



Улас Самчук – видатний український письменник ХХ ст. : матеріали урочистої академії, присвяченої творчості митця / відп. ред. Р. Гром'як. Тернопіль; Кременець, 1994. С. 46–50.

4. Власенко В.М. Проблема голодомору 1932–1933 рр. в Україні на сторінках Паризького «Тризуба». URL: <http://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/7108/1/Problema%20holodomoru.pdf> (дата звернення 11.11.2017).

5. Добрянська І. «Дух руїни» у романі Уласа Самчука «Марія». Літературознавство: наукові записки. Тернопіль, 2000. Вип. IV. С. 50–55.

6. Жулинський М.Г. У світлі віри. Голодомор в Україні та роман Василя Барки «Жовтий князь». Жовтий князь: роман / передм. М.Г. Жулинського. Київ: Дніпро, 1991. С. 5–23.

7. Марочко В. Територія голодомору: термінологічний та соціально-демографічний дискурси/ URL: [http://history.org.ua/JournALL/pro/pro\\_2013\\_22/9.pdf](http://history.org.ua/JournALL/pro/pro_2013_22/9.pdf) (дата звернення 11.11.2017).

8. Мовчан Р. Український лірник на американській землі (До 90-річчя Василя Барки). Дивослово. 1998. № 7. С. 2–5.

9. Поліщук Я. Волинські дороги Уласа Самчука: збірник. Рівне, 1993. С. 34.

10. Пушко В.Ф. Страдницька доля Василя Барки. Слово і час. 2000. № 9. С. 65–72.

11. Ткачук М. «Шугав безчолоий голод» (Тема голоду 1933 р. в українській літературі). Улас Самчук – видатний український письменник ХХ ст. : матеріали урочистої академії, присвяченої творчості митця / відп. ред. Р. Гром'як. Тернопіль; Кременець, 1994. С. 34–40.

УДК 37.04:616.831.2

## СЬОГОДЕННЯ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ З ПОГЛЯДУ ФОРМУВАННЯ ЦЕНТРУ УПРАВЛІННЯ ПАТОЛОГІЄЮ

Яшна О.П., к. пед. н.,  
доцент кафедри фізичного виховання та здоров'я  
Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова

Макаренко О.М., д. мед. н.,  
академік МАОН, професор кафедри психології  
Міжнародна академія управління персоналом

Встановлено проблему інклюзивного навчання з огляду патологізації організму дитини та відсутності методичної готовності галузі освіти до розвитку та навчання відповідного контингенту дітей. Теоретично досліджено принципи враження хворобою системи організму із встановленням центру управління патологією в головному мозку. Визначено поняття «центр управління патологією». Наведено об'єктивні теоретичні дані щодо формування зовнішніх і внутрішніх чинників захворювання. Встановлено, що патологія закладається в ранньому віці та набуває розвитку в процесі життєдіяльності.

**Ключові слова:** патологічна детермінанта, центр управління патологією.

Установлено проблему інклюзивного обучения с позиции патологизации организма ребенка и отсутствия методической готовности сферы образования развивать и обучать соответствующую категорию детей. Теоретически исследованы принципы поражения болезнью системы организма с установлением центра управления патологией в головном мозге. Определено понятие «центр управления патологией». Приведены объективные теоретические данные относительно внутренних и внешних факторов заболевания. Установлено, что патология закладывается в раннем возрасте и развивается в процессе жизнедеятельности.

**Ключевые слова:** патологическая детерминанта, центр управления патологией.

Yashna O.P., Makarenko O.M. PRESENT INCLUSIVE EDUCATION IN TERMS OF THE FORMATION OF A CENTER FOR PATHOLOGY MANAGEMENT

The problem of the development of inclusive education on the examination of the pathology of the child's organism and the lack of methodological readiness of the education sector for the development and training of the corresponding contingent of children has been theoretically studied. The system of the impression of a disease at all levels of the organism with the establishment of a center for the management of pathology in the brain is investigated. The concept of the center of pathology management is defined. The objective theoretical data on the formation of external and internal factors of the disease are presented. It is established that pathology is pawned at an early age and develops in the process of life.

**Key words:** pathologic determinant, control center pathology.



**Постановка проблеми.** Аналізуючи досвід інших розвинених країн світу, неможливо не пишати тим фактом, що в Україні сьогодні є одна з найпрогресивніших систем інклюзивної освіти у світі. Інклюзія дає можливість не лише навчатися дітям нарівні, але й долати обмеження та функціональні вади, досягаючи рівня освіченості одноліток. Проте відсутність розуміння того, як формується патологія, як відбувається зміщення рівноваги розвитку дитини на рівні системи організму, може на багато років загальмувати можливість розбудови ефективного методичного забезпечення інклюзивної системи в нашій державі, а разом із тим знизити якість українського необхідного комплексного підходу в освіті дітей, які мають вади розвитку.

Філософський аспект розвитку людини серед інших людей був висвітлений у вченнях багатьох філософів. Серед іншого цікавим є погляд Б. Спінози про те, що діяльність душі залежить від стану тіла, а діяльність зовнішніх впливів на душу людини сприяє тому, що вона із природою свого тіла сприймає та пізнає інші тіла та їхню природу [12].

Український видатний філософ Г.С. Сковорода захоплювався вченнями Б. Спінози, але у своїх педагогічних роздумах наголошував, що головне – це: 1) вдалі роди, під якими розумілось, що батьки займаються вихованням дитини до народження, 2) збереження здоров'я та життя дитини, 3) розвиток моральних чеснот. Він убачав, що для розвитку розуму необхідно цілісне здоров'я – не лише фізичне, але й духовне [11]. Духовний розвиток – це здібність до осягнення душею нового досвіду [2]. Тим часом патологія призводить до того, що дитина не здатна оволодівати новим досвідом без спеціально організованого та спрямованого пізнавального процесу.

Тому **метою дослідження** є міждисциплінарний аналіз формування патології.

Методи дослідження: аналіз і синтез наукової літератури.

Постановка завдання:

1. Провести ретроспективний аналіз наукової літератури з питання поглядів на виникнення патології.

2. Вивчити теоретичний аспект впливу на організм різних факторів патологізації.

3. Визначити принцип формування патології на міжсистемному рівні.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Умовно всі патології можна поділити за первинним джерелом ураження на нейрогенні, психогенні і соматогенні. У процесі численних досліджень І.М. Сеченова, І.П. Павлова, Н.А. Бернштейна, А.А. Ухтом-

ського, Р.П. Лурії, П.К. Анохіна, Н.П. Бехтеревої, Г.Н. Крижанівського було встановлено, що різні центри мозку забезпечують регуляцію діяльності системи організму тільки за синхронічної взаємодії. Хвороба, будучи адаптаційною реакцією системи організму, поступово з локального процесу переходить на ієрархічно структуровану та керовану систему з центром у головному мозку. Будується хронічна патологічна система за принципом домінуючого вогнища. Однак академік Г.Н. Крижанівський виділяє термін «патологічна дезрегуляційна детермінанта» у зв'язку з тим, що фізіологічна функція домінуючої спрямована на підтримку волі, сприйняття та мислення. Як відомо, у період рецидивів і хронічних протікань патологій різної генези ці функції згасають. Детермінанта є ендogenous механізмом подальшого розвитку патологічного процесу на системному рівні [4, с. 13].

Відділи центральної нервової системи (ЦНС), які тривалий час перебувають під впливом патологічної детермінанти, можуть самі ставати детермінантами. Спочатку така вторинна детермінанта залежна від первинної: вона зникає, якщо ліквідується первинна детермінанта. Надалі вторинна детермінанта може стати самостійним патогенним чинником. Зазвичай вторинною патологічною детермінантою стає наступна ланка тієї самої патологічної системи. Але нею може бути утворення, що належить до іншої фізіологічної системи; у такому разі з цієї фізіологічної системи формується нова патологічна система. Іноді вторинна детермінанта виявляється сильнішою за первинну й стає панівною. Встановлення первинної та вторинної детермінанти має важливе значення для розуміння патогенетичних особливостей нервових розладів, їхньої правильної діагностики та патогенетичної терапії.

Проблема формування патології в організмі дитини пов'язана з функціональною компетентністю онтогенетичного розвитку півкуль мозку й корко-підкоркових зв'язків. Вивчення асиметрії мозку представлені в роботах нейрофізіологів, нейропсихологів, психіатрів Е.Д. Хомської, Д.А. Фарба, Т.Г. Візель, В.П. Фокіна, Н.В. Дубровинської, В.Л. Дегліна, Л.Я. Балонова, Т.А. Доброхотова, М.М. Брагіної, А.В. Семенович, Є.Г. Сімерницької, С. Спрінгера, Г. Дейча, В.І. Голода, М. Газзаніга, Д. Кунура, М. Кінсбурна та інших учених.

В онтогенезі розвитку міжпівкульної взаємодії виділяють три етапи. На кожному з них можна виділити ряд несприятливих факторів у формуванні передпатологічного (пейсмейкера) вогнища в мозку:



1. Від внутрішньоутробного періоду до 3 років. У межах 1-го функціоналом блоку мозку (ФБМ) закладається основа міжпівкульного забезпечення нейрофізіологічних, нейрогуморальних і нейрохімічних асиметрій, що лежать в основі соматичного, афективного й когнітивного статусу організму. Звідси бере початок механізм імпринтингу, передумови майбутніх психофізіологічних особливостей поведінки дитини й адаптивних можливостей: симультанність (статика, ригідність), сукцесивність (кінетика, пластичність), асиметрія домінантно-субдомінантних, агресивно-аверсивних, психосексуальних, ритмологічних та інших етологічних патернів, які забезпечуються гормональними, електрохімічними, біохімічними асиметріями.

Завдяки церебральним системам цього рівня організовуються сенсомоторні горизонтальні (наприклад, конвергенція очей і взаємодії кінцівок) і вертикальні (наприклад, опто-оральні й орально-мануальні) синергетичні та реципрокні взаємозв'язки. У 2–3 роки посилюються висхідні активуючі впливи на ліву півкулю під час виконання дитиною вербальних завдань. У цьому віці часто виявляється регрес мовних функцій у багатьох ліворуких дітей і за аутизму.

2. Віковий період від 3 до 8 років – операційного рівня 2-го ФБМ. Тут відбувається організація міжпівкульного забезпечення полісенсорної, міжмодальної когнітивної та емоційно-мотиваційної інтеграції, а також стабілізації мнестичних процесів. Формується домінантність півкулі мозку за ведучою рукою й у мовленні, фіксується право- або лівопівкульний локус контролю за актуалізацією когнітивних (вербальних і невербальних) та емоціальних психологічних факторів і функцій. У разі її враження виникають логопатії, правобічна епіготовність, ознаки імунодефіциту, органічні десинхронози й тому подібне.

3. Завершальний етап триває від 7 до 15 років (3-й ФБМ). Формується механізм довільної уваги. Організуються психічні процеси для соціальної адаптації – регуляторні, соціокультурні опосередковані рівні їх протікання. Проявляється когнітивний стиль особистості, базова довільна детермінанта відображення себе в навколишньому світі та через навколишній світ.

За будь-якої девіації формування нижніх структур вищій функціональній системі будуть розвиватися в умовах постійного енергетичного обкрадання. Водночас джерела такої вразливості пов'язані з накопиченням в онтогенезі псевдопроцесуальним дефіцитом, який вторинно похідний від більш ранньої (пре- або перинатальної)

дисфункції нижчих рівнів і систем міжпівкульної взаємодії.

Апогеєм церебрального функціонального онтогенезу є право- і лівопівкульні зв'язки (зверху вниз), які контролюють, модулюють та активізують вплив від передніх (лобних) відділів мозку до субкортикальних утворень, де очевидний функціональний пріоритет лівої півкулі з огляду на головну мету онтогенезу – формування «образу Я» через асиміляцію «внутрішнього образу світу», тобто адаптації себе до соціуму та навпаки.

У зв'язку з цим важливим є розуміння того, що мозкова організація будь-якого психічного феномена повинна дозріти, сформуватися незалежно від того, чи є вона нормативною або патологічною [10, с. 14].

Н.П. Бехтерева внесла в нейронауку поняття гнучких і жорстких ланок мозкових систем. До жорстких ланок вона відносить більшу частину ділянок регуляції життєво важливих внутрішніх органів (серцево-судинної, дихальної та інших систем), до других – ділянки аналізу сигналів зовнішнього (і частково внутрішнього) світу, що залежать від умов, у яких людина перебуває. Було виявлено, що зміна умов призводить до суттєвих змін у роботі мозкових структур, які забезпечують ту чи іншу функцію, і які саме зони мозку вмикаються або вмикаються в тій чи іншій діяльності, а також під час формування патології. Ці дані показали, що локалізація вищих психічних функцій може змінюватися не тільки від вікових показників, коли одні ланки ніби відмиряють, а інші підключаються, або ж від індивідуальних особливостей мозкової організації психічної діяльності, але й від умов, у яких протікає діяльність. Звідси назрівають висновки про дотримання необхідних умов виховання, навчання та взагалі життя людини, а також про добір оптимальних умов для протікання цих процесів [1].

Велике значення в дитячій психоневрології має резидуальна органічна неповноцінність центральної нервової системи дитини. До неї зазвичай призводять перинатальні, натальні, постнатальні шкідливості (асфіксії, хронічні інтоксикації, резус-конфлікти, обмінні порушення, важкі соматичні або інфекційні захворювання перших років життя) і ряд інших факторів, які на деякий період знижують функціонально-динамічні можливості центральної нервової системи. А також тією чи іншою мірою затримують процес її фізіологічного дозрівання, що, у свою чергу, може призвести до затримки розвитку найбільш складних і досконалих фізіологічних функцій: мовлення, соціальних навичок і тому подібних, перетворюю-



ючи їх у місце найбільшої вразливості. На цій основі часто формуються специфічні для дитячого віку невротичні реакції, моносимптоматичні неврози: заїкання, енурез і тому подібне.

Навіть якщо дитина народилася здоровою, батькам доцільно піклуватися про своєчасне формування в неї елементарних рухових функцій, таких як утримання голови, повороти тіла, сидіння, повзання, ходьба, біг. Оскільки ці навички є передумовою правильного та гармонійного розвитку мозку, синхронної роботи двох півкуль, логічного мислення, грамотного мовлення. Це, у свою чергу, закладає базу для подальшого успішного навчання, якісної життєдіяльності та працеспроможності [15, с. 16].

Живі організми виконують свої функції як через хімічні реакції між своїми атомами та молекулами, так і завдяки потокам різних форм (хімічної, механічної, теплової, електричної, магнітної) енергії всередині складних функціональних систем. Формуючись в організмі, патологія порушує обмін не тільки на хімічному рівні, але й електромагнітному, тепловому та механічному.

Академік Ю.П. Лиманський із колективом співавторів розглядав розвиток хвороби на соматогенному рівні через розуміння того, що на взаємодію із середовищем наше тіло реагує через певні локальні центри. Було досліджено структуру акупунктурних точок (АТ) і доведено, що місця їхнього розташування мають високу електропровідність, а загалом уся мережа біологічно активних або акупунктурних точок є біоелектромагнітним полем організму людини. Під час різних емоцій і м'язових змін у тілі центральна й периферична нервова система змінюють частоту електромагнітної хвилі. До того ж залежно від того, чи порушується обмін енергіями або матеріями в ділянці мережі АТ, з'являється підвищена чутливість або хворобливість. Критична точка – ділянка підвищеної чутливості (гіперподразнена) в межах локального м'язового ущільнення, що проявляється різким болем під час пальпації та бере участь у різних м'язово-тонічних і вегетативних реакціях, називається тригерною. Практика роботи з дітьми, що мають ураження центральної нервової системи показала, що вони є не лише метеозалежними, але й уся система їхнього організму є підвищено чутливою до різних джерел зміни модулів електромагнітного поля: частоти та вібрації голосу, характеру дотиків, інтенсивності й насиченості інформаційних потоків різних модальностей. Відомо, що мережа акупунктурних точок проходить уздовж магістралей нервової системи, тобто є взаємопов'язаним

із нею інформаційним полем. Інформація про порушення спершу надходить сюди та лише з часом оформляється у вигляді постійного потоку або сигналу передпатологічного або патологічного стану.

За таких умов діяльність органів залежно від амплітуди частоти електромагнітної вібрації в ділянці конкретної локалізації може приходити як у режим гіпер-, так і гіпофункції. Усе це призводить до порушення загального гомеостазу та формування захворювання [5].

Психогенні чинники виникнення патологій безпосередньо пов'язані з життям людини в суспільстві та складністю суспільних взаємин. Формування нашої психіки поділяється на декілька етапів: період внутрішньоутробного розвитку плода, період дитинства, криза трьох років, криза семи років, перехідний вік.

Психолог і дослідник С. Гроф описує 4 перинатальні матриці, під час яких формується наше психічне здоров'я:

Перша матриця – перебування плода в матці до початку пологів. Небажана дитина неспокійна та нещаслива, вона у відповідь не приймає світ, не довіряє йому.

Друга матриця – період, коли починаються перейми, важкий перебіг яких закладає основи депресій, незрозумілої тривоги й туги, часто супроводжує девіантну поведінку.

Третя матриця починається з початком руху плода по родових шляхах. Через труднощі закладаються основи більшості поведінкових, психологічних і соціальних проблем, схильність до наркотичної залежності, якщо пологи знеболували.

Четверта матриця – етап обрізання пуповини. Формується ставлення до зовнішнього світу. У випадку не прийняття факту свого народження підлітки недовіряють дорослим, батькам, самі собі, і наркотизація в цьому випадку може представлятися ілюзією довіри. Відчуття безвиході й відмова від власного народження [3].

Визначеним є факт, що на рівні емоційного реагування на різні відчуття та ситуації або біль під час захворювання, стрес запускаються певні патерни тіла, перш за все реакція відбувається у сполученій тканині. Фізична реакція на емоції проходить через м'які тканини, де фасція виступає як емоційне тіло, тому почуття відчуються всім тілом і передаються через фасціальну систему. Фізіологічні реакції людина відчуває як гнів, ніжність, любов, зацікавленість і так далі. Тілесно-орієнтовальні практики, які розвивались на основі вчень З. Фрейда, В. Райха, М. Фільденкрайза, О. Ловена, Л. Робінсона, Г. Томсона та інших науков-





ців, показали, що між людьми залежно від рівня близькості взаємин виникають ті самі інерції у формах обміну матеріальними й енергетичними складовими, що й на рівні електронів. Психогенні патології пов'язані з культурою міжособистісного спілкування, дотриманням правил громадського порядку, дотриманням традицій виховання дітей, шанобливим і доброзичливим спілкуванням у сім'ї та суспільстві.

Вплив оточення на прийняття рішення, визначення своєї соціальної ролі та меж відповідальності вивчалися в численних роботах Д. Канеман, С. Мілгрема, П. Хаггард, Ф. Вааль. Досліджуючи соціально-психологічний аспект розвитку дитини, важливо аналізувати індивідуальні особливості етапу виношування плода, який протікає під впливом багатьох факторів сучасної життєдіяльності жінки та вимог швидкоплинного ритму навколишнього середовища. Безумовно, реагуючи на ці впливи, організм

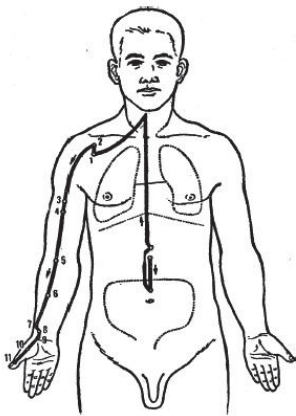


Рис. 1.

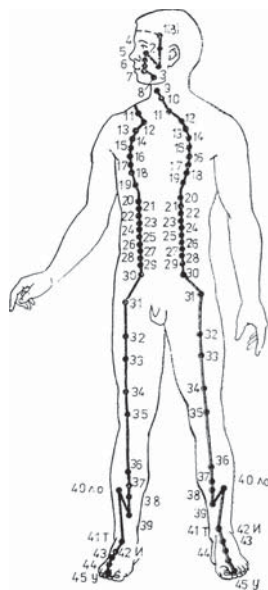


Рис. 2.

плода перебудовується структурно та функціонально, готуючись до умов життя поза утробою матері (звісно, що зародок сам будує плаценту, і від того як він її побудує, матка буде «доброю» чи «поганою», а плід – здоровим чи вразливим). Тобто через реакції матері плід налаштовується на вплив навколишнього середовища та його специфічні варіювання. Саме тому ці впливи мають бути врівноважені свідомістю вагітної жінки та дозуватися, зважаючи на резерви дозріваючого в утробі нового організму. Дисбаланс різнобічних стимулів (недостатність або їхній надлишок) призводить до ускладнень під час пологів, а це відображується на розвитку дитини надалі. У результаті виявляються вади

розвитку, враження різних органів, отриманих під час пологів (порушення мозкового кровообігу, що призводять до внутрішньо-черепних крововиливів, переломів кісток, враження м'язів, периферичних нервів та інше). У дітей першого року життя легко виникають і мають важкий перебіг сепсис, гострі шлунково-кишкові хвороби, запалення легенів, шкіряні хвороби, рахіт та інше [16].

Питання виховання дітей із вадами розвитку в сім'ї та в розвивально-навчальних закладах складне та багатогранне. Тому від обізнаності батьків і фахівців, їхньої поміркованості, вміння застосовувати індивідуальний підхід і заохочувати до взаємодії з іншими залежатиме якість подальшого життя дитини та її стосунків з навколишніми людьми. Кожний елемент виховання є суттєвим.

Більш ніж 10-річне психолого-педагогічне спостереження за вихованням дітей у сім'ях дало змогу визначити такі психотипи «токсичних» батьків: тривожні, інфантильні та інфантильно-тривожні. Інфантильні батьки ігнорують реальні проблеми дитини. Тривожні – незначне недомагання перетворюють на «важку, небезпечну хворобу». Це значно погіршує психофізичний стан не лише дитини, але й її батьків, які виступають першою соціалізуючою системою для дитини. Через ставлення батьків до дитини формується її «Я-світогляд» і стосунки з навколишнім світом [8].

У психіатричному досвіді виділяють певні фактори системного впливу, які послаблюють довіру дитини до батьків і навколишнього середовища, а з часом до всіх навколишніх і будь-яких нових умов. Це, насамперед, недбале ставлення до дитини, відсутність режиму дня, відсутність безпеки життєдіяльності немовляти, формальні стосунки матері до дитини, надмірна стимуляція або гіперопіка над малюком, різкі переходи в стосунках батьків від формальності до гіперопіки, неправильний режим і дієтика харчування, біль, світлочутливість, переохолодження або перегрівання і так далі. [9].

Усі ці фактори становлять ризик виникнення навіть за незначної патології дуже серйозних наслідків із формуванням первинної та вторинної патологічної детермінанти. Унаслідок цього може відбутися загальна затримка розвитку з будь-яким психосоматичним розладом (захворювання систем та органів) або психофізичною вадою надалі: ДЦП, СДВГ, ЗРР, ЗПР, аутизм, алалія та інше.

Наприклад, на малюнках бачимо, що патологія формується на початку в біологічно-активних точках, але це ще не нервова система. Також очевидний той факт, що не



кожна патологія може сформувати детермінанту безпосередньо на рівні ЦНС. Наприклад, легеневі (мал. 1) або серцеві патології не мають безпосереднього каналу спрямованого в мозок, і тому детермінанта буде будуватися швидше за все через прояви хвороби (кашель, біль). Патології шлунково-кишкового тракту мають прямий зв'язок із ЦНС, і тому детермінанта вибудовується під час хвороб відповідних органів безпосередньо (мал. 2). На ранніх стадіях розвитку патологічна детермінанта активується специфічними модальними стимулами, тобто подразниками, які впливають на розбудову центральної нервової системи. Детермінантою можуть стати, наприклад, світові подразнення, біль та інше. Ця закономірність розповсюджується і на розлади вищої нервової діяльності, на невротичні реакції: їхня детермінанта активується під час дії тих самих подразників, які зумовили її утворення. На пізніх стадіях дезрегуляційна детермінанта може активуватися стимулами різної модальності, у зв'язку з чим приступи можуть провокуватися різними чинниками. Крім того, патологічна детермінанта може активуватися спонтанно [6, с. 7].

Отож, синтезуючи отриманий теоретичний матеріал, ми змогли виділити поняття «центр управління патологією».

**Формування центру управління патологією (ЦУП)** – це фізіологічно детермінований процес, який виникає в організмі людини під дією порушень обміну енергіями та матеріями між організмом, що адаптується, й середовищем його пристосування протягом певного часу з локалізацією стійкого вогнища управління в центральній нервовій системі. ЦУП може мати джерело різного порядку на всіх рівнях ієрархічної будови живого організму.

Основними принципами формування патології є:

- вразливість системи організму на ранньому етапі онтогенезу;
- системний або надмірний вплив патологізуючих чинників;
- враження всієї системи на різних рівнях організму з центром управління в ЦНС.

#### **Висновки з проведеного дослідження.**

Аналіз наукової літератури вказує на те, що будь-яка патологія починається з підвищення чутливості на зовнішні фактори систематичного характеру або внаслідок надмірного реагування на них. У ранньому віці дитина є досить чутливою до різних подразників, тому в цей час або розвивається схильність до патології, або безпосередньо виникають патології різного характеру. Кожна патологія встановлює з часом свій центр управління в центральній нервовій системі.

#### **ЛІТЕРАТУРА:**

1. Бехтерева Н.П. Здоровый и больной мозг человека / под ред. С.В. Медведевой. М.: АСТ; СПб: Сова; Владимир: ВКТ, 2010. 399 с.
2. Бокатов А.И., Сергеев С.А. Детская йога. К.: Ника-Центр, 1998. 352 с.
3. Гроф. С. Холотропное сознание. / Пер. с англ. О. Цветковой. М.: Изд-во Трансперсонального Института, 1996. 248 с.
4. Крыжановский Г.Н. и др. Дезрегуляционная патология: руководство для врачей и биологов. М.: Медицина, 2002. 630 с.
5. Лиманский Ю.П., Гуляр С.А., Самосюк И.З. Научные основы акупунктуры. Рефлексотерапия. 2004. № 4; Физиологический журнал НАН Украины. 2003. № 2. С. 61–76.
6. Макаренко О.М., Яшна О.П., Бойко Д.І. Теоретичне вивчення патологічної дезрегуляційної детермінанти в аспекті застосування психофізичної корекції. XVI Міжнародна науково-практична конференція «Медико-біологічні проблеми фізичної культури, спорту та здоров'я людини»: зб. наук. праць: у 16 т. / За ред. С.В. Гетьманцева. Миколаїв: МНУ ім. В.О. Сухомлинського, 2016. С. 27–30.
7. Макаренко О.М., Яшна О.П., Бойко Д.І. Теоретичні психолого-педагогічні основи вчення про домінанту та дезрегуляційну детермінанту. Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології: науковий журнал. Харків: ХДАФК, 2016. №3. С. 275–281.
8. Макаренко О.М., Яшна О.П., Мельничук О.М. Роль домінантного вогнища у відновленні дітей раннього віку. Психолінгвістика в сучасному світі: тези XI Міжнародної науково-практичної конференції (20–21 жовтня 2016 р., Переяслав-Хмельницький) / Відп. ред. Л.О. Калмикова; ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький ДПУ імені Г. Сковороди». Переяслав-Хмельницький: ФОП Домбровская Я.М., 2016. С. 85–87.
9. Психология аномального развития ребенка: хрестоматия в 2 т. / Под редакцией В.В. Лебединского и М.К. Бардышевой. М.: ЧеРо: Высш. шк.: Изд-во МГУ, 2002. Т. 2. 818 с.
10. Семенович А.Н. Нейрофизиологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учеб. пособие. М.: Генезис. 2007. 474 с.
11. Сковорода Г. Сочинение в двух томах. Философское наследие. Т. 55–56. М., «Мысль», 1973. 533–486 с.
12. Спиноза Б. Этика. Изд-во Мультимедийное издательство Стрельбицкого, 2015. 330 с.
13. Ухтомский А.А. Доминанта как рабочий принцип нервных центров. Собрание сочинений. Т. 1. Л.: Изд-во ЛГУ, 1950. С. 163–172.
14. Kinsbourne M. The development of Cerebral Dominance. Filskov Ed.S., Boll T., Wiley N.V. Handbook of clinical neurophysiology. 1981. P. 399–417.
15. Yashna O.P. Correction of sensory-motor development of children by means of physical education. Zbornik príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie "Pohyb a kvalita života – 2015". KTVŠ PF UKF. Nitra. 2015. S. 125–132.
16. Yashna O.P. Aktywność fizyczna niemowląt jako sposób zapobiegania szkodliwym czynnikom patologicznym. Człowiek w zdrowiu i chorobie. Tarnów. 2016. S. 708–715.