаманна довільність психічних процесів, елементарні сенсорні реакції за вказівкою дорослого, вони мають навички комунікації, здебільшого невербальної, та здатні діяти за стандартним зразком. Аналогічні процеси формування саморегуляції спостерігалися у дітей з синдромом Дауна в середньому та старшому дошкільному віці. Тенденція до зростання саморегуляції є прямо

пропорційною своєчасності впливу на розвиток та корекцію його порушень, починаючи з раннього дитинства.

5. Визначено, що провідна роль у формуванні здатності до саморегуляції цих дітей належить дотриманню спектру наступних умов: формування довільної активності дитини у пізнавальній, комунікативній та поведінковій діяльності; забезпечення своєчасної інтеграції дитини в корекційно-розвитковий та освітній простір; використання технологій впливу на батьків у процесі формування елементарних знань як здатності до саморегуляції у дітей з синдромом Дауна; залучення дитини до системи раннього втручання; запровадження алгоритму розроблення індивідуальної траєкторії розвитку дитини з синдромом Дауна.

6. Результати констатувального дослідження дали підстави до розроблення інструментальної моделі формування здатності до саморегуляції дітей дошкільного віку з синдромом Дауна. Визначено специфіку методики формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна (методи, форми, умови). Так, використання авторських технологій, що ґрунтуються на елементах терапії сенсорної інтеграції та методу психодрами, створює передумови до позитивного впливу на динаміку зростання показників саморегуляції: гравітаційного, тактильного та слухового сприймання; здатності до інтеграції сенсорної інформації. Поряд з цим, забезпечення дошкільникам з синдромом Дауна чітко організованого простору та часу засобами піктограм, фотокарток, схем та залучення батьків до співпраці значно покращує здатність цих дітей до саморегуляції, а ігровий характер корекційного впливу позитивно впливає на їх здатність висловлювати потреби та виконувати соціальні ролі, що зменшують супротив і емоційну напругу у взаємодії в групі однолітків.

7. Розроблена методика та її апробація здійснювалась шляхом поетапного втілення (діагностичний, прогностичний, корекційний / терапевтичний етапи) технологій формування здатності до саморегуляції цих дітей. Було виявлено позитивну динаміку у формуванні елементарних знань дитини та їх використання в якості засобів саморегуляції, що дало підстави стверджувати існування здатності до саморегуляції дитини з синдромом Дауна у дошкільному

віці та констатувати їх спроможність отримувати початкову загальну освіту в системі класно-урочного навчання.

8. Визначення перспективних шляхів для розв'язання зазначених проблем, констатація, обґрунтування та їх реалізація в системних наукових дослідженнях із відповідним визначенням результатів їх практичного застосування у навчально-виховному, реабілітаційному та абілітаційному процесі дозволить розширити межі вирішення не тільки проблем формування особистості дошкільників з синдромом Дауна, але й здійснити ефективні заходи щодо формування їхньої здатності до особистісної саморегуляції та визначення її в якості складової їх психолого-педагогічної готовності до шкільного навчання. Впровадження у психолого-педагогічну практику освітніх та реабілітаційних закладів моделі формування здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна сприятиме підвищенню ефективності процесу їх соціальної адаптації та підготовці до навчання у школі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г. С. Практическая психология : [учеб. для студентов вузов. – 8-е изд., перераб., и доп.] / Г. С. Абрамова. – М. : Академ. Проект, 2003. – 490 с. : ил., табл. – (Учебник для высшей школы) (Gaudeamus).
2. Абульханова-Славская К. А. Личностные механизмы регуляции деятельности / К. А. Абульханова-Славская // Проблемы психологии личности. – М. : Наука, 1982. – 245 с.
3. Айрес Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития / Э. Дж. Айрес ; [пер. с англ. Юлии Даре]. – М. : Теревинф, 2009. – 272 с.
4. Айхингер А., Холл В. Психодрама в детской групповой терапии. / А. Айхингер, В. Холл. – Пер. с нем. Е. Климова, В. Комарова – М. : Генезис, 2003. – 256 с.
5. Алёхина А. В. Особенности психического развития детей с синдромом Дауна: кандидат психол. наук: 19.00.10 / Алёхина Анна Васильевна. – М., 2000. – 202 с.
6. Бабенкова Р. Д. Развитие статических функций у детей с болезнью Дауна // Вопросы обучения и воспитания детей с нарушениями интеллекта / Под ред. М. И. Кузьмицкой. – М., 1974. – С. 85-97.
7. Бабич Н. М. Формування комунікативних навичок у дітей з порушенням зору та інтелекту як одна з умов їх успішної адаптації в ДНЗ компенсуючого типу / Н. М. Бабич. – Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія соціально-педагогічна. Вип. 23 ; Ч. 3 / Кам'янець-Поділ. нац. ун-т ім. Івана Огієнка ; [редкол. : Бондар В. І. та ін.]. – Кам'янець-Подільський : Медобори – 2006, 2013. – С. 15-22.
8. Белопольский В. И., Лови О. В. Зрительно-моторный Бендер гештальт-тест. Руководство / Белопольский В. И. // Изд. 3-е, стереотип. – М. : «Когито-Центр», 2008. – 75 с.

9. Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания – П. Бергер, Т. Лукман. – М. : «Медиум», 1995. – 323 с.

10. Бернштейн Н. А. Физиология движений и активность / Н. А. Бернштейн. – М. : Наука, 1990. – 495 с.

11. Бех І. Д. Виховання особистості : [навч.-метод. посібник]. У 2-х кн. / І. Д Бех. – К. : Либідь, 2003. – Кн. 1 : Особистісно-орієнтований підхід : теоретико-технологічні засади / І. Д. Бех ; [голов. ред. В. М. Куценко]. – 2003. – 278 с. – ISBN 966-06-0297-9.

12. Бех І. Д. Виховання особистості : [навч.-метод. посібник]. У 2-х кн. / І. Д Бех. – К. : Либідь, 2003. – Кн. 2 : Особистісно-орієнтований підхід : наук.-практ. засади / І. Д. Бех ; [голов. ред. В. М. Куценко]. – 2003. – 342 с. – ISBN 966-06-0298-7.

13. Блеч Г. О. Методичні поради щодо формування мовленнєвої діяльності розумово відсталих дошкільників. Теорія і практика олігофренопедагогіки та спеціальної психології / за ред. Т. В. Сак // Збірник наукових праць : Вип. 8 – Тематичний випуск «Концепція дошкільної освіти дітей з розумовою відсталістю» – Кіровоград : Імекс – ЛТД, 2013, С. 105-109.

14. Блюмина М. Г. Нарушения слуха при болезни Дауна // Дефектология. – 1987. – № 2. – С. 76-79.

15. Блюмина М. Г. Распространенность, этиология и некоторые особенности клинических проявлений сложных дефектов // Дефектология. – 1989. – № 3. – С. 3-10.

16. Блюмина М. Г., Деминцева В. С., Подугольникова О. А. Аномалии аутизмом у детей с нарушениями психического и физического развития // Наследственные формы олигофрении и других аномалий развития у детей : Сб. науч. тр. – М., 1988. – С. 6-22.

17. Боришевський М. Й. Виховання самоконтролю в учнів початкових класів / М. Й. Боришевський. – Київ : Радянська школа, 1980. – 143 с.

18. Бортникова Л. Г. Трудности общения как фактор становления саморегуляции произвольной активности в подростковом возрасте [Текст] / Л. Г. Бортникова, Д. Б. Петрова // Психология в России и за рубежом : материалы междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, октябрь 2011 г.). – СПб. : Реноме, 2011. – С. 25-29.
19. Брак Удо Б. Ранняя диагностика и коррекция. В 2 т. : практическое руководство / под ред. Удо Б. Брака; [науч. ред. русского текста Н. М. Назарова; пер. с нем. В. Т. Алтухова]. Т. 2. Нарушения поведения. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. — 304 с. ISBN 978-5-7695-2647-3
20. Булкина Т. В. В объятиях ласкового «Дауна»: о детях с синдромом Дауна / Т. В. Булкина. – Фактор. – 1998. – № 8. – С. 69-71.
21. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) / Ф. Е. Василюк. – М. : Издательство Московского университета, 1984. – 200 с.
22. Веккер Л. М. Психические процессы / Л. М. Веккер. – Т. 3. – Субъект. Переживание. Действие. Сознание. – Л. : Изд-во ЛГУ, 1981. – 326 с.
23. Венгер А. А., Выгодская Г. Л., Леонгард Э. И. Отбор детей в специальные дошкольные учреждения / А. А. Венгер. – М. : Просвещение, 1972. – 143 с.
24. Визель Т. Г. Нейропсихологическое блиц-обследование / Т. Г. Визель. – М. : В. Секачев, 2005. – 24 с.
25. Винникот Д. В. Семья и развитие личности. Мать и дитя. / Д. В. Винникот – Екатеринбург : ЛИТУР, 2007. – 400 с.
26. Висоцька А. М. Програма розвитку дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю «Формування соціальних навичок» [Електронний ресурс]. – режим доступу: [http:// www.iitzo.mon.gov.ua](http://www.iitzo.mon.gov.ua)
27. Ворсанова С. Г., Юров Ю. Б., Демидова И. А., Берешева А. К. Хромосомные синдромы, выявляемые в первые годы жизни ребенка; данные клинических, цитогенетических и молекулярно-цитогенетических исследований // Дефектология. – 2001. – № 1. – С. 9-21.

28. Воспитание малыша в семье от рождения до трех лет: Советы психолога / Е. О. Смирнова, Н. Н. Авдеева, Л. Н. Галигузова, А. О. Дробинская, Т. В. Ермолова, С. Ю. Мещерякова. – М. : АРКТИ, 2004. – 160 с. (Развитие и воспитание). – ISBN 5-89415-370-0.

29. Выготский Л. С. Мышление и речь / Лев Семенович Выготский. Мышление и речь // Изд. 5, испр. – Издательство «Лабиринт», М., 1999. – 352 с.

30. Выготский Л. С. Проблема умственной отсталости / Л. С. Выготский // Собр. соч. : В 6 т. – М. : Педагогика, 1983. – Т. 5. – С. 231-256.

31. Выготский Л. С. Проблемы общей психологии : [собр.соч. в 6 т.] Т. 2 / Л. С. Выготский ; [под ред. В. В. Давыдова]. – М. : Педагогика, 1982. – 368 с.

32. Выготский Л. С. Психология развития человека / Лев Семенович Выготский – М. : Изд-во Смысл ; Изд-во Эксмо, 2005. – 1136 с.

33. Выготский Л. С. Развитие высших психических функций / Л. С. Выготский. – М. : Политиздат, 1978. – 272 с.

34. Выготский Л. С., Лурия А. Р. Этюды по истории поведения: Обезьяна. Прimitив. Ребенок / Л. С. Выготский, А. Р. Лурия – М. : Педагогика-Пресс, 1993. – 224 с.

35. Гаврилов О. В. Особливі діти в закладі і соціальному середовищі : Навчальний посібник. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2009. – 308 с.

36. Гаврилова Н. С. Порухення фонетичного боку мовлення у дітей : Монографія / Н. С. Гаврилова – Кам'янець-Подільський : ТОВ «Друк-Сервіс», 2011. – 200 с.

37. Гаврилова Н. С., Верхогляд Г. В. Порівняльна характеристика особливостей недорозвитку фонематичних процесів у першокласників з порушеннями мовлення та у розумово відсталих дітей / Н. С. Гаврилова, Г. В. Верхогляд // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки). Збірник наукових праць / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. – Вип. II. – Кам'янець-Подільський : ПП Медобори-2006, 2011. – С. 25-33.

38. Гладченко І. В. Технологія формування рухових та здоров'язбережувальних навичок у дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю / І. В. Гладченко // Теорія і практика олігофренопедагогіки та

спеціальної психології : Збірник наукових праць : Вип. 8 – Тематичний випуск «Концепція дошкільної освіти дітей з розумовою відсталістю» / За ред. Т. В. Сак. – К., 2013 – С. 78-83.

39. Гладченко І. В. Медіаосвітня гра як засіб формування життєвої компетентності розумово відсталих дітей дошкільного віку / І. В. Гладченко // Медіаосвіта в Україні: наукова рефлексія викликів, практик, перспектив [зб. статей (pdf)] – К. : ІСПП НАПН України, 2013. – С. 468-476.

40. Давиденкова Е. Ф., Либерман И. С. Клиническая генетика. – Л. : Изд-во «Медицина», Ленинградское отделение, 1975. – С. 76-80.

41. Демидов А. Ю. Влияние пола и некоторых средовых факторов на клинический полиморфизм болезни Дауна – М., 1972. – С. 5-102.

42. Демидов А. Ю. Влияние пола на фенотипические особенности болезни Дауна / А. Ю. Демидов // Дефектология. – 1972. – № 1. – С. 33-37.

43. Демидов А. Ю. О врожденных пороках сердца при болезни Дауна / А. Ю. Демидов // Дефектология. – 1973. – № 2. – С. 15-17.

44. Диагностика отклонений в умственном развитии учащихся / Под ред. Н. М. Стадненко. – К. : Освіта, 1991. – 96 с.

45. Диагностика познавательной сферы ребенка / Под ред. Т. Г. Богдановой, Т. В. Корниловой. – М. : Психология, 2006. – 314 с.

46. Диагностика умственного развития дошкольников. / Под ред. Л. А. Венгера. – М., 1978.

47. Доман Г. Что делать если у вашего ребенка повреждение мозга, если у него травма мозга, умственная отсталость : [пер. с англ.] / Г. Доман. – М. : Теревинф, 2007. – 356 с.

48. Ермакова П. Н. Психология личности. Учебное пособие / под ред. проф. П. Н. Ермакова, проф. В. А. Лабунской. – М. : Эксмо, 2007 – 656 с.

49. Єременко І. Г., Мерсіянова Г. М. Навчання учнів допоміжної школи користуватися знаннями й уміннями / І. Г. Єременко, Г. М. Мерсіянова. – К. : Радянська школа, 1971. – 136 с.

50. Єременко І. М., Турчинська В. Є. Готовність розумово відсталих дітей до навчання в допоміжній школі / І. М. Єременко, В. Є. Турчинська – Київ : Радянська школа, 1981. – С. 18-20.

51. Жиянова П. Л. Семейно-центрированная модель ранней помощи. / П. Л. Жиянова. – М. : Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2006. – 288 с.

52. Жиянова П. Л., Поле Е. В. Малыш с синдромом Дауна: книга для родителей / П. Л. Жиянова. – М. : Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2007. – 203с.

53. Жиянова П. Л., при участии Гимадеевой М. Ф. Социальная адаптация детей раннего возраста с синдромом Дауна: Организация, содержание и методика работы адаптационных групп : Метод. пособие. – 2-е изд. – М. : Гуманитарный центр Монолит, 2002. – 197 с.

54. Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей : Учеб. для студентов дефектол. фак. педвузов и ун-тов / С. Д. Забрамная. – 2-е изд., перераб. – М. : Просвещение : Владос, 1995. – 112 с. – ISBN 5-09-004905-X.

55. Засенко В. В. До проблеми особистісного підходу у навчанні дітей з порушеннями психофізичного розвитку / В. В. Засенко // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : [наук.-метод. зб.] / [за ред. : В. І. Бондаря, В. В. Засенка]. – К. : Науковий світ, 2006. – Вип. 8. – С. 85-88.

56. Зденек М. Развитие правого полушария / М. Зденек. – Минск : Попурри, 1997. – 320 с.

57. Зейгарник Б. В. Опосредование и саморегуляция в норме и патологии / Б. В. Зейгарник // Вестник московского ун-та. / Ред. А.А. Бодалев, С.Д. Смирнов. – 1981. – №2 апрель-июнь 1981. – с. 9-15.

58. Зейгарник Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – Издание 2-е, переработанное и дополненное. – М. : Издательство Московского университета, 1986. – 287 с.

59. Калинин В. К. Воля, эмоции, интеллект / В. К. Калинин // Эмоционально-волевая регуляция поведения и деятельности : тез. Всесоюзной конф. молодых ученых. – Симф., 1983. – с. 56-60.

60. Катаева А. А., Стребелева Е. А. Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых дошкольников : Кн. для учителя / А. А. Катаева, Е. А. Стребелева. – М. : Просвещение, 1990. – 191 с. : ил. – ISBN 5-09-002912-1.

61. Кацера А. А. Подходы к трактовке саморегуляции в психологии [Текст] / А. А. Кацера, А. В. Кобзарь // Психологические науки : теория и практика : материалы II междунар. науч. конф. (г. Москва, март 2014 г.). – М. : Буки-Веди, 2014. – С. 10-12.

62. Кернберг О. Ф. Тяжелые личностные расстройства : Стратегии психотерапии / О. Ф. Кернберг ; Пер. с англ. М. И. Завалова. – М. : Независимая фирма «Класс», 2000. – 464 с. – (Библиотека психологии и психотерапии). – ISBN 5-86375-024-3.

63. Кислинг Улла. Сенсорная интеграция в диалоге: понять ребенка, распознать проблему, помочь обрести равновесие / Улла Кислинг ; под ред. Е. В. Ключковой ; [пер. с нем. К. А. Шарп]. – М. : Теревинф, 2010. – 240 с.

64. Ковалев А. Г. Психология личности / А. Г. Ковалев. – Второе издание, исправленное и дополненное. – М. : Издательство «Просвещение». – 1965. – 289 с.

65. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В. В. Ковалев. – М. : Медицина, 1985. – 277 с.

66. Ковтун Р. А. «Особливості структури психологічного недорозвитку дітей з синдромом Дауна» / Р. А. Ковтун // Науковий вісник Миколаївського державного університету В. О. Сухомлинського : Збірник наукових праць за ред. С. Д. Максименка, Н. О. Євдокимової. – Т. 2. – вип. 5. – Миколаїв : МДУ імені В. О. Сухомлинського, 2010. – С. 154-158.

67. Ковтун Р. А., Програма розвитку комунікативних здібностей дітей з синдромом Дауна. – автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук : спец 19.00.08 – Спеціальна психологія / Р. А. Ковтун. – Одеса, 2011. – 19 с.

68. Колупаєва А. А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку у загальноосвітні навчальні заклади / А. А. Колупаєва. – К. : Педагогічна думка, 2007. – 458 с.
69. Колупаєва А. А. Спеціальна освіта в Україні: погляд в майбутнє / А. А. Колупаєва // Дефектологія. – 2004. – № 2. – С. 50-52.
70. Комплексное развитие детей с синдромом Дауна: групповые и индивидуальные занятия. Методическое пособие. – М. : Благотворительный фонд "Даунсайд Ап" при участии Гуманитарного центра "Монолит", 2004. – 264 с.
71. Конопкин, О. А. Общая способность к саморегуляции как фактор субъектного развития / О. А. Конопкин // Вопросы психологии. – 2004. – № 2. – С. 128-134.
72. Корнилова Т. В. Методологические основы психологии / Т. В. Корнилова, С. Д. Смирнов. – СПб. : Питер, 2008. – 320 с. : ил. – (Учебное пособие).
73. Корсакова Н. К., Микадзе Ю. В., Балашова Е. Ю. Неудачающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников. – М. : РПА, 2001.
74. Куман С., Рафикова Е. Тело, эмоции и разум. Электронный ресурс: <http://downsideup.org/ru/publikacii/telo-emocii-i-razum-chast-1>
75. Кэтлин М. Фили, Эмили А. Джоунз. Преодоление отклоняющегося поведения у детей с синдромом Дауна: оценка и коррекция с использованием прикладного анализа поведения / Кэтлин М. Фили, Эмили А. Джоунз // Междисциплинарный научно-практический журнал Синдром Дауна 21 век, № (2) 5, 2010. – С. 26-33
76. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. М. : Просвещение, 1991. – 143 с.
77. Лаутеслагер П. Двигательное развитие детей раннего возраста с синдромом Дауна. Проблемы и решения. / П. Лаутеслагер. – М. : «Монолит», 2003. – 356 с.

78. Лебединская К. С. Особенности эмоционально-волевой регуляции при умственной отсталости. – М. : 2002. – 225 с.
79. Лебединский В. В. Классификация дизонтогенеза нарушения психологического развития. – СПб. : Дидактика Плюс, 2001. – 265 с.
80. Либин А. В. Дифференциальная психология: на пересечении европейских, российских и американских традиций / А. В. Либин. – М. : Смысл, 1999. – 532 с.
81. Литовченко О. В. Развитие моторики умственно отсталых дошкольников средствами стимуляции тактильной и проприоцептивной чувствительности [Текст] : канд. пед. наук : 13.00.03 / Литовченко Ольга Васильевна ; Южно-Украинский гос. педагогический ун-т им. К. Д. Ушинского (г. Одесса). – О., 2004. – 234 с.
82. Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В. И. Лубовский. – М. : Педагогика, 1989. – 104 с.
83. Лубовский В. И. Специальная психология : Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева и др. ; Под ред. В. И. Лубовского. – 2-е изд., испр. – М. : Издательский центр «Академия», 2005. – 464 с. – ISBN 5-7695-0550-8.
84. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А. Р. Лурия ; Фак. психологии МГУ им. М. В. Ломоносова. Рос. акад. образования. – 3 изд. – М. : Акад. проект, 2000 – VI, 504, [1] с ил., портр. – (Избранные психологические сочинения / А. Р. Лурия). – ISBN 5-8291-0079-7.
85. Лурия А. Р. Мозг человека и психические процессы / А. Р. Лурия. – М. : Изд-во АПН РСФСР, 1963. – 479 с.
86. Лютова Е. К., Моница Г. Б. «Шпаргалка для взрослых. Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми». / Е. К. Лютова, Г. Б. Моница – М. : Генезис, 2000 – 192 с., ил.
87. Макарчук Н. О. Дитина із порушеннями розумового розвитку. Кн. 5 / Н. О. Макарчук, Г. М. Мерсіянова // Путівник для батьків дітей з особливими

потребами : навч.-метод. посіб. у книгах. Серія : Інклюзивна освіта / за ред. А. А. Колупаєвої. – К., 2010.

88. Макарчук Н. О. Особенности личностной саморегуляции психических состояний подростков с нарушениями умственного развития // Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, II(8), Issue: 16, 2014, pp. 155-160.

89. Макарчук Н. О. Особистісна саморегуляція підлітків з порушеннями розумового розвитку : Монографія / Н. О. Макарчук. – Київ : Фенікс, 2014. – 448 с.

90. Макарчук Н. О. Теоретико-методологічні та прикладні засади концепції дошкільної освіти дітей з розумовою відсталістю // Теорія і практика олігофренопедагогіки та спеціальної психології : Збірник наукових праць : Вип. 8 – Тематичний випуск «Концепція дошкільної освіти дітей з розумовою відсталістю» / За ред. Т. В. Сак. – К., 2013 – С. 18-25.

91. Макарчук Н. О., Грикун А. С. Особливості формування соціальної саморегуляції особистості з порушеннями інтелектуального розвитку / Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови : наук.-метод. зб. : Вип. 3. Частина 1. / за ред. В. В. Засенка, А. А. Колупаєвої. – К. : Педагогічна думка, 2012. – С. 92-100.

92. Макарчук Н. О. Психологічні чинники дисфункції особистісної саморегуляції підлітків з порушеннями розумового розвитку // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови : зб. наук. праць : Вип. 4. Частина 1. / за ред. В. В. Засенка, А. А. Колупаєвої. – Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2013. – 264 с. – С. 136-146.

93. Маллер А. Р. Родителям о детях с глубокой умственной отсталостью // Дефектология. – 1991. – № 5. – С. 69-74.

94. Материнство: варианты переживания и поведения. / Е. Б. Айвазян, С. Е. Иневаткина, Г. Ю. Одиноква. // Синдром Дауна. XXI век. 2 (5), 2010. – С. 14-20.

95. Медведева Т. П. Развитие познавательной деятельности детей с

синдромом Дауна. Пособие для родителей / Т. П. Медведева – М. : Монолит, 2007. – 80 с.

96. Медведева Т. П., Панфилова И. А., Поле Е. В. Комплексное развитие с синдромом Дауна: групповые и индивидуальные занятия. – М. : Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2004. – 200 с.

97. Мерсіянова Г. М. Індивідуальний підхід у процесі трудового навчання розумово відсталих учнів // Дефектологія. – 2007. – № 2. – С. 22-26.

98. Мерсіянова Г. М. Методичні рекомендації до формування загальнотрудових умінь в учнів молодших класів допоміжної школи на уроках трудового навчання // Теорія і практика олігофренопедагогіки : зб. наук. праць : вип. 3. – К. : Наук. світ., 2008. – С. 9-18.

99. Методика тематической апперцепции Хекхаузена. Н. Л. Белопольская, В. И. Лубовский / Психологический журнал. 1993., Т. 14. – № 4. – С. 89-97.

100. Методические рекомендации к организации и содержанию коррекционно-развивающих занятий с детьми раннего и преддошкольного возраста с задержками психофизического развития / Авт.-сост. Г. В. Дедюхина. Под ред. Т. В. Волосовец, Е. Н. Кутеповой. – М. : РУДН, 2007. – 66 с.

101. Милюхин К. В. Опережающее отражений в саморегуляции личности : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. психол. наук : 09.00.01 / К. В. Милюхин. – Чебоксары, 2004. – 26 с.

102. Миненко А. В. Действие моей души в работе с детьми с синдромом Дауна и их родителями // Психодрама и современная психотерапия / за ред. П. П. Горностай. – К., 2011. – № 1-2. – С. 65-72.

103. Миненко А.В. Движущая сила психодрамы в работе с детьми с синдромом Дауна и их родителями / А.В. Миненко // Журнал практического психолога : научно-практический журнал. – 2012. – №6, Спец. выпуск: Психодрама: История, теория, практика. – С. 128-137.

104. Миненко А.В. Действие моей души в работе с детьми с синдромом Дауна и их родителями / А.В. Миненко // Психодрама и современная

психотерапия: научно-практический и научно-методический журнал. – 2011. – № 1-2. – С. 65-72.

105. Миненкова И. Н. Обеспечение сенсорной интеграции в коррекционно-развивающей работе с детьми с тяжёлыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития / И. Н. Миненкова // Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации : учеб.-метод. пособие С. Е. Гайдукевич и др. ; науч. ред. С. Е. Гайдукевич. – Мн : УО БГПУ им. М. Танка, 2007. – С. 86-92.

106. Мілевська О. П. До проблеми розвитку комунікативних умінь у молодших дошкільників із синдромом Дауна / О. П. Мілевська // Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Корекційна педагогіка і психологія / за ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – Вип. 3. – Кам'янець-Подільський : ПП Медобори-2006, 2011. – С. 127-133.

107. Міненко А.В. Вплив батьківської сім'ї на процес формування поведінкової саморегуляції дитини з синдромом Дауна / А.В. Міненко // Новітні тенденції сучасної педагогіки та психології: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (Київ, 7-8 березня 2014 р.). – К.: Київська наукова організація педагогіки та психології, 2014. – С. 93-96.

108. Міненко А.В. До проблеми досліджень особистості дітей дошкільного віку з помірною розумовою відсталістю (за науковою спадщиною Г.М. Мерсіянової) / А.В. Міненко // Галина Мерсіянова: Життєві віхи. Науковий шлях : Науково-методичний посібник / За ред. В.В. Засенка. – К.: Фенікс, 2014. – С. 195-202.

109. Міненко А.В. До проблеми підготовки практичних психологів до інклюзивної системи освіти / А.В. Міненко // Теорія і практика олігофренопедагогіки та спеціальної психології : Зб. наук. праць. – 2011. – Вип. 6. – С. 207-221.

110. Міненко А.В. Особливості формування комунікативної функції саморегуляції особистості дітей дошкільного віку з синдромом Дауна / А.В. Міненко // Особлива дитина: навчання та виховання. – 2014. – Вип. 4(72). – С. 62-67.

111. Міненко А.В. Проблема психологічної діагностики особливостей функціонування поведінкової саморегуляції дітей з синдромом Дауна / А.В. Міненко // Сучасні підходи та технології соціально-психологічної та корекційної роботи з різними віковими групами населення: Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (Одеса, 20-22 черв. 2014 р.). – Одеса: Одеський національний університет імені І.І. Мечникова, 2014. – С. 279-283.

112. Міненко А.В. Проблеми психологічного обстеження стану сформованості поведінкової саморегуляції дітей з синдромом Дауна / А.В. Міненко // Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди» - Додаток 1 до Вип. 29, Том V: Тематичний випуск «Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання». – 2013. – С. 203-209.

113. Міненко А.В. Психологічні чинники шкільної зрілості старших дошкільників з синдромом Дауна / А.В. Міненко // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови: зб. наук. праць. – 2014. – Вип. 6. – С. 116-124.

114. Міненко А.В. Ранній психологічний супровід сім'ї, що виховує дитину з синдромом Дауна / А.В. Міненко // Інформаційний буклет «Перші кроки: розвиток дитини з синдромом Дауна від народження до 3-х років». – К.: Всеукраїнська благодійна організація «Даун синдром», 2013. – С. 2-10.

115. Міненко А.В. Роль батьківської сім'ї у формуванні поведінкової саморегуляції дитини з синдромом Дауна / А.В. Міненко // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови: зб. наук. праць. – 2014. – Вип. 5, ч.1. – С. 140-148.

116. Міненко А.В. Роль довільності психічних процесів у формуванні особистісної саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна / А.В. Міненко // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови: зб. наук. праць. – 2015. – Вип. 8. – С. 93-102.

117. Міненко А.В. Соціально-психологічні фактори родинного виховання дошкільників з синдромом Дауна / А.В. Міненко // Актуальні проблеми теорії та практики психологічної допомоги: Матеріали VII

Харківських міжнародних психологічних Читань, 25-26 лист. 2015 р. – Х.: ХНУ імені В.Н. Каразіна, 2015. – С. 106-108.

118. Міненко А.В. Ставлення батьків як умова формування особистісної саморегуляції дітей з синдромом Дауна / А.В. Міненко // Науковий часопис національного педагогічного університету ім. М.П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки: збірник наукових праць. – 2016. – №4 (49). – С. 90-96.

119. Міненко А.В. Технології психологічної корекції порушень особистісної саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна / А.В. Міненко // Гуманістична парадигма у спеціальній освіті: наука і практика: Зб. тез за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної on-line конференції (Київ, 2015 р.). – К.: Інститут спеціальної педагогіки НАПН України, 2015. – С. 84-87.

120. Мозолюк-Коновалова О. М. Вивчення стану сформованості уявлень про форму предмета у розумово відсталих дошкільників у процесі образотворчої діяльності / О. М. Мозолюк-Коновалова // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови : наук.-метод. зб. / [за ред. В. В. Засенка, А. А. Колупасової] – К., 2012 – Вип. 3. Частина 2. – С. 163-168.

121. Мозолюк-Коновалова О. М. Корекційна спрямованість образотворчої діяльності дошкільників із синдромом Дауна / О. М. Мозолюк-Коновалова // Теорія і практика олігофренопедагогіки та спеціальної психології : збірник наукових праць / [за ред. Т. В. Сак] – К., КАФЕДРА, 2011 – Вип. 6. – С. 98-103.

122. Мозолюк-Коновалова О. М. Організація корекційно-виховної роботи з дошкільниками із синдромом Дауна / О. М. Мозолюк-Коновалова // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови : зб. статей молодих вчених / [за ред. В. В. Засенка, А. А. Колупасової] – К., 2011 – Вип. 2. – С. 130-140.

123. Мозолюк-Коновалова О. М. Вивчення стану сформованості вміння впізнавати предмети в малюнках та пластичних виробах у дошкільників із синдромом Дауна / О. М. Мозолюк-Коновалова // НАУКОВИЙ ЧАСОПИС НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна

психологія. Зб. наукових праць / – К., НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. – № 22. – С. 172-175.

124. Мозолюк-Коновалова О. М. Образотворча діяльність як засіб корекційно-виховної роботи з розумово відсталими дошкільниками / О. М. Мозолюк-Коновалова // ВІСНИК луганського національного університету імені Тараса Шевченка / Луганськ, 2011 – грудень № 23. – С. 63-68.

125. Моросанова В. И. Личностные аспекты саморегуляции произвольной активности человека // Психологический журнал. Том 23. – 2002, № 6 – С. 5-17.

126. Мухамедрахимов Р. Ж. Формы взаимодействия матери и младенца // Р. Ж. Мухамедрахимов. // Вопросы психологии. 1994. № 6 – С. 16-25.

127. Наследов А. SPSS 19 : Профессиональный статистический анализ данных / А. Наследов. – СПб. : Питер, 2011. – 400 с. : ил. – ISBN 978-5-459-00344-4.

128. Нестерова Г. Ф., Безух С. М., Волкова А. Н. Психосоциальная работа с инвалидами: реабилитация при синдроме Дауна. – СПб. : Изд-во «Речь», 2006. – 117 с.

129. Никифоров Г. С. Теоретические вопросы самоконтроля / Г. С. Никифоров // Психологический журнал. – 1985. – Т. 6. – № 5. – С. 19-31.

130. Ньюмен С. Игры и занятия с особым ребенком. Руководство для родителей / Сара Ньюмен. – Пер. с англ. Н. Л. Холмогоровой – М. : Терезин, 2009. – 240 с.

131. Осадько О. Ю. Психологические особенности формирования системы саморегуляции деятельности у умственно отсталых школьников : дис. кандидата психол. наук: 19.00.07 / Осадько О. Ю. – К., 1988. – 239 с.

132. Панарина Л. Ю. Психологическая коррекция взаимодействия младенцев с синдромом Дауна и их близких взрослых : дис. кандидата психол. наук: 19.00.10 : Самара, 2004 – 152 с.

133. Переслени Л. И. Психодиагностический комплекс методик для определения уровня развития познавательной деятельности: дошкольный и

младший школьный возраст / Л. И. Переслени. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Айрис-пресс, 2006. – 64 с. + цв. вкл. 8 с. – (Библиотека психолога образования). – ISBN 5-8112-2147-9.

134. Пиаже Ж., Инхельдер Б. Психология ребенка / Б. Инхельдер, Ж. Пиаже. – 18-е изд. – СПб. : Питер, 2003. – 160 с.

135. Практикум по психологии умственно отсталого ребенка / Сост. А. Д. Виноградова. – М. : Просвещение, 2003. – 188 с.

136. Психологическая диагностика : Учебное пособие / Под ред. К. М. Гуревича и Е. М. Борисовой. – М. : Изд-во УРАО, 1997. – 304 с.

137. Психология аномального развития ребенка : Хрестоматия в 2 т. / Под редакцией В. В. Лебединского, М. К. Бардышевской. – Т. I. – М. : ЧеРо : Высш. шк. : Изд-во МГУ, 2002. – 744 с.

138. Психология детства. Учебник. Под редакцией члена-корреспондента РАО А. А. Реана – СПб. : «прайм-ЕВРО-ЗНАК», 2003. – 368 с.

139. Психологія : Навч. посіб. / [О. В. Винославська, О. А. Бреусенко-Кузнєцов, В. Л. Злишков та ін.] ; за наук. ред. О. В. Винославської. – Київ : Фірма "ІНКОС", 2005. – 352 с.

140. Психологу для роботи. Діагностичні методики: збірник / [уклад. : М. В. Лемак, В. Ю. Петрище]. – Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2011. – 616 с.

141. Ребенок с синдромом Дауна. Первые годы: новое руководство для родителей / под ред. Сьюзан Дж. Скаллерап / пер. с англ. О. К. Васильевой, М. Л. Шихиревой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2012. – 424 с. : ил. – ISBN 978-5-904828-09-7.

142. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога : Учеб. пособие : В 2 кн. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – Кн. 1 : Система работы психолога с детьми разного возраста. – 384 с. : ил.

143. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника : уч. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. № 2111 «Дефектология» / С. Я. Рубинштейн. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Просвещение, 1986. – 196 с.

144. Сексуальность при синдроме Дауна / Дон К. Ван Дайк и др. Доклад, представленный на 6-м Всемирном конгрессе по синдрому Дауна, Мадрид, 23-26 октября 1997 года (Don C. Van Dyke, et. al. Sexuality and Individuals with Down Syndrome) [Электронный ресурс] Благотворительный фонд «Даунсайд Ап». – Режим доступа к ресурсу: <https://downsideup.org/ru/publikacii/seksualnost-pri-sindrome-dauna>

145. Селигман М., Дарлинг Р. Обычные семьи, особые дети. / М. Селигман, Р. Дарлинг. – М. : Теревинф, 2007. – (Особый ребенок). – 368 с.

146. Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте : Учеб. пособие для высш. учеб. заведений. / А. В. Семенович. – М. : Издательский центр «Академия», 2002. – 232 с. : ил.

147. Семяго Н. Я. Новые подходы к построению коррекционной работы с детьми с различными видами отклоняющегося развития // Дефектология. – 2000. – № 1. – С. 66-75.

148. Сеченов И. М. Психология поведения / [под ред. М. Г. Ярошевского]. – М. : Изд-во «Институт практической психологии» ; Воронеж : НПО «Модэк», 1995. – 320 с.

149. Синдром Дауна. – Электронный аналог : Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC_%D0%94%D0%B0%D1%83%D0%BD%D0%B0#.D0.A0.D0.BE.D0.BB.D1.8C_.D0.B3.D0.B5.D0.BD.D0.B0_Xist_.D0.B2_.D1.8D.D0.BA.D1.81.D0.BF.D0.B5.D1.80.D0.B8.D0.BC.D0.B5.D0.BD.D1.82.D0.B0.D0.BB.D1.8C.D0.BD.D0.BE.D0.BC_.D0.BF.D1.80.D0.B5.D0.B4.D0.BE.D1.82.D0.B2.D1.80.D0.B0.D1.89.D0.B5.D0.BD.D0.B8.D0.B8_.D1.81.D0.B8.D0.BD.D0.B4.D1.80.D0.BE.D0.BC.D0.B0_.D0.94.D0.B0.D1.83.D0.BD.D0.B0

150. Синдром Дауна. Медико-генетический и социально-психологический портрет / под редакцией Ю. И. Барашнева. – М. : Изд-во «Триада – Х», 2007. – 280 с.

151. Синьов В. М. Психологія розумово відсталої дитини : Підручник / В. М. Синьов, М. П. Матвєєва, О. П. Хохліна. – К. : Знання, 2008. – 350 с.

152. Современные технологии в педиатрии / Под ред. Е. Т. Лильина. – М., 2001. – 556 с.
153. Сорокин В. М. Специальная психология : Учеб. пособие / В. М. Сорокин ; Под научн. ред. Л. М. Шипицыной. – СПб. : «Речь». 2003. – 216 с. – ISBN 5-9268-0214-8.
154. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста : 2-е изд., перераб. и доп. / Под ред. С. Ю. Циркина. – СПб. : Питер, 2004. – 896 с.
155. Таточенко В. Если у малыша синдром Дауна // Семья и школа. – 1994. – № 10. – С. 26-28.
156. Теорія і практика олігофренопедагогіки та спеціальної психології / За ред. Т. В. Сак // Збірник наукових праць : Вип. 8 – Тематичний випуск «Концепція дошкільної освіти дітей з розумовою відсталістю». – Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2013. – 138 с.
157. Теорія і практика олігофренопедагогіки та спеціальної психології / За ред. Т. В. Сак // Збірник наукових праць : Вип. 8 – Тематичний випуск «Концепція дошкільної освіти дітей з розумовою відсталістю». – Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2013 – 138 с.
158. Тертична Н. А., Головань Г. О. Характеристика динаміки змін розвитку емоційної сфери дітей з синдромом Дауна дошкільного віку в рамках інклюзивної освіти / Тертична Н. А., Головань Г. О. // Науковий Вісник національного медичного університету імені О. О. Богомольця, № 2, 2009. – С. 148-154.
159. Трикоз С. В. Педагогічні технології сенсорного виховання дошкільників з розумовою відсталістю // Теорія і практика олігофренопедагогіки та спеціальної психології : Збірник наукових праць : Вип. 8 / За ред. Т. В. Сак. – К., 2013 – С. 93-98.
160. Троицкая И. Формирование саморегуляции у младших школьников : [Психология] / И. Троицкая // Воспитание школьников. – 2003. – № 6. – С. 40-42.

161. Трофименко Н. Є. Саморегуляція поведінки особистості як один із компонентів самосвідомості. (видання : Секція «Психологія і соціологія», Підсекція № 5 «Психолого-виховні проблеми розвитку особистості в сучасних умовах», час видання : 2012) [Електронний ресурс] Білоцерківський інститут економіки та управління ВНЗ «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна». – Режим доступу до ресурсу: http://www.vmurol.com.ua/index.php?idd=us_publication&group=4&us_publication=799

162. Фюр Г. «Запрещённое» горе. Об ожиданиях и горе, связанных с ребёнком, родившимся с особенностями развития. / Г. Фюр. – Мн. : Вараксин А. Н., 2008 – 84 с., ил.

163. Херсонский Б. Г. Метод пиктограмм в психодиагностике \ Б. Г. Херсонский. – Изд. 3-е, переработанное и дополненное. – СПб : Речь, 2003. – 120 с. – ISBN 5-9268-0159-1.

164. Холмс П. Внутренний мир снаружи: Теория объектных отношений и психодрама / П. Холмс // Пер. с англ. Р. Р. Муртазина. – М. : Независимая фирма «Класс», 1999. – 288 с. – (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 74). – ISBN 5-86375-122-3 (РФ).

165. Хомская Е. Д. Нейропсихология : 4-е издание / Е. Д. Хомская – СПб. : Питер, 2005. – 496 с. : ил. – (Серия «Классический университетский учебник»), ISBN 5-469-00620-4.

166. Хрестоматия для родителей : Сборник статей / Составители: П. Л. Жиянова, Н. С. Грозная. – М. : Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2008. – 208 с.

167. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. Основные положения, исследования и применение / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб. : Питер, 2003. – 608 с.

168. Цветкова Л. С. Методика нейропсихологической диагностики детей / Л. С. Цветкова. – Изд. 2-е, исправленное и дополненное. – М. : «Российское педагогическое агентство», «Когито-центр», 1998. – 128 с. : центр «Академия», 2007. – 304 с. – ISBN 978-5-7695-2647-3.

169. Чеботарьова О. В. Розвиток пізнавальної діяльності дошкільників з розумовою відсталістю засобом конструювання / О. В. Чеботарьова // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / За ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – Вип. XXI в двох частинах, частина 2. Серія : соціально-педагогічна. – Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2012. – 404 с. – С. 262-268.

170. Чеботарьова О. В. Технологія трудового виховання дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю / О. В. Чеботарьова // Теорія і практика олігофренопедагогіки та спеціальної психології : Збірник наукових праць : Вип. 8 – Тематичний випуск «Концепція дошкільної освіти дітей з розумовою відсталістю» / За ред. Т. В. Сак. – К., 2013 – С. 149-156.

171. Чередникова Т. В. Проверьте развитие ребёнка: 105 психологических тестов / Т. В. Чередникова. – СПб. : Речь, 2007. – 304 с. – ISBN 5-9268-0304-7.

172. Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребёнок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта / Л. М. Шипицына. – СПб. : Дидактика Плюс, 2002. – 496 с.

173. Шульженко Д. І. Формування самоконтролю у розумово відсталих дітей дошкільного віку [Текст] : Автореф. дис. канд. пед. наук : 13.00.03 / Шульженко Діна Іванівна ; Український педагогічний ун-т ім. М. П. Драгоманова. – К., 1994. – 15 с.

174. Ярова Л. П. Формування самоконтролю у молодших школярів допоміжної школи / Ярова Л. П., Стрельчик С. С. – Кіровоград, 1993. – 34 с.

175. Ярушкин Н. Н. Саморегуляция и самоорганизация социального поведения личности / Н. Н. Ярушкин. – СПб., 1998. – 410 с.

176. Benda C. The child with mongolism, Grime and Stratton New-Jork-London, 1960. – 276 с.

177. Buckley S., Gillian B., Sacks B. and en. Social development for individuals with Down syndrome – An overview / Buckley S., Gillian B., Sacks B. and en. / Електронний ресурс: <http://www.down-syndrome.org>

178. Buckley S. The power of behavioural approaches – we need a revival // Down Syndrome Research and Practice. 2008. Vol. 12, Iss. 2. P. 103-104.
179. Carr, J. Down's syndrome: children growing up. Cambridge, UK : Cambridge University Press, 1995.
180. Caychol., Gunn P., & Siegal M. Counting by Children with Down Syndrome // American Journal on Mental Retardation. – 1991. – Vol. 95. – № 5. – P. 575-583.
181. Cunningham C. C., Aumonier M. E. & Sloper P. Health visitor support for families with Down's Syndrome infants. Child Care, Health & Development-1982 (Jan-Fab). – Vol. 8 (1). – P. 1-19.
182. Dykens E. M. Measuring behavioural phenotypes: Provocation from the «new genetics» // American Journal on Mental Retardation. 1995. Vol. 99. P. 522-532.
183. Dykens E. M., Kasari C. Maladaptive behavior in children with Prader-Willi syndrome, Down syndrome, and nonspecific mental retardation // American Journal on Mental etardation. 1997. Vol. 102. P. 228-237.
184. Feeley K. M., Jones E. A. Addressing challenging behaviour in children with Down syndrome: The use of applied behaviour analysis for assessment and intervention // Down Syndrome Research and Practice. 2006. Vol. 11, Iss. 2. P. 64-77 ; Iidem. Strategies to address challenging behaviour in young children with Down syndrome // Ibid. 2008. Vol. 12, Iss. 2. P. 153-163.
185. Feeley K., Jones E. Preventing challenging behaviours in children with Down syndrome : Attention to early developing repertoires / <http://www.down-syndrome.org>
186. Fidler D. J. The emerging Down syndrome behavioural phonotype in early childhood : Implications for practice // Infants and Young Children. 2005. Vol. 18. P. 86-103.
187. Fidler D., Most D., Philofsky A. The Down syndrome behavioural phenotype : Taking a developmental approach / <http://www.down-syndrome.org>
188. Gibson D. Down's Syndrome : The Psychology of Mongolism. – Cambridge, 1978. – p. 336

189. Hobart A. Z. Aspects of Behavior from Birth to Puberty. «Down Syndrome: Living and Learning in the Community» / editors, Lynn Nadel, Donna Rosenthal, A. John Wiley & Sons, Inc., Publications, 1995, P. 37-42.
190. Kasari C., Mundy P., Yirmiga N. & Sigman M. Affect and Attention in Children with Down Syndrome // American Journal on Mental Retardation. – 1990. – Vol. 95. – № 1. – P. 55-65.
191. Kasari, C., & Freeman, S. F. N. (2001). Task-related social behaviour in children with Down syndrome. American Journal on Mental Retardation, 2001, P. 253-264.
192. Molina S., Perez A. A. Cognitive Processes in the Child with Down Syndrome // Developmental Disabilities Bulletin. – 1993. – Vol. 21. – № 2. – P. 21-33.
193. Positive behavior support: Evolution of an applied science / E. G. Carr, G. Dunlap, R. H. Horner, R. L. Koegel, A. P. Turnbull, W. Sailor, J. L. Anderson, R. W. Albin, L. K. Koegel, L. Fox // Journal of Positive Behavior Interventions. 2002. Vol. 4, Iss. 1. P. 4-16.
194. Rynders J. E., Horrobin J. M. Always Trainable? Never Educable? Updating Educational Expectations Concerning Children With Down Syndrome // American Journal on Mental Retardation. – 1990. – Vol. 95. – № 1. – P. 77-82.
195. Sigman, M., & Ruskin, E. Continuity and change in the social competence of children with autism, Down syndrome and developmental delays. Monograph of the Society for Research in Child Development. Malden MA, USA : Blackwells, 1999.
196. Stene J., Fischer G., Stene E., Mikkelsen M., Petersen E. (1977) Paternal age effect in Down's syndrome. Annals of Human Genetics 40 : P. 299-306.
197. Stene J., Stene J. (1977) Statistical methods for detecting a moderate paternal age effect on incidence of disorder when a maternal one is present. Annals of Human Genetics Lond 40 : P. 343-353.
198. Stores R., Stores G. Research on sleep problems and psychological function in children with Down syndrome : Implication for clinical practice and

everyday care // Down Syndrome Research and Practice. 1996. Vol. 4, Iss. 3. P. 110-112.

199. Warner G., Moss J., Smith P., Howlin P. (2014). Autism Characteristics and Behavioural Disturbances in ~ 500 Children with Down's Syndrome in England and Wales. *Autism Research*. DOI : 10.1002 / aur.

200. White P. Practical Approaches to Behaviors That Drive You Crazy (Also Known As «Challenging Behaviors») // Disability Solutions, 1999. Vol. 4, Issue 1, P. 1-14.

201. Wishart J. G. The development of learning difficulties in children with Down's syndrome // Journal of Intellectual Disability Research. 1993. Vol. 37. P. 389-403.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика діагностики стану сформованості дрібної моторики, сенсорних та пізнавальних здібностей «Піраміда» (запропонована Забрамною С. Д.).

Методика використовується для діагностики за наступними показниками: сформованість дрібної моторики, реакція на стимуляцію мотивації з боку дорослого, здатність до розуміння інформації, що повідомляється в питанні, сформованість засобів спілкування і можливих варіантів їх пред'явлення в мовній формі або такій, яка її заміщає: жест, міміка, вокалізація, інтонаційні, звукові сигнали, особливості саморегуляції, порушення координації, сформованість і диференційованість поняття величини, розрізнення дитиною кольору предметів, вміння перераховувати кільця піраміди, сформованість поняття про кількість предметів.

Оцінювання.

3 – виставляється у випадках, коли дитина без додаткових роз'яснень виконує запропоновану експериментальну програму;

2 – якщо відзначається ряд дрібних погрішностей, що виправляються самою дитиною практично без участі спеціаліста;

1 – дитина у змозі виконати завдання після кількох спроб, розгорнутих підказок і навідних питань, по суті «1» – це нижня нормативна межа;

0 – завдання недоступне навіть після докладного багаторазового роз'яснення з боку спеціаліста.

ПРОТОКОЛ

Дата _____ ПІБ дитини _____

Діагноз _____

Тривалість діагностики _____ Вік _____ Стать _____

Інструкція: *«Подивись на піраміду»* (якщо потрібно, руками дитини провести по зібраній піраміді), *«Давай знімемо всі кільця»* (показати основу піраміди без кілець), *«Немає кілець»* (якщо необхідно, руками дитини провести по пустій основі), *«Одягни велике кільце, потім менше... саме маленьке»*. Якщо дитина виконала завдання, пропонуємо наступне: *«Дай червоне кільце»* і т. д. Всі наступні завдання (*«Покажи перше кільце»*, *«Покажи третє кільце»* і т. д., *«Дай два кільця»*, *«Дай чотири кільця»* і т. д.) пропонуються за умови виконання попередніх.

№	Показники	Бали
1.	Моторна координація	
2.	Сформованість і диференційованість поняття величини	
3.	Розрізнення дитиною кольору предметів	
4.	Вміння перераховувати кільця піраміди	
5.	Сформованість поняття про кількість предметів	

Результати спостереження за дитиною фіксуються (реакція дитини на завдання, особливості виконання, реакція на допомогу, зауваження і заохочення з боку дорослого, ставлення дитини до результату роботи, доцільність виконуваних дій з іграшками, стійкість інтересу до ігрової діяльності тощо _____

Додаток Б

**Методика діагностики стану сформованості здатності до
просторового орієнтування та рівня домагань
«Кубики Кооса»**

Створена в 1923 р. американським психологом Коосом методика отримала всесвітнє визнання і поширення. Вона спрямована на виявлення конструктивного праксису, здатності до просторового орієнтування, аналізу фігури (за схемою) та її подальшого синтезу (з кубиків). 16 кубиків Кооса мають однаково розмальовані сторони: синю, червону, жовту, білу, біло-червону і жовто-синю. У комплекті є 18 схем з поступово зростаючою складністю. Схеми можуть бути складені з чотирьох, дев'яти або всіх шістнадцяти кубиків.

Методика може бути використана для дослідження дітей різного віку (від 4 років і старше) залежно від мети дослідження. Вона може бути модифікована в «навчальний експеримент», а також використана як матеріал при дослідженні рівня домагань.

Дитині дають кубики і будь-яку зі схем. Потім просять скласти з кубиків зображену на схемі фігуру. Доцільно починати з пред'явлення більш легких схем. Можна проводити діагностичне «навчання», користуючись певною схемою і системою дозованих підказок до неї. Можна широко користуватися повторенням завдань, окремих схем: при «навчанні» пред'являється аналогічна схема для самостійного виконання. Хорошим прийомом вбачається повторне виконання тієї ж схеми без зразка, тільки по зоровому уявленню.

Як правило, пред'явлення цього завдання майже у всіх дітей викликає особливе ставлення, зацікавленість, що дає можливість виявляти їх реакції на успіх і неуспіх, і дозволяє використовувати методику в якості матеріалу при дослідженні рівня домагань.

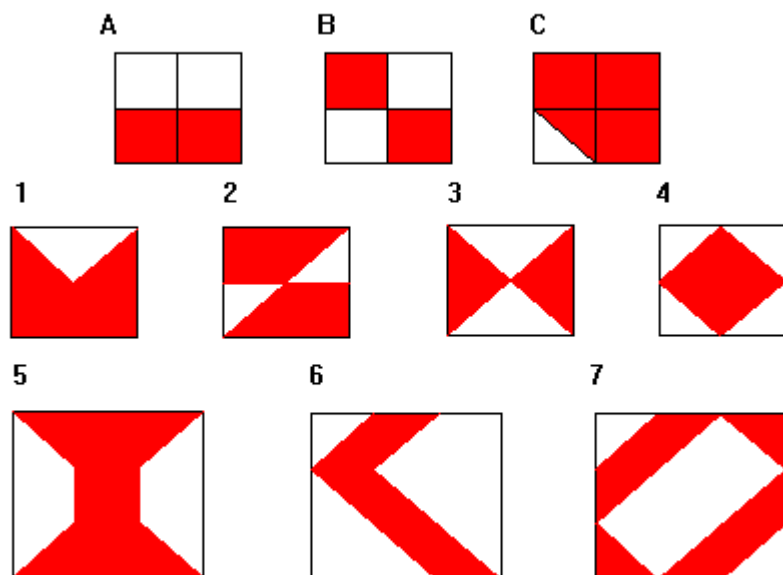
Оцінювання: 2 бали – за виконання з першої спроби, 1 бал – за виконання з другої спроби. Діагностика припиняється, якщо дитина не впоралась із завданням навіть з другої спроби.

Оцінки та ліміти часу.

Завдання	Бали				
	7	6	5	4	2-1-0
A.					45''
B.					45''
C.					45''
1.	1-10''	11-15''	16-20''	21-75''	
2.	1-10''	11-15''	16-20''	21-75''	
3.	1-15''	16-20''	21-25''	26-75''	
4.	1-10''	11-15''	16-20''	21-75''	
5.	1-35''	36-45''	46-65''	66-150''	
6.	1-55''	56-65''	66-80''	81-150''	
7.	1-55''	56-65''	66-90''	91-150''	

Стимульний матеріал

Завдання:



ПРОТОКОЛ

методики діагностики стану сформованості здатності до просторового орієнтування та рівня домагань «Кубики Кооса»

ПІБ _____ Вік _____

Діагноз _____

Стать _____ Тривалість _____ Дата _____

Інструкція. Орнамент А. Поясніть і покажіть дитині як розфарбовані кубики (всі кубики розфарбовані однаково, різні сторони кубиків розфарбовані по-різному). Візьміть в руку чотири кубика і скажіть: *«Я складу їх разом і у мене вийде узор, дивись, що я роблю»*. Повільно розкладіть чотири кубика так, як показано на карточці. Потім дайте дитині чотири інших кубика і скажіть: *«Зроби так само»*. Якщо дитина не впоралась із завданням, зверніться до неї: *«Подивись знову, як я це роблю»*. Виконайте повторну демонстрацію, використовуючи кубики дитини. Потім кубики дитини перемішайте, залишивши свій варіант узору. Запропонуйте дитині ще раз спробувати.

Орнамент В. Перед початком роботи переверніть усі кубики. Потім за ширмою (її функцію може виконувати розкрита папка) складіть узор В і покажіть модель дитині. Скажіть: *«А тепер зроби так, як тут. Зроби сам»*. Якщо дитина при першій спробі не впоралась з узором В, переверніть її кубики і скажіть: *«Подивись, як я зроблю це»*. Залиште модель узору В і продублюйте її кубиками дитини. Після демонстрації поверніть кубики дитини у вихідне положення і скажіть: *«Спробуй сам»*.

Орнамент С. Якщо дитина з першої або з другої спроби впоралась із орнаментом В, приберіть кубики, які слугували взірцем, а на їх місце покладіть карточку із зображенням орнаменту С. Скажіть дитині: *«Склади кубики так, як намальовано на карточці. Спочатку подивись, як це зроблю я»*. Складіть повільно орнамент і по закінченню скажіть: *«Бачиш, верх кубиків виглядає так само, як на карточці»*. Поверніть кубики, які використовувались, у вихідне положення і скажіть: *«А тепер подивись на карточку і сам зроби узор»*. Якщо дитина не впоралась із завданням, поверніть кубики у вихідне положення і

скажіть: *«Подивись як я це роблю»*. Складіть орнамент знову. Потім поверніть кубики у вихідне положення і скажіть: *«Спробуй ще раз. Починай»*.

Якщо дитина впоралась із орнаментом С (з першої або з другої спроби), продовжуйте тестування, починаючи із завдання № 1 і проводьте його до тих пір, доки не буде дві невдачі поспіль.

№ орнаменту	Бали	Примітки
А		
В		
С		
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Додаток В

ПРОТОКОЛ

спостереження за дитиною

ПІБ _____ Вік _____

Діагноз _____

Стать _____ Тривалість _____

Під час процедури діагностики спеціаліст спостерігає за дитиною, спираючись на наступні питання.

Інструкція: *«Дайте відповідь на наступні питання або відмітьте ті пункти, які відповідають поведінці дитини».*

№	Питання	Відповідь, примітка
1.	Який контакт між батьками і дитиною?	
2.	Хто спочатку входить в приміщення, батьки чи дитина?	
3.	Дитина «липне» до батьків?	
4.	Чи притискає мати дитину до себе, уникаючи всякого зайвого руху?	
5.	Чи вривається дитина в приміщення?	
6.	Чи виявляє дитина гіперактивність?	
7.	Чи проявляє дитина особливу недовіру?	
8.	Чи звертається дитина одразу до спеціаліста або ж до стимульного матеріалу?	
9.	Як (якісно) він рухається?	
10.	Як (якісно) він тримається?	
11.	Який м'язовий тонус: слабкий, сильний чи нормальний?	
12.	Чи говорить дитина? Виразно чи ні? Голосно або тихо? З живою інтонацією або з інтонацією робота?	
13.	Чи чує дитина?	
14.	Чи не багато вона ходить навшпиньки?	
15.	Чи не реагує гостро на гучні звуки (гіперакузія)?	
16.	Чи бачить дитина? Чи зупиняє погляд на предметах?	
17.	Чи є у неї проблеми зі шкірою?	
18.	Як вона ходить по кімнаті: шумно або тихо?	

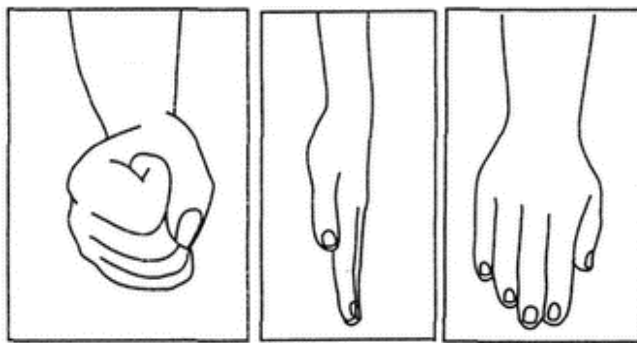
19.	Чи дивиться на матір, на спеціаліста?	
20.	Дитина бадьора, уважна, втомлена, задумлива, апатична, сумна?	
21.	Чи відзначаються рухові стереотипи, чи проявляється стереотипність в рухах очей, у поводженні з предметами?	
22.	Як реагує на вербальне звернення?	
23.	Чи є асиметрії?	
24.	Більше використовує праву чи ліву руку?	
25.	Що їй найбільше подобається в приміщенні, яка іграшка?	
26.	Характеристика ігрової діяльності (здатність самостійно вибрати іграшки і організувати гру, доцільність виконуваних дій з іграшками, стійкість інтересу до ігрової діяльності).	
27.	Який характер емоційних реакцій дитини при вигляді іграшок (радість, занадто виражена або стримана, байдужість)?	
28.	Чи проводить аналіз, синтез, узагальнення і класифікацію, вибираючи саме ті іграшки, які потрібні для певної дії (вибирає предмети одягу, щоб організувати гру з лялькою; кубики, щоб завантажити їх на машину і т. д.)?	
29.	Чи приймає допомогу з боку дорослого? Яка міра і характер допомоги необхідний дитині?	
30.	Як реагує на результат роботи: правильна оцінка своєї діяльності, адекватна емоційна реакція (радість при успіху, засмучення при невдачі)?	
31.	Чи не уникає дотику до хутра іграшки?	
32.	Чи виявляє потребу в особливому педантичному порядку?	

Методика діагностики сенсомоторної сфери (за А. В. Семенович)

Кінетичний (динамічний) праксис

1. «Кулак – ребро – долоня».

Інструкція: *«Роби, як я»*. Далі виконується послідовний ряд рухів, міняються лише пози, сама рука не змінює місця розташування. Два рази ви робите завдання разом з дитиною повільно і мовчки, потім пропонуєте їй зробити самостійно і в більш швидкому темпі. Потім те ж із зафіксованим язиком і закритими очима. По черзі обстежуються обидві руки.



2. Графічна проба «Парканчик».

Інструкція. Намалюйте дитині зразок  і скажіть: *«Продовж візерунок, не відриваючи олівець від паперу»*. Два рази ви робите завдання разом з дитиною повільно і мовчки, потім пропонуєте їй зробити самостійно і в більш швидкому темпі. Потім те ж із зафіксованим язиком. По черзі обстежуються обидві руки.

Оральний кінетичний праксис

Інструкція: *«Роби, як я»*. Спеціаліст, наприклад: 1) кілька разів клацає язиком; 2) нахмурюється і посміхається; 3) доторкається язиком до лівого, потім до правого кута рота, потім надуває щоки. Варіантом цього тесту є виконання аналогічних дій за вербальною інструкцією.

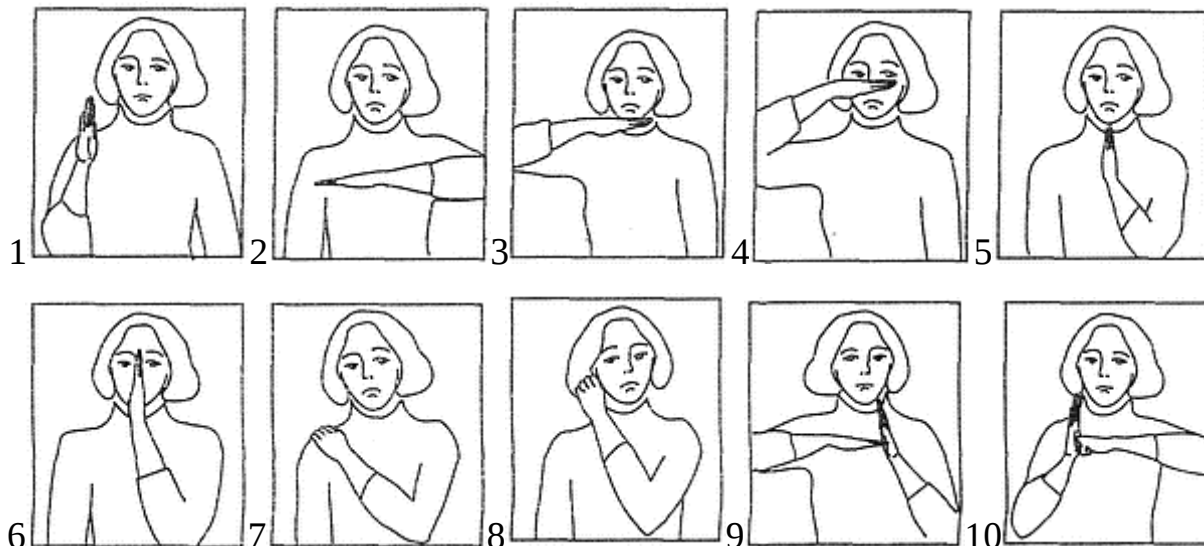
Просторовий праксис

1. Проба Хеда.

Інструкція. Спеціаліст і дитина сидять навпроти один одного. Спеціаліст каже дитині: *«Те, що я буду робити правою рукою, ти будеш робити своєю*

(доторкнутися) правою рукою, те, що я буду робити лівою рукою, ти будеш робити своєю (доторкнутися) лівою рукою».

Пропонується виконання проб спочатку однією рукою (спеціаліст постійно змінює руки), потім одночасно двома руками.



Тактильні і соматогностичні функції

1. Локалізація дотику.

Інструкція: *«Закрий очі. Покажи місце, до якого я доторкнулася».* Торкаючись до якого-небудь місця на тілі дитини, ви просите показати, куди ви доторкнулися. У даному випадку важливо оцінити точність локалізації дотику і порівняти успішність виконання завдання на різних частинах тіла і з різних сторін.

Оцінювання.

3 – виставляється у випадках, коли дитина без додаткових роз'яснень виконує запропоновану експериментальну програму;

2 – якщо відзначається ряд дрібних погіршень, що виправляються самою дитиною практично без участі спеціаліста;

1 – дитина у змозі виконати завдання після кількох спроб, розгорнутих підказок і навідних питань, по суті «1» – це нижня нормативна межа;

0 – завдання недоступне навіть після докладного багаторазового роз'яснення з боку спеціаліста.

Додаток Д

Методика діагностики уваги «Коректурна проба»

Інструкція: *«Зараз ми з тобою пограємо в таку гру: я покажу тобі картинку, на якій намальовано багато різних знайомих тобі предметів. Коли я скажу слово «починай», ти по рядках цього малюнка почнеш шукати і закреслювати ті предмети, які я назву. Шукати і закреслювати названі предмети необхідно до тих пір, поки я не скажу слово «стоп». У цей час ти повинен зупинитися і показати мені те зображення предмета, яке ти побачив останнім. Після цього я зазначу на твоєму малюнку місце, де ти зупинився, і знову скажу слово «починай». Після цього ти продовжиш робити те ж саме, тобто шукати і викреслювати з малюнка задані предмети. Так буде кілька разів, поки я не скажу слово «кінець». На цьому виконання завдання завершиться».*

У цій методиці дитина працює 2,5 хв., протягом яких п'ять разів поспіль (через кожні 30 секунд) їй говорять слова «стоп» і «починай».

Спеціаліст сам зазначає на малюнку дитини ті місця, де даються відповідні команди.

Обробка і оцінка результатів.

При обробці й оцінці результатів визначається кількість предметів на малюнку, переглянутих дитиною протягом 2,5 хвилин, тобто за весь час виконання завдання, а також окремо за кожен 30-секундний інтервал. На підставі отриманих даних за формулою визначається загальний показник рівня розвиненості у дитини: одночасно двох властивостей уваги – продуктивності і стійкості:

$$S = \frac{0,5 \cdot N - 2,8n}{t},$$

де S – показник продуктивності і стійкості уваги обстеженої дитини;

N – кількість зображень предметів, переглянутих дитиною за час роботи;

t – час роботи;

n – кількість помилок, допущених за час роботи. Помилками вважаються пропущені потрібні або закреслені непотрібні зображення.

У підсумку кількісної обробки психодіагностичних даних визначаються за наведеною вище формулою шість показників, один – для всього часу роботи над методикою (2,5 хвилини), а решта – для кожного 30-секундного інтервалу. Відповідно, змінна t в методиці набуватиме значення 150 і 30.

За всіма показниками S , отриманими в процесі виконання завдання, будується графік, на основі аналізу якого можна робити висновок про динаміку зміни в часі продуктивності і стійкості уваги дитини. При побудові графіка показники продуктивності і стійкості переводяться (кожен окремо) у бали за десятибальною системою наступним чином:

10 балів – показник S у дитини вище, ніж 1,25 бала;

8-9 балів – показник S знаходиться в межах від 1,00 до 1,25 бала;

6-7 балів – показник S знаходиться в інтервалі від 0,75 до 1,00 бала;

4-5 балів – показник S знаходиться в межах від 0,50 до 0,75 бала;

2-3 бали – показник S знаходиться в межах від 0,24 до 0,50 бала;

0-1 бал – показник S знаходиться в інтервалі від 0,00 до 0,2 бала.

Висновки про рівень розвитку:

10 балів – продуктивність уваги дуже висока, стійкість уваги дуже висока;

8-9 балів – продуктивність уваги висока, стійкість уваги висока;

4-7 балів – продуктивність уваги середня, стійкість уваги середня;

2-3 бали – продуктивність уваги низька, стійкість уваги низька;

0-1 бал – продуктивність уваги дуже низька, стійкість уваги дуже низька.

ПРОТОКОЛ

методики діагностики уваги «Коректурна проба»

ПІБ _____ Вік _____

Стать _____ Тривалість _____ Дата _____

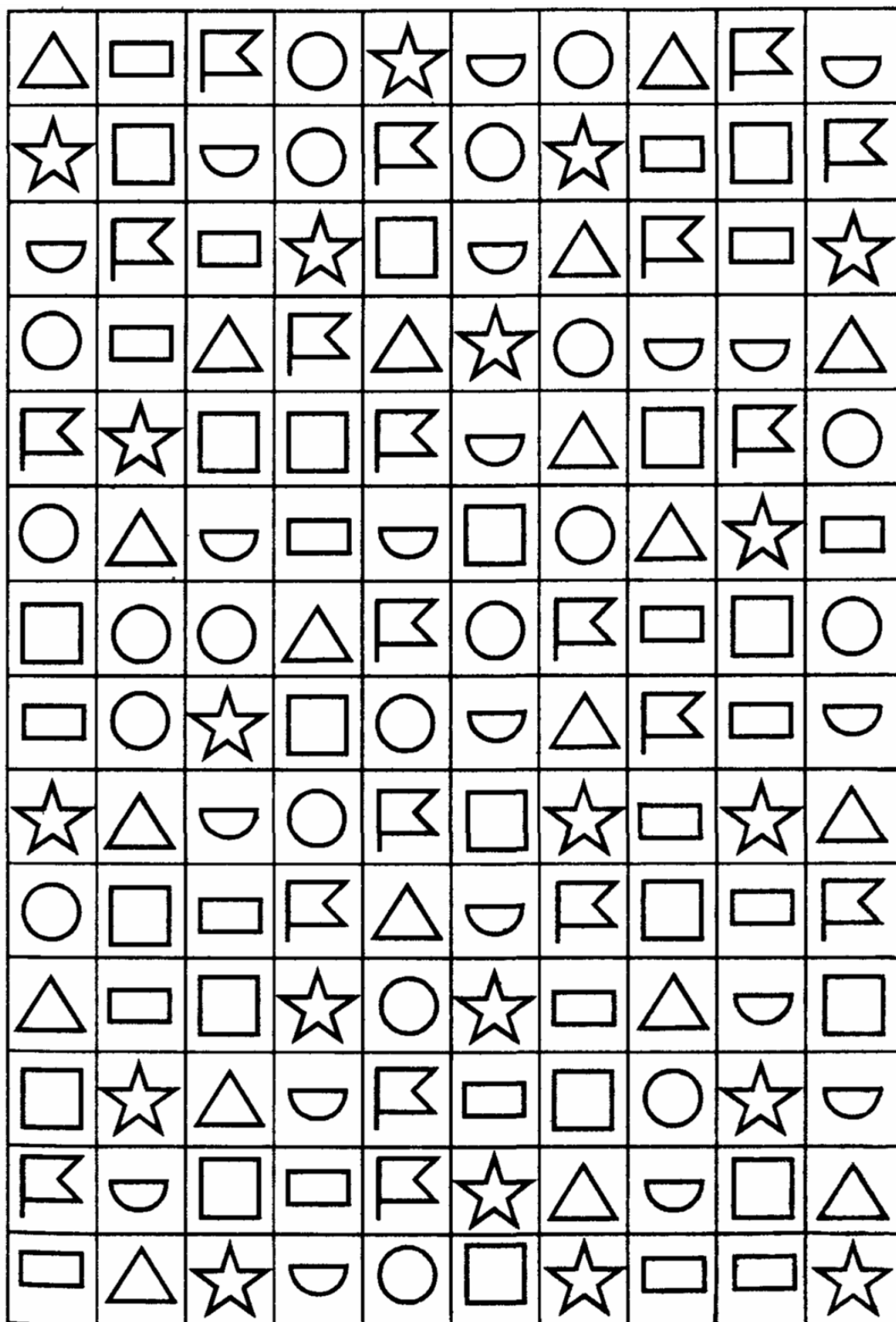
Інструкція: *«Зараз ми з тобою пограємо в таку гру: я покажу тобі картинку, на якій намальовано багато різних знайомих тобі предметів. Коли я скажу слово «починай», ти по рядках цього малюнка почнеш шукати і закреслювати ті предмети, які я назву. Шукати і закреслювати названі предмети необхідно до тих пір, доки я не скажу слово «стоп». У цей час ти повинен зупинитися і показати мені те зображення предмета, яке ти побачив останнім. Після цього я зазначу на твоєму малюнку місце, де ти зупинився, і знову скажу слово «починай». Після цього ти продовжиш робити те ж саме, тобто шукати і викреслювати з малюнка задані предмети. Так буде кілька разів, поки я не скажу слово «кінець». На цьому виконання завдання завершиться».*

У цій методиці дитина працює 2,5 хвилин, протягом яких п'ять разів поспіль (через кожні 30 секунд) їй говорять слова «стоп» і «починай».

Спеціаліст сам зазначає на малюнку дитини ті місця, де даються відповідні команди.

Фіксуються результати спостереження за дитиною (реакція дитини на завдання, особливості виконання, реакція на допомогу, зауваження і заохочення з боку дорослого, ставлення дитини до результату роботи, здатність самостійно вибрати іграшки і організувати гру, доцільність виконуваних дій з іграшками, стійкість інтересу до ігрової діяльності тощо) _____

Стимульний матеріал до методики «Коректурна проба»



Додаток Е

ПРОТОКОЛ

опросника для родителей / педагогов (Ахенбах)

ФИО (матери) _____ Возраст _____
 ФИО (отца) _____ Возраст _____
 ФИО (ребёнка) _____ Возраст _____
 Пол ребёнка _____ Дата _____

Инструкция. Ниже следует список утверждений, описывающих поведение детей и подростков. Если данный пункт соответствует поведению данного подростка (ученика) в настоящее время полностью, то обведите, пожалуйста, в графе ответов цифру 2. Если данным пункт описывает его / ее поведение только в некоторой степени или только иногда, обведите цифру 1. И, наконец, если данное утверждение вообще не соответствует поведению ребёнка, обведите цифру 0.

0 – вообще не соответствует (насколько мне известно)

1 – в некоторой степени (иногда) соответствует

2 – полностью (всегда) соответствует

1.	Ведет себя как маленький (поведение не соответствует возрасту)	0	1	2
2.	Бормочет, мямлит, издаёт странные звуки во время урока	0	1	2
3.	Огрызается, спорит	0	1	2
4.	Не доводит до конца начатое	0	1	2
5.	Ведет себя как ребенок противоположного пола. Опишите, пожалуйста _____	0	1	2
6.	Ведет себя вызывающе	0	1	2
7.	Хвастает, задается	0	1	2
8.	Не может сконцентрироваться, удержать свое внимание на чем-то одном	0	1	2
9.	Не может отделаться от навязчивых мыслей. Опишите, пожалуйста _____	0	1	2
10.	Не может усидеть на месте, неутомим, излишне активен	0	1	2
11.	Слишком зависим от взрослых, несамостоятелен	0	1	2
12.	Жалуется на одиночество	0	1	2
13.	Неорганизован, рассеян	0	1	2
14.	Много плачет	0	1	2
15.	Вертится, ерзает	0	1	2
16.	Жесток, задирист и злобен по отношению к другим	0	1	2
17.	Много фантазирует и выдумывает, погружен в свои мысли	0	1	2
18.	Намеренное членовредительство или попытка самоубийства	0	1	2
19.	Любит, чтобы на него обращали внимание	0	1	2
20.	Намеренно ломает и уничтожает свои игрушки, книги, вещи	0	1	2
21.	Нарочно ломает и уничтожает вещи, принадлежащие семье, родителям и другим людям	0	1	2
22.	С трудом следует указаниям и инструкциям	0	1	2
23.	Непослушен в школе	0	1	2
24.	Отвлекает других детей	0	1	2
25.	Не ладит с другими детьми	0	1	2
26.	Не чувствует себя виноватым, даже если сделал что-нибудь плохое	0	1	2
27.	Ревнив	0	1	2

28.	Ест и пьет то, что не является пищей. Опишите, пожалуйста _____	0	1	2
29.	Боится некоторых животных, ситуаций или мест (кроме школы). Опишите, пожалуйста _____	0	1	2
30.	Боится школы	0	1	2
31.	Боится, что может подумать или сделать что-нибудь плохое	0	1	2
32.	Считает, что всегда должен быть безупречным	0	1	2
33.	Ему кажется, что его никто не любит	0	1	2
34.	Ему кажется, что другие люди хотят ему досадить или причинить вред	0	1	2
35.	Чувствует себя неполноценным, никчемным	0	1	2
36.	Часто получает ушибы, физические травмы	0	1	2
37.	Ввязывается в драки	0	1	2
38.	Его часто дразнят	0	1	2
39.	Водится (входит в компании) с другими детьми, которые часто попадают в неприятные истории или даже затевают их	0	1	2
40.	Слышит звуки или голоса, которые, кроме него, никто не слышит. Опишите, пожалуйста _____	0	1	2
41.	Несдержан, импульсивен, действует необдуманно	0	1	2
42.	Предпочитает одиночество	0	1	2
43.	Обманывает, мошенничает, списывает в школе	0	1	2
44.	Грызет ногти	0	1	2
45.	Нервный, чувствительный, напряженный	0	1	2
46.	Нервные движения или тики (подергивание век, покусывания губ, постукивания ногой по полу и т. д.).	0	1	2
47.	Безоговорочно подчиняется правилам и инструкциям	0	1	2
48.	Нелюбим другими детьми	0	1	2
49.	Имеет трудности с усвоением материала	0	1	2
50.	Слишком боязлив и тревожен	0	1	2
51.	Частые головокружения	0	1	2
52.	Считает себя виноватым во всем	0	1	2
53.	В разговоре или на уроке перебивает других	0	1	2
54.	Переутомлен	0	1	2
55.	Имеет избыточным вес	0	1	2
56.	Имеет проблемы, связанные со здоровьем, медицинская причина которых неясна а) телесные боли (не включая головные) б) головные боли в) тошнота, недомогание г) проблемы с глазами. Опишите, пожалуйста _____ д) сыпь или другие кожные заболевания с) боли в животе или судороги ж) рвота з) другие физические проблемы. Опишите, пожалуйста _____	0 0 0 0 0 0 0 0	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2
57.	Физически агрессивен	0	1	2

58.	Ковыряет в носу, часто касается некоторых частей тела, чешется. Приведите примеры _____	0	1	2
59.	Спит на уроках	0	1	2
60.	Апатичен, ни в чем не заинтересован	0	1	2
61.	Плохо учится	0	1	2
62.	Движения плохо скоординированы / неуклюжи	0	1	2
63.	Предпочитает играть и проводить время с детьми более старшего возраста	0	1	2
64.	Предпочитает играть или проводить время с детьми более младшего возраста	0	1	2
65.	Отказывается разговаривать	0	1	2
66.	Снова и снова повторяет одни и те же действия, движения (например, тербит пуговицу, проверяет, закрыты ли двери и т. п.). Опишите, пожалуйста _____	0	1	2
67.	Нарушает дисциплину во время урока	0	1	2
68.	Крикливый	0	1	2
69.	Скрытен, держит все в себе	0	1	2
70.	Видит что-то, что, кроме него, не видит никто. Опишите, пожалуйста _____	0	1	2
71.	Стеснителен, легко смущается	0	1	2
72.	Неаккуратный, кляксы и грязь в тетрадах и книгах	0	1	2
73.	Безответственный. Опишите, пожалуйста _____	0	1	2
74.	Выставляет себя, паясничает	0	1	2
75.	Застенчив или робок	0	1	2
76.	Ведет себя непредсказуемо	0	1	2
77.	Предполагает, что его требования должны немедленно выполняться, легко расстраивается и выходит из себя	0	1	2
78.	Невнимателен, легко отвлекаем	0	1	2
79.	Трудности с речью. Опишите, пожалуйста _____	0	1	2
80.	Безучастно (с отсутствующим видом) смотрит куда-то или на что-то	0	1	2
81.	Болезненно реагирует на критику	0	1	2
82.	Воруется	0	1	2
83.	Складывает, собирает, сохраняет вещи, которые ему не нужны (не включая предметы из коллекций). Опишите, пожалуйста _____	0	1	2
84.	Ведет себя странно. Опишите, пожалуйста, в чем это проявляется _____	0	1	2
85.	Имеет странные идеи. Опишите, пожалуйста, какие _____	0	1	2
86.	Упрям, угрюм и раздражителен	0	1	2
87.	Внезапные перемены настроения	0	1	2

88.	Дуется, обидчив	0	1	2
89.	Подозрителен	0	1	2
90.	Ругается матом, употребляет неприличные слова	0	1	2
91.	Говорит о самоубийстве	0	1	2
92.	Учится не в полную силу, не реализует свои способности	0	1	2
93.	Слишком разговорчив	0	1	2
94.	Дразнится	0	1	2
95.	Вспыльчив, легко выходит из себя	0	1	2
96.	Слишком много думает о сексе	0	1	2
97.	Угрожает людям	0	1	2
98.	Часто опаздывает на уроки	0	1	2
99.	Слишком озабочен чистоплотностью и аккуратностью	0	1	2
100.	Не выполняет домашних заданий	0	1	2
101.	Прогуливает школу	0	1	2
102.	Недостаточно активен и энергичен	0	1	2
103.	Несчастлив, грустен, угнетен	0	1	2
104.	Слишком шумный, говорит слишком громко	0	1	2
105.	Употребляет спиртное или наркотики. Опишите, пожалуйста, что (какие) именно _____	0	1	2
106.	Все время старается угодить, подлизывается	0	1	2
107.	Не любит школу	0	1	2
108.	Постоянно боится ошибиться	0	1	2
109.	Хнычет	0	1	2
110.	Неопрятен	0	1	2
111.	Замкнут, не вступает в контакты с другими	0	1	2
112.	Склонен к взволнованности, беспокойности	0	1	2
113.	Перечислите, пожалуйста, другие особенности поведения данного ученика, которые не были упомянуты _____	0	1	2

Пожалуйста, проверьте, на все ли вопросы вы ответили. Пожалуйста, подчеркните все вопросы (утверждения), которые вам непонятны, вызвали сомнения или раздражение. Спасибо!

Додаток Ж
ПРОТОКОЛ
опитувальника для батьків (визначення порушень сенсорної інтеграції)

Дата _____

ПІБ батька / матері _____

ПІБ дитини _____

Інструкція: Вашій увазі представлено список стверджень, які характеризують дитину. Якщо ствердження відповідає характеристиці Вашої дитини в даний період, то обведіть, будь-ласка, у колонці відповідей цифру 2. Якщо даний пункт характеризує дитину тільки в деякій мірі, або тільки інколи, обведіть цифру 1. Якщо ствердження не відповідає характеристиці дитини, обведіть цифру 0.

0 – взагалі не відповідає характеристиці дитини;

1 – в деякій мірі (іноді) відповідає;

2 – повністю (завжди) відповідає.

Опитувальний лист «Порушення вестибулярно-білатеральної інтеграції»

Чи помічаєте ви, що ваша дитина:

1.	В цілому розвивається типово, але стикається з труднощами, навчаючись читати або рахувати?	0	1	2
2.	Постійно хоче грати / довго грає в рухливі ігри, що включають розгойдування, біг, стрибки, і не втомлюється довше інших дітей?	0	1	2
3.	Не може утримати погляд на рухомому предметі або, переписуючи текст з дошки в зошит, «губиться» у рядках?	0	1	2
4.	Не особливо спритна у спортивних іграх?	0	1	2
5.	Частіше однолітків падає і іноді зазнає невдачі, намагаючись попередити падіння (або зовсім не намагається утриматися від падіння)?	0	1	2
6.	Стає важкою, коли ви намагаєтеся допомогти їй переміститися в потрібне положення і зберегти рівновагу?	0	1	2
7.	Не може сидіти прямо чи скрючується, сидячи за столом?	0	1	2
8.	Погано справляється із завданнями, в яких задіяні обидві руки і обидві сторони тіла, наприклад з розрізанням паперу ножицями (тут треба тримати однією рукою лист, а іншою різати), стрибками з розведенням рук і ніг, зав'язування шнурків, їздою на велосипеді і т. д.	0	1	2

9.	Змінює руки, виконуючи завдання (наприклад, при письмі), хоча йому вже більше 6 років?	0	1	2
10.	Плутає право і ліво, верх і низ?	0	1	2
11.	Перевертає букви дзеркально, наприклад Я і К, або пише не зліва направо, а в інших напрямках?	0	1	2
12.	Уникає перетинати середню лінію свого тіла: наприклад, воліє повернутися всім тілом замість того, щоб протягнути руку впоперек осрової лінії тіла?	0	1	2
13.	Демонструє різкі і неритмічні рухи?	0	1	2
14.	Виглядає неорганізованою або «загубленою у просторі»?	0	1	2

Опитувальний лист «Гравітаційна невпевненість»

Чи помічаєте ви, що ваша дитина:

1.	Стає тривожною, будучи відірваною від землі, або вперто намагається зберігати вертикальне положення, прагнучи до того, щоб ноги завжди знаходилися внизу?	0	1	2
2.	Дуже боїться впасти, боїться висоти?	0	1	2
3.	Боїться їздити на ескалаторі і в ліфті?	0	1	2
4.	Реагує на рух або зміну положення голови появою симптомів стресу?	0	1	2
5.	Уникає нахилити голову вниз або вбік і їй не подобається перекидатися через голову?	0	1	2
6.	Або просто перевертатися, лежачи на підлозі?	0	1	2
7.	Не отримує, на відміну від однолітків, великого задоволення від гри на дитячому майданчику з гімнастичними снарядами, не любить рухомих іграшок і не грає в них?	0	1	2
8.	Уникає стрибати з висоти, а якщо і стрибає, то стрибок забирає в неї багато сил і часу?	0	1	2
9.	Повільно ходить по сходах, частіше за інших дітей хапається за поруччя?	0	1	2
10.	Нікуди не піднімається, навіть коли має можливість триматися обома руками?	0	1	2
11.	Лякається підйому по похилій поверхні, немов всупереч реальності висота здається йому занадто великою?	0	1	2
12.	Особливо боїться втратити рівновагу?	0	1	2
13.	Під час поїздок на машині боїться різко повертати за кут або не любить дуже звивистих доріг?	0	1	2
14.	Помиляється в оцінці простору і відстаней?	0	1	2
15.	Тривожиться, якщо її раптово потягнути за плечі, коли вона сидить?	0	1	2
16.	Уникає ігор, які передбачають непередбачувані переміщення оточуючих, і особливо тих, що загрожують її рівновазі (п'ятнашки, футбол, «вишибали»)?	0	1	2
17.	Виглядає тривожною, незахищеною, потрапляючи на	0	1	2

	відкритий простір?			
--	--------------------	--	--	--

Опитувальний лист «Праксис (рухове планування)»

Чи помічаєте ви, що ваша дитина:

1.	Незграбна?	0	1	2
2.	Уникає участі в спортивних іграх або інших видах фізичної активності, або вони їй не подобаються?	0	1	2
3.	Важко вигадує для себе нові розваги або не розуміє як грати з тими чи іншими іграшками?	0	1	2
4.	Складно переключається з одного виду діяльності на інший?	0	1	2
5.	Весь час вважає за краще слідувати одній і тій же схемі гри або вибирає одні й ті ж ігри?	0	1	2
6.	Не може навести порядок в кімнаті і на столі?	0	1	2
7.	Схильна до фізичного ризику або часто натикається / спотикається через предмети?	0	1	2
8.	Довше однолітків опановує навички, такі як зав'язування шнурків, вдягання, письмо, ігри з м'ячом (у яких треба зловити м'яч) і т. д.?	0	1	2
9.	Намагається верховодити однолітками, направити гру так, щоб мати контроль над ситуацією?	0	1	2
10.	Діє неефективно: наприклад, пропускає якісь кроки чи виконує непотрібні дії під час гри або заняття?	0	1	2
11.	Важко приступає до виконання завдання або не може його закінчити?	0	1	2

Опитувальний лист «Тактильна гіперчутливість»

Чи помічаєте ви, що ваша дитина:

1.	Уникає чужих дотиків або відвертає обличчя від усього, що знаходиться дуже близько до нього?	0	1	2
2.	Не любить мити обличчя і голову?	0	1	2
3.	Боїться оглядів у стоматолога більше, ніж інші діти?	0	1	2
4.	Терпіти не може, коли їй стрижуть волосся або нігті на руках або ногах?	0	1	2
5.	Не любить, коли її торкаються, навіть по-дружньому або з почуття симпатії, уникає обіймів, навіть якщо її всього лише поплескують по плечу, схильна уникати будь-якого фізичного контакту з друзями, хоча із задоволенням базикає і спілкується з ними?	0	1	2
6.	Щоразу реагує на дотики по-різному і дивним чином?	0	1	2
7.	Негативно реагує на вдягання, певні види або особливості одягу (наприклад, на еластичні манжети, певну довжину рукава, шви і т. д.)?	0	1	2
8.	Тривожиться сильніше звичайного, якщо до неї підходять	0	1	2

	ззаду або якщо вона не бачить того, що відбувається?			
9.	Сильно тривожиться, коли люди перебувають близько до неї (наприклад, у черзі або в натовпі)?	0	1	2
10.	Відчуває незвичайну потребу в дотиках або, навпаки, в уникненні дотиків до певних поверхонь або предметів з конкретною текстурою, таких як ковдри, килими або м'які іграшки?	0	1	2
11.	Не любить занурювати пальці в пісок, вмочати їх у спеціальні фарби, торкатись клею і інших подібних матеріалів?	0	1	2
12.	Не любить ходити босоніж, особливо по піску або траві?	0	1	2
13.	Особливо прискіплива до текстури або температури їжі?	0	1	2

Опитувальний лист «Зорова перцепція»

Чи помічаєте ви, що ваша дитина:

1.	Не може зафарбовувати замкнуті області, не вибиваючись за лінії контурів або не може проводити лінії, коли малює, розфарбовує або пише?	0	1	2
2.	Насилу збирає мозаїку і будує що-небудь з кубиків?	0	1	2
3.	Не може розрахувати кроки, піднімаючись / спускаючись по сходах або крокуючи з бордюра / на бордюр?	0	1	2
4.	Не любить незнайомі місця, оскільки боїться, що легко може там загубитися?	0	1	2
5.	Не бачить подібності та відмінності у візерунках або малюнках?	0	1	2
6.	Довго возиться з гудзиками / блискавками на одязі або одягає взуття не на ту ногу?	0	1	2
7.	Насилу знаходить що-небудь в шухляді столу або розрізняє особу в натовпі?	0	1	2
8.	Працює з частинами завдання, але не бачить цілісної картини?	0	1	2
9.	Губиться в класі: не розуміє, коли потрібно здати домашнє завдання, де лежить точилка для олівців, де на дошці написано завдання і т. д.?	0	1	2
10.	Не може різати рівно по лінії та / або склеювати предмети і папір в потрібному місці, займаючись якими-небудь виробами?	0	1	2

Опитувальний лист «Обробка звукових імпульсів»

Чи помічаєте ви, що ваша дитина:

1.	Не завжди відповідає, коли до неї звертаються?	0	1	2
2.	Невірно розуміє звернені до неї слова?	0	1	2
3.	Плутає схожі за звучанням слова (наприклад, «принеси кішку» замість «принеси ложку»)?	0	1	2
4.	Не може повторити за ким-небудь слова або пропозиції?	0	1	2
5.	Невиразно говорить: неправильно вимовляє слова або спотикається на складних словах (наприклад, говорить «сипед» замість «велосипед»)?	0	1	2
6.	Частково розуміє але пропускає деталі виразно виголошених описів, вказівок або оповідань?	0	1	2
7.	Не може вірно вказати напрямок, звідки йде звук?	0	1	2
8.	У тиші чує добре, але в галасливій обстановці плутається?	0	1	2
9.	Не може дивитися і слухати одночасно?	0	1	2
10.	На групових заняттях (іграх, уроках, лекціях) виглядає розсіяною, відстороненою, не цікавиться тим, що відбувається або взагалі уникає групових заходів?	0	1	2
11.	Дивно відповідає на запитання, неправильно їх розуміє?	0	1	2
12.	Розмовляє монотонно або дуже голосно?	0	1	2
13.	Демонструє високу чутливість до шуму і час від часу чує те, чого не чують інші?	0	1	2
14.	Дратується, якщо навколо сміються, шумлять або розмовляють всі одночасно (наприклад, в кафе)?	0	1	2

Дякуємо за співпрацю!

Діагностика рівня сформованості мовлення та комунікації
(за О. А. Венгер, Г. Л. Вигодською, Е. І. Леонгард)

Мета: визначити стан сформованості розуміння вербального мовлення та жестів дитини дошкільного віку, а також стан сформованості здібності користуватись ними.

Серія А. Дослідження стану сформованості вербального мовлення.

Виявляється реакція дитини на звернене до неї мовлення, наявність її мовлення та розуміння нею власного мовлення, використання нею фраз, слів (повних, лепетних слів, лепету) та звуків.

Серія Б. Дослідження стану сформованості розуміння жестового мовлення. Фіксується розуміння «природних жестів» (тих, що використовуються в побуті, простих жестів), сформованість вміння виражати за допомогою жестів власних бажань, емоцій, відповідність жестів, які застосовує дитина, її потребам, а також типи жестів (різноманітні чи однотипні). Фіксується стан сформованості дитиною вказівного жесту.

Процедура проведення методики. Дитині задається ігрова ситуація, за якою здійснюється спостереження.

Оцінка:

1. Реакція дитини на вербальне мовлення дослідника:

2 бали – розуміння зверненого мовлення, самостійне використання слів та фраз, наявність спонтанного мовлення та самостійного мовлення (слів та фраз);

1 бал – розуміння зверненого мовлення, наявність фразового мовлення, ситуативне використання самостійного мовлення;

0 балів – обмежене розуміння зверненого мовлення, відсутність самостійного використання слів та фраз, відсутність причинно-наслідкових зв'язків у мовленні, відсутність самостійного мовлення.

2. Наявність і розуміння власного мовлення:

2 бали – самостійне використання слів та фраз, використання власного мовлення адекватно ситуації;

1 бал – наявність окремих слів, фраз та жестів, а також використання їх адекватно ситуації;

0 балів – використання окремих слів, звуків та жестів без причинно-наслідкових зв'язків, відсутність окремих слів та жестів.

Стимульний матеріал: книжки або малюнки, які мають великі, чіткі, яскраві ілюстрації. Картинки повинні бути двох видів: предметні, де зображуються тварини або іграшки; сюжетні.

За результатами цієї методики визначається стан сформованості розуміння усного (вербального) мовлення та жестів дитини дошкільного віку, а також стан сформованості здібності користуватись ними.

Серія А.

Ситуація ігрова 1. Перевірка рівня розуміння усного (вербального) мовлення.

Спеціаліст (дослідник) пропонує дитині ту чи іншу книгу (залежно від того, який рівень усного мовлення демонструє дитина в процесі знайомства, гри). Наприклад, якщо в процесі бесіди дитина демонструє розуміння лише назв окремих іграшок, спеціаліст показує їй книжку з зображенням тварин і каже: *«Де собачка?»* (або *«ав-ав»*), *«Де ведмедик?»* і т.п. Дитина повинна показати даних тварин на відповідних картинках. Закривши книгу, спеціаліст запитує: *«Мама де?»*, *«А Таня?»* (Ім'я дитини), *«Папа де?»*. Якщо дитина справляється з цими завданнями, можна попросити її показати у ведмедика (або собаки) очі, ніс, вуха; показати те ж саме у себе і т.п.

Ігрова ситуація 2. Перевірка розуміння дитиною елементарних доручень. Спеціаліст дає дитині доручення типу: *«Дай мені (мамі)»*, *«Поклади»*, *«Іди»*, *«Встань»*, *«Сядь»*, *«Іди до вікна»* (до столу, до дверей), *«Відкрий книгу»* (двері), *«Закрий очі»* і т.д.

Ігрова ситуація 3. Дослідження стану сформованості фразового мовлення. У дітей, що мають фразову мову, потрібно перевірити розуміння питань, прийменників, розуміння причинно-наслідкових зв'язків (перевіряється за

допомогою картинок або розкладених заздалегідь предметів). З цією метою дитині дають доручення і ставлять питання: *«Покажи м'яч на стільці»*, *«Покажи ведмедика під деревом»*, *«Де сидить хлопчик?»*, *«Якого кольору куля?»*, *«Скільки тут грибів?»*, *«Чому діти вдягли шуби?»*, *«Навіщо дівчинка взяла скакалки?»*, *«Куди пішли діти?»* і т. п.

Ігрова ситуація 4. Перевірка рівня самостійного вживання слів і фраз. Спеціаліст використовує ті ж книги та картинки. Якщо дитина не виявляє ініціативи сама, тобто не починає говорити, спеціаліст спонукає її називати зображені на картинках предмети. Спеціаліст вказує на предмети і ставить запитання: *«Що це?»*, *«Хто це?»*, *«Що він (вона) робить?»*, *«Хлопчик впав, сидить, спить?»*.

Серія Б. Перевірка рівня розуміння природних жестів і користування ними.

Дана перевірка здійснюється в процесі спостереження за дитиною протягом всього обстеження, спеціального обстеження для цієї мети не організовується.

Спеціаліст спостерігає за тим, як дитина розуміє природні жести, з якими до нього звертаються (якщо дитина не володіє усною мовою або не розуміє звернене мовлення в ситуаціях серії А).

Діагностика рівня обізнаності дитини. Метод бесіди

Бесіда служить засобом встановлення контакту з дитиною, дозволяє судити про особистісні якості і поведінку дитини, допомагає розкрити причини деяких відхилень у розвитку. У ході бесіди виявляються запас відомостей і точність уявлень. Щоб виконувати функції методу дослідження, бесіда повинна бути цілеспрямованою. При встановленні рівня обізнаності дитини в бесіді слід виявити:

1) точність уявлень дитини про себе, своїх батьків, найближчих родичів, друзів, (ім'я, по батькові, прізвище, вік) і здатність диференціювати поняття «сім'я», «сусіди», «родичі» і т. д.;

2) характер уявлень про час (вміння визначати час доби, розуміння тимчасової протяжності і т.д.);

3) уявлення про явища природи (розрізнення пір року з урахуванням їх ознак, наявності уявлень про грозу, снігопад і т. д.);

4) уміння орієнтуватися в просторі (практичне оволодіння поняттями «праворуч-ліворуч», «вгорі-внизу», «ближче-дальше» і т. д.).

Питання повинні бути чіткими і зрозумілими, а сама бесіда носити невимушений характер.

Не рекомендується починати бесіду, якщо діти мають дефекти мови, слуху або важко вступають в контакт. У цих випадках можна скористатися наочним матеріалом, який зацікавить дитину і дозволить виявити те, що потрібно досліднику.

Оцінювання.

4 бали – дитина відповіла на всі запитання;

3 бали – відповіла на більшість запитань;

2 – відповіла на деякі запитання, що стосуються самої дитини;

1 – відповіла на 1-2 запитання;

0 – не відповіла на запитання.

ПРОТОКОЛ

бесіди з дитиною

ПІБ _____ Вік _____

Діагноз _____

Стать _____ Тривалість _____

Інструкція. Питання повинні бути чіткими і зрозумілими, а сама бесіда носити невимушений характер. Не рекомендується починати бесіду, якщо діти мають дефекти мови, слуху або важко вступають в контакт. У цих випадках можна скористатися наочним матеріалом, який зацікавить дитину і дозволить виявити те, що потрібно досліднику. При встановленні рівня обізнаності дитини в бесіді слід виявити:

1) точність уявлень дитини про себе, своїх батьків, найближчих родичів, друзів, (ім'я, по батькові, прізвище, вік) і здатність диференціювати поняття «сім'я», «сусіди», «родичі» і т. д. _____

2) характер уявлень про час (вміння визначати час доби, розуміння тимчасової протяжності і т.д.) _____

3) уявлення про явища природи (розрізнення пір року з урахуванням їх ознак, наявність уявлень про грозу, снігопад і т. д.) _____

4) вміння орієнтуватися в просторі (практичне оволодіння поняттями «праворуч - ліворуч», «вгорі-внизу», «ближче - далі» і т. д.) _____

Фіксуються результати спостереження за дитиною _____

Додаток Л

Методика діагностики довільності саморегуляції поведінки

«Палочки і хрестики» (Чередникова Т. В.)

Мета дослідження: визначити рівень довільної саморегуляції діяльності дитини.

Матеріал та обладнання: зошит в клітку з полями, ручка.

Процедура дослідження.

Дитині пропонують зошит в клітинку з полями. На першій сходянці зверху написаний зразок завдання: I+I+I+I+I+I.

Дитині необхідно в такому ж порядку писати палички, хрестики протягом 5 хв., дотримуючись таких правил: 1 – пиши палички і хрестики точно в такій же послідовності; 2 – переходь на інший рядок після знаку «-»; 3 – не пиши на полях; 4 – пиши кожен знак в одній клітинці; 5 – дотримуйся відстані між рядками в 2 клітини.

Всі правила необхідно спочатку детально роз'яснити і продемонструвати дитині.

Оцінка і аналіз результатів.

5 балів – дитина точно слідує інструкції впродовж всього завдання, не відволікається, сама знаходить і виправляє помилки, намагається виконати завдання акуратно, не поспішає здати роботу відразу після закінчення і намагається ще раз перевірити написане;

4 бали – робить більше помилок, ніж у першому випадку, але не помічає їх і не намагається виправити, або не дуже піклується про якість виконання роботи, але прагне до успіху;

3 бали – байдужа до результатів роботи, не прагне виправляти помилки, не дотримується всіх правил інструкції;

2 бали – слідує лише деяким правилам, але швидко забуває і їх, виконує роботу хаотично.

Результати виконання цього завдання добре співвідносяться зі стилем навчальної діяльності школяра.

ПРОТОКОЛ

до методики діагностики довільності саморегуляції поведінки

«Палички і хрестики»

ПІБ _____ Вік _____

Діагноз _____

Стать _____ Тривалість _____ Дата _____

Інструкція: Дитині пропонують аркуш в клітинку з полями. На першій сходинці зверху написаний зразок завдання: I+I+I+I+I+I.

Дитині необхідно в такому ж порядку писати палички, хрестики протягом 5 хв., дотримуючись таких правил: 1 – пиши палички і хрестики точно в такій же послідовності; 2 – переходь на інший рядок після знаку «-»; 3 – не пиши на полях; 4 – пиши кожен знак в одній клітинці; 5 – дотримуйся відстані між рядками в 2 клітини.

Всі правила необхідно спочатку детально роз'яснити і продемонструвати дитині.

Фіксуються результати спостереження за дитиною (реакція дитини на завдання, особливості виконання, реакція на допомогу, зауваження і заохочення з боку дорослого, ставлення дитини до результату роботи, здатність самостійно вибрати іграшки і організувати гру, доцільність виконуваних дій з іграшками, стійкість інтересу до ігрової діяльності тощо) _____

Стимульний матеріал до методики «Палички і хрестики»

[illegible]

Додаток М

Таблиця М1

Значимі кореляційні зв'язки (коефіцієнт кореляції Спірмена) між показниками сенсорної інтеграції з іншими показниками здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна

Показники	Замкнутість	Проблеми з увагою
Гравітаційна невпевненість	0,686*	-
Порушення рухового планування	-	0,742*

* Кореляція значима на рівні 0,05 (двостороння).

** Кореляція значима на рівні 0,01 (двостороння).

Таблиця М 2

Значимі кореляційні зв'язки за коефіцієнтом кореляції Пірсона між показниками сенсорної інтеграції з іншими показниками здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна

Показники	Дрібна моторика	Замкнутість	Тривожність	Порушення соціалізації	Порушення мислення	Проблеми з увагою	Агресія	Внутрішні проблеми	Зовнішні проблеми
Порушення	-	-	-	-	-	-	-	-	-

вестибулярно-білатеральної інтеграції									
Гравітаційна невпевненість	-	0,606*	-	-	-	-	-	-	-
Порушення рухового планування	0,608*	-	0,773**	0,633*	-	0,827**	0,814**	0,637*	0,756*
Тактильна гіперчутливість	-	-	-	-	0,645*	-	-	-	-
Порушення зорової перцепції	0,617*	-	-	-	-	-	-	-	-
Обробка звукових імпульсів	-	0,718*	-	-	-	-	-	-	-
Загальний показник порушень відчуттів і сприймання	-	0,617*	-	-	-	-	-	-	-

* Кореляція значима на рівні 0,05 (двостороння).

** Кореляція значима на рівні 0,01 (двостороння).

Таблиця МЗ

Значимі кореляційні зв'язки за коефіцієнтом Спірмена між показниками сенсомоторного праксису та іншими показниками здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна

Показники	Розуміння зверненого мовлення	Сформованість вербального мовлення	Використання жестів	Рівень обізнаності	Довільність уваги	Довільність саморегуляції поведінки	Дрібна моторика	Сенсорні здібності	Пізнавальні здібності	Проблеми з мисленням	Загальний показник проблем з поведінкою
-----------	-------------------------------	------------------------------------	---------------------	--------------------	-------------------	-------------------------------------	-----------------	--------------------	-----------------------	----------------------	---

Кінетичний (динамічний) праксіс	0,571*	0,571*		0,575*	0,662**	0,627**		0,618*		-0,675*	-0,688*
Оральний кінетичні праксіс	0,694**	0,827**	0,866**	0,721**	0,820**	0,793**			0,633*		
Просторовий праксіс			0,585*	0,731**	0,769**	0,681*			0,559*	-0,669*	
Тактильні і соматогности чні функції	0,780*	0,746**	0,777*	0,775*	0,859**	0,848**		0,609*	0,642*		
Загальний показник сформованос ті сенсомоторн ого праксису	0,740**	0,705**	0,564*	0,830**	0,846**	0,762**	0,584*	0,690**	0,737**		

Таблиця М 4

Значимі кореляційні зв'язки за коефіцієнтом Пірсона між показниками сенсомоторного праксису та іншими показниками

Показники	Розуміння зверненого мовлення	Сформованість вербального мовлення	Використання жестів	Рівень обізнаності	Довільність уваги	Довільність саморегуляції і поведінки	Сенсорні здібності	Пізнавальні здібності
Кінетичний (динамічний) праксіс	0,659**	0,721**	-	0,730**	0,746***	0,784**	0,593**	-
Оральний кінетичний	0,704**	0,832**	0,808**	0,697**	0,620**	0,813**	-	0,608*

Просторовий праксис	0,604*	0,685**	0,596**	0,848**	0,630*	0,778**	-	-
Тактильні і соматогностичні функції	0,770**	0,759**	0,659*	0,842**	0,809**	0,828**	0,637*	-
Загальний показник сформованості сенсомоторного праксису	0,784**	0,818**	0,565*	0,858**	0,757**	0,865**	0,616*	0,603*

* Кореляція значима на рівні 0,05 (двостороння).

** Кореляція значима на рівні 0,01 (двостороння).

Таблиця М 5

Аналіз кореляційних зв'язків між показниками здатності до регуляції поведінки у міжособистісній взаємодії та показниками здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна

Показники	Порушення вестибулярно-білатеральної інтеграції	Показник порушення здатності до рухового планування	Тактильна гіперчутливість	Порушення зорової перцепції	Обробка звукових імпульсів	Загальний показник порушень сенсорної інтеграції	Кінетичний (динамічний) праксис	Просторовий праксис	Стан сформованості сенсомоторного праксису	Стан сформованості довільності саморегуляції поведінки	Залучення до занять у дошкільних навчальних закладах
Здатність до конструктивної взаємодії з	p=-0,624** r=- 0,521*	p=-0,533* r=0,531*		r=-0,504*		p=-0,510* r=0,562**	p= 0,462* r =0,495*	p= 0,539* r =0,494*	p= 0,414* r =0,406*	p=0,450*	p=0,739** r=0,738**

однолітками											
Деструктивна взаємодія з однолітками	p= 0,467*		p=0,460* r=0,438*	r=0,494*	p= 0,495* r= 0,443*	p= 0,495* r= 0,520*	p=-0,474*			p=-0,510* r=0,562**	p= 0,412*

г – показник значимості кореляційних зв'язків за коефіцієнтом Спірмена;

р – показник значимості кореляційних зв'язків за коефіцієнтом Пірсона.

* Кореляція значима на рівні 0,05 (двостороння).

** Кореляція значима на рівні 0,01 (двостороння).

Таблиця М 6

Значимі кореляційні зв'язки між віком, статтю та іншими показниками здатності до саморегуляції дошкільників з синдромом Дауна

Показники	Просторовий праксис	Гравітаційна впевненість	Оральний кінетичний праксис	Загальний показник сформованості сенсомоторного праксису	Просторове орієнтування	Сформованість вербального мовлення	Використання жестів	Довільність уваги	Сенсорні здібності	Довільність саморегуляції поведінки	Соматичні проблеми
Вік дитини	r = 0,697**	-	-	r = 0,506*	p = 0,655*	-	-	r = 0,516*	r=0,629* p=0,590*	-	-
Стать дитини	-	p = 0,645*	r = 0,622* p = 0,652*	-	-	r = 0,626* p = 0,676**	r = 0,583*	-		r = 0,571* p = 0,563*	r = -0,639*

г – показник значимості кореляційних зв'язків за коефіцієнтом Спірмена;

р – показник значимості кореляційних зв'язків за коефіцієнтом Пірсона.

* Кореляція значима на рівні 0,05 (двостороння).

** Кореляція значима на рівні 0,01 (двостороння).

Додаток Н

ПРОТОКОЛ

анкети анамнестичних даних

1. ПІБ дитини _____

Дата народження _____ Стать _____

2. ПІБ батьків (опікунів):

мати _____ дата народження _____

батько _____ дата народження _____

кількість дітей у сім'ї _____

3. Особливості перебігу вагітності (токсикоз, загроза переривання вагітності, ускладнення, захворювання і т.д.) _____

Особливості перебігу пологів (строк вагітності, фізіологічні / Кесарів розтин, ускладнення і т.д.) _____

Вага, зріст дитини, показники за шкалою Апгар, ускладнення після народження _____

4. Стан здоров'я дитини:

Діагноз
(основний) _____

Супутні діагнози _____

Стан функціонування (за даними медичної діагностики)
слуху _____

зору _____

5. Стан сформованості навичок самообслуговування:

– їсть (пюреподібну їжу, тверду їжу, самостійно користується ложкою, виделкою)_____

– п'є (з чашки, із стакану, з трубочки, самостійно)_____

– користується серветкою_____

– користується туалетом (самостійно, на горщик, на унітаз)_____

Роздягається / одягається_____

– вмивається, чистить зуби_____

6. Особливості взаємодії з однолітками_____

7. Особливості організації часу та простору дитини вдома (розпорядок дня, гра, заняття, вільний час дитини, самостійна гра дитини)_____

Які заклади відвідувала дитина? Які послуги вона там отримувала?

а. Центри раннього

розвитку_____

заняття_____

б. Реабілітаційні

заклади _____

заняття _____

в. дошкільні навчальні заклади _____

заняття _____

г. медичні реабілітаційні заклади _____

заняття, процедури _____

д. ваш варіант _____

20. На яких засадах Ви виховуєте дитину?

а) авторитетний стиль (батьки визнають і заохочують зростаючу автономію своїх дітей, відкриті для спілкування і обговорення з дітьми встановлених правил поведінки, допускають зміни своїх вимог в розумних межах);

б) авторитарний стиль (батьки віддають накази і чекають, що вони будуть точно виконані, закриті для постійного спілкування з дітьми, встановлюють жорсткі обмеження і правила, не допускають ніяких обговорень, дозволяють дитині лише в незначною мірою бути незалежним від них);

с) ліберальний стиль (батьки слабо або зовсім не регламентують поведінку дитини, відкриті для спілкування, проте переважаючий напрям комунікації – від дитини до батьків; дітям наданий надлишок свободи при незначному керівництві з боку батьків; батьки не встановлюють яких-небудь обмежень; діти схильні до неслухняності і агресивності, на людях поведуться неадекватно і імпульсивно, невимогливі до себе);

д) індіферентний стиль (батьки не встановлюють для дітей ніяких обмежень, закриті для спілкування, у них не залишається сил на виховання дітей, дитину ніщо не утримує від того, щоб дати волю своїм імпульсам).

е) Ваш варіант відповіді _____

Дякуємо за увагу!

Кореляційний аналіз зв'язків між показниками здатності до саморегуляції та умовами її формування

Показники	Стан сформованості сенсомоторного праксису	Стан сформованості навичок мовлення і комунікації	Показник порушення здатності до рухового планування	Загальний показник порушень сенсорної інтеграції	Стан сформованості довольності саморегуляції поведінки	Стан сформованості довольності уваги	Залучення до занять у дошкільних навчальних закладах	Стан сформованості навичок дрібної моторики	Стан сформованості сенсорних навичок	Стиль батьківського виховання	Рівень обізнаності
Організація часу та простору	$p = 0,553^*$ $r = 0,532^*$		$p = -0,516^*$ $r = -0,529^*$			$p = 0,581^{**}$ $r = 0,551^{**}$	$p = 0,739^{**}$ $r = 0,738^{**}$		$p = 0,455^*$		
Система корекційно-розвиткових занять у закладах		$p = 0,543^{**}$ $r = 0,542^{**}$		$p = 0,669^{**}$ $r = 0,693^{**}$	$r = 0,552^{**}$	$p = 0,554^{**}$ $r = 0,535^{**}$		$r = 0,598^*$	$r = 0,542^*$		$p = 0,579^{**}$ $r = 0,570^{**}$
Навички самообслуговування	$p = 0,616^{**}$ $r = 0,652^{**}$	$r = 0,557^{**}$		$p = 0,678^{**}$ $r = 0,591^{**}$	$p = 0,715^{**}$ $r = 0,778^{**}$	$r = 0,617^{**}$		$r = 0,447^*$	$r = 0,540^*$		$r = 0,459^*$
Стан здоров'я (наявність супутніх діагнозів)		$r = 0,527^*$				$r = 0,639^{**}$		$p = 0,490^*$			$r = 0,496^*$
Вік матері										$r = -0,416^*$	
Стиль батьківського виховання							$p = 0,437^*$ $r = 0,455^*$				

r – показник значимості кореляційних зв'язків за коефіцієнтом Спірмена;

p – показник значимості кореляційних зв'язків за коефіцієнтом Пірсона.

* Кореляція значима на рівні 0,05 (двостороння).

** Кореляція значима на рівні 0,01 (двостороння).

Додаток Р

Опитувальник «Бесіда з сім'єю»

Ми задамо вам декілька питань, що стосуються вашої сім'ї, для того, щоб зрозуміти, як краще допомогти вам і вашій дитині. Якщо на якесь питання ви не бажатимете відповісти, просто скажіть про це і ми його пропустимо. Якщо ми не запитаємо вас про щось важливе, що вам би хотілось розповісти, повідомте нас.

1. ПІБ тата, мами, дитини _____

2. Вік дитини _____
3. Коли ви вперше дізнались про діагноз дитини? _____

4. Яка була у вас реакція на новину, що відчули? _____

5. Яка реакція чоловіка? _____
6. Що саме найбільше непокоїло (лякало) вас? _____

7. Що ви знали про синдром Дауна до того, як народився ваш малюк? Чи зустрічали ви раніше дітей або дорослих із синдромом Дауна? _____

8. _____ (ім'я дитини) ваша перша дитина? _____

9. Чи розповіли ви комусь про наявність синдрому Дауна іншим людям – вашим дітям, родичам, друзям? Яка у них була реакція? _____

10. Ви знайомі з іншими батьками з дітьми з синдромом Дауна? _____

11. Звідки дізнались про нашу організацію? _____
12. Ваш запит _____

13. Зворотній зв'язок по закінченню консультації – яка інформація була для вас важлива? Що запам'яталось? Чи комфортно ви почувались з нами? _____

Спостереження за дитиною _____

Надані друковані матеріали _____

