очікувати успішні результати діяльності малюка, поєднані з емоційним комфортом і задоволеністю від результатів гри та нових вражень, адже завжди варто пам'ятати, що успіх окрилює дитину.

За програмою дитячого садка вихователі працюють над розвитком фонематичного слуху у дошкільнят, але колективна форма занять ускладнює індивідуальну роботу, яка є найбільш продуктивною. Без особливих труднощів і спеціальної підготовки її можуть проводити батьки чи інші дорослі вдома, формуючи у дитини вміння робити поділ слів на склади, а складів – на звуки перед тим, як вона почне знайомитися з буквами, вчитиметься складати слова з розрізної абетки. Щоб полегшити інтелектуальну напругу, зробити навчання більш доступним і цікавим, доцільно використовувати мовні ігри та вправи, поступово ускладнюючи дидактичну мету. Кількість домашніх завдань з розвитку фонематичного слуху визначається довільно, відповідно до індивідуальних особистостей кожної дитини. Показником сформованості навичок звукового аналізу є виділення у вимовленому слові визначальних ознак фонем. Компенсувати та розвивати недостаттній фонематичний слух можна з допомогою позитивних впливів допоміжних факторів під час роботи логопеда з дітьми, саме – використання ейдетики, або використання звуків-символів. Всі прийоми роботи проводяться в ході гри, а тому є цікавими і корисними для дітей.

**Висновки.** Таким чином, можна стверджувати, що гра посідає важливе місце в логопедичній роботі. Мовленнєві ігри допомагають більш ефективно здійснювати роботу з розвитку фонематичного слуху, забезпечити психологічний комфорт і розвиток емоційно-вольової сфери дітей під час навчання; підвищити мовленнєву мотивацію; компенсувати недорозвиток фонематичного сприйняття та слуху; активізувати та відновлювати вищі психічні функції; попередити порушення письмового мовлення.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ


1. *Богуш А. М. Методика розвитку рідної мови / А. М. Богуш. – К., 1992.*
2. *Лисенко Г. М. Логопедична робота у дитячому садку / Г. М. Лисенко. – К.: Шк.світ, 2011.*
3. *Бондар В. І. Український дефектологічний словник / В. І. Бондар. – К., 2001.*
4. *Савченко М. А. Методика виправлення вад вимови фонем у дітей / М. А. Савченко – Т., 2007.*
5. *Шеремет М. К. Логопедія / Шеремет М. К. – К., 2010.*
6. *Цвынтарный В. И. граем, слушаем, подражаем звуки получаем / В. И. Цвынтарный. – СПб., 1998.*


УДК 376. 37.013

**А. В. Зарицька**
*викладач кафедри педагогіки початкової освіти, Інститут педагогічної освіти НПУ імені В.О.Сухомлинського*

# ОРГАНІЗАЦІЯ ЛОГОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ З ХВОРИМИ З АФАЗІЄЮ В ГОСТРІЙ СТАДІЇ ІНСУЛЬТУ

*У статті розглядаються актуальні питання організації корекційно-відновлювального навчання хворих з афазією в гострій стадії мозкового інсульту.*

*В статье рассматриваются актуальные вопросы организации коррекционно-востановительного обучения больных с афазией в острой стадии мозгового инсульта.*

*The article is devoted to the urgent questions of organization of the correction-restoration teaching of patients with an aphasia on the early stage of a stroke.*

***Ключові слова:*** *інсульт, афазія, реабілітація, корекційно-відновлювальне навчання.*

***Ключевые слова****: инсульт, афазия, реабилитация, коррекционно-восстановительное обучение.*

***Key words:*** *stroke, aphasia, rehabilitation, correction-restoration teaching.*

**Постановка проблеми.** У вітчизняній системі нейрореабілітації особливого значення набуває організація надання логопедичної допомоги людям з афатичними порушеннями мовлення, що виникли внаслідок мозкового інсульту.

За даними ВООЗ, щороку у світі реєструється 100-300 випадків інсультів на кожні 100 тис. населення. Зокрема в Україні цей показник становить 110-120

тис. і, на жаль, невпинно зростає з кожним роком.

За свідченнями спеціалістів МСЕК, 75-80 % хворих, що перенесли інсульт, залишаються непрацездатними та отримують першу або другу групу інвалідності. Серед них у 35 % хворих інвалідизуючим захворюванням є порушення мовленнєвої функції - афазія [3].

З огляду на високу захворюваність та інвалідизацію не залишає сумніву соціально-економічна значимість проблеми організації реабілітаційної допомоги вказаному контингенту хворих, важливою ланкою якої є проведення відновлювальної логотерапевтичної роботи в гострій стадії захворювання.

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Згідно стандартам медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України, у процесі нейрореабілітації хворих, що перенесли інсульт, беруть участь як медичні працівники (лікарі-неврологи, реабілітологи, інструктори ЛФК, фізіотерапевти, психотерапевти, медсестри) так і педагоги (логопеди-афазіологи, дефектологи, психологи).

Цей факт обумовлює інтерес до вивчення проблем реабілітації спеціалісттами медичної та педагогічної наукових галузей.

Розробці клінічних питань реабілітації присвячено роботи сучасних вітчизняних лікарів-неврологів Здесенко І. В., Кадиківа А. С., Калашнікової Л. А., Коленко О. І., Міщенко Т. С., Чернікової Л. А., Шахпаронової Н. В. та ін. Питанням неврологічної класифікації афатичних розладів займалися Finkelburg, Goldstein, Henschen, Jackson, Kussmaul, Л. О. Бадалян, М. А. Бернштейн, І. М. Тонконогий. Вивчення проблеми корекційно-відновлювального навчання хворих з афазією розпочато класиком радянської афазіології О. Р. Лурія та знайшло своє відображення в роботах його послідовників Т. В. Ахутіної, Е. С. Бейн, М. К. Бурлакової Т. Г. Візель, Ж. М. Глозман, В. В. Оппель, Е. Д. Хомської, Л. С. Цвєткової, В. М. Шкловського та ін.

**Мета статті.** Вивчення теоретичних підходів до проблеми відновлювального навчання хворих з наслідками мозкового інсульту дає змогу констатувати наявність значної кількості публікацій, присвячених питанням корекційно-педагогічної роботи в резидуальній стадії захворювання, тобто після шести місяців набуття хворобливого стану (Т. В. Ахутіної, Е. С. Бейн, М. К. Бурлакової, Т. Г. Візель, Ж. М. Глозман, В. М. Когана, Н. В. Коновалова, О. Д. Маркової, Т. М. Мохової, В. В. Оппель, Л. Г. Столярової, І. М. Тонконогого, Л. С. Цветкової, Є. В. Шмідт, Kussmaul, Goldstein, та ін.). Однак, недостатньо уваги приділяється науковцями і афазіологами-практиками відновлювальному навчанню на ранньому етапі реабілітації хворих після перенесеного інсульту. Зазначеній темі присвячені лише окремі публікації Е. С. Бейн, М. К. Бурлакової, Н. М. Лапіної, В. В. Оппель, І. Я. Плотникової, А. М. Савицького, Р. А. Ткачова, Л. С. Цвєткової, Schuell та ін.

У зв'язку з цим, метою нашого дослідження було проаналізувати науково-методичну та спеціальну літературу щодо питань організації корекційно-відновлювального навчання хворих з афазією на ранньому етапі реабілітації та відповідно до цієї мети розкрити основні принципи реабілітації хворих, що перенесли інсульт; зауважити необхідність раннього початку реабілітаційних заходів; визначити принципи, завдання, напрямки корекційно-педагогічної роботи та окреслити коло актуальних питань організації відновлювального навчання хворих з афазією в гострій стадії захворювання.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Згідно Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» державна політика України у сфері реабілітації інвалідів забезпечує координованість системи реабілітації, що реалізується через своєчасність, безперервність та комплексність відновлювальних заходів і методик, а також доступність технічних та інших засобів реабілітації і виробів медичного призначення, реабілітаційних послуг, відповідність їх змісту, рівню та обсягу фізичним, розумовим, психічним можливостям і стану здоров'я інваліда.

Вказаним Законом реабілітація визначається як система медичних,

психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення інвалідів технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення.

Отже, реабілітація включає комплекс лікувально-відновлюваних заходів, який забезпечує патогенетичний вплив на дефектну функцію і на патологічний процес, що лежить в її основі, а також на особистість хворого з метою мобілізації організму для корекції патологічних реакцій та вторинних нервово-психічних порушень.

Основними принципами реабілітації хворих після інсульту лікарі визнають:

• ***Ранній початок реабілітаційних заходів***, які проводяться з перших днів інсульту (якщо дозволяє загальний стан хворого) і допомагають прискорити темп і зробити більш повним відновлення порушених функцій, запобігти розвитку вторинних ускладнень (тромбофлебітів, контрактур, пролежнів, застійної пневмонії і т . д.).

• ***Тривалість та систематичність відновлювальної терапії***, що досягаються тільки завдяки правильно організованій реабілітації, яка повинна починатися вже в ангіоневрологічному відділенні, куди хворого доправляють машиною швидкої допомоги, потім продовжуватися в реабілітаційному відділенні лікарні і/або в реабілітаційному центрі і надалі здійснюватися або на базі реабілітаційного відділення (або кабінету) поліклініки, або в реабілітаційному санаторії.

• ***Комплексність і адекватність реабілітаційних заходів***, які можуть забезпечити лише висококваліфіковані фахівці: неврологи-реабілітологи, методисти ЛФК, логопеди-афазіологі, фізіотерапевти, психотерапевти, нейропсихологи, трудотерапевти.

• ***Активна участь хворих і членів їх сімей у реабілітаційному процесі***, зокрема, у організації сприятливих умов реабілітації, підвищенні мотивації до навчання та систематичному виконанні домашніх завдань [2].

В системі комплексного реабілітаційного процесу логотерапевтична робота виступає важливою ланкою психолого-педагогічної реабілітації.

З огляду на те, що одним із основних принципів ефективності реабілітації визнано саме ранній початок проведення реабілітаційно-відновлювальних заходів, не залишає сумнівів, що і корекційно-педагогічна робота з хворими, які мають афатичні порушення мовлення, повинна розпочинатись якомога раніше, тобто ще в гострій стадії захворювання.

Цей висновок вперше було підтверджено у 1955 р. дослідженнями співробітників Інституту неврології АМН СРСР Р. А. Ткачьова, Є. С. Бейн та І. Я. Плотнікової, які на основі статистичної обробки великої кількості спостережень за хворими з афазією починаючи з етапу гострого інсульту, дійшли до висновку, що при відносно ранньому педагогічному втручанні у переважної більшості хворих як з легкими і середніми, так і з важкими мовленнєвими розладами відмічаються найбільш сприятливі результати відновлювально-реабілітаційної роботи.

Науковці пов’язують цей факт з тим, що активне втручання, яке спочатку стимулює, а потім і перебудовує мовленнєву функцію, виявляється особливо дієвим, коли воно починається на тлі мимовільного (спонтанного) процесу відновлення. Тому раціональний педагогічний вплив тим більш ефективний, чим раніше його розпочато.

Зазначені висновки поклали початок диференційованому підходу до прийомів та методів відновлювального навчання хворих з афазією залежно не тільки від форми афазії та ступеню прояву дефекту, але й від етапу реабілітаційного процесу. Виникла необхідність розрізняти ранній етап відновлення відразу ж після інсульту і до 6 місяців набуття хворобливого стану та початковий етап відновлення у хворих в резидуальній стадії (від 6 місяців до 1 року).

В контексті нашого дослідження особливий інтерес мають роботи Є. С. Бейн, в яких вона висвітлює поетапний принцип організації відновлювальної терапії, пов'язаний з відмін-

ністю в особливостях компенсації на ранньому і резидуальному етапах відновлення. Вчена визнає необхідність диференціації методів відновлювального навчання в залежності не лише від форми мовленнєвого розладу, але і від етапу відновлення мовленнєвих функцій.

За Є. С. Бейн, ***основні принципи корекційно-відновлювальної роботи з хворими на афазію*** наступні:

• Вибір прийомів корекційно-педагогічної роботи залежить від етапу або стадії відновлення мовленнєвої функції. На ранньому етапі після інсульту робота проводиться при відносно пасивній участі хворого в процесі відновлення мовлення, без пояснення йому задач заняття.

• Слід виявити збережені функціональні системи, які мають стати базою для перебудови порушеної мовленнєвої функції.

• Відновлювальне навчання передбачає такий вибір прийомів роботи, який сприяв би відновленню первинно-порушеної передумови або реорганізації збережених ланок мовленнєвої функції.

• При любій формі афазії необхідна робота над усіма сторонами мовлення.

• При всіх формах афазії необхідно розвивати самоконтроль хворого над мовленням, який має стати предметом його свідомості.

• При всіх формах афазії перш за все необхідно відновлювати комунікативну функцію мовлення.

• Слід використовувати розгорнуті зовнішні опори та поступову їх інтеріоризацію на шляху до перебудови та автоматизації порушеної функції [1].

На основі теоретичних досліджень Л. С. Виготського, О. Р. Лурії та новітніх досягнень в галузях нейрофізіології, нейропсихології та нейролінгвістики Л. С. Цвєтковою було розроблено систему теоретичних принципів відновлювального навчання, які вона поділяє на 3 групи: психофізіологічні, психологічні та психолого-педагогічні.

З огляду на зазначені принципи Л.С.Цвєткова виділила ***основні завдання корекційно-відновлювального навчання,*** що враховують природу, механізми та структуру дефекту:

• відновлення порушеної функції як психічної діяльності, а не ізольованих вмінь та навичок;

• відновлення мовленнєвої функції (часткове або повне), а не пристосування хворого до дефекту;

• відновлення діяльності мовленнєвого спілкування, а не окремих ізольованих сенсо-моторних мовленнєвих операцій;

• відновлення, перш за все, комунікативної функції мовлення, а не окремих його сторін ( повторення, називання тощо);

• повернення хворого у звичайне, нормальне соціальне середовище, а не у спрощене, пристосоване до його дефекту;

• відновлення різних форм діяльності спілкування (вербальних та невербальних) [5].

Одними з основних вимог до проведення логотерапевтичної роботи на ранньому етапі відновлення є сформованість високого рівня мотивації хворого до навчання та активна дієва допомога з боку його близьких та рідних в організації реабілітаційного процесу.

Початку відновлювальної терапії повинні передувати вивчення анамнезу захворювання, ретельний нейропсихологічний аналіз структури розладів мовленнєвої і інших вищих психічних функцій.

По відношенню до хворих, які знаходяться в гострій стадії захворювання, не ставляться задачі практичного та лінгвістичного відновлення їх мовленнєвої функції. Основною метою є активізація мовленнєвого механізму, і тим самим, подолання його інертності, що виступає необхідною передумовою для успішного навчання на наступних етапах відновлення.

З метою попередження негативної реакції хворого, що знаходиться в гострій стадії захворювання, особливу увагу на заняттях слід приділяти встановленню контакту з хворим; роботі по подоланню завантаженості свідомості; вибору доступних методів навчання та адекватної, комфортної для хворого форми навчання, а саме індивідуального заняття; використанню системи різномодальних стимулів, що дадуть можливість оживити різноманітні асоціативні зв'язки; підбору методів

релаксації хворого при виснаженні його уваги. Слід також зазначити, що визначальним є подолання нейтродинамічних порушень і, зокрема, виховання довільної, фіксованої уваги (зорової, слухової та кінестетичної) [4].

Певні вимоги висувають афазіологи-практики до організації проведення занять з хворими з локальними ураженнями головного мозку, які актуальні і в гострій стадії захворювання, а саме:

- час заняття має визначатись загальним станом хворого, його особистими характеристиками та перебігом хвороби (на початковому етапі заняття не перевищує 15-20 хвилин);
- під час заняття обов'язково має враховуватись працездатність та втомлюваність хворого, його настрій та самопочуття;
- форми занять мають бути такими, що передбачають роботу над різними видами активності хворого (загальної, вербальної та невербальної) та використовують його різні емоційні стани;
- заняття повинні проводитись в комфортних умовах, які забезпечують тишу та відсутність моментів, що відволікають увагу хворого [5].

Як свідчить практичний дослід вітчизняних та зарубіжних афазіологів (Ж. М. Глозман, М. Крітчлі, Н. М. Лапіної, В. В. Оппель, Дж. Сарно, Л. С. Цвєткової, М. К. Шохор-Троцької та інш.), основним завданням корекційно-педагогічного впливу на ранньому етапі реабілітації є стимуляція та відновлення комунікативної функції мовлення хворих з афазією з метою їх соціально-психологічної адаптації до свого стану та включення в процес спілкування та взаємодії з оточуючими засобами вербальної та невербальної комунікації. Зазначеним цілям мають відповідати диференційовані методики та прийоми корекційно-педагогічної роботи.

З урахуванням специфічних особливостей корекційної роботи з зазначеним контингентом хворих науковці висувають певні вимоги до методів, що використовуються в практиці відновлювального навчання хворих з афазією.

По-перше, це їх адекватність механізму мовленнєвого порушення: відновлювальне навчання повинно іти не від симптому, а від його механізму.

По-друге, це обхідність методів, які діють на дефект не прямо, а в обхід безпосереднього дефекту, з метою його подолання з опорою на збережені рівні та ланки в структурі функції.

По-третє, це системність методів, що забезпечує принцип системного впливу на дефект і відновлення не окремих мовленнєвих операцій, а вербальної функції в цілому [1, 5, 6].

У своїй практичній роботі ми намагаємось обрати шлях використання усіх залишкових мовленнєвих можливостей хворого з метою відновлення мовленнєвого спілкування, шлях активного створення ситуацій, що викликають у хворого потребу спілкування і що ставлять його в умови «безпосереднього діяча (суб'кту або об'єкту) спілкування» (за Б. Р. Ананьєвим). Цей шлях є найбільш продуктивним, оскільки він максимально використовує всі реальні мовленнєві можливості хворого і при достатній наполегливості як хворого, так і логопеда може призвести до відновлення мовлення в тій або іншій мірі.

**Висновки та перспектива подальших розвідок.** У гострому періоді захворювання логотерапевтична робота ведеться при відносно пасивній участі хворого в процесі відновлення мовлення. Заняття логопеда полягають у встановленні контакту з хворим, в нейропсихологічному обстеженні, направленому на виявлення його мовленнєвих та інтелектуальних можливостей, а також можливих порушень інших вищих психічних функцій, вивченні емоційно-вольової сфери, передморбідного досвіду та онтогенезу. У цей період заняття носять переважно психотерапевтичний та підготовчий характер, що є передумовою подальшої ефективної відновлювально-реабілітаційної роботи.

Слід також зазначити, що потребують подальшого вивчення спеціальні умови підвищення ефективності відновлювального навчання хворих з різними формами афазії та розробка нових ефективних методів і прийомів корекційно-педагогічної роботи на ранньому етапі реабілітації.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. *Бейн Э.С. Реабилитация больных с афазией, возникшей вследствие мозгового инсульта (Методические рекомендации). МЗ СССР / Э. С. Бейн, Т. Г. Визель. – М., 1977.*
2. *Кадиків А. С. Рання реабілітація хворих з порушеннями мозкового кровообігу / А. С. Кадиків, Л. А. Чернікова, Л. А. Калашнікова, Н. В. Шахпаронова // Невролгіч.журн. – 2007. – № 1. – С. 24-27.*
3. *Міщенко Т. С., Здесенко І. В., Коленко О. І. та ін. Епідеміологія мозкового інсульту в Україні / Т. С. Міщенко, І. В. Здесенко, О. І. Коленко // Український вісник психоневрології. – 2005. – Том 13, вип. 1(42). – С. 23-28.*
4. *Оппель В. В. Восстановление речи после инсульта / В. В. Оппель. – Л. : Медицина, 1972.*
5. *Цветкова Л. С. Афазия и восстановительное обучение / Л. С. Цветкова. – М., 1988. – 208 с.*
6. *Шорох-Троцкая М. К. Логопедическая робота при афазии на раннем єтапе восстановления / М. К. Шорох-Троцкая. – М. : «Институт общегуманитарніх исследований», 2002. – 128 с.*

УДК 376.1-056.34:792

**К. О. Зелінська**
*викладач кафедри логопедії,*
*Сумський державний педагогічний університет ім. А. С. Макаренка*

# СПІЛКУВАННЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ВАДАМИ

*У статті описано рівень сформованості спілкування у дітей з інтелектуальними вадами молодшого шкільного віку за результатами спостереження.*

*В статье описано уровень сформированности общения у детей с интелектуальными отклонениями младшего школьного возраста за результатами наблюдения.*

*The level of communicational development of children with intellectual disabilities in primary school age as a result of observation is described in the article.*

***Ключові слова:*** *спілкування, діти з інтелектуальними вадами, спостереження, спілкування з дорослим, спілкування з однолітками.*

***Ключевые слова:****общение, дети с интелектуальными отклонениями, наблюдение, общение со взрослыми, общение со сверстниками.*

***Key words:*** *communication, children with intellectual disabilities, observation, communication with adults, socializing with peers.*

**Постановка проблеми.** На сучасному етапі розвитку корекційної освіти в Україні гостро порушується питання всебічного гармонійного розвитку дітей із психофізичними вадами з метою їх подальшої успішної соціалізації. У зв'язку з цим необхідним є створення сприятливих умов для особистісного становлення таких дітей, важливим компонентом якого є спілкування.

Як відомо, спілкування дітей молодшого шкільного віку з інтелектуальними вадами дуже обмежене. У дітей цієї категорії немає потреби у комунікації з дорослими або однолітками. Частіше за все, вона виникає тоді, коли необхідно задовольнити фізіологічну потребу. У інших випадках дитина важко йде на контакт.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Теорія спілкування є сферою міждисциплінарного знання. Вона вивчається різними гуманітарними дисциплінами: психологією особистості й соціальною психологією, соціологією, філософією, педагогікою, соціальною педагогікою та ін.

Проблемами дослідження різних аспектів спілкування людей займалися наступні вчені: М. С. Андріанов, Т. С. Бочкарьова, Л. С. Виготський, І. Н. Горелов, А. Й. Капська, Н. Л. Коломинський, В. П. Левицький, О. О. Леонтьєв, Н. І. Лепська, Б. Ф. Ломов, В. В. Рубцов, Н. В. Федорова, Л. В. Щерба, Ф. М. Юсупов та ін.

Зокрема, Н. Л. Коломинський вивчав питання розвитку особистості учнів допоміжної школи. Особливості статево-рольової поведінки розумово відсталих молодших школярів досліджував В. П. Левицький. Однак, незважаючи на значущість, проблема спілкування розумово відсталих учнів молодшого шкільного віку не знайшла широкого відображення у спеціальній психологічній та педагогічній літературі.

Проблема розвитку спілкування дітей з інтелектуальними вадами є сьогодні особливо актуальною, адже комунікативні навички є фундаментом у системі особистісного творення. Від рівня розвитку спілкування залежить