

УДК 616.89-008.434.5

Ольга Лянна

Сумський державний педагогічний

університет імені А. С. Макаренка

ORCID ID 0000-0002-4467-7166

DOI 10.24139/2312-5993/2017.01/260-270

КОМПОНЕНТИ ПЕДАГОГІЧНОГО СЕРЕДОВИЩА В ЛОГОПЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З АФАЗІЄЮ

Метою статті стало визначення компонентів педагогічного середовища та з'ясування їх впливу на відновлювальне навчання хворих з афазією. У статті розкривається актуальність проблеми визначення педагогічних умов логопедичної реабілітації осіб з афазією. Висвітлюється роль педагогічного середовища як педагогічної умови відновлювального навчання й ефективного важеля в оптимізації реабілітаційного процесу. Проаналізовано організаційні, особистісні, соціальні й побутові компоненти педагогічного середовища відновлювального навчання при афазії. Зазначені перспективи подальшого аналізу аспектів моделювання педагогічного середовища в логопедичній реабілітації хворих з афазією.

Ключові слова: відновлювальне навчання, системні порушення мовлення, афазія, спеціальне педагогічне середовище.

Постановка проблеми. Розлади нейропсихологічного спектра, що виникають унаслідок органічних уражень головного мозку через високу поширеність і тяжкі наслідки для стану здоров'я населення представляють важливу медичну, соціальну й педагогічну проблему. Найбільш часті з них, зокрема афазія, і пов'язані з нею розлади письма, читання, різних видів гнозиса та праксиса, залишають після себе тяжкі дефекти, що порушують працездатність хворого, а іноді призводять до інвалідності. Правильно організована система реабілітації може зберегти соціальні можливості хворих і повернути до трудової діяльності [8]. Як зазначають учені, рівень реабілітаційних можливостей відновлювального навчання зумовлюється раціональністю його організації [6; 8]. Проте, не дивлячись на змістовність і методологічну розробленість положень, що існують сьогодні в афазіології, питання організації педагогічного середовища відновлювального навчання потребують уточнень і конкретизації [3]. Актуальність вивчення компонентів педагогічного середовища зумовлена особливими вимогами до підвищення якості надання корекційної допомоги хворим з афазією з метою найшвидшого повернення до звичних форм життя.

Аналіз актуальних досліджень. Сучасні методологічні підходи та практична змістовність відновлювального навчання хворих з афазією розкриті у працях О. Р. Лурія, Т. Г. Візель, Е. С. Бейн, Л. С. Цветкової, В. М. Шкловського, В. В. Оппель, М. К. Бурлакової, О. М. Вінарської та ін. Л. С. Цветковою виділено основні принципи логопедичної реабілітації.

В Україні за останні роки питання афазії в педагогічному аспекті досліджувались А. М. Савицьким (2009), М. К. Шеремет (2010), Ю. В. Рібцун (2011), А. В. Зарицькою (2014), О. В. Лянною (2015, 2016) та ін. Публікації учених торкаються особливостей нейропсихологічної діагностики при афазії, зв'язків мовленнєвих і рухових розладів у процесі відновлення, педагогічних умов відновлювального навчання. Питання ж, що стосуються педагогічного середовища відновлювального навчання при афазії залишаються майже не представленими у науковій літературі.

Мета статті – визначити компоненти педагогічного середовища та з'ясувати їх вплив на відновлювальне навчання хворих з афазією.

Методи дослідження. Для реалізації поставленої мети використано такі методи: загальнотеоретичні – аналіз, узагальнення й синтез досвіду зарубіжних і вітчизняних фахівців, абстрагування, систематизація вихідних положень, що дали змогу розглядати педагогічне середовище як цілісну структуру; конкретно-наукові – метод термінологічного аналізу, що забезпечив розкриття сутності досліджуваних педагогічних явищ, та метод структурно-логічного аналізу, що уможливив визначення рис педагогічного середовища відновлювального навчання осіб з афазією; емпіричний – спостереження за відновлювальним процесом хворих з афазією.

Виклад основного матеріалу. Відповідно до концепції, розробленої експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я, система заходів нейрореабілітації хворих з афазією повинна бути спрямованою на швидке й максимально повне відновлення фізичного, соціального, психологічного, а також мовного статусів хворого. Найбільш повна соціальна інтеграція хворих виражається не лише в можливості повноцінно працювати, але й у відсутності психологічного дискомфорту, пов'язаного із зміненням мовленнєвим статусом.

Як відзначають учені (Е. С. Бейн, В. В. Оппель, Л. С. Цветкова та ін.), для відновлення мовленнєвої комунікації, окрім застосування різних шляхів, методів і форм логопедичної роботи, значення набуває педагогічне середовище, у якому відбувається корекційна діяльність.

Поняття «педагогічне середовище» нещодавно увійшло у вживання. Як зазначає Ю. С. Хоменко, простір, що розуміється як середовище є парною категорією та його слід розглядати тільки у відношенні будь-якого діючого в цьому середовищі суб'єкта [5, 154]. Відповідно, суб'єктами педагогічного простору в логопедичній реабілітації можуть виступати як окремі хворі, так і група хворих, а також логопед, колектив фахівців, члени родини хворого, лікувальна установа в цілому. Усі суб'єкти означеного простору одночасно є умовами діяльності того суб'єкта, відносно якого розглядається педагогічне середовище. Співвідношення між ними носять характер умовного поля можливостей, тому педагогічне середовище характеризується не тільки діючими в ньому суб'єктами, а й загальними

для всіх умовами їх взаємодії. Воно може характеризуватися на мікрорівні відновлювального процесу та відносин у ньому, і на макрорівні соціальних умов і відносин у відновлювальній діяльності [5, 155].

Таким чином, педагогічне середовище у відновлювальному навчанні можна визначити як сукупність організаційних, особистісних, соціальних і побутових умов відновлювальної діяльності хворого, у даному випадку з афазією, який є педагогічним суб'єктом. Іншими словами педагогічне середовище – це сфера постійного розширення зв'язків хворого з соціальним і навколишнім середовищем.

Важливою складовою відновлення мовленнєвого спілкування виступають організаційні умови корекційного навчання. Значний внесок у розробку проблем організації педагогічного середовища корекційного навчання внесли В. М. Синьов, В. І. Бондар, К. О. Островська, Д. І. Шульженко, С. В. Федоренко, у логопедії – М. К. Шеремет, В. В. Тищенко, С. Ю. Конопляста, Л. І. Трофіменко та інші. Впливи зовнішніх умов на педагогічний суб'єкт можуть бути, як сприятливими для відновлювальної діяльності, активізовувати, так і знижувати її ефективність. До того ж правильна організація процесу навчання, окрім вирішення основної мети, дозволяє впливати і на відхилення загальної поведінки хворих, змінювати їх особистісну реакцію на дефект, допомагає створити умови для загального орієнтування хворого в новій життєвій ситуації, що виникла після захворювання.

Загальна методична організація відновлювального навчання включає у свою структуру низку взаємопов'язаних компонентів, а саме встановлення контакту з хворим і з близькими йому людьми; динамічне нейропсихологічне обстеження; загальний і диференційований методичні підходи й форми організації відновлювального навчання [6]. Педагогічним середовищем у цій структурі є особливий устрій і організація оточення суб'єкта, що взаємодіє з цим оточенням, на всіх етапах методичної організації.

Структурною, інтегративною частиною всього процесу логопедичної реабілітації є встановлення контакту з хворим. Від уміння провести першу бесіду, заручитися підтримкою, вселити віру хворому в успішність подальших занять значною мірою залежить ефективність відновлювальної роботи. Навіть перше нейропсихологічне обстеження хворого, як зауважує Л. С. Цветкова, є засобом встановлення контакту в робочих обставинах, хоча й спрямоване на вирішення інших завдань. Поряд із застосуванням певних методів і прийомів, що зумовлюються особистісними установками, віком, професією, інтересами й поглядами хворих, паралельно постають вимоги виявити їх мовленнєві та інтелектуальні можливості, особистісні реакції, системи відносин, особливості емоційно-вольової сфери та інше. Встановлення контакту й обстеження повинні носити динамічний характер, поєднуватися з малодозованою стимуляцією та спиратися на використання

психічних процесів хворого в різних аспектах і модальностях. Тому кожна зустріч із хворим повинна завжди чітко методично, змістовно та психологічно продумуватися логопедом.

Не менш важливим компонентом відновлювального навчання виступає організація динамічного нейропсихологічного обстеження. Аналіз починається з ретельного вивчення анамнезу захворювання, даних історії хвороби і включає розгляд кількох аспектів, в яких може виступати дефект. Перш за все аналізу піддаються симптоми клінічної картини порушення мовлення, що можуть вказати на механізм порушення і можливу топографію ураження мозку. Психологічна картина прояву дефекту дає можливість розкрити порушення психологічної структури мовлення, вказати які функції, форми і види мовлення є порушеними, а які – збереженими, визначити психологічні механізми порушення мовлення і способи подолання дефектів.

Нейропсихологічне обстеження вимагає дотримання певних вимог до умов його проведення, а саме: спокійна обстановка, виключно доброзичливе ставлення до обстежуваного з боку логопеда, припустима відносно щира атмосфера. Під час обстеження не повинно бути сторонніх осіб. обов'язковим є встановлення контакту з обстежуваним, спілкування має бути довірливим і відкритим, важливо враховувати бажання пацієнта до обстеження, повинна бути створена атмосфера співпраці й контакту, голос логопеда має бути тихим, доброзичливим, м'яким, а сам він повинен бути небагатослівним. Для виконання будь-якого завдання інструкцію бажано повторити кілька разів або дати зразок виконання завдання. При обстеженні обов'язковою вимогою є перерва для активного або пасивного відпочинку з подальшим спостереженням за поведінкою хворого і припинення обстеження при втомі пацієнта. При необхідності перевірки гіпотези про порушення динаміки протікання вищих психічних функцій до процедури можуть залучатися, або вилучатися, певні перешкоди [1, 38]. Правильно організоване нейропсихологічне обстеження дозволяє не лише встановлювати топічний і мовленнєвий діагноз та визначити методи подолання дефекту в кожному конкретному випадку, але й планувати правильну стратегію відносин з пацієнтом, що окрім організаційних умов педагогічного середовища буде складати і соціальну його складову.

Повертаючись до загальної методичної організації відновлювального навчання, необхідно зазначити, що методи реабілітації мовлення при афазії можуть різнитися за своєю природою та забезпечувати різний кінцевий результат відновлення. Так прямі методи спрямовані на виклик залишкових можливостей мовленнєвої діяльності, а методи компенсаторного характеру – на перебудову функцій на основі інших функціональних структур. Проте, враховуючи той факт, що дефект тієї чи іншої психічної функції при локальному ураженні мозку ніколи не протікає ізольовано, а у взаємозв'язку з особистісними реакціями на дефект і деякими змінами особистості за

неврозоподібним типом, не можна залишати поза увагою питання їх пом'якшення або усунення. Найбільш ефективним засобом зняття цих змін у стані хворого й налагодження контакту з ним є створення робочого настрою та подальша організації його діяльності.

Налаштування на робочий лад хворих даної категорії повинно проводитися через введення в контекст діяльності (за Л. С. Цветковою), що дозволяє підвищувати увагу й загальну чутливість у психічній сфері хворого, і готувати його до цікавої та доступної роботи. Через «введення» в діяльність у психічній сфері створюється очікування подальших подій, що зосереджує увагу на предметі чи завданні, підвищує загальну чутливість до сприйняття, тренує стійкість і розподіл уваги, вводить у робочий стан і готує до сприйняття матеріалу. Оскільки будь-яка діяльність це процес, що спонукається та спрямовується мотивами (за О. Н. Леонтьєвим), з яких виникають наміри, активність і потреба до спілкування, постійно позинна приділятися увага їх утворенню. Формування необхідних мотивів діяльності хворих сприяє підвищенню їх психічної активності, фізичної та розумової працездатності, подоланню страху мовлення, концентрації уваги та створює базу для відновлення психічних функцій [6]. Тож мотиваційній стороні педагогічного середовища теж повинна приділятися постійна увага.

Оскільки в логопедичній реабілітації при афазії особливо важливою є загальна мовленнєва активність хворих, вона повинна постійно підкріплюватися спеціальною системою мотивів. Ефективним стимулом і умовою для її підвищення є опора на багатий досвід взаємодії людини з оточуючим її середовищем. Вивчаючи психологію життєвого середовища в педагогічному аспекті, М. Черноушек охарактеризував його таким чином: середовище не має певних, чітко фіксованих рамок у часі й просторі; воно впливає на всі почуття, і інформацію про середовище ми отримуємо з поєднання даних усіх органів; середовище дає не лише головну, але й периферійну інформацію; воно містить завжди більше інформації, ніж ми здатні свідомо зареєструвати та зрозуміти; сприймається воно в тісному зв'язку з практичною діяльністю; будь-яке середовище поряд із фізичними й хімічними особливостями має психологічне й символічне значення; оточуюче середовище впливає як єдине ціле [7]. У відновлювальному навчанні середовище виконує подвійну роль: по-перше, воно є джерелом інформації, по-друге – на його тлі здійснюється діяльність хворого.

Наступним фактором педагогічного середовища в логопедичній реабілітації при афазії є соціальний. Як відзначають уже чимало дослідників, він є провідним у формуванні психіки людини й тому повинен посісти одне з найважливіших місць у системі реабілітації хворих з афазією. Найбільшою мірою соціальним аспектам мовлення відповідають групові форми роботи. З їх допомогою можна реалізовувати насамперед діяльність спілкування та впливати на особистість хворого через механізми

малої соціальної групи. Групове заняття сприяє правильній організації мовленнєвого середовища й дозволяє створити правильний емоційний фон, що впливатиме на діяльність хворого.

Робота з хворими в групі дозволяє спонукати їх до комунікації, розширювати межі мовленнєвого спілкування, сприяти самовизначенню, підвищувати здатність хворих до адаптації в суспільстві, тренувати соціальні й побутові навички спілкування в колективі тощо. Проте ступінь активності й ефективності взаємодії у групі залежатиме від оптимальності підбору її членів. Важливими компонентами загальної атмосфери співпраці у групі виступають сумісність особистостей хворих, схожості інтересів, спільності настрою, типів реакції та поведінки, а також величина, склад, закритість чи відкритість групи.

Соціальні умови відновлення мовлення також можуть бути охарактеризовані впливом основних соціальних сфер життя хворого: сімейної, дозвільної, громадської та професійної.

Активними учасниками педагогічного середовища, у якому відновлюється хворий, мають бути логопед, сім'я, рідні й друзі хворого. Так, значення сім'ї в досліджуваній проблемі пояснюється тим, що вона є одним із різновидів малих соціальних груп. Сімейні умови відновлення мовленнєвого спілкування залежать від складу сім'ї, рівня освіти й педагогічної культури рідних і близьких, їх спрямованості на реабілітацію хворого, контакту з логопедом і деяких інших характеристик. Розглядаючи функції сім'ї вчені виділяють поміж них терапевтичну функцію, оскільки сім'я є фактором емоційної підзарядки, підтримування життєвого тону, зняття стресів, оздоровлення, сім'я дає відчуття стабільності й захищеності. Саме в сім'ї людина проходить первинну соціалізацію через спілкування з близькими людьми, відносини у веденні домашнього господарства, через розподіл праці, обов'язків, опіку молодих і літніх людей.

У процесі відновлювального навчання логопед постійно має співпрацювати з сім'єю хворого. Формами співпраці з оточенням хворого можуть бути бесіди, консультації, спільні заняття, групові тренінги, інформаційне забезпечення та інше. Головною їх метою є формування теоретичної та практичної готовності рідних брати активну участь у відновлювальній роботі для підвищення її ефективності. Під час їх здійснення логопед інформує оточуючих пацієнта, як з ним поводитись, який діапазон мовних можливостей має хворий, які особливості спілкування з ним, які мовленнєві ситуації створювати, яких правил мовної поведінки слід дотримуватися.

Ступінь участі оточення хворого в логопедичній реабілітації Ж. А. Пайлозян пропонує визначати за такими параметрами: а) ставлення до відновлювального навчання; б) готовність до співпраці з логопедом; в) застосування логопедичних рекомендацій; г) прояв ініціативи в ході співпраці з фахівцем. Це дає можливість розділити мовне середовище

пацієнтів з афазією на активне (співробітництво), пасивне (керівництво) та формальне (байдужість). Дослідження вченої показали, що існує чіткий зв'язок між особливостями мовного середовища й результатами логопедичної роботи. За наявності активного мовного мікрооточення результати логопедичної роботи стають вище й істотно відрізняються від показників формального й пасивного мовного середовища [4].

Умови дозвільної діяльності в педагогічному середовищі визначаються багатством можливостей повноцінного, різноманітного та змістовного використання вільного часу хворих. Форми проведення дозвілля зумовлюються можливостями хворого й можуть носити характер як активних (недовготривалі екскурсії, перегляд експозицій, участь у спеціальних арт-терапевтичних майстер-класах), так і пасивних (читання, спілкування в сімейному колі, перегляд відео, спільне ведення домашнього господарства). За допомогою і тих і інших можна не лише заповнювати вільний час хворого, але й вирішувати завдання логопедичної реабілітації: спонукати хворих до мовленнєвого спілкування, розширювати його можливості, збагачувати активний словник, впливати на порушені особистісні якості хворих тощо. Сукупність стійких відносин з іншими соціальними суб'єктами визначає громадську сферу життя хворих.

До професійних умов слід віднести професійну спрямованість логопедичної реабілітації кожного окремого хворого, оскільки одним із завдань загальної реабілітації є повернення хворого до колишньої професійної діяльності, і лише в разі неможливості досягти цієї мети – перепідготовка хворого до інших видів діяльності. Виходячи з цього, однією з умов відновлювального навчання має бути визначення реабілітаційного потенціалу хворого для прогнозу його можливостей повернутися на колишнє місце роботи та спрямовувати всі зусилля під час навчання на досягнення цієї мети. У ході занять важливо створювати ситуації, пов'язані з професією хворих, імітувати сцени спілкування на роботі, обирати наближені теми занять тощо.

Побутові умови, як фактор педагогічного середовища, розглядаються у вигляді співвідношення відповідності обставин відновлювальної діяльності педагогічним вимогам. Однією з характеристик побутових умов є комфортність відновлювальної діяльності. До неї можна віднести й облаштованість приміщень, де проходять заняття (уконкомплектованість зручними меблями, достатня освітленість, комфортна температура, наявність наглядного матеріалу тощо) і загальну атмосферу занять.

Одним із головних компонентів педагогічного середовища виступає особистісний фактор. Будь-яка форма афазії, окрім порушення загальної та вербальної комунікації, призводить до зміни особистості, спричиняє зміну емоційно-вольової сфери, зниження загальної активності, виникнення труднощів включення хворого в контакт, фобії мовлення, інколи негативізму,

аутизму тощо. [2; 6]. Саме цього внутрішнього самопочуття хворих з афазією повинні стосуватись особистісні умови спеціального педагогічного середовища. Від розуміння особистісних особливостей суб'єкта з афазією залежить своєчасна профілактика і корекція механізмів порушення його мовленнєвого спілкування. Ж. М. Глозман зауважує, що врахування особливостей особистості хворого, його індивідуальності, повинно проходити через усе відновлювальне навчання, це дозволить логопедові не лише уточнити синдром і прогноз захворювання, а й обрати тактику терапевтичних впливів.

Крім того, відзначає вчена, особистісні умови педагогічного середовища охоплюють міжособистісні стосунки хворого з логопедом і іншими пацієнтами, що складаються в ході відновлювальної діяльності. Ці стосунки дозволяють долати переважну кількість відхилень у загальній поведінці хворих, особистісній реакції на дефект, а також допомагають створити умови для загального орієнтування хворого у життєвій ситуації, що склалася [2].

Висновок та перспективи подальших наукових розвідок. Отже, як показав аналіз наукової літератури, попри змістовність і методологічну розробленість положень відновлювального навчання при афазії, питання організації педагогічного середовища потребують конкретизації та уточнень. Особливі вимоги до підвищення якості корекційної допомоги хворим з афазією зумовлюють вивчення компонентів педагогічного середовища, у якому відбувається логопедична реабілітація хворих. Педагогічне середовище відновлювального навчання при афазії можна означити як сферу постійного розширення зв'язків хворого із соціальним і навколишнім середовищем через сукупність організаційних, особистісних, соціальних і побутових компонентів. Їх урахування в реалізації реабілітаційної програми з відновлення мовлення значно покращує її результативність. Так, організаційні умови зумовлюють встановлення контакту з хворим і його оточенням, проведення нейропсихологічного обстеження, реалізацію методичних підходів та форм організації відновлювального навчання. Особистісний компонент ґрунтується на врахуванні змін особистості хворого, що пов'язані з ураженням структур головного мозку й особистісних реакцій хворого на дефект мовлення й захворювання в цілому. Соціальні умови педагогічного середовища є сукупністю соціальних відносин і соціальних сфер життя хворого: сімейної, дозвільної, громадської та професійної. Цілеспрямований корегуючий вплив на ці сфери дає свої позитивні результати в логопедичній реабілітації. Побутовим компонентом є комфортність відновлювальної діяльності.

Перспективним напрямом наукових пошуків може стати аналіз аспектів моделювання педагогічного середовища в логопедичній реабілітації осіб з афазією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бекоева Д. Д. Особенности нейропсихологического исследования / Д. Д. Бекоева, В. А. Дегтярев // Вестник МГПУ им. М. А. Шолохова : Педагогика и психология образования. – 2009. – № 3 – С. 34–48.
2. Глозман Ж. М. Общение и здоровье личности / Ж. М. Глозман. – М.: Академия, 2002. – 208 с.
3. Лянна О. В. Педагогічні умови відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану / О. В. Лянна // Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. – К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2016. – Вип. 32. – С. 180–185.
4. Пайлозян Ж. А. О роли микросоциального окружения в процессе нейропсихологической реабилитации пациентов с афазией / Ж. А. Пайлозян // Медицинский вестник Эрбун. – Ереван, 2011. – Вип. 2 (46). – С. 37–40.
5. Хоменко Ю. С. Методологія дослідження освітнього середовища в контексті забезпечення здоров'я [Електронний ресурс] / Ю. С. Хоменко // Філософія. Культура. Життя : Збірник наукових праць. – 2010. – № 34. – С. 154–158.
6. Цветкова Л. С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения / Л. С. Цветкова. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: МОДЭК, 2002. – 640 с.
7. Черноушек М. Психология жизненной среды / М. Черноушек // [пер. с чеш. И. И. Попа]. – М.: Мысль, 1989. – 174 с.
8. Шкловский В. М. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии / В. М. Шкловский, Т. Г. Визель. – М.: Ассоциация дефектологов, В. Секачев, 2014. – 96 с.

REFERENCES

1. Bekoeva, D. D., Deptiayev, V. A. (2009). Osobennosti neiropsikholohicheskogo issledovaniia [Features of neuropsychological research]. *Vestnik MGPU im. M. A. Sholohova: Pedagogika i psikholohiia obrazovaniia*, 3, 34–48.
2. Hlozman, Zh. M. (2002). *Obshchenie i zdorovie lichnosti [Communication and health of the individuality]*. Moscow: Akademiia.
3. Lianna, O. V. (2016). Pedagogichni umovy vidnovlennia movnennivoho spilkuvannia pry afazii u osob pislainsultnoho stanu [Pedagogical conditions of speech communication recovery during the post-stroke aphasia]. *Naukovyi chasopys NPU im. M. P. Drahomanova. Seriya 19. Korektsiina pedagogika ta spetsialna psikholohiia*, 32, 180–185. Kyiv: NPU im. M. P. Drahomanova.
4. Pailozian, Zh. A. (2011). O roli mikrosotsialnogo okruzhennia v protsesse neiropsikholohicheskoi reabilitatsii patsientov s afaziei [On the role of the microsocial environment in the process of neuropsychological rehabilitation of patients with aphasia]. *Meditinskii vestnik Jerebuni*, 2 (46), 37–40. Yerevan.
5. Khomenko, Yu. S. (2010). Metodolohiia doslidzhennia osvitiho seredovyscha v konteksti zabezpechennia zdorovia [Research Methodology of educational environment in the context of health]. *Filosofia. Kultura. Zhyttia*, 34, 154–158.
6. Tsvetkova, L. S. (2002). *Afaziologia: sovremennye problemy i puti ikh resheniia [Aphasiology: modern problems and ways to solve them]*. Moscow: Moskovskii psikholohosotsialnyi institute, Voronezh: MODEK.
7. Chernoushek, M. (1989). *Psikholohiia zhyznennoi sredy [Psychology of the living environment]*. Moscow: Mysl.

8. Shklovskii, V. M., Vizel, T. H. (2014) *Vosstanovleniie rechevoi funktsii u bolnykh s raznymi formami afazii [Recovery of speech function in patients with different forms of aphasia]*. Moscow: Assotsiatsiia defektologov, V. Sekachev.

РЕЗЮМЕ

Лянна Ольга. Компоненты педагогической среды в логопедической реабилитации больных с афазией.

Целью статьи стало определение компонентов педагогической среды и выяснения их влияния на восстановительное обучение лиц с афазией. В статье раскрывается актуальность проблемы определения педагогических условий логопедической реабилитации при афазии. Освещается роль педагогической среды как педагогического условия восстановительного обучения и эффективного рычага для оптимизации реабилитационного процесса. Проанализированы организационные, личностные, социальные и бытовые компоненты педагогической среды восстановительного обучения при афазии. Указаны перспективы дальнейшего анализа аспектов моделирования педагогической среды в логопедической реабилитации лиц с афазией.

Ключевые слова: восстановительное обучение, системные нарушения речи, афазия, специальная педагогическая среда.

SUMMARY

Lianna Olha. The components of pedagogical environment in logopedic rehabilitation of patients with aphasia.

The article reveals the relevance of the problem of determining pedagogical conditions of logopedic rehabilitation of people with aphasia. The role of the pedagogical environment as a pedagogical condition of restorative training and the effective lever in optimizing of the rehabilitation process is highlighted.

As was shown by analysis of research literature, despite the pithiness and methodological elaborating of regulations of restorative training in case of aphasia, the questions of the organization of pedagogical environment require concretization and refinement. The purpose of the article is the determining of the components of a pedagogical environment and determining their impact on restorative training of people with aphasia. Specific requirements for improving the quality of correctional aid to patients with aphasia cause the studying of the components of pedagogical environment in which the logopedic rehabilitation of patients takes place. Pedagogical environment of restorative training in case of aphasia can be defined as a sphere of constant expansion of ties of the patient and environment or social environment through a set of organizational, personal, social and living conditions. Their consideration in the implementation of the rehabilitation program in restoration of speech improves efficiency restorative activity. Thus, the organizational conditions cause establishing contact with the patient and his entourage, conducting neuropsychological examination, the implementation of methodological approaches and forms of organization of restorative training. The personal component is based on consideration of patient's individuality changes associated with the damage to brain structures and personal reactions of the patient to the speech defect and disease in general. Social conditions of pedagogical environment are a set of social relations and social spheres of life of the patient: family, permitting, public and professional ones. Purposeful adjustment impact on these spheres gives its positive results in logopedic rehabilitation. Consumer component is the comfort of restorative activities.

A promising area of scientific researches may be the analysis of aspects of modeling of pedagogical environment in logopedic rehabilitation of people with aphasia.

Key words: *restorative training, systemic speech disorders, aphasia, special pedagogical environment.*

УДК 376.2:7.01

Ірина Садова
Дрогобицький державний педагогічний
університет імені Івана Франка
ORCID ID 0000-0003-2570-5392
DOI 10.24139/2312-5993/2017.01/270-279

АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК ЕФЕКТИВНА ТЕХНОЛОГІЯ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

У статті розкрито проблеми соціалізації дітей із особливими освітніми потребами; представлено теоретичні й методичні аспекти використання арт-терапії як технології активізації пізнавальної діяльності учнів, де основний акцент робиться на творчому самовираженні та розвитку сенсорного сприйняття. Визначено базові чинники дії методів арт-терапії на розвиток особистості дітей та інтеграцію їх у сучасне суспільство. Досліджено вплив казкотерапії, ізотерапії та пісочної терапії на учнів з обмеженими можливостями Львівської спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату № 104 імені Святого Миколая.

Ключові слова: *арт-терапія, дитина з особливими освітніми потребами, спеціальна загальноосвітня школа-інтернат, соціалізація.*

Постановка проблеми. Концепція спеціальної освіти України передбачає створення таких умов, за яких особи з обмеженими можливостями могли б успішно реалізувати свої загальнолюдські права, стати корисними громадянами своєї держави, освіченість і соціальний статус яких задовольнятиме потреби суспільства. Питання навчання, виховання, лікування, соціалізації дітей із особливими освітніми потребами стають дедалі актуальнішими. Проблема набуває окремого наукового статусу насамперед тому, що в Україні система соціальної та психолого-педагогічної реабілітації дітей із обмеженими можливостями здійснюється непослідовно і непрофесійно. Здебільшого задіюються екстенсивні й рутинні форми роботи, засновані на культивуванні байдужого, формального й авторитарного ставлення до знедолених дітей. Серед сучасних засобів соціалізації дітей значне місце відводиться такому напрямку корекційної педагогіки, як арт-терапія, яка має інсайторієнтовний характер та створює атмосферу довіри й уваги до внутрішнього світу дитини. Адже в кожній дитині є своя життєва історія, у цій історії є і веселі, і сумні моменти, є ситуації, які хочеться пригадати, можливо, по-новому осмислити, але доступ до них «за сімома замками». Арт-терапія – це

ключик. Один із видатних засновників гуманістичної психології К. Роджерс вважав, що вся психотерапія повинна ґрунтуватися на науці й мистецтві, які здатні проникати у внутрішній світ людини, бути особистісно орієнтованими. Актуальність порушеної проблеми ми спробуємо висвітлити в нашій статті.

Аналіз актуальних досліджень. Значна кількість робіт присвячена впливу арт-терапії на дітей із особливими потребами (А. Биков, І. Бех, В. Бондар, С. Болтівець, Г. Бондаренко, Т. Данилова, Т. Ілляшенко, Г. Іващенко, В. Кондрашин, А. Кігічак, Л. Обухова, Л. Одинченко, А. Панов, В. Синьов, О. Хохліна, Т. Шульга, О. Чебікіна, М. Щибрик та ін.). Заслугують на увагу роботи, які розглядають альтернативні підходи до організації реабілітаційної роботи через методи арт-терапії (Л. Алексеева, Т. Зінкевич-Євстігнеєва, А. Копитін, А. Панова, Б. Шапіро, О. Холстова, Л. Різник, Л. Шаповал). Проте, незважаючи на актуальність, зазначена науково-педагогічна проблема не набула розвитку в теорії і практиці навчання дітей.

Метою статті є вивчення впливу окремих технологій арт-терапії на соціалізацію дітей, які мають особливі освітні потреби.

Методи дослідження: теоретичний аналіз наукових та навчально-методичних джерел із досліджуваної проблеми: аналіз, порівняння, узагальнення та систематизація емпіричних і теоретичних даних; спостереження, опитування, бесіда.

Виклад основного матеріалу. На соціалізацію дітей із обмеженими функціональними можливостями впливає ціла низка чинників, що вимагають від неї певної просоціальної поведінки й активності. Насамперед, слід урахувати вплив макрочинників (клімат, суспільство, держава, релігія тощо), які суттєво впливають на загальну соціалізацію всіх жителів планети, що живуть у певних країнах. Друга група детермінант – мезофактори, тобто умови соціалізації великих груп людей, що відрізняються за національною ознакою, місцем і типом поселення, у якому вони живуть (регіон, місто, селище, село), приналежністю до аудиторії тих або інших мереж масової комунікації (радіо, телебачення, кіно тощо) [1, 25].

Багато дітей із особливими потребами проживають у сім'ях із невисоким рівнем матеріального забезпечення. За суб'єктивними оцінками, основні проблеми сімей, де є діти-інваліди, пов'язані з фінансовою недоступністю поліпшення житлових умов, браком коштів для придбання необхідного харчування, медпрепаратів, технічних засобів компенсації вад, корекції та контролю стану здоров'я, предметів і послуг для задоволення культурних потреб тощо [3, 113].

Джерелом негараздів сімей, які виховують дітей і молодь із функціональними обмеженнями, залишається комплекс проблем, пов'язаних із недоліками системи охорони здоров'я. Особливі потреби й обмежені можливості дітей та молоді з особливими потребами обумовлюють цілий комплекс специфічних проблем у сфері освіти [3, 114].