

Державний заклад  
«ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ  
ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені К. Д. УШІНСЬКОГО»

## **ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

збірник наукових праць

Одеса  
2021

УДК:376  
П781

ДРУКУЄТЬСЯ ЗА РІШЕННЯМ  
Вченої Ради  
ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний  
університет імені К. Д. Ушинського  
(протокол № 7 від 25.03.2021 р.)

**РЕЦЕНЗЕНТИ:**

**Ганчар І.Л.** – професор, доктор педагогічних наук, професор кафедри фізичного виховання і спорту Національного університету «Одеська морська академія».

**Кисличенко В.А.** – доцент, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри спеціальної освіти Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського.

**РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:**

*Головний редактор* – професор **Форостян О. І.**  
*Відповідальний редактор* – доцент **Соколова Г. Б.**  
*Технічний редактор* – викладач **Маматова З. Р.**

**Члени редколегії:**

**Соколова Г.Б.** – доктор психологічних наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д. Ушинського»

**Лещій Н.П.** – доктор педагогічних наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д. Ушинського»

**Арнаутова Л.В.** – доцент, кандидат медичних наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д. Ушинського»

**Начинова О.В.** – доцент, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д. Ушинського»

**Притиковська С.Д.** – кандидат педагогічних наук, завідувача СНДЗ №193 компенсуючого типу м. Одеси

**Григор'єва Л.В.** – директор, вчитель-методист, спеціаліст вищої категорії Одеської спеціальної школи №75 I-II ступенів Одеської міської ради Одеської області.

**Проблеми реабілітації:** Збірник наукових праць, Одеса, / редкол. О.І. Форостя та ін. - Одеса: видавець Букаєв Вадим Вікторович, 2021. - 114 с.

УДК:376  
ББК:74.00

© ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний  
університет імені К. Д. Ушинського», 2021

## ЗМІСТ

### РОЗДІЛ І. МЕТОДИКА КОРЕКЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНОГО ВПЛИВУ НА ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Арнаутова Л.В., Войтенко К.А. ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА ЇХ ВИКОРИСТАННЯ В ЛОГОПЕДИЧНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ	5
Арнаутова Л.В., Івіна Д.І. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВЕДІНКОВИХ РЕАКЦІЙ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ	8
Арнаутова Л.В., Паладій О.В. ХАРАКТЕРИСТИКА МОВНОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ ЗІ СТЕРТОЮ ФОРМОЮ ДИЗАРТРИ	12
Галущенко В.І., Соловей Н.С. ДО ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ПАТОГЕНЕЗУ МОТОРНОЇ АЛАЛІЇ	15
Ільчук О.В. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ ТА ЇХНІХ РОДИН В УМОВАХ КРИЗОВИХ ВИКЛИКІВ	18
Кабельнікова Н.В., Ігнатенко Т.П. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ФОРМУВАННЯ УСНОГО МОВЛЕННЯ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ	23
Кабельнікова Н.В. Томіліна С.В. МЕТОДИКА ФОРМУВАННЯ МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ У ДОШКІЛЬНИКІВ З ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ	26
Лагода Н.М. ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ СИСТЕМНИХ ЗМІН	30
Лещій Н.П., Артеменко Н. КОРЕКЦІЯ ЗВ'ЯЗНОГО МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ЗАГАЛЬНИМ НЕДОРОЗВИТКОМ МОВЛЕННЯ	34
Лещій Н.П., Королькова Г. КОРЕКЦІЯ ПРОСОДИЧНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	36
Лещій Н.П., Постернак А.В. МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЗВ'ЯЗНОГО МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З СИСТЕМНИМ НЕДОРОЗВИТКОМ МОВЛЕННЯ	38
Лещій Н.П., Савченко М.В. МУЛЬТИСЕНСОРНИЙ ПІДХІД У ФОРМУВАННІ МОВЛЕННЕВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ В УМОВАХ ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОЇ ШКОЛИ	41
Маматова З.Р., Куруч О. ОСОБЛИВОСТІ НЕВЕРБАЛЬНОЇ КОМУНІКАЦІЇ ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ	45
Маматова З.Р., Соколова С.О. ДОСЛІДЖЕННЯ ПИТАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ У ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ	51
Начинова О.В., Громяк Г.С. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА РОБОТА ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА	54
Начинова О.В., Журавська К.В. МОВЛЕННЄВА КОМПЕТЕНТНІСТЬ У	

ДІТЕЙ З ТПМ	57
Притиковська С.Д., Кинева К.П. МЕТОДИ КОРЕКЦІЙНО-ЛОГОПЕДИЧНОЇ РОБОТИ ПРИ ДИЗАРТРІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	59
Притиковська С.Д., Лучко М.Г. ВИКОРИСТАННЯ АПАРАТНИХ МЕТОДІВ НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЇ ПРИ МУЛТІДИСЦИПЛІНАРНОМУ ПІДХОДІ ДО ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ	64
Притиковська С.Д., Тіхонова О.М. МОТОРНА АЛАЛІЯ: ІСТОРІЯ ВИВЧЕННЯ, СУТНІСТЬ, ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ	69
Соколова Г.Б., Костенко Д.А. ПРОБЛЕМА ЗАЙКАННЯ У НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ	74
Соколова Г.Б., Стадник Л.Д. МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ПОБУДОВИ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ	78
Форостян О.І., Драгнева Л.І. СОЦІАЛІЗАЦІЇ ТА АДАПТАЦІЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ	81
Форостян О.І., Комісарова Є. СУЧАСНІ АСПЕКТИ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ПСИХОФІЗИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ	84
 <b>РОЗДІЛ ІІ. ПИТАННЯ ФІЗКУЛЬТУРНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З УЧНІВСЬКОЮ МОЛОДІУ</b>	
Головко В.М Трішин К.О. ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ ТА РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ НА ЗДОРОВ'Я ПОЛІЦЕЙСЬКОГО	88
Константинов Д.С. ВИХОВАННЯ КООРДИНАЦІЙНИХ ЗДІБНОСТЕЙ У БОРЦІВ УЧБОВО-ТРЕНУВАЛЬНОЇ ГРУПИ	90
Масунова О.В. АНАЛІЗ ПЕДАГОГІЧНОГО ДОСВІДУ ВИДАТНИХ ВЧЕНИХ ХХ СТОЛІТТЯ, ПРО ОСНОВНІ РИСИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ МОЛОДІ	93
Носкова Т.І., Безродна А.В. ФІЗИЧНА ПІДГОТОВКА ЯК КОМПЛЕКС ЗАХОДІВ, СПРЯМОВАНИЙ НА ФОРМУВАННЯ ТА ВДОСКОНАЛЕННЯ УМІНЬ ТА НАВИЧОК ПОЛІЦЕЙСЬКОГО	97
Проскурня Є.Є., Ком'яга А.В. ВИКОРИСТАННЯ РИВКУ ГИРЕЮ З ДОВІЛЬНОЮ ЗМІНОЮ РУК (Р-12) ДЛЯ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ПРАВООХОРОНЦІВ	99
Самьличев А.С. «COVID – 19» - АДАПТИВНА ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ	103
Тодоров П.І., Наумов С.С. ВИХОВАННЯ ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ У БОРЦІВ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	106
Форостян О.І., Акрабова О.Г. ФІЗИЧНА ПІДТОВКА ДІВЧАТ СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ОЗДОРОВЧОГО ФІТНЕСУ	109
<b>ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ</b>	113

## РОЗДІЛ І. МЕТОДИКА КОРЕКЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНОГО ВПЛИВУ НА ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Арнаутова Л. В., Войтенко К. А.

### ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА ЇХ ВИКОРИСТАННЯ В ЛОГОПЕДИЧНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ

*"В кожній людині – Сонце, тільки дайте йому світити"*  
Сократ

Сучасне життя людства не можливе без інновацій тому подана стаття розглядає поліпшення корекційних заходів для дітей які мають порушення мовлення шляхом використання інноваційних технологій в логопедичній практиці.

Збільшення рівня дієвості корекційно-логопедичної роботи з подолання порушення мовлення у дітей дошкільного віку на даний час є актуальною логопедичною проблемою оскільки *мова* - найбільший скарб людини. Саме вона є одним з головних чинників адаптування до оточуючого середовища..

Для логопедичної діяльності яка спрямована на корекційну роботу з дітьми, інноваційні технології набувають все більшого опрацювання та вивчення. Ці методи пліч-о-пліч з традиційними слугують досягненню максимальних успіхів в роботі з подолання порушень мовлення у дітей раннього віку.

Логопедична робота є складною, комплексною проблемою педагогіки. Вона є успішною і ефективною якщо:

- збудована на принципі міждисциплінарності (інтеграція методів, прийомів з різних галузей наук: педагогіка, психологія, медицина тощо);
- проводиться в режим постійного пошуку інноваційних форм і методів логопедичної діяльності;
- базується на творчих, нестандартних рішеннях завдання корекційного розвитку дітей з патологією мови.

**Інновація**- нове, **інноваційний технології**- внесення нового і дієвого іншими словами- це методи навчання та розвитку дітей дошкільного віку з порушенням мови шляхом співпраці вчителя-логопеда та дітей. *Накопичення інноваційного досвід* - це йти разом з часом, пробувати щось нове та не звичайне у своїй професійній діяльності.

Інноваційні технології допомагають не обмежуватися формуванням знань умінь та навичок (ЗУН), а прагнути до розвитку індивідуальних здібностей дитини зумовлених бажанням викладача запроваджувати в свою професійну діяльність інновації. У статті було сконцентровано увагу на використанні у корекційній роботі технології, що обумовлюють специфіку роботи з мовленнєвими порушеннями і станом емоційної та вольової сфери дітей з патологією мовлення. Дані порушення зумовлюють появу ускладнень в спілкуванні з оточуючим середовищем та у подальшому призводить до

зміни особистості дитини, а саме залишає відбиток на процесі навчання та поведінці дитини.

З найбільш адаптованих методик роботи з дітьми є такі логопедичні технології, як вокалотерапія, казкотерапія, сміхотерапія. Що вирішують важливі завдання з формування у дітей з порушенням мовлення емоційної сфери, розвитку мелодики, темпу і ритму мови, анатомічних та фізіологічних процесів артикуляційної моторики. Запобігає перевтоми, підтримує пізнавальну активність у дітей з різною мовленнєвою діяльністю. Кількість дітей які мають порушення мовленнєвої діяльності на даному етапі розвитку інтеграції збільшилася порівнюючи з попередніми роками та продовжує активний зрост. Тому мовлення дітей є одним з найважливіших питань у підготовці їх до умов життя у суспільстві .

Визначення точного діагнозу постає суттєвою проблемою оскільки у дітей даної категорії патологічних прояви спостерігаються в комплексі з іншими захворюваннями. Це призводить до утруднення складання індивідуальної корекційної програми для дітей з порушенням мовленнєвої діяльності.

Дітей з порушенням мовлення з кожним роком все більше. Це призводить до необхідності пошуку результативніших шляхів корекційного втручання в виховання та навчання. Сучасний педагогічний процес спеціального навчання та виховання дітей дошкільного віку концентрується на впровадженні інноваційних форми роботи, з залученням різноманітних фахівців які працюють за єдиною індивідуальною схемою в процесі навчання та виховання дітей. Даними спеціалістами виступають: психологи, логопеди, педагоги та медики. [1]

Перебуваючи у тісному зв'язку з такими галузями науками як педагогіка, медицина, психологія логопедія використовує методи та прийоми суміжних наук пристосовує їх до своїх потреб, що допомагає покращити роботу вчителя-логопеда. Логопедія сьогодення знаходиться в активному пошуку новітніх форм вдосконалення і модифікування процесу навчання і розвитку дітей на різних вікових етапах життя та в різних освітніх умовах.

Діти з мовними порушеннями часто бувають з нестійкою психікою в них спостерігається нестабільність емоційного стану та зниження його діяльності, швидкою стомлюваністю. Лексико-граматична сторона мови дітей із порушеннями мовлення відрізняється від мови нормотипичної дитини, як в кількісному, так і в якісному плані.

- Бідність словника. Діти частіше використовують в мові, часто вживані в побуті слова і словосполучення.

- Нерозуміння і спотворення значень слів

- Труднощі узгодження слів у словосполученнях і реченнях, невіють правильно підібрати закінчення слова.

Логопедичні заняття для дітей даної категорії викликають ускладнення. Тому доводиться знаходити і вміло використовувати на практиці більш інноваційні методи оскільки їх використання перешкоджає втомі дітей,

активізують у дітей з порушенням мовлення пізнавальну активність, збільшує ефективність логопедичної роботи. Інноваційно-логопедичні технології та їх впровадження у сьогодення є новітнім етапом в освітньому процесі. Основна мета - це поєднання сучасних інноваційних технологій з традиційними способами навчання та виховання дітей. Кожний сучасний вчитель-логопед повинен вміти грамотно застосовувати їх у своїй практично-професійній діяльності від цього залежить ефективність занять. Вміння користуватися новітніми можливостями, включати нетрадиційні технології в навчання кожної дитини надає тим самим мотивацію і психологічний комфорт, свободу вибору форм і засобів діяльності для дитини з мовленнєвими порушеннями. [2]

Важко уявити XXI сторіччя без іноваційно-комп'ютерних технологій (ІКТ) тому логопедія також як й інші галузі науки активно їх використовує. На даний час комп'ютерних логопедичних ігор та завдань з'являється все більше. Вони сприяють збагаченню словника дитини, розвитку мовлення, покращують фонематичне сприйняття оточуючого середовища. Профілактичні заходів против стомлення зору при використанні ІКТ проводять *офтальмотренаж* (гімнастика для очей після зорового навантаження).

Дітям які мають тяжкі мовленнєве порушення важливо використовувати логопедичний масаж. *Логопедичний масаж*- це масаж мовного апарату людини та його м'язів. Він допомагає привести м'язовий тонус до норми та підготувати м'язи до виконання складних рухів які необхідні при артикуляції звуків.

Терапія як *Су-Джок* яка була розроблена вченим з Японії Йосиро Цуцумі дає нам уявлення про розташування на кистях рук і стопах ніг точки внутрішніх органів та частин тіла людини. Завдяки цим точкам можна здійснювати лікувальний вплив на хворий орган. Наприклад масаж великого пальця руки допомагає активізувати діяльність головного мозку людини. [4]

*Сендплей* - пісочна терапія. Подану терапію описав швейцарський психолог і філолог Карл Юнг. На його думку коли дитина будує, а потім руйнує зроблене вона таким чином усвідомлює, що на зміну старому завжди приходиться щось нове. Також при використанні цієї терапії дітям дуже подобається знаходити у піску різноманітні фігурки називати їх та складати речення з ними. Ігри з піском розвивають дрібну моторику, покращують емоційний стан, долають дитячі страхи. Завдяки пісочної терапії дитина граючи закріплює знання.

Логопеди у своїй роботі все частіше звертаються до *музикотерапії*. Музикотерапія як спосіб профілактики та лікування нервово психічних захворювань. Вона допомагає відволікти дитину від неприємних образів та концентрує увагу. Музикотерапія сприяє поліпшенню якості рухів, розвиток та корекцію відчуттів, стимулює мовленнєві функції також покращує просодичну в сторону мовлення. З музикотерапією міцно пов'язана

**вокалотерапія.** Вона сприяє покращенню словникового запасу, розвиває навички словотворення, нормалізує біоритми дитини.

**Сміхотерапія** - лікування за допомогою позитивних емоцій. Сміх допомагає нейтралізувати в організмі дитини негативні програми завдяки виробленню "гормону щастя". Сміх розвиває творче мислення, додає сили волі, впевненості в собі, сприяє розвитку емоційного забарвлення мовлення.

**Казкотерапія** - це інструмент передачі досвіду від старшого покоління до молодшого, це спосіб виховання в дитини особливого ставлення до світу, слухання, придумування і обговорювання казки в наслідок чого в дитині розвивається фантазія та творчість. Завдяки казкам дитина вчиться приймати рішення. [3]

Підводячи підсумок можна зазначити, що використання інноваційних технологій вчителем-логопедом надає гнучкості у керуванні навчанням, різноманіття вправ, вдосконалення занять з усунення порушень мовлення.

Використовуючи різні нетрадиційні інноваційних технологій на логопедичних заняттях стимулюють цікавість у дитини до такого явища як мовлення, краще проходить процес засвоєння та вивчення матеріалу. Призводить до активізації мовлення, енергетичні затрати значно знижуються як у дитини так і вчителя-логопеда. Інноваційні логопедичні технології розширять коло завдань, що надає можливість урізноманітнювати прийоми і методи корекційного впливу. Подальша робота корекційно-логопедичного впливу з використанням інноваційних логопедичних технологій потребує детального вивчення, розробці удосконаленої, комплексної корекційної програми розвитку дітей з патологією мовлення.

Список використаних джерел:

1. Андросова В. М. Використання інноваційних технологій для корекції звуковимови старших дошкільнят -2005.-№1
2. Акіменко В. М. Развивающие технологии в логопедии.- 2012.
3. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии / Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. – СПб.: Речь, 2013. – 321с.
4. Су-джок терапія в роботі вчителя–логопеда [Електронний ресурс]: <https://vseosvita.ua/library/vikoristanna-vprav-su-dzok-dla-ditej-doskilnogo-viku-259994.html>

Арнаутова Л. В., Івіна Д. І.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВЕДІНКОВИХ РЕАКЦІЙ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ

В сучасному суспільстві із року в рік дітей з проявами аутичного спектру стає чимдалі більше, і вони потребують уваги, а також корекційної та педагогічної допомоги. Ранній дитячий аутизм – специфічне відхилення психічного розвитку, властивість якого є прояви стійких і специфічних порушень поведінки в комунікативній, емоційній сферах спілкування дитини з навколишнім середовищем, а також відсутність вмінь правильно реагувати



в різноманітних життєвих ситуаціях. Головна ознака аутизму – неконтактність дитини з оточуючими, виявляється зазвичай рано, прозирає саме на першому році життя, але особливо чітко в період першої вікової кризи, а саме у віці 2-3 років.

Визначення того, які проблеми має аутизм, змінюється та доповнюється в науці до сьогоднішнього дня. Недостатнє розкриття проблеми та розуміння причин виникнення захворювання раннім дитячим аутизмом, не дає змоги в повному обсязі зрозуміти та розробити необхідні корекційні заходи у роботі з хворими дітьми, ставлення та позиція батьків у вихованні дітей, хворих раннім дитячим аутизмом, недостатня кількість і поширення методик корекційного впливу.

Багато вчених України проводять свої дослідження щодо проблематики аутизму. Зокрема, Я. Багрій, О. Богдашина вивчали сутність аутизму; К. Островська описувала проблеми психологічної допомоги дітям з аутизмом; Т. Скрипник розробила комплексну програму розвитку дітей з аутизмом; В. Тарасун описала концепції розвитку, навчання та соціалізацію дітей з аутизмом; Г. Хворова описала, як надавати психолого-педагогічну допомогу дітям із розладами спектру аутизму; Д. Шульженко досліджувала психологічну корекцію аутистичних порушень і формування готовності дітей із розладами аутичного спектра до навчання в школі. Низка вчених (М. Веденіна, І. Марценковський, О. Мастюкова, О. Нікольська, О. Романчук, Н. Сіماشкова, Т. Скрипник, Г. Хворова, Д. Шульженко, А. Чупріков та ін.) досліджували проблеми вивчення комунікативної діяльності в дітей з аутизмом.

Термін «аутизм» характеризує якісні відмінності, труднощі у побудові соціальних стосунків і спілкуванні та особливу стереотипність поведінки. РАС діагностуються у дітей, молоді та дорослих, якщо їх поведінка відповідає критеріям, визначеним у Міжнародній статистичній класифікації хвороб та споріднених проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-10), і настанові з діагностики, статистики і класифікації психічних порушень (DSM-IV-TR), і має значний вплив на життєдіяльність. Загальний термін, який використовують в МКХ-10 і DSM-IV-TR, це розлади загального розвитку (РЗР); зараз цей термін використовується як синонім розладу аутистичного спектра (за винятком синдрому Ретта) [1, С. 12-13].

Останні десятиріччя спрямовані на вивчення специфіки психічного дизонтогенеза дітей з аутизмом, логіки аутичного розвитку, виявлення характеру порушення. Прагнучи розкрити аутизм як цілісне порушення розвитку, вчена Т. Скрипник застосовує два ключових феноменологічних орієнтири. Це, по-перше, розроблення методології всебічного бачення цілого; по-друге, розкриття контексту розвитку дитини з погляду її психічних проявів. Науковець робить акцент на цілісній психічній організації дитини з аутизмом та мікросоціальному середовищі її життєдіяльності.

Ознаки аутизму Т. Скрипник визначає як комплексне порушення розвитку, якому властиві різноманітні прояви, що мають сталий перебіг. До

характерної «тріади» порушень відносить порушення соціальної взаємодії, взаємної комунікації, обмеженість інтересів і повторювальний репертуар поведінки. Науковець зазначає, що окремі ознаки «тріади» трапляються в людей із нормальним типом розвитку. Клінічна картина аутизму варіюється як між різними дітьми так і в одній дитині [4].

При загальному типі порушення психічного розвитку діти з аутизмом мають значні індивідуальні відмінності. Разом з тим серед типових випадків дитячого аутизму можна виділити дітей з чотирма основними моделями поведінки, які відрізняються своїми системними характеристиками. В рамках кожної з них формується характерна єдність доступних дитині засобів активного контакту з середовищем і оточуючими людьми, з одного боку, і форм аутистичного захисту і аугостимуляції з іншого.

Науковець О. С. Нікольська (1985-1987) виокремила чотири головні групи дитячого аутизму. Критерії класифікації: характер і ступінь порушень взаємодії із зовнішнім середовищем, а також тип самого аутизму [2, С. 135].

До першої групи належать діти з найгрубішими порушеннями: цілковита відчуженість від того, що відбувається. Діти практично не говорять (тільки в афективних станах можуть вимовити короткі слова й однотипні фрази). Використовують звуки немовного характеру: щебетання, свист, мимрення. Не реагують на зовнішні подразники: біль, холод, голод. Не виявляють переляку, навіть у ситуаціях, загрозливих їхньому життю. Не використовують цілеспрямованого погляду. Для них характерна польова поведінка: вони можуть бігати, падати, перекидатися, залазити на стільці, стіл, не реагувати на запропоновані іграшки і звернену до них мовлення. У таких дітей практично немає потреби у взаємодії зі своїми однолітками. Вони постійно здійснюють стереотипні рухи. У них погано розвиваються навички самообслуговування.

Діти *другої групи* можуть існувати тільки у вузьких межах розкладу, звичному устрої життя, руйнування якого спричинює панічний страх. Виявляють явні переваги в їжі. Незграбні (враження, що ноги й руки їх не слухають), але іноді досягають великої майстерності у діях певного характеру. Мислення буквальне, наявність підтексту зумовлює напругу. До цієї групи належать діти зі штапованим мовленням, наповненого ехололією – це неконтрольоване автоматичне повторення слів, почутих в чужому мовленні. Така дитина в звичайному для нього середовищі більш відкрита і спрямована на спілкування.

Діти першої і другої групи за клінічною класифікацією відносяться до найбільш типових, класичних форм дитячого аутизму, описаними Л. Каннером.

*Третя група* – «книжкові» діти, віддається перевага захопленості певними інтересами: можуть протягом кількох років говорити на ту саму тему, що хвилює, або малювати улюблених тварин. Багато говорять і часто цитують цілі сторінки улюблених літературних творів, але нерідко інтонація не відповідає тексту, у разі спілкування співрозмовника не чують, не схильні

до діалогу. Мовлення квапливе, «говорить захлинаючись», у розмові можуть переставляти слова за сенсом. Рано набирають знання і словниковий запас за певною темою. Під час спілкування можуть дивитися на співрозмовника, але звертаються не до конкретної людини, а до людини взагалі. Часто вражають своєю неорганізованістю у побуті. Здатні прийняти нововведення тільки під власним контролем, бояться неочікуваних змін. На відміну від дітей другої групи, не стільки схильні до збереження сталості в довкіллі, скільки у бажанні відстояти стереотипність власної поведінки.

Діти **четвертої групи**, на відміну від інших груп аутизму, здатні встановити із співрозмовником контакт очей, але взаємодію негайно припиняють, якщо на шляху трапляється перешкода. Діти здатні звернутися по допомогу й емоційну підтримку до близьких людей. У стереотипах як засобах захисту на перше місце виходить «правильність». Схитрувати, обдурити для них неприйнятно. Мовлення тихе, нечітке, дитина в спілкуванні вдається до мовлення й діалогу, але переказ тексту ускладнений. У промові присутні ехолоалії і стереотипні фрази, але з ними можливо контактувати при наполегливості дорослого. Четверта група – боязкі, полохливі, розсіяні і ранимі діти. Їх лякає контакт з однолітками. Вони здатні до довільної поведінки, тобто свідомої та можуть легко засвоїти самообслуговування. Як правило, ці діти цураються взаємодії зі своїми однолітками. Діти цієї групи в клінічній класифікації можуть бути визначені як діти з синдромом Аспергера.

За всіма наявними класифікаціями зрозуміло, що індивідуальні прояви аутизму охоплюють широкий спектр. Іноді синдром підрозділяють на **низько-, середньо- і високофункційний аутизм**, використовуючи для цього шкалу IQ чи рівень соціального розвитку; для цього типування не опрацьовано стандарту і навколо нього тривають суперечки.

Саме діти, на думку О. Нікольської, четвертої групи описуються в спеціальній літературі як високофункціональні діти з аутизмом [3].

Представленні характеристики поведінкових реакцій у дітей з розладами аутичного спектру слугують орієнтирами психологічної діагностики, визначаючи можливі глибину і якість порушення контакту дитини із навколишнім простором, в яких може проявитися дитячий аутизм. Все ж оцінювання тяжкості стану і визначення передбачення не можуть відбуватися поза розумінням того, що дитина, навіть переживаючи найсерйозніші труднощі, перебуває в процесі розвитку. Інакше кажучи, навіть в межах однієї групи дітей з порівняльними ознаками і рисами даного захворювання фігурують особисті відхилення в прояві тенденцій до встановлення більш життєдіяльних і складних взаємовідносин та взаєморозуміння з оточуючим світом.

Список використаних джерел:

1. Аутизм у дітей адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. 2015. С. 12-13. URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2015\\_341](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2015_341).

2. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 1997. – 342 с., С. 135.
3. Никольская О.С. Психологическая классификация детского аутизма / О.С.Никольская // Альманах «Детский аутизм: пути понимания и помощи» [Электронный ресурс].-2014.-№18.-Режим доступа до журн.: <https://alldf.ru/ru/articles/almanah-18/psihologicheskaja-klassifikacija-detskogoautizma>
4. Скрипник Т. Феноменологія аутизму. Київ : Фенікс, 2010. 388 с.

Арнаутова Л. В., Паладій О. В.

**ХАРАКТЕРИСТИКА МОВНОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ  
ЗІ СТЕРТОЮ ФОРМОЮ ДИЗАРТРИ**

Однією з найпоширеніших мовних патологій є стерта дизартрія, що має тенденцію до збільшення кількості дітей, які страждають порушеннями мови. Одним із проявів стертої дизартрії є порушення мовного дихання. Дихання це сукупність фізіологічних процесів, які беруть участь не тільки в газообміні, а й входять у функціональну мовну систему. Робота мовної системи контролюється ЦНС, забезпечуючи взаємодію і нерозривний зв'язок всіх в неї входять органів: дихання, голосоутворення, артикуляції, органу слуху. Кожен з органів мови має свою функцію, порушення діяльності одного з органів відіб'ється на діяльності інших. Дихання грає роль "пускового механізму" у виробництві мови, а саме в постановці звуковимови, голосоутворення, в плавності. Порушення артикуляційної моторики призводять до порушень звуковимови і фонематичних процесів. Результатом цього є те, що виникають системні порушення мови. Таким чином, не викликає сумніву актуальність вивчення питань впливу мовного дихання в корекції недорозвинення мови у дітей зі стертою формою дизартрії.

Правильне мовне дихання передбачає відтворення короткого і глибокого вдиху під час висловлювання і раціональне витрачання повітря під час видиху. Цей процес контролюється внутрішнім мовним програмуванням, тобто семантичним, лексико-граматичним і інтонаційним наповненням висловлювання. Це дозволяє економно витрачати повітря, домагатися максимальної звучності голосу при малій витраті енергії м'язів мовного апарату. [4, с.149].

Зовсім інша картина спостерігається при стертій формі дизартрії, при якій дихальна функція страждає практично завжди. Спостерігається укорочений мовний видих порівняно із вдихом, недостатня сила видиху, зниження життєвої ємності легень. Тому, основним завданням успішного розвитку дітей з мовною патологією і корекції дизартрії є формування мовного дихання. Ця корекція стертої форми дизартрії є одним з головних напрямків з розвитку мовлення дитини і включена в усі системи комплексних завдань. [3, с. 93].

Обстеження логопеда у дітей у віці 5-6 років зі стертою формою дизартрії показує порушення загальної та дрібної моторики рук, особливості

артикуляційного апарату, звуковимови, просодики, порушення загального розвитку мови.

У дітей зі стертою формою дизартріїю відзначаються обмеження обсягу активних рухів з швидким стомленням м'язів, які особливо проявляються при функціональних навантаженнях. Вони моторно незручні, нестійко стоять на одній нозі. Дуже помітною моторна незручність стає на музичних заняттях і на уроках фізкультури. Дітям складно дається переключаємость рухів, помітно відставання в темпі і ритмі рухів.

Дрібна моторика рук - сукупність скоординованих дій нервової, м'язової і кісткової систем за участю зорової системи у виконанні дрібних і точних рухів кистями і пальцями рук і ніг. Дрібна моторика рук включає в себе навички самообслуговування, які пізно і насилу опановують діти зі стертою формою дизартрії. Відзначено, що діти з даною патологією не люблять малювати, їх руки напружені, погано тримають олівець. Порушені тонкі диференційовані рухи рук, що особливо помітно на заняттях з ліплення. А на заняттях з аплікації спостерігаються ще й проблеми з просторовим розташуванням елементів.

Якщо 6-річна дитина відвідує школу, йому дуже складно оволодіти графічними навичками, відзначається заміна букв, закінчень слів, голосних, «дзеркальне письмо» та ін. [5, с.70].

Особливості артикуляційного апарату. Для дітей зі стертою формою дизартріїю характерні певні патологічні зміни артикуляційного апарату. Вони проявляються в малою рухливістю м'язів обличчя, м'язи мляві, гіпотонічні при пальпації, що виглядає як не яскраво виражений парез м'язів органів артикуляції.

Внаслідок млявості жувальної мускулатури нижня щелепа погано фіксується в піднятому положенні, діти не можуть утримати позу закритого рота. Внаслідок цього просодична сторона мови страждає, відсутня достатня лабіалізація звуків.

Паретичний стан м'язів органів ротової порожнини супроводжується спастичністю м'язів органів артикуляції. Це проявляється в твердості і напруженості м'язів обличчя, при цьому обличчя без емоційного забарвлення, з відсутністю міміки. Верхня губа дитини притиснута до ясен, губи напружені, не беруть участі в артикуляції і створюють враження особи, що знаходиться в постійній полуусмішці. Під час підвищення спастичного статусу м'язів обличчя і язик змінює свою форму, стає товстим з погано вираженим кінчиком, залишається малорухливим.

Для стертої форми дизартрії характерні гіперкінези, які проявляються тремтінням, тремором язика і голосових зв'язок. Часто подібні гіперкінези супроводжуються гіпертонусом м'язів артикуляційного апарату.

Під час функціональних навантажень ці прояви посилюються. Дитина не може зберегти язик в стані спокою, якщо його попросити тримати язик на нижній губі на рахунок від 5 до 10. При цьому з'являється ціаноз кінчика язика, з'являється тремтіння, а іноді язик стає дуже неспокійним.

Під час проведення артикуляційних проб і при функціональних навантаженнях можна спостерігати відхилення язика від середньої лінії, тобто девіацію. При цьому, визначається згладженість носогубної складки при посмішці, асиметрія губ [2, с.72].

При мовному навантаженні можливе підвищене слиновиділення, тобто гіперсаливація. В результаті страждає виголошувальна сторона мови і просодика, так як діти в цих випадках погано ковтають слину і не справляються із саливацією.

У дітей зі стертою формою дизартрії моторна функція артикуляційного апарату дозволяє виконувати будь-які артикуляційні проби, вони можуть виконати всі артикуляційні рухи: посміхнутися, витягнути губи, надути щоки і т. д. Однак, аналізуючи якість виконання цих проб, відзначаються наступні характеристики: слабкість м'язів, зниження амплітуди рухів, зниження обсягу рухів, швидку стомлюваність м'язів, нечіткість артикуляції і розмиття мови, короткочасність утримання певної пози, аритмічність та ін. Все це призводить до змішання і спотворення звуків, погіршення просодичного боку мови.

Логопедична робота включає в себе кілька етапів, які передбачають наступні цілі:

1-й етап підготовчий - підготовка артикуляційного апарату до формування артикуляційних навичок;

2-й етап - вироблення нових умінь і навичок;

3-й етап - вироблення комунікативних умінь і навичок;

4-й етап - подолання або попередження вторинних порушень;

5-й етап - підготовка до навчання в школі.

Успішність корекційної роботи заснована і залежить від виконання певних принципів [1, с. 33].

1. Принцип системності. Структурні компоненти мовної системи об'єднані в мовну систему і знаходяться в тісній взаємодії всіх її компонентів. Тому корекційна робота повинна бути спрямована на розвиток всіх структур мовної функціональної системи.

2. Етіопатогенетичний принцип заснований на знанні механізмів розвитку даної патології, на визначенні основної ланки мовного дефекту, на співвідношенні мовної і немовної симптоматики.

3. Принцип опори на закономірності онтогенетичного розвитку заснований на знаннях і обліку послідовності формування психічних функцій в онтогенезі.

4. Принцип розвитку (облік «зони найближчого розвитку», за Виготським). Цей принцип логопедичної роботи полягає в планомірному і поступовому ускладненні завдань і лексичного матеріалу.

5. Принцип поетапного формування розумових дій заснований на формуванні у дитини мотивації на виконання дії і на створенні орієнтовної основи дії.

6. Принцип обліку провідної діяльності віку. У дітей дошкільного віку провідною ланкою в процесі пізнання є гра. Грунтуючись на розважальній стороні цієї діяльності, дитина зосереджується і на її навчальній стороні, що сприяє непомітному навчанню і закріпленню набутих навичок.

7. Принцип диференційованого підходу необхідний для організації індивідуальних, підгрупових і фронтальних занять. Кожна дитина однієї вікової групи має свої особливості розвитку, свої терміни становлення всіх мовних етапів, тому для кожного необхідно створити індивідуальну програму логопедичних занять.

Список використаних джерел:

1. Верясова Т. В. Корекційно-розвиваюча система формування моторного праксису в структурі подолання загального недорозвинення мови у дітей з дизартрією: дис... канд. пед. наук/ Верясова Т.В. -Єкатеринбург, 1999. -235 с.
2. Кареліна І. Б. Нові напрямки в корекції мінімальних дизартричних розладів// «дефектологія» / І. Б. Кареліна. - 2000. - № 1.
3. Лалаєва Р.І. Логопедична робота в корекційних класах: / Р. І. Лалаєва. - М.: Владос, 2013. - 224 с.
4. Максаков А. І. Чи правильно говорить ваш реб'янок: / А. І. Максаков. - 2-е вид., випр. - М.: Просвітництво, 1988. - 159 с.
5. Панченко, І. І., Щербакова, Л. А. Основні форми дизартричних порушень мови і диференційовані шляхи корекційного впливу// Логопедія. Методична спадщина: посібник для логопедів і студ. дефектол. факультетів пед. вузів / Під ред.Л. С. Волкової –М.: гуманіт. изд. центр ВЛАДОС, 2003 – 304 с.

УДК 376.36

Галущенко В.І., Соловей Н.С.

### ДО ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ПАТОГЕНЕЗУ МОТОРНОЇ АЛАЛІЇ

**Постановка проблеми.** На сучасному етапі розвитку інтеграційних процесів в освіті розвиток мовленнєвої діяльності у дітей із моторною алалією, адаптація їх до умов загальноосвітнього навчального закладу набула пріоритетного значення. Вирішення даної проблеми пов'язано зі здійсненням індивідуального, диференційованого та поетапного корекційного логопедичного впливу з урахуванням провідних тенденцій оновлення змісту освіти [1].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Значний внесок у вивчення алалії внесли Г. Гутман, А. Лібманом, М. Богданов-Березовський, Р. Белова - Давид, Е. Фретельс, а у подальшому М. Хватцев, В. Орфінська, Р. Левіна, Є.Собонович, В. Ковшиков, В. Воробйова, Л. Волкова та інші дослідники [1; 4 ; 5; 6].

Вивченню проявів, структури порушень, які є при первинному недорозвитку мовлення, присвячені дослідження Р.Левіної, Г. Жаренкової, Л.Спірової та ін.. Ці вчені відмічають у дітей з первинним недорозвитком мовлення характерні особливості словника та складності засвоєння й використання граматичної системи мовлення [3].

У роботах різних авторів виявлені особливості мовленнєвого розвитку і структури дефекту при алалії на основі застосування різних критеріїв: фізіологічних, клінічних, психологічних, лінгвістичних та інших. Описано різні форми алалій, розроблена методика логопедичного впливу при різних формах недорозвинення мовлення Так, В. Орфінська в книзі "Розвиток мислення і мовлення у аномальних дітей" пропонує диференційовані методи, що відповідають особливостям виділених нею форм алалій. Вона також спробувала теоретично обґрунтувати цю проблему і на практиці показати шляхи її реалізації [2;4].

Н. Жукова, О. Мастюкова, Т. Филічева, Б. Гріншпуг, Є. Соботович, і інші представники "мовленнєвої" концепції виділяють головне завдання логопедичного впливу-виховання у дітей уявлень про закономірності функціонування мовленнєвої системи, про взаємодію складових її компонентів. Вони відрізняють ряд психологічних та індивідуальних особливостей, які необхідно враховувати при роботі з дітьми [3].

**Мета статті** – проаналізувати стан проблеми вивчення патогенезу моторної алалії.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Успіхи у вивченні алалії в роботах новітнього періоду досягнуті завдяки тому, що дослідники в своїй діяльності стали широко спиратися на методологію комплексного підходу до аналізу дефекту. І на відміну від попередніх періодів, коли, за словами В. Орфінської, суперечливих питань і міркувань між дослідниками алалії було більше, ніж загальноприйнятих положень, на сучасному етапі розвитку логопедії є більше спільного, ніж розбіжностей. Загальне проявляється в основних принципових установах на розумінні дефекту, його механізму, шляхів подолання [2;4].

Сучасні українські дослідники зробили вагомий внесок щодо аналізу вивчення та розробки рекомендацій та аспектів нових клініко-педагогічних напрямів роботи з дітьми з моторною алалією (К. Зелінська-Любченко; Г.Парфенова; Ю.Сорочан, В. Тищенко; М.Шеремет та ін.) [ 2;3;4;5;6 ].

Аналіз передумов патогенезу алалії показав, що шкідливості антенатального, перинатального та раннього постнатального періодів зустрічаються у дітей з мовленнєвими розладами у дітей з алалією 83% випадків. Вони представлені такими ускладненнями: токсикозами вагітності:

- загрозливими викиднями внаслідок резус-конфлікту;
- соматичними захворюваннями, недоношеністю, нейроінфекції, травмами голови (С.Бенілова) [5];

- гіпоксично-ішемічне пошкодження ЦНС в перинатальному періоді у вигляді формування церебральної атрофії в поєднанні з темповою затримкою розвитку на першому році життя (Є.Сагаутдінова, Д.Степаненко., 2010) [3].

Родова травма зустрічається у 50% дітей з вираженими мовленнєвими порушеннями (Н.Шабалов 2002). У дітей, що народилися у важкій асфіксії, терміни прояву першого белькотіння і перших слів запізнюються на 3-6 місяців (Є.Резцова , А.Черних А 2010) [1].



В даний час перинатальна гіпоксія розглядається в якості одного з основних патогенетичних чинників ушкодження мозку плода під новонародженого, складаючи 76% всієї неврологічної патології.

У дитини з алалією не формуються тонкі рухові координації мовленнєвого апарату. Формування експресивного мовлення у моторних алаликів утруднено порушенням аналітико-синтетичної діяльності мовленнєворухового аналізатора, Ці порушення можуть мати різний характер:

- а) кинестетична оральна апраксія;
- б) труднощі перемикання органів рухів;
- в) труднощі засвоєння послідовності рухів для відтворення слів тощо.

У зв'язку з зазначеними труднощами затримується розвиток основного ведучого компонента експресивного мовлення – активного словника. Він виявляється бідним, недостатнім, спотвореним. Затримуються в своєму розвитку фонетична сторона і граматична будова.

**Висновки та перспективи.** При алалії дитина не може знайти послідовність звукового ряду (звуків в слові, слів у фразі), не може переключитися з одного слова на інше. Це веде до великої кількості парафазій, перестановок, що свідчить про порушення рухових основних нервових процесів, про застійні етапи збудження або гальмування в мовленнєворуховому аналізаторі. У дитини з моторною алалією не розвивається самостійне мовлення, довгий час вона залишається на рівні окремих слів і звуків. Простежується взаємозалежний зв'язок між порушеннями артикуляції, праксису і організацією мовленнєвих рухів і як наслідок, фонетичної системи мови і сприйняття зверненого мовлення, його розуміння. Ці факти ще раз вказують на багатокomплекcність порушень, що спричинено різними патогенетичними проявами і визначають комплексний, ретельний підхід до проблеми реабілітації та планування корекційно-відновлювальної роботи з дітьми з моторною алалією.

Список використаних джерел:

1. Зелінська-Любченко К. О. Аналіз сучасних досліджень патогенезу алалії [Електронний ресурс] / К. О. Зелінська-Любченко // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19, Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – Київ, 2017. - Вип. 33. - С. 22-26.
2. Парфенова Г. І. Психолого-педагогічні умови формування усного зв'язного мовлення у дітей старшого дошкільного віку із моторною алалією [Електронний ресурс] / Г. І. Парфенова // Логопедія. - 2015. - № 6. - С. 58-62.
3. Рожкова Л.А. Особенности реактивности полушарий при восприятии зрительной вербальной информации у детей с нарушениями речи и памяти // Дефектология. 2000. № 2. С. 13–22. Сагутдинова, Э. Ш. , Степаненко Д. Г. О классификациях нарушений речи в детском возрасте // Электр. науч.журн. “Системная интеграция в здравоохранении”. 2010. №2(8). С.32-43.

4. Сагутдинова, Э. Ш. , Степаненко Д. Г. О классификациях нарушений речи в детском возрасте // Электр. науч.журн. “Системная интеграция в здравоохранении”. 2010. №2(8). С.32-43.
5. Сорочан Ю. Б. Стан сформованості синтаксичного компонента мовленнєвої компетенції на імпресивному рівні у молодших школярів із моторною алалією [Електронний ресурс] / Ю. Б. Сорочан // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19, Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – Київ, 2014. - Вип. 27. - С. 188-193.
6. Шеремет М. К. Нейрофізіологічні засади мовленнєвої діяльності у дітей старшого дошкільного віку з моторною алалією [Електронний ресурс] / М. К. Шеремет, С. В. Кондукова // Логопедія. - 2012. - № 2. - С. 3-6.

Ільчук О. В.

## ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ ТА ЇХНІХ РОДИН В УМОВАХ КРИЗОВИХ ВИКЛИКІВ

Одним із найбільш важливих наукових і практичних завдань у сфері спеціальної психології, корекційної педагогіки та інклюзії є психологічний супровід родини, що виховує дитину з особливими потребами. Він має бути спрямований на створення психолого-педагогічних умов для емоційного благополуччя, допомогу батькам пережити травму, ознайомлення їх з особливостями виховання й розвитку дитини, надання послуг у вигляді консультацій по відновленню сімейного статусу дитини як особистості, що є кінцевою метою реабілітації.

Психологічні характеристики стресу в сімейних стосунках позначаються змінами в емоційно-вольовій та особистісній сферах дітей і батьків. Досвід науковців-практиків засвідчує збільшення випадків непорозумінь, конфліктів, домашнього насильства у сім'ях як у період розгортання кризової ситуації, так і по її завершенні. У таких умовах діти з особливими потребами не отримують належного спеціального супроводу, що негативно впливає на їхній розвиток, гальмуючи успішність реабілітаційного процесу.

Виходячи з того, що психолого-педагогічний супровід розглядається як допомога сім'ї, то, на думку С. Булахової, здійснюватися він має у такій послідовності: знайомство із сім'єю; первинна діагностика дитини і всієї родини; розроблення і реалізація індивідуальної програми навчання і виховання; неперервний контроль за розвитком дитини і стосунками у сім'ї; постійне внесення коректив у програму; переведення дитини у відповідний навчальний заклад – загальноосвітній, спеціальний, інклюзивний – залежно від можливостей дитини [1, с. 68]. Дослідниця розглядає психолого-педагогічний супровід, у першу чергу, як передумову обрання для дитини того чи іншого закладу освіти. Психологічну підтримку батьків С. Конопляста та Т. Сак розглядають як систему заходів, спрямованих: – на зменшення емоційного дискомфорту в батьків у зв'язку із захворюванням

дитини; – підтримку впевненості батьків у можливостях дитини; – формування у батьків адекватного ставлення до проблем дитини; – підтримку адекватних батьківсько-дитячих стосунків і стилів сімейного виховання [8].

Окремі аспекти спільної діяльності фахівців з родинами, чії діти мають особливі потреби, досліджувалися А. Душкою (психологічна допомога батькам дітей з порушеннями психофізичного розвитку на основі синергетичного підходу), С. Коноплястою, В. Кисличенко (логопедичний супровід сім'ї як вплив на дитину, який реалізується спеціалістами-логопедами), С. Мироною (психолого-педагогічний супровід, метою якого є створення оптимальних умов для розвитку дитини у сім'ї), І. Макаренко, Т. Соловйовою (соціально-педагогічна підтримка батьків дітей з особливими потребами соціальними педагогами) та ін. Аналіз наукових джерел дозволив виявити різні підходи до розуміння мети спільної роботи фахівців з родинами, які виховують дітей з особливими потребами, а відтак і різноманітні стратегії і практики її реалізації.

Однак у своєму прагненні допомогти дитині сім'ї наštтовхуються на складні психологічні проблеми: неприйняття дитини з особливими потребами, неадекватне батьківське ставлення до неї, порушення структури родини та ускладнення взаємин між її членами, виникнення цілого ряду емоційних проблем батьків, відсутність порозуміння та підтримки подружжя.

Враховуючи різні моделі допомоги родинам осіб з психофізичними порушеннями, в науковій літературі виділяють наступні шляхи роботи з родичами: проведення психологічного діагностування сім'ї, розробка основних напрямків роботи, використання психокорекційних та психотерапевтичних прийомів, спрямованих на надання допомоги. Найважливішим кроком допомоги дитині є батьківська акцентація, яка включає в себе почуття і поведінку зі сторони батьків, яка характеризується безумовною любов'ю до дитини, визнанням дитини як особи, що потребує почуттів зі сторони батьків, повагою потреб та визнанням автономії дитини. Це є примирення з тими обмеженнями, які неможливо викоринити, а також задоволення з тих можливостей, які є і з яких можна користати.

Система цінностей у певних родинх та їхній низький матеріальний статок на думку деяких учених, можуть перешкоджати пошукам допомоги поза домом, сім'єю, змушувати членів родини покладатися тільки на себе (Т. Волковська, С. Мастюкова, А. Московкіна, В. Ткачова, Е. Ейдемільер, В. Юстицкіс). Дослідники наголошують, що додатковий стрес пов'язується саме з фінансовими проблемами, які можуть призвести до кризи.

Однією з актуальних проблем, пов'язаних з організацією дистанційної психологічної підтримки родин із дітьми з особливими освітніми потребами, є відсутність системи психолого-педагогічного супроводу в умовах надзвичайних ситуацій, зазначає Прохоренко Л.І. [10].

Гостро постає питання розроблення та впровадження наукових досліджень, які дадуть змогу визначити організаційно-методичні умови

дистанційної психологічної підтримки родин дітей з особливими потребами, які перебувають в ізоляції. У кризових ситуаціях дистанційна форма психологічного супроводу є інноваційною формою підтримки, що ґрунтується як на кращих традиційних методах супроводу, так і нових інформаційних та інтерактивних технологіях.

Проблемою суспільної ізоляції батьків і відсутності соціального мотиву спілкування у період виховання дитини з особливими потребами займались науковці та дослідники Б. Грут, К. Хоуч, Д. Грей, І. Іванова. Про руйнівну силу фізичного і психічного виснаження і як наслідок можливої хронічної втоми різних соматичних захворювань говорили К. О. Островська, Т'ю та Лоуренс, І. Б. Іванова, В. А. Вишневський, Р. Ф. Майроман, Н. Уолтон, Г. Саліван.

Т.Г. Соловійова [11] зазначає, що переживання сім'єю стресу, що виникає під час народження (чи встановлення діагнозу) дитини з особливими потребами порушує структуру сім'ї кількісно (з'являється новий член сім'ї) та якісно (збільшується ризик відмови батьків від дитини, можливе розлучення батьків, змінюється стиль сімейних взаємин, прогресує соціальна ізоляція родини). Подібні структурні зміни викликають функціональні порушення: кожна сімейна функція (економічна, репродуктивна, рекреаційна, виховна тощо) видозмінюється, набуває нового значення, з'являються нові, специфічні функції, як реабілітаційна, компенсуюча, корекційна.

Дослідження В.В. Ткачової свідчать про зміни в функціонуванні вищезгаданих сімей на декількох рівнях. Психологічний рівень характеризується змінами в емоційно-вольовій та особистісній сферах батьків. Зміни на соціальному рівні виявляються порушеннями подружніх, батьківських та екстрасімейних стосунків (спілкування з родичами, друзями). Соматичний рівень страждає у результаті перевищення рівня навантажень, тобто у батьків можуть виникати різні соматичні захворювання, астеничні та вегетативні розлади.

Створюючи модель системи психолого-педагогічного супроводу, слід дотримуватися таких методологічних вимог, як концептуальність, керованість, ефективність і відтворюваність. На виховну ефективність дитини з особливими потребами впливають наступні і малодосліджені чинники: знання батьками психології дитини, вірна оцінка її індивідуальних якостей, адекватний емоційний відгук на поведінкові реакції дитини, вибір підходящого способу взаємодії з дитиною, який найкраще відповідає її індивідуальним особливостям, рання психологічна співпраця з батьками, емоційна стабільність батьків.

Виховна ефективність, на нашу думку, з прочитаної літератури, може відбуватися лише за умов емоційної стабільності батьків, після їхнього примирення з хворобою дитини і відкритті в собі особистих ресурсів, на що і повинна бути спрямована професійна психологічна допомога батькам через групову та індивідуальну психотерапевтичну роботу.

Перш за все, необхідно знати особливості захворювання і розвитку їхньої дитини, а також її можливості у виконанні тих чи інших завдань та вправ. Велике значення має правильний розпорядок дня, суворе дотримання режиму харчування і сну, чергування занять з відпочинком та прогулянками. Важливу роль у вихованні дітей з психофізичними порушеннями відіграє організація систематичних, цілеспрямованих занять з розвитку мовлення, рухових навичок і вмій [4, с. 48]. Існують різноманітні моделі психологічної допомоги родинам осіб з психофізичними порушеннями. Модель Б. Ф. Скінера спирається на принципи збільшення кількості та якості взаємодій–інтеракцій дитини і батьків [12, с. 67]. Модель В. Є. Кагана, спирається на принцип стимулювання батьків до виникнення у них забутих інтересів і захоплень. На думку автора, для роботи з дитиною необхідне повернення до улюбленої роботи і до себе. Сутність моделі полягає в дотриманні терапевтичної дистанції без відмови від звичного людського контакту з батьками [6, с. 64]. Згідно моделі Х. Джайнотта у спілкуванні з дітьми батьки підтримують позитивний образ «Я» у дитини; уникають особистісних негативних оціночних суджень [3, с. 144.]. Модель В. В Тарасун базується на принципі вирішення проблеми раннього прогнозування і своєчасного запобігання труднощів у навчанні дітей з особливими потребами [13, с. 169].

Сім'ї дітей з обмеженими можливостями, як зазначає А. М. Луковкіна, мають іншу життєву перспективу, вони по-іншому проходять стадії життєвого циклу сім'ї – деякі стадії можуть бути подовжені, скорочені або ніколи не настануть, відбувається зміна очікувань на майбутнє [9]. Подібні зміни життєвих планів не можуть не позначитися на емоційному стані батьків.

Існує проблема в ставленні суспільства до таких дітей. Як наслідок, такі сім'ї стають замкненими і нетовариськими, відчуваючи себе ізгоями, які залишились наодинці із власним горем. В процесі виховання дітей з особливими освітніми потребами в умовах сім'ї на перший план виходять такі функції, як корекційно-розвивальна, компенсуюча і адаптаційно-реабілітаційна, метою якої є відновлення психофізичного та соціального статусу дитини, досягнення нею матеріальної незалежності та соціальної адаптації (Федосєєва, 2013).

Незаперечним фактом є той, що належним супроводом особливі діти повинні бути забезпечені з боку держави впродовж життя, а саме ранній вік, дошкільний період, початкова, середня, професійна соціалізація. Необхідно вивчати питання забезпечення дітей та їхніх родин комплексним супроводом для формування високого рівня психологічної готовності до навчання в школі. Забезпечення повноцінної життєдіяльності дітей ООП значною мірою залежить від своєчасної та ефективної психолого-педагогічної роботи, розбудови та реформування початкової ланки. (І. Бех, В. Бондар, І Єременко, В. Засенко, В. Синьов, М. Ярмаченко та ін.) [2, с.20.]

Освітній процес дітей з особливими освітніми потребами набуває конкретики тільки тоді, коли навколо них гуртуються фахівці, які разом з

батьками створюють міждисциплінарну, полісуб'єктну нової української школи команду психолого-педагогічного супроводу і розпочинають колегіальну роботу в напрямі продумування та реалізації компетентного освітнього маршруту для таких дітей. Психолого-педагогічний супровід — це пролонгований процес, спрямований на попередження виникнення (або усунення) у дітей з особливими освітніми потребами дестабілізаційних чинників, формування їхніх адаптивних функцій, забезпечення оптимального розвитку та здобуття ними якісної освіти в умовах навчального закладу [2, с.19]

#### Список використаних джерел:

1. Булахова С. П. Психолого-педагогічна підтримка родин, які виховують дітей із проблемами в розвитку// Таврійський вісник освіти, 2015. - № 4(52), с. 228-223.
2. Данілавічюте Е. А., Литовченко С. В. Стратегії викладання в інклюзивному навчальному закладі: навчально-методичний посібник / За ред. А. А. Колупаєвої. — К.: Видавнича група «А.С.К.», 2012. - 360 с. (Strategies for Teaching in Inclusive School).
3. Джайнотт Х. Батьки та діти // Х. Джайнотт. – М.: Знання, 1986. - 244 с.
4. Душка А.Л. Роль сім'ї у соціалізації неповносправної дитини. / А.Л. Душка // Наука і освіта. - Одеса, 2009. - № 1-2. - С. 48-52.
5. В.Засенко. А. Колупаєва. Діти з особливими потребами: пріоритетні напрями державної політики України в галузі освіти, соціального захисту й охорони здоров'я // В. Засенко, А. Колупаєва / Особлива дитина: навчання і виховання. - 2014. - № 3. - С. 20-29.
6. Каган В. Е. Сімейна психотерапія в лікуванні дитячого аутизму. Сімейна психотерапія при нервових і психічних захворюваннях // В. Е. Каган. – Ленінград: Медицина, 1978. – 97 с.
7. Клопота Є.А. Психологічні основи інтеграції в суспільство осіб з вадами зору//Запоріжжя, Запорізький національний університет, 2014. – 408 с.
8. Конопляста С. Ю., Сак Т. В. Логопсихологія: навч. посібник. / за ред. М. К. Шеремет., К.: 2010. - Знання, с. 293.
9. Луковкина А. Н. Особенности детско-родительских отношений в семье с ребенком с отклонением в развитии. Современные проблемы психологии семьи: феномены, методы, концепции. //Сборник по психологии семьи. - СПб.: Изд-во АНО «ИПП», 2011. – 86.
10. Прохоренко, Л.І. Науково-психологічний супровід в освіті дітей з особливими потребами.//Вісник Національної академії педагогічних наук України, 2019. - № 1(1). - <https://doi.org/10.37472/2707-305X-2021-3-1-13-7>
11. Соціально-педагогічна робота з батьками, що виховують дітей з особливими потребами: навчально-методичний посібник//Сост. Н.В. Заверико, Т.Г. Соловійова. – Запоріжжя: ПП "Тандем", 2008. – с. 53.
12. Скиннер Б. Оперантное поведение. // Б. Скиннер // История зарубежной психологии. 30-60-е годы XX века. – М.: Изд. Московского университета, 1986.- 344 с.

13. Тарасун В. Раннє прогнозування і запобігання труднощам у навчанні як умова інтеграції дитини з особливими потребами // В. Тарасун. – К.: Контекст, 2000. – 336 с.

УДК 376:01.12:02

Кабельнікова Н. В., Ігнатенко Т. П.

## ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ФОРМУВАННЯ УСНОГО МОВЛЕННЯ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ

*Стаття присвячена проблемі мовленнєвого розвитку дітей з гіперактивністю. Автором розглянуто психолого-педагогічні умови формування усного мовлення у молодших школярів з синдромом гіперактивності.*

*Ключові слова: психолого-педагогічні умови, усне мовлення, молодші школярі, гіперактивність.*

*The article is sanctified to the problem of speech development of children with giperaktivnitsiu. An author is consider the psichologo-pedagogichni terms of forming of the verbal broadcasting for junior schoolchildren with the syndrome of hyperkinetic.*

*Key words: psychological and pedagogical conditions, oral speech, junior schoolchildren, hyperactivity.*

Особливістю молодшого шкільного віку є не тільки оволодіння дитиною знаннями, вміннями і навичками, а й в становленні базових властивостей її особистості: самооцінки і образу «Я», емоційно-мотиваційної сфери, моральних цінностей й установок, а також соціально-психологічних особливостей в системі відносин з іншими людьми. Водночас виділяється категорія учнів початкових класів, які через свої особливості психофізичного розвитку зазнають значних труднощів під час навчання у школі.

Гіперкінетичний синдром визначається значною поширеністю і високим ступенем шкільної дезадаптації, оскільки у більшості учнів зазначеної категорії спостерігаються супутні соматичні, неврологічні та психологічні проблеми.

Наявність порушень мовленнєвого розвитку у молодших школярів з гіперкінетичним синдромом в значній мірі ускладнює соціальну взаємодію з оточуючими людьми, на фоні розладів уваги, рухової розгальмованості та імпульсивності ще більше обмежує їх можливості в опануванні навчальним матеріалом.

Освітні можливості молодших школярів з гіперактивністю, особливості їх комунікативно-мовленнєвого розвитку були предметом вивчення вітчизняних й закордонних медиків, педагогів, психологів (Л.О.Бадалян, Є.Ю.Балашова, В.І. Гарбузов, С.Ю.Головин, І.В. Дубровіна, В.Дуглас, Л.Т.Журба, М.М. Заваденко, З.С.Карпенко, С. Кеннерс, Н.К.Корсакова, І.В.Крук, Б.В.Лебедев, О.К.Лютова, О.М.Маслюкова, Д.Маттнер, Г.Б.Моніна,

Ю.В.Мікадзе, М Раттер, Ю.Л. Славіна, Г. Стілл, Дж.Стілл, А. Тредголд, В.Д. Трошин, О.В. Халецька, А. Штраус, Ю.С.Шевченко, Л.О.Ясюкова та ін.).

Мовлення дитини з гіперкінетичним синдромом характеризується нестриманістю, багатослів'ям, однак на фоні цього спостерігається затримка розвитку мовленнєвих умінь, пов'язаних з реалізацією таких функцій, як комунікативна, регулююча та функція самовираження. Експериментальне дослідження виявило досить низький рівень сформованості у молодших школярів з гіперактивністю всіх компонентів мовленнєвої системи, що негативно відбивається на здатності таких дітей до вербально-соціальної взаємодії як з однолітками, так і з дорослими.

Виходячи із зазначеного, можна виділити психолого-педагогічні умови, дотримання яких підвищить ефективність корекційно-розвивальної роботи з формування усного мовлення у зазначеної категорії учнів.

1. Увесь процес логопедичної роботи має бути спрямовано на формування як немовленнєвих, так мовленнєвих функцій. Це пов'язано з тим, що в учнів з гіперактивністю на фоні рухової розгальмованості недостатньо розвинуті всі психічні процеси, у тому числі й пізнавальні [6, с.44].

2. Максимальне включення аналізаторів під час вивчення та закріплення нового мовленнєвого матеріалу. Полімодальність сприйняття забезпечується використанням схем, мовленнєвих профілів звуків, розрізної абетки, карток, ігрових вправ, технічних засобів навчання тощо [1, с.6].

3. Індивідуальний підхід до планування корекційно-розвивальної роботи та добору засобів навчання. Такий підхід дозволяє враховувати особливості вищої нервової діяльності кожної дитини, соціальні умови виховання, ступінь працездатності, особливості моторного розвитку, структуру мовленнєвого порушення, соматичний стан тощо [5, с.19].

4. Формування мовлення у тісному зв'язку з моторним розвитком дитини, зокрема розвитком дрібної моторики пальців рук. З одного боку, дотримання цієї умови дозволить пригнічити моторну розгальмованість дитини, з іншого, - поєднання мовлення з руховим супроводом, сприяє розвитку регулюючої функції мовлення. Крім того, існує тісний взаємозв'язок між дрібною моторикою пальців рук та станом фонетичної сторони мовлення. Введення на логопедичних заняттях пальчикової гімнастики та елементів логоритміки прискорить корекцію звуковимови у зазначеної категорії учнів, удосконалить графо-моторні навички, що є складовою навички письма [7, с.52].

5. Зміст логопедичної роботи має узгоджуватися з програмою з навчання грамоти (1 клас) та мовною й літературознавчою складовими шкільної програми (2-4 клас). Добір мовленнєвого матеріалу добирається у відповідності з текстами, поданими у підручниках. Їх можна опрацьовувати попередньо на логопедичних заняттях, щоб надалі учень міг повноцінно включитися в освітній процес на уроці. Також тексти з підручників використовуються для закріплення сформованих логопедом мовленнєвих



умінь. До того ж сформованість практичного рівня володіння мовою є необхідною умовою для вивчення мовних явищ і закономірностей оволодіння знань про мову на уроках з української мови [5, с.17].

6. Тісний взаємозв'язок логопедичної, психологічної, спеціальної педагогічної та освітньої роботи. Через складну структуру порушення молодші школярі із гіперкінетичним синдромом потребують комплексного впливу з боку різних спеціалістів. Первинним є медичний вплив, що спрямовується на нормалізацію діяльності нервової системи, пригнічення моторної розгальмованості. У межах закладу загальної середньої освіти включаються інші фахівці, робота яких має бути координована для одержання позитивного результату [3; 4].

7. Часта зміна видів діяльності на занятті. З огляду на швидку втому учнів із гіперактивністю та нестійкість їх уваги їх потрібно переключати з одного виду діяльності на інший, чергувати статичні вправи з динамічними, розумові з руховими. Це дозволить розвантажити дитину, оптимізувати темп засвоєння матеріалу [6, с.46].

8. Поступове ускладнення мовленнєвого матеріалу та завдань. Це пов'язано із специфікою пізнавальної діяльності та особливостями особистісного розвитку зазначеної категорії учнів. Будь-яке завдання має бути розкладеним на більш прості складові, створюючи таким чином ситуацію успіху, що підвищує мотивацію дитини на виправлення своїх порушень [2, с. 30].

9. Потреба у тривалому курсі корекційно-розвивального навчання. У зв'язку з тим, що порушення мовлення у молодших школярів із гіперкінетичним синдромом є стійкими та поліморфними, логопедична робота з ними має здійснюватися весь період навчання у молодшій школі, а за потреби, тривати і далі, наприклад за необхідності корекції дисграфії та дизорфографії. здійснюється в більш тривалі терміни, ніж робота з нормально розвиваються дітьми. Так само тривало має здійснюватися психологічна робота з розвитку різних видів уваги, пам'яті, формування контролю та самоконтролю, навичок саморегуляції, подолання слабкості вольових процесів, оскільки рухова розгальмованість з віком зникає, а слабкість психічних процесів залишається [3, с.327].

10. Здійснення зовнішнього контролю поведінки учня із гіперкінетичним синдромом на заняттях. Такі діти не здатні до самоконтролю. До тих пір, поки навички самоконтролю та саморегуляції у них не сформовано, вони потребують контролю за власними діями та мовленням з боку дорослих, зокрема педагога. Поріг чутливості до негативних стимулів у таких дітей значно високий, тому вони не сприймають покарання, але легко позитивно відповідають на найменшу похвалу. Це значить, що у взаємодії з учнями із гіперактивністю мають домінувати методи підтримки та винагороди, що сприяє розвитку позитивної мотивації на заняттях та уроках [6, с.51].

Отже, дотримання спеціальних психолого-педагогічних умов під час організації корекційно-розвивальної роботи з молодшими школярами із

гіперкінетичним синдромом сприятиме оптимізації логопедичної роботи, а також сприятиме створенню такого корекційно-освітнього середовища, в якому формування усного мовлення буде відбуватися на основі індивідуального та комплексного підходів.

Список використаних джерел:

1. Волкова Ю.С. Опорні схеми для складання описових розповідей (для фронтальної, індивідуальної та індивідуально-групової роботи з дітьми 4-6 років). Дидактичний матеріал. Харків: Видавництво «Ранок», 2008. 16 с.
2. Кошелева А. Д., Алексеева Л.С. Диагностика и коррекция гиперактивности ребенка. М.: НИИ семьи, 1997. 64 с.
3. Кузнецова Л.Е., Гладько В.В. Психологічні особливості дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності, умови їх психокорекції. *Молодий учений*. 2016. №7. С.327 – 331.
4. Малых С.И. Работа с детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. URL: <https://logoped18.ru/logopedist/logopedicheskaya-rabota-s-detmi-s-sindromom-defitsita-vnimaninya-i-giperaktivnostyu.php> (дата звернення 2.09.2021.)
5. Непосидько Ф., Макаренко С. Психолого-медико-педагогічна допомога гіперактивним дітям. *Шкільний світ*. 2008. № 47. С. 16-19.
6. Сиротюк А.Л. Детская гиперактивность: причины, рекомендации. *Дошкольное воспитание*. 2007 №8 С.44 - 51.
7. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства. СПб.: Хока, 2007. 234 с.

УДК 375:312

Кабельнікова Н. В., Томіліна С. В.

#### МЕТОДИКА ФОРМУВАННЯ МІЖСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ У ДОШКІЛЬНИКІВ З ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ

*У статті розглядаються питання формування міжособистісних стосунків у дітей дошкільного віку з тяжкими порушеннями мовлення.*

*Ключові слова: міжособистісні стосунки, діти дошкільного віку, тяжкі порушення мовлення.*

*The article considers the formation of interpersonal relationships in preschool children with severe speech disorders.*

*Key words: interpersonal relations, preschool children, severe speech disorders.*

У літературних джерелах представлено чимало досліджень, присвячених психокорекції особистісного розвитку дітей з мовленнєвою патологією (М.Виноградова, Т.Волковська, І.Кривов'яз, Є.Федосєєва, В.Терентєєва. та ін.). Формування міжособистісних стосунків у зазначеній категорії дошкільнят розкрито у працях В.Брагіної, І.Каришевої та Г.Юсупової та ін. Узагальнюючи теоретичні положення, нами було виділено

напрями формування міжособистісної взаємодії у старших дошкільників із тяжкими порушеннями мовлення:

1. Розвиток адекватної самооцінки.
2. Формування вікових форм спілкування.
3. Подолання негативних тенденцій соціально-емоційного розвитку.
4. Формування навичок вербальної взаємодії.
5. Подолання тривожності.

Науковці підкреслюють, що важливим базовим аспектом міжособистісної взаємодії є адекватна самооцінка у дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення, формування якої відбувається у наступних напрямках:

- 1) розвиток усвідомлення дітьми власного тіла;
- 2) підвищення впевненість у собі;
- 3) оптимізація «Я-концепції» і рівня домагань;
- 4) розвиток почуття емпатії, вміння висловлювати свої емоційні стани;
- 5) згуртування групи;
- 6) розвиток комунікативних навичок;
- 7) розширення словника дітей, що позначає якості характеру і зовнішності [1].

Корекційно-розвивальна робота проводиться в три етапи [4].

*Перший етап* – підготовчий. Мета – створити сприятливі умови для роботи групи, встановити позитивний емоційний контакт через створення умов розслаблення дітей в групі.

*Другий етап* – реконструктивний. На ньому робота проводиться на трьох рівнях: когнітивному, емоційному та поведінковому, що обумовлюється трикомпонентною структурою самооцінки.

Основним методом когнітивного рівня є бесіда. За допомогою цього методу у дітей формується усвідомлення своєї цінності, позитивне ставлення до себе і оточуючих.

Працюючи на емоційному рівні, особлива увага приділяється оволодінню прийомами саморегуляції. Велике значення надається розвитку здатності до емоційної децентрації, формуванню позитивного ставлення до себе та інших. На цьому рівні використовуються прийоми арттерапії та психогимнастики.

На поведінковому рівні відбувається формування більш адаптивних поведінкових патернів, подолання негативних стереотипів. Основним методом поведінкового рівня є ігротерапія.

*Третій етап* – закріплюючий. Його мета – допомогти дітям із вадами мовлення усвідомити власну значущість, сформувати впевненість у собі, доброзичливе ставлення до однолітків [4].

Умовами формування адекватної самооцінки у дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення є:

- 1) оптимізація оцінювання себе дошкільнятами;
- 2) оптимізація відносин в дитячому колективі;

3) оптимізація уявлень батьків про свою дитину, формування позитивного ставлення їх до своєї дитини;

4) оптимізація уявлень про дитину з боку педагогів [2, с. 31].

Можна виділити етапи психокорекційної роботи щодо формування вікових форм спілкування у старших дошкільників з мовленнєвим дизонтогенезом:

1. Формування «кооперативно-змагального» спілкування з однолітками.

2. Формування контекстного спілкування з дорослими.

3. Формування довільності поведінки.

4. Формування психічних функцій пізнавальної діяльності (уваги, пам'яті, мислення, сприйняття, уяви), властивих даному віку, в тому числі й експресивного та імпресивного мовлення [1].

Формування «кооперативно-змагального» типу спілкування з однолітками і контекстного спілкування з дорослими у дошкільників із мовленнєвою патологією відбувається у три етапи.

На першому етапі створюється установка на активний психокорекційний процес, задіюються відповідні мотиваційні механізми, розвиваються соціальні емоції дітей, зменшується емоційне напруження, створюється позитивний емоційний настрій і атмосфера прийняття кожного, розвиваються здібності до розуміння емоційного стану товариша і вміння висловити свій емоційний стан.

Метою другого етапу є формування соціальної довіри, навчання вмінню самостійно вирішувати проблеми, розвиток навичок спілкування з однолітками і дорослими. На цьому етапі відбувається корекція поведінки дітей за допомогою рольових ігор. Їх вчать розпізнавати емоції за зовнішніми сигналами; виховують нові адекватні форми поведінки; вчать самостійно приймати правильні рішення; усвідомлювати свою поведінку.

Третій етап передбачає закріплення навичок довільної регуляції поведінки, а також навичок «кооперативно-змагального» спілкування з однолітками і контекстного спілкування з дорослими. Діти вчать зів'язати свою поведінку з поведінкою однолітків, мають можливість проявити себе, зрозуміти себе і іншого, усвідомити правила спілкування, що призводить до засвоєння нових способів дій та довільної регуляції відповідно до корекційних завдань [4, с. 54].

Корекційно-розвивальні заняття з розвитку спілкування з однолітками і дорослими виконують компенсаторну функцію, відновлюючи позитивність відносин з навколишнім світом, знижуючи тривожність і емоційне напруження під час вербальної взаємодії.

Важливим аспектом психокорекції є подолання негативних тенденцій соціально-емоційного розвитку у дітей з порушеннями мовлення, що відбувається через:

- розвиток гнучкості поведінки, здатності адекватно реагувати на різноманітні життєві ситуації;

- формування установки «Я – хороший, ти – хороший»;

- формування здатності до емоційної саморегуляції; оволодіння дитиною «мовою» емоцій, формування відповідних вербальних позначень емоцій і емоційних станів [53].

Програму з формування вербальної взаємодії у старших дошкільників з вадами мовлення можна умовно розподілити на три напрями:

1. Розвиток емоційної сфери.
2. Розвиток комунікативних здібностей.
3. Формування моральних якостей характеру [1].

Розвиток емоційної сфери здійснюється через формування у дитини уявлення про мову емоцій як про знаки, що слугують інформацією про людину; знання про засоби вираження різних емоційних станів; розуміння дошкільником емоційного забарвлення слова; вміння регулювати свої негативні емоції.

Формування комунікативних здібностей відбувається шляхом озброєння дошкільнят з вадами мовлення етично цінними формами і способами поведінки; формування у них конструктивних способів поведінки в конфліктних ситуаціях; розкриття їх внутрішнього світу; забезпечення почуття психологічної захищеності.

Формування моральних рис характеру передбачає вироблення навичок моральної поведінки в повсякденному житті; формування позитивних рис характеру, подолання негативних.

Для реалізації зазначених напрямів використовуються наступні методичні прийоми:

- словесні і рухливі ігри;
- етюди на демонстрацію тих чи інших емоцій і почуттів;
- малювання (тематичне і вільне);
- бесіди;
- проблемні ситуації.

Подолання тривожності у дітей старшого дошкільного віку з порушеннями мовлення включає формування вербальних і невербальних засобів спілкування, формування конструктивних способів поведінки у складних ситуаціях, формування елементарних умінь саморегуляції емоційних станів.

Соціальне середовище забезпечує практику взаємодії і мовленнєвого спілкування, що є вирішальним фактором розвитку особистості. За допомогою мовлення дитина опановує конструктивними способами і засобами взаємодії з оточуючими людьми, зокрема:

- ініціює спілкування, підтримує та завершує його;
- вміє спілкуватися в парі, групі, в колективі;

виявляє ініціативу під час взаємодії з оточуючими людьми [5, с. 128].

Отже, психокорекційний вплив щодо формування міжособистісних стосунків у старших дошкільників із тяжкими порушеннями мовлення передбачає поетапну і послідовну роботу, спрямовану на розвиток кожного

компоненту та структурного елементу комунікативної діяльності та профілактику деструктивних рис особистості.

Список використаних джерел:

1. Базовий компонент дошкільної освіти в Україні. URL: <https://mon.gov.ua/ua/osvita/doshkilna-osvita/bazovij-komponent-doshkilnoyi-osviti-v-ukrayini> (дата звернення 21.09.2021)
2. Волковская Т.Н., Юсупова Г.Х. Психологическая помощь дошкольникам с общим недоразвитием. М.: Академия, 2004. 270 с.
3. Диагностика и коррекция психического развития дошкольника / под ред. Я.Л.Коломинского, Е.А.Панько. М.: Владос, 1997. 198 с.
4. Конопляста С.Ю., Сак Т.В. Логопсихологія: Навчальний посібник. К.: Знання, 2010. 294 с.
5. Поникарова В.Н., Жукова М.Л. Формирование межличностных отношений детей старшего дошкольного возраста с ОНР. *Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 10-летию кафедры коррекционной педагогики и специальной психологии*. Ч.: ЧГПУ, 2002. - С. 126-130.

Лагода Н. М.

## ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ СИСТЕМНИХ ЗМІН

Одним із важливих завдань спеціальної освіти є не лише засвоєння системи знань, але й формування практичних умінь і навичок у дитини з особливими потребами, необхідних для її подальшої соціалізації.

І.С. Кон розкриваючи її детально проблеми соціалізації людини, розглядає її як сукупність всіх соціальних і психологічних процесів, за допомогою яких індивід засвоює систему знань, норм, цінностей, що дозволяють йому функціонувати як повноцінному члену суспільства. На думку вченого, соціалізація включає в себе не тільки усвідомлений, контрольований, спрямований вплив (виховання у широкому розумінні), але і стихійні, спонтанні процеси, які так чи інакше впливають на формування особистості. [1].

В Україні дітей особливими потребами з упродовж багатьох років відносили до особливої соціальної групи, яка має свої соціокультурні особливості й потребує особливих умов організації життєдіяльності й інтеграції в суспільство. Проблема соціалізації дітей з особливими потребами не дарма постає надзвичайно гостро. Адже мова не лише в тому, що дитині необхідне відчуття комфорту у соціальному середовищі, вона також повинна віднайти своє місце в ньому, з тим щоб мати можливість повністю розкрити власні можливості, а також бути корисною іншим.

Проблеми соціалізації особистості розглядалися з філософських, психологічних, педагогічних, соціологічних, культурологічних позицій. Питання соціалізації осіб з особливими проблемами розглядалися у

дослідженнях Ю.Бистрова, О.Глоби, Є.Синьова, І.Татьянчикової, О.Хохліної та ін.

Проблематиці соціалізації присвятили свої роботи С. Русова, В.Зеньковський, Г. Андреева, В. Сухомлинський, Б. Вульф, Р. Овчарова, М.Лукашевич та ін. Сучасні концепції соціалізації особистості розробили: Г.Лактіонова, А. Мудрик, Н. Лавриченко, Н. Заверико, С. Савченко, Н.Голованова, І. Зверева, С. Харченко. Визначенням соціально-психологічних аспектів соціалізації, враховуючи вікові особливості займалися Л. Божович, Л. Виготський, А. Петровський, Д. Ельконін, О.Леонт'єв, Т. Рєпіна, В. Мухіна, В. Абраменкова, О. Кононко, В. Кудрявцев.

Мінливий світ вимагає відмовитися від застарілих моделей соціалізації, які були ефективними тільки за умов стабільного, традиційно спрямованого суспільства і не діють в умовах швидких динамічних соціальних змін.

У моделі соціалізації, що запропонована Ю.М. Швалбом, соціалізація розуміється як процес набуття здатності до самостійної побудови і відтворення систем соціальних зв'язків і відносин. Соціальні здатності – індивідуально-особистісні можливості з вирішення задач на встановлення соціальних взаємодій і відношень. Тож головним напрямком соціалізації сьогодні стає процес набуття здатності до встановлення стабільних соціальних відношень у нестабільному світі [5, с.509].

На думку І.В. Татьянчикової, соціалізація є необхідною умовою розвитку людини, становлення в неї особистісних якостей у процесі засвоєння суспільного досвіду і активного відтворення нею суспільних відносин. Вона передбачає проходження дитиною, в тому числі і в спеціальному освітньому закладі, певних етапів (стадій): адаптації, на якому відбувається пристосування дитини до існування в соціумі, відповідно до його норм і вимог; індивідуалізації, на якому відбувається усвідомлення дитиною своїх можливостей; інтеграції, на якому дитина намагається знайти своє місце в суспільстві, «влитися» в нього, пропонуючи використання своїх особистісних якостей та можливостей; ранньої трудової стадії, на якій забезпечується професійне становлення дитини на основі здійснення трудової підготовки в умовах інклюзивної освіти. [4].

За визначенням А.В. Мудрика, людина стає повноправним членом суспільства, якщо засвоює соціальні норми і культурні цінності одночасно з реалізацією своєї активності, саморозвитком і самореалізацією у суспільстві. [3].

Завдання поліпшення підготовки дітей з особливими проблеми до самостійного життя не можуть бути розв'язані лише шляхом удосконалення окремих підсистем чи елементів освітнього процесу, а на основі перебудови всіх ланок спеціальної школи. Саме вона є моделлю нашого суспільства, саме в школі проходить засвоєння основних соціальних цінностей, норм, зразків поведінки і життя. Важливим для соціалізації та інтеграції є шкільне життя. Воно, безумовно має бути активним. Цю активність забезпечує участь у сучасних організаціях, самоврядуванні, колективних творчих справах,

пошуковій, науковій, клубній, шефській волонтерській діяльності. В той же час, саме фактор соціалізації (успішна адаптація учня) впливає на успішність дитини в навчанні та розвитку.

Важливим кроком у підвищенні рівня соціалізації осіб з особливими освітніми потребами відіграє спрямована діяльність педагогів, батьків на досягнення системності в організації особистісно зорієнтованого освітньо-реабілітаційного процесу за рахунок створення умов для розвитку життєвої компетентності дітей. Посиленої уваги потребує пізнавальна діяльність, емоційно-вольова сфера, формування моральних, вольових якостей, наполегливості, самостійності, психологічна та практична підготовка дітей до життя. Завдяки значному спектру діагностичних, корекційних, профілактичних форм та методів в освітньому процесі забезпечується можливість удосконалення пізнавальних процесів, формування досвіду самоорганізації, рефлексій та емоціонального стану. Зростає рівень особистісних домагань дітей, розвивається активність і наполегливість у досягненні цілей, зростає оптимізм у вирішенні навчальних проблем. Освітній процес розглядається не як «педагогічний» у вузькому розумінні, а як життєвий, як життєтворчий процес, коли особистість навчається творити саму себе і власне життя, розуміти іншого й відчувати взаємозалежність, вчиться пізнавати, працювати, жити разом, залагоджувати конфлікти.

Тісне співробітництво педагогів, батьків, фахівців та злагоджено організована корекційно-розвиткова робота допомагає кожній дитині повірити в себе, у власні можливості, відчутти себе особистістю, коригувати вади пізнавальної діяльності засобами трудової та художньої творчості. Систематична та планована організація позакласної роботи позитивно впливає на формування самостійності, активності, розвиває ініціативу, створює атмосферу теплоти й уваги в колективі, виховує свідому дисципліну, повагу до дорослих, почуття відповідальності.

Процес інтеграції може вважатися повноцінним, якщо забезпечує три умови:

- навчання кожної дитини відповідно до її особливих освітніх потреб і потенційного розвитку;
- можливість дитини відвідувати навчальний заклад, живучи в сім'ї, а батькам виховувати власну дитину;
- розширення кола спілкування дитини з особливими потребами та підвищення якості її соціалізації.

Процес соціалізації триває все життя і відповідає неперервному вихованню.

Соціалізація охоплює біологічний і психічний рівні людини. Надана сама собі, дитина з особливими потребами тягнеться до дитини, яка стоїть вище за своїм розвитком. Ця різниця рівнів – важлива умова колективної діяльності. Особлива дитина, яка знаходиться серед собі подібних позбавлена такого животворного джерела розвитку.



Спілкування і діяльність у колективі однолітків допомагають вирішити психологічні та особистісні проблеми дітей. Однолітки є своєрідною школою життєвого досвіду, який не можуть забезпечити ні вчителі, ні батьки. Комунікація є важливим каналом молодіжної інформації, специфічної субкультури. Через спілкування і взаємодію відпрацьовуються навички соціальної взаємодії, соціальних ролей, розширюється уява про себе.

Інтеграція осіб з особливими потребами в колективи повносправних ровесників навчає їх виявляти активність, ініціативу, свідомо робити вибір, досягати згоди у вирішенні проблем, приймати самостійні рішення.

Ставлення до такої особи, як до особистості, а не як патологічного суб'єкта передбачає визнання в ній особистості, прийняття її індивідуальних особливостей, поваги її честі та гідності. Відповідно треба адаптувати фізичне і освітнє середовище. Дитина з особливими потребами має можливість поступово рухатися вперед, педагоги не мають вимагати від не все так, як від повносправних та нормотипових дітей. Велика увага має приділятися соціально-емоційній сфері. Такій підхід сприятиме розвитку позитивної самооцінки, самостійності, незалежності. Особлива увага надається зв'язкам з громадськістю, які сприяють створенню турботливої спільноти, що піклується, представляє і захищає права та інтереси, заохочує до активної громадянської позиції, ініціативності кожного члена громади. Потрібна готовність до громадянської активності, без якої неможливий розвиток демократії у нашій державі.

Процес соціалізації проходить із значними труднощами. Варто підтримувати дитину, проводити роз'яснювальні бесіди з батьками щодо перспектив подальшого розвитку, створення загальної позитивної атмосфери в якій перебуває дитина.

Саме розвиток компетентностей стає пріоритетним напрямком соціалізації у стабільно нестабільному світі. Як підкреслював О.М. Леонтьєв: «Окружающий нас мир меняется так стремительно, что лучшее приспособление к нему – не иметь к нему фиксированного приспособления» [2, с.496].

Забезпечення соціалізації особистості є найбільш важливою соціально-педагогічною проблемою, яка постає перед суспільством, оскільки від її розв'язання залежить успіх включення молоді у самостійне життя і трудову діяльність

Список використаних джерел:

1. Кон И.С. В поисках себя (личность и ее самосознание). – М.: Политиздат, 1984. – 335с.
2. Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии / А.Н. Леонтьев. – М.: Смысл, 2001. – 511 с.
3. Мудрик А.В. Социализация и «смутное время». – М.: Знание, 1991. – 80 с.
4. Татьяначикова І.В. Сучасні підходи до проблеми соціалізації дітей з особливими освітніми потребами УДК 376.015.31:316.614 DOI <https://doi.org/10.32843/2663-6085/2019.21.2-15>

5. Швалб Ю. М. Психологічні моделі соціалізації особистості / Ю. М. Швалб // Актуальні проблеми психології. - 2015. – Т. 7, Вип. 38. – С. 503-517.- Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/appsub\\_2015\\_7\\_38\\_45](http://nbuv.gov.ua/UJRN/appsub_2015_7_38_45)

Лещій Н. П., Артеменко Н.

**КОРЕКЦІЯ ЗВ'ЯЗНОГО МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ  
СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ЗАГАЛЬНИМ  
НЕДОРОЗВИТКОМ МОВЛЕННЯ**

**Постановка проблеми.** Актуальність дослідження обумовлюється тим, що на сучасному етапі розвитку суспільства значно посилилася увага до якості й доступності освіти для дітей з особливими освітніми потребами, зокрема дітей з мовленнєвими порушеннями. Усі учасники освітнього процесу об'єднані однією метою створення оптимальних умов для повноцінного розвитку дітей та задоволення потреб для їх самореалізації.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій з проблеми.** Порушення мовлення і їх корекцію у дітей в психолого-педагогічному аспекті досліджували науковці Л. Виготський, М. Хватцев, Т. Філічова, Г. Волкова, Т. Власова, Р. Левіна, Є. Собонович, В. Тарасун, М. Шеремет та ін. [1,2]

**Мета статті** полягає у визначенні, теоретичному обґрунтуванні продуктивності корекційної роботи з розвитку зв'язного мовлення у дітей старшого дошкільного віку з ЗНМ.

**Виклад основного матеріалу.** У зв'язку з тим, що зв'язне мовлення займає провідну роль у навчанні дітей старшого дошкільного віку, цілеспрямована корекція зв'язного мовлення має важливе значення в загальній системі логопедичної роботи з дітьми із загальним мовленнєвим недорозвитком. Так, корекційна робота потребує чіткості та систематичності, а також, ретельного підходу до вибору методів і прийомів корекції. На думку Г. Жаренкової з-за умови глибокого мовленнєвого недорозвитку є серйозні порушення не тільки мовленнєвої активності але і в розумінні зверненої мови і в розрізненні граматичних форм та категорій; розуміння напряму залежить від стану власної мови, чим поганіше дитина розмовляє, тим більш знижене в неї розуміння.

Вперше теоретичне обґрунтування загального недорозвитку мовлення було сформовано Р. Є. Левиною і колективом наукових співробітників НІІ дефектології (Н. Никашина, Г. Каші, Л. Спірова, Г. Жаренкова). У 50-60-х рр. ХХ ст. відхилення у формуванні мови стали розглядатися як порушення розвитку, що протікають за законами ієрархічної будови вищих психічних функцій. З позицій системного підходу було вирішено питання про структуру різних форм патології мови в залежності від стану компонентів мовленнєвої системи.

Дослідники (О. Мастюкова, Ю. Рібцун, М. Рождественська, Є. Собонович) вказують на різний рівень сформованості у дітей із ЗНМ психічних функцій у цілому та інтелектуального розвитку зокрема. Мовлення

є продуктом мовленнєвої діяльності, складним і багатостороннім психічним процесом. Проблема розвитку зв'язного мовлення у дітей із загальним недорозвитком мовлення відобразили в своїх роботах В. Глухов, Т. Філічева, Л. Єфіменкова, Т.Ткаченко, Н.Жукова, Л. Трофименко.

Корекційна робота здійснюється як в процесі різноманітної практичної діяльності, при проведенні ігор, режимних моментів, спостережень за навколишнім та ін., так і на спеціальних корекційних заняттях. Робота з розвитку зв'язного мовлення дітей включає: корекційне формування лексичного і граматичного ладу мови, цілеспрямований розвиток фразового мовлення, навичок мовленнєвого спілкування і навчання розповідання.

Принагідно зауважимо, що мова – це система мислення та спілкування з оточуючим середовищем. Оволодіння мовою і подальше її формування знаходяться в тісній залежності від фізичного та психічного розвитку дитини, від стану і особливостей розвитку її вищої нервової діяльності.

Своєчасність виявлення проблеми корекції зв'язного мовлення у дітей із загальним недорозвитком мовлення старшого дошкільного віку визначається збільшенням кількості дітей із порушенням мовленнєвого розвитку, про що свідчать результати психолого-медико-педагогічної комісії за останні роки.

На сучасному етапі поняття зв'язного мовлення розглядають в двох напрямках: як процес створення зв'язного висловлювання та як продукт мовлення. Так, навчання зв'язного мовлення є водночас і метою, і засобом практичного опанування мовою. У свою чергу розвиток зв'язного мовлення відіграє велику роль у загальній системі роботи з формування мови, а також впливає на розвиток мовленнєво-мисленнєвої діяльності дитини. До того ж зв'язне мовлення – це складна форма комунікативної діяльності. Дитина яка володіє навичками зв'язного мовлення навчається чітко та ясно мислити, вільно контактувати з однолітками і дорослими, має можливість отримати та передати необхідну інформацію, свої знання та враженнями. Велике значення зв'язне мовлення має для розвитку інтелекту та самосвідомості дитини, воно позитивно впливає на формування таких її важливих особистісних якостей. У дітей із загальним недорозвитком мовлення, зв'язне мовлення не формується самостійно. Мова у таких дітей хаотична, не оформлена.

Окремо, вважаємо за доцільне відзначити, що загальний недорозвиток мовлення – це форма мовленнєвої аномалії, при якій у дитини з нормальним слухом та інтелектом порушено усі компоненти мови: лексика, фонетика, граматики. Виділяють три ступені вираженості загального недорозвитку мовлення: від повної відсутності мовленнєвих засобів спілкування до розгорнутого мовлення з окремими елементами лексико-граматичного та фонетичного недорозвитку.

**Висновки.** Таким чином цілком правомірно зробити висновок наступного змісту. Основними завданнями корекційно-розвивального навчання дітей страшного дошкільного віку із ЗНМ є продовження роботи з розвитку: 1) розуміння мовлення і лексико-граматичних засобів мовлення; 2) вимовної сторони мовлення; 3) самостійного розгорненого фразового

мовлення; 4) оволодіння елементарними навиками письма і читання. Продуктивність корекційно-логопедичної роботи визначається чіткою організацією дітей.

Список використаних джерел:

1. Глухов В.П. Формирование связной речи детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи. 2-е изд., испр. и доп. - М.: АРКТИ, 2004. 168 с.
2. Ефименкова Л. Н. Формирование речи у дошкольников: (Дети с общим недоразвитием речи). Кн. для логопеда.- 2-е изд., перераб. -М.: Просвещение, 1985. - 112 с.

Лещій Н. П., Королькова Г.

## КОРЕКЦІЯ ПРОСОДИЧНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Розвиток мовленнєво-комунікативних навичок дітей є одним із найважливіших завдань дошкільної освіти та виховання. Мовленнєве спілкування надзвичайно важливий вид діяльності, яким дитина оволодіває в онтогенезі. Мовлення відіграє важливе значення у формуванні вищих психічних функцій дитини. Мовленнєва діяльність є однією із провідних базисних характеристик особистості, що формується на етапі дошкільного дитинства [1, с.15]. Повноцінне оволодіння рідною мовою, розвиток мовлення і спілкування – одне з найважливіших надбань дитини, саме тому фахівці приділяють значну увагу розвитку мовлення дітей дошкільного віку.

Через процес спілкування дитина розвиває мислення, пізнає природний, предметний і соціальний світ в його цілісності та різноманітності, формує і розкриває свій власний внутрішній потенціал, свій образ «Я». Процес спілкування і взаємодії з навколишнім світом впливає на розвиток особистості дитини в цілому. Якісний та своєчасний розвиток зв'язного мовлення – важлива умова повноцінного мовленнєвого розвитку дітей старшого дошкільного віку [2, с. 255]. У зв'язку з цим, у сучасній спеціальній педагогіці та психології затвердилось положення про необхідність раннього виявлення та подолання мовленнєвих порушень, які є загальною закономірністю різних порушень розвитку дітей.

С. Ф. Русова однією з перших систематизувала різні види театралізованих ігор та діяльності, бо вбачала в них ефективний засіб розвитку мови і творчих здібностей дитини. Вона визначила два шляхи розвитку мовлення в процесі театралізованих ігор. Якщо діти спеціально готують ролі заздалегідь, дослівно вивчають репліки літературних героїв, це, на її думку, сприяє збагаченню словника дошкільників образними літературними виразами. Якщо ж гра проводиться без попереднього заучування тексту, за власною інтерпретацією, тоді розвивається словесна творчість дітей, що знаходить прояв у складанні сюжетів [2, с.12].

Театралізована діяльність – один з компонентів художньо-мовленнєвої діяльності, засіб розвитку гарного, образного, літературного мовлення, що, на думку А. М. Богуш, О. П. Аматьєвої, дає дитині змогу висловити свої емоції,

самостійно побудувати зв'язне висловлювання, також це засіб сприяння глибшому засвоєнню художніх образів, усвідомленню змісту, ідеї художнього твору через сприймання його засобами театралізації. Використання засобів театралізованої діяльності має виняткові можливості щодо вирішення завдань мовленнєвого розвитку дошкільників. Маємо зауважити, що кожен із засобів дає змогу розв'язувати конкретні завдання, водночас забезпечуючи величезний позитивний вплив на загальний мовленнєвий розвиток та усі його напрямки у дітей старшого дошкільного віку: формування навичок зв'язного мовлення, удосконалення граматичної будови мовлення, збагачення словника, виховання звукової культури мовлення, автоматизація правильної звуковимови, навчання правильному диханню, подолання просодичних порушень мовлення [4]. Оскільки саме порушення просодії входять до структури багатьох порушень розвитку дітей, тому робота над розвитком і корекцією просодичної сторони мовлення (ПСМ) є обов'язковою і надважливою.

Отже, хочемо зауважити, що особливу увагу в корекційній роботі з дошкільниками необхідно приділяти організації та проведенню занять з використанням засобів театралізованої діяльності, спрямованих на корекцію ПСМ.

Просодична сторона мовлення відноситься до характеристик усного мовлення і включає такі компоненти: темп, ритм, пауза, наголос, мовленнєве дихання, інтенсивність, тон мовлення, мелодика, загальне темброве забарвлення. Просодія виконує функцію цілісного, яскравого, різноманітного оформлення мовлення дитини.

Проблема вивчення складових ПСМ є предметом досліджень у лінгвістиці, психолінгвістиці (В. О. Артемов, В. І. Бельтюков, Л. Н. Блохіна, Л. В. Бондарко, О. А. Бризгунова, І. О. Зимня, О. І. Ісеніна, М. С. Трубецький, С. Н. Цейтлін, Н. В. Черемісіна, Л. В. Щерба та ін.) та в логопедії (О. Ф. Архипова, Л. І. Беякова, О. В. Лаврова, Л. В. Лопатіна, І. О. Поварова, Л. О. Позднякова, А. Ф. Чернопольська, Г. В. Чиркіна, М. К. Шеремет, А. В. Ястребова та ін.). Дослідження цих науковців доводять, що саме характеристики просодії забезпечують інтонаційну виразність мовлення та відіграють важливу роль у відтворенні комунікативної функції мовлення. Саме за допомогою просодичних компонентів людина передає не тільки інформацію, але і свій емоційний стан [3, с.14].

Особливу увагу на початку роботи важливо приділяти засобам театральної діяльності, які спрямовані на корекцію і розвиток мовленнєвого дихання, на активізацію міміки і пантоміміки. Саме такі вправи є своєрідними першими кроками до майбутніх театралізованих ігор та постановок, в яких буде використовуватися мовлення.

Отже, театралізована діяльність у різних її проявах має великі потенційні можливості щодо вирішення завдань мовленнєвого розвитку дошкільників та корекційної роботи з дітьми із порушеннями ПСМ. Досвід фахівців показує, що в умовах системної роботи з ретельним підбором

засобів театральної діяльності, можна значно поліпшити або повністю виправити саме порушення просодичної сторони мовлення у дітей старшого дошкільного віку.

Завдання вихователів, логопедів та інших фахівців вести цілеспрямовану, систематичну роботу щодо підвищення мовленнєвої активності дітей, розвитку їх мовленнєвих здібностей, корекції порушень мовлення з використанням більш ефективних, доцільних, цікавих для дітей методів, прийомів, засобів, які можуть сприяти появі інтересу у дітей до мовленнєвої діяльності.

Для багатьох майбутніх фахівців у галузі спеціальної освіти, а також і для педагогів з досвідом роботи, актуальною залишається проблема організації занять з використанням засобів театральної діяльності для розвитку і корекції мовлення та проведення театралізованої гри. Враховуючи вище зазначене, значення використання театралізованих засобів в розвивково-корекційних заняттях з дошкільниками, які мають порушення просодичної сторони мовлення, можна виокремити в актуальну проблему, яка потребує додаткового дослідження і вивчення. Подальшу свою роботу вбачаємо в розробці, впровадженні та експериментальній перевірці авторської методики розвитку і корекції просодичної сторони мовлення у старших дошкільників засобами театралізованої діяльності.

Список використаних джерел:

1. Богуш А. М. Мовленнєвий компонент дошкільної освіти. А. М. Богуш. Харків: Ранок, 2011. 176 с.
2. Богуш А. М., Луцан Н. І. Мовленнєво-ігрова діяльність дошкільників: навч.- метод. посіб. А. М. Богуш, Н. І. Луцан. Київ: Слово, 2008. 408 с.
3. Боряк О. В. Методика корекції просодичної сторони мовлення у дітей старшого дошкільного віку з дизартрією засобами логопедичної ритміки. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова*. 2011, № 19. С. 13 – 20.
4. Формування просодичний сторони мовлення у дітей старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією засобами театралізованої діяльності. URL: <http://vihovateli.com.ua/cons/3753-formirovanie-prosodicheskoy-storony-rechi-u-detej-starshego-doshkolnogo-vozrasta.html> (дата звернення: 25.02.2020).

Лещій Н. П., Постернак А. В.

## МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЗВ'ЯЗНОГО МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З СИСТЕМНИМ НЕДОРОЗВИТКОМ МОВЛЕННЯ

Виявлення стану зв'язного мовлення є найважливішою складовою частиною обстеження мовленнєвої діяльності дітей з системним недорозвиненням мовлення. Однак, як правило, в мовленнєвій картці логопеди позначають методики обстеження і наводять зразки мовленнєвої продукції дитини, роблячи при цьому самі загальні висновки про несформованість цього виду мовленнєвого спілкування. До того ж, такий загальний висновок не відображає специфічних особливостей зв'язного

мовлення дітей з різними варіантами її недорозвинення, не дозволяє зробити висновки про ступінь оволодіння зазначеними мовленнєвими вміннями, а також не розкриває механізму порушення. Тому при обстеженні стану зв'язного мовлення необхідні знання про психологічну природу зв'язного мовлення, адже вони допомагають організувати правильний підбір методів корекції дітей з системним недорозвитком мовлення (СНМ).

При цьому слід керуватися положенням А.Р. Лурії про те, що для вивчення мовлення повинні бути застосовані методики, які відповідали б на «питання про можливі порушення, що входять до її складу компонентів і разом з тим давали можливість зробити висновки про порушення різних рівнів її побудови» [1].

Найбільше відповідають цим вимогам методики, спрямовані на вивчення мовленнєвих функцій і розумових процесів та орієнтовані на:

- визначення ступеня сформованості окремих ланок механізму мовлення;
- визначення обсягу наявних у дітей контекстних умінь і їх якостей;
- виявлення співвідношення інтуїтивних і усвідомлених навиків і умінь;
- виявлення рівня сформованості різних видів пов'язаних між собою монологів.

Однією з найкращих комплексних програм виявлення стану зв'язного мовлення у дітей з системним недорозвиненням мовлення, стала робота Т.А. Воробйової, методика якої являє собою посібник для розвитку мовлення дітей 4-6 років, де їм пропонується скласти розповідь по серії сюжетних картинок (у книзі представлені серії з двох, трьох, чотирьох і п'яти картинок). Серії сюжетних картинок можуть використовуватися логопедами, дефектологами і психологами також для тестування дітей. На звороті картинки дано опорні слова, звертаючись до яких можна скласти розповідь; допомогти дитині, якщо виникнуть складності в підборі слів для розповіді. Опорні слова - це іменники, дієслова та прикметники. Опорні слова допоможуть розширити словниковий запас дітей. Слід пам'ятати, що ці слова не є догмою. Творчість і фантазія дитини тільки вітаються. Під час складання оповідань за сюжетними картинками діти засвоюють нові слова, закріплюють їх у мовленні, навчаються будувати речення, розвивають зв'язне мовлення, логіку, мислення [2].

Робота за сюжетними картинками проводиться переважно в усній формі, але з їх допомогою в початковій школі можна проводити письмові роботи (перекази, твори).

Комплексна програма виявлення стану зв'язного мовлення у дітей з системним недорозвиненням мовлення Т.А. Воробйової включає в себе необхідні методи дослідження стану зв'язного мовлення:

- 1) методи дослідження репродуктивного зв'язного мовлення;
- 2) методи дослідження продуктивних видів зв'язного мовлення;
- 3) методи вивчення утворення смислового компонента зв'язного мовлення;
- 4) методи дослідження орієнтування в ознаках зв'язного мовлення.

Перша серія спрямована на виявлення репродуктивних можливостей мовлення дітей і включає два завдання:

- переказати текст як можна докладніше;
- переказати цей же текст, але коротко.

В якості експериментального матеріалу рекомендується використовувати тексти оповідань, розраховані на вік випробуваного і піддані адаптації в плані скорочення їх обсягу.

Для правильної оцінки мовленнєвої та смислової діяльності, особливо при негативних результатах, дітям задаються смислові питання, метою яких є з'ясування того, наскільки дитиною засвоєно зміст оповідання. Отримані відповіді аналізуються на основі логіко-психологічного підходу, запропонованого Н.І. Жинкіним і вдосконаленого в роботах його послідовників [3, 4].

Зазначена методика опирається на уявлення про зміст і оформлення розповіді та, відповідно до цього, передбачає аналіз смислової структури тексту та аналіз різних за своєю функціональною складністю типів речень і засобів їх об'єднання, що забезпечують зв'язність розповіді.

Друга серія експериментальних завдань спрямована на виявлення продуктивних мовленнєвих можливостей дітей та включає в себе два завдання. У першому завданні дітям пропонується самостійно розкласти серію сюжетних картинок в послідовності логічного розвитку подій, а друге завдання орієнтує дітей на складання оповідання за складеним сюжетом з картин.

Відібрані серії за своїм змістом мають бути доступні дітям.

Третя серія спрямована на виявлення особливостей побудови зв'язного повідомлення в умовах часткової заданості смислових і лексико-синтаксичних компонентів висловлювання і включає в себе три види завдань:

- скласти продовження розповіді з опорою на прочитаний зачин;
- придумати сюжет і скласти розповідь за предметними картинками, які діти повинні відібрати із загального банку предметних картинок;
- самостійно знайти тему та її реалізувати в оповіданнях.

Як видно з переліку завдань, методика вивчення стану зв'язного мовлення передбачає різну ступінь заданості компонентів задуму, що визначається, з одного боку, завданнями цього етапу дослідження, а з іншого – програмними вимогами до розвитку мовлення дітей з важкими порушеннями (в умовах навчання і виховання дітей як дошкільного, так і шкільного віку).

Четверта серія завдань спрямована на виявлення стану орієнтовною діяльності, оскільки орієнтування в правилах генерації тексту передуює створення зв'язного монологічного висловлювання.

Завдання цієї серії дозволяють виявити ступінь сформованості у дітей із системними порушеннями мовлення уявлення про те, що таке розповідь, тобто який зразок можна назвати розповіддю, а який - не можна. З цієї метою дітям пропонується прослухати, порівняти два уривки: невеликий за



обсягом розповідь і коротку розповідь, позбавлену логічного смислу (набір слів, окреме речення, деформований варіант розповіді і т.д.) і визначити, який уривок є розповіддю. Оцінка отриманих відповідей проводиться з урахуванням способу орієнтування в зразках зв'язного мовлення [5].

Результати системного вивчення зв'язного мовлення дають можливість провести аналіз стану тих мовленнєвих навичок, якими необхідно оволодіти в процесі навчання та підібрати завдання та методи для корекції системного недорозвитку мовлення: підбір текстів для прослуховування та уривків тексти, їх адаптація до використання, підбір сюжетних картин та їх серій, визначення запитань, побудови плану роботи з дітьми з СНМ.

Список використаних джерел:

1. Бессонова Т. П. Дидактический материал по обследованию речи детей. Москва, 1997. – 342 с.
2. Ткаченко Т. А. Формирование навыков звукового анализа и синтеза. Альбом для индивидуальных и групповых занятий с детьми 4-5 лет. Приложение к комплекту пособий «Учим говорить правильно». Москва: «Издательство ГНОМ и Д», 2005. - 48 с.
3. Гольцер С. В. Методичний посібник з дитячої літератури. Ч.1.: Витоки дитячої літератури. Київ: Видавництво Т. І. Возяковой, 2004. – 72с.
4. Короткова Н. В Художня література в освітній роботі з дітьми старшого дошкільного віку. Дошкільне виховання. Київ, 2001. № 8. С. 34-41.
5. Воробьева В. К. К понятию системности нарушения речевой деятельности при моторной алалии: Современная логопедия: теория, практика, перспективы. Москва, 2002. – 265 с.

Лещій Н. П., Савченко М. В.

## МУЛЬТИСЕНСОРНИЙ ПІДХІД У ФОРМУВАННІ МОВЛЕННЄВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ В УМОВАХ ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОЇ ШКОЛИ

**Анотація:** в статті висвітлено історичне підґрунтя проблеми формування мовленнєвої діяльності у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку, підкреслено значущість використання мультисенсорного підходу, як умова успішного формування мовленнєвої діяльності в умовах загальноосвітньої школи.

**Ключові слова:** мовленнєва діяльність, альтернативні комунікації, порушення інтелектуального розвитку, мультисенсорний підхід.

**Актуальність.** В зв'язку зі збільшенням кількості дітей з порушеннями інтелектуального розвитку у поєднанні з іншими вадами, зростає необхідність у подальшій модернізації та реформуванні освітнього процесу. Навіть для сучасної логопедичної науки, яка стрімко підлаштовується під запити суспільства, формування мовленнєвої діяльності у молодших

школярів з інтелектуальними порушеннями різного ступеню в умовах загальноосвітньої школи залишається пріоритетним напрямком.

**Мета статті** полягає у висвітленні значущості використання мультисенсорного підходу у формуванні мовленнєвої діяльності молодших школярів з порушеннями інтелектуального розвитку в умовах загальноосвітньої школи.

Суспільні погляди на проблеми людей з психофізичними порушеннями протягом існування людства змінювалось. Спочатку це було агресивне неприйняття людей з вадами розвитку. З плином часу все частіше виникають вчення філософів та медиків про «хвороби розуму і душі», які поступово змінювали світогляди суспільства.

Велику роль у становленні нових гуманістичних поглядів на осіб з особливими потребами відіграли фахівці у галузі психіатрії: ЕскірольЖ., КабанісП., ПінельФ., Платер Ф.та інші. Ними були визначені класифікації причин виникнення психофізичних розладів та їх наслідків (загальне недорозвинення мовлення, труднощі з моторними навичками, депресивні та тривожні стани тощо). Дітей з інтелектуальними порушеннями відправляли у спеціальні заклади. Та попри те, що вони отримували кваліфіковану допомогу, але намагались, в першу чергу, надавати специфічну медичну допомогу, внаслідок чого їх соціалізація була ускладненою.

З розвитком освіти, підвищенням загальнокультурного рівня суспільства, погляди впливової частини суспільства змінюються. Вдосконалюються методи турботи про осіб з особливими потребами та надання їм допомоги.

Великий внесок в розвиток психокорекційної науки зробив Єременко І., який розробив теорію уроку, як ключову «форму організації навчальної діяльності учнів з розумовою відсталістю». Не менш значущими є дослідження Дмитрієвої І., Миронової С., Синьова В., які присвячували їх корекційному навчанню дітей з інтелектуальними порушеннями різного ступеню. Вони зазначають, що в корекційній роботі з дітьми з ПП першочерговим є саме формування мовленнєвої діяльності.

Проблемі формування мовленнєвої діяльності у молодших школярів в умовах загальноосвітньої школи приділяють багато уваги не лише науковці-дослідники, а й практикуючі логопеди, висвітлюючи свої надбання на конференціях, в соціальних мережах, в друкованих та електронних виданнях тощо. Так, моторному плануванню, формуванню розуміння мовлення в цілому та формуванню лексико-граматичних категорій, складовій структурі слова у дітей з інтелектуальними порушеннями свої роботи присвячують Невмержицька О., Нестерук М., Пиляєва Н., Скорик О., Чулак Л. та інші, диференційній діагностиці та особливостям корекційної роботи з формування мовленнєвої діяльності у дітей з алалією та аутистичним спектром приділяють в своїх дослідженнях увагу Попкова О., Хмілевська І.

Сьогоднішня система освіти продовжує розвиватися та вдосконалюватися. Змінюється нормативно-правова база, створюються нові

технології та методики навчання дітей з особливими потребами, провідне місце серед яких займають саме діти з вадами інтелектуального розвитку. Зокрема, з'являються нові (та вдосконалюються існуючі) альтернативні шляхи спілкування з дітьми з розумовою відсталістю різних ступенів, що мають загальне недорозвинення мовлення (ЗНМ), такі, як система обміну картками (методика ПЕКС), жестова мова, дошки Makaton (жестово-символьна система комунікації), пристрої із синтезаторами мовлення тощо.

Як свідчать дослідження вище зазначених вчених-практиків при ранньому включенні в процес корекційно-розвиткової роботи діти з інтелектуальними порушеннями можуть досягати оптимального для себе рівня розвитку, у дітей відмічаються помітні зміни в емоційно-вольовій та пізнавальній сфері, що в свою чергу, дає їм можливість долати труднощі в навчанні, легше адаптуватись в соціумі. Звичайно, така робота повинна плануватися з урахуванням не лише індивідуальних особливостей психофізичних порушень дитини, але й ступені тяжкості порушення, стану нервової системи та стану здоров'я в цілому.

За цих умов проведення корекційно-навчальної роботи заняття з розвитку мовлення стає провідним узагальнюючим та впорядковуючим компонентом формування мовленнєвої діяльності. Програма ККР з розвитку мовлення передбачає врахування індивідуальних особливостей розвитку дитини тому для впровадження необхідно використовувати адаптивні технології. При цьому мультисенсорний підхід у формуванні мовленнєвої діяльності у молодших школярів з ППР в умовах ЗОШ буде мати максимальний успіх для досягнення позитивного кінцевого результату.

Звичайно, корекційна робота з учнями з вищезазначеними розладами повинна мати не лише адаптивний, а й комплексний підхід. *Отже, робота з такими порушеннями повинна здійснюватися групою спеціалістів: невропатологом, дефектологом, логопедом, психологом, педагогом тощо. Ефективність роботи значною мірою визначається своєчасністю вжитих заходів та вибором оптимального методу й темпу навчання.* Оскільки частіше з дитиною працює ціла команда фахівців (логопед, невропатолог, психотерапевт, психолог, педагог), то важливо кваліфіковано розробити комплексні заходи щодо подолання розладів мовлення та психофізичного розвитку. Так, при подаванні логопедом корекційного матеріалу невеликими частинами, можна використовувати підхід, при якому одночасно будуть задіяні слухові, візуальні, тактильні аналізатори. В цьому і полягає суть мультисенсорного підходу у формуванні мовленнєвої діяльності.

Якщо при плануванні корекційної роботи з розладами читання основна увага приділяється сприйняттю інформації різними органами почуттів одночасно, то при роботі з розвитку мовлення і письма має передбачатися передача інформації через різні канали сприйняття одночасно. Тобто схема буде така: «бачу - роблю - кажу (або пишу)». Тому при мультисенсорному підході пропонується активне використання ручної праці – виготовлення різних виробів на уроці.

На думку деяких вчених, дотик грає сполучну роль між зором і слухом, сприяючи взаємодії почуттів. У процесі створення виробів у дітей розвиваються дрібна моторика рук, мислення, пам'ять і мовлення. Звичайно ж учень повинен проговорити те, що він робить і, в подальшому, він зможе відтворити (описати) свої дії і розповісти про свою роботу, можливо, і пофантазувати, додаючи щось своє, а це говорить про всебічний розвиток з мінімальним при цьому (по можливості) навантаженням. Таким чином, при мультисенсорному підході учень включається в діяльність спілкування і описує свій досвід словами. Діяльність і її продукт (наприклад, виріб або проєкт) служить стимулом до висловлювання.

Істотна відмінність мультисенсорного підходу полягає в тому, що діяльність і висловлювання при розвитку мовлення здійснюються одночасно. Сам продукт діяльності, думки учня і його мовлення повинні бути пов'язані. Тому всі творчі завдання і проєкти бажано виконувати в класі.

Все більше поширення серед сучасних педагогів спеціальної освіти - логопедів набуває підхід щодо формування мовленнєвої діяльності через відчуття запаху та тактильні відчуття. Формувати мовленнєву діяльність в учнів з ППР (наприклад, навчання грамоті, вивчаючи букви та звуки, що вони позначають) легше завдяки об'ємним буквам різної фактури, що мають відповідні запахи. Наприклад, буква К пахне кавою, буква Л – лимоном, буква М – мандарином тощо; буква Д – має структуру, як кора дерева, Х – як пухнаста хмарка, П – пір'їнка і т.д. Таким чином, розвиватимуться не лише увага і пам'ять, а й інші психічні процеси, такі як уява, мислення. Знаючи декілька букв, пробуючи зіставити власний життєвий досвід та знання з новими зображеннями, дитина з інтелектуальними порушеннями буде намагатися мислити самостійно, аналізувати та узагальнювати інформацію.

З досвіду логопедичної роботи, можна стверджувати, що більшість учнів мають так звану «область сильнішого навчання», певний особистий стиль сприйняття. Вони припускають, що коли учень навчається з використанням технології, яка взаємодіє з його стилем сприйняття, то вони вчаться швидше, більш охоче і результативніше. Більшість учнів, з труднощами навчання, із задоволенням працюють при використанні мультисенсорних технологій.

Мультисенсорний підхід при формуванні мовлення краще допомагає розвивати такі психічні процеси, як аналіз, синтез, абстрагування, узагальнення мовленнєвої інформації та інші логічні операції, та позитивно впливати на аналітико-синтетичну діяльність. Таким чином, цей підхід надає можливість учням з вадами розвитку опанувати вміння спиратись не на наочність, а на абстрактне власне уявлення того чи іншого поняття, значення. Підкреслимо, що цей метод не замінює інші існуючі, а лише доповнює та збагачує новими ефективними можливостями.

**Висновок.** З огляду на різні підходи в систематизації механізмів мовленнєвих порушень, можна виокремити пріоритетні напрямки корекційно-розвивальної роботи в умовах загальноосвітньої школи. Ці

фактори викликають все більшу необхідність використовувати адаптивні технології та мультисенсорний підхід у формуванні мовленнєвої діяльності молодших школярів з порушеннями інтелектуального розвитку. Такий підхід допоможе більш ефективно побудувати систему корекційно-розвивальної роботи на всіх її етапах та отримати максимально позитивний результат.

Список використаних джерел:

1. Боряк О. В. Формування мовленнєвої діяльності розумово відсталих молодших школярів: теорія і практика. *Педагогічний часопис Волині: науковий журнал*. 2018. № 2 (9). С. 112–121.
2. Галущенко В.І. Застосування інноваційних логопедичних технологій у корекційній роботі з дітьми з порушеннями мовлення. *Збірник наукових праць. Актуальні питання корекційної освіти*. 2016. Випуск №7. <http://aqce.com.ua/vypusk-7-t-1-t-2/galucshenko-vi.html>
3. Чередніченко Н. В., Карпенко О. М. Психолінгвістичний підхід до подолання мовленнєвих порушень у дітей із системними порушеннями мовлення. *Науковий часопис. Корекційна педагогіка*. 2016. № 31. С. 132–140.
4. Козир М.В. Формування мовленнєвих компетентностей у молодших школярів з інтелектуальними порушеннями. *Житомирщина педагогічна* №1 (21). 2021.
5. Блеч Г. Методичні поради щодо формування мовленнєвої діяльності розумово відсталих дошкільників. <https://lib.iitta.gov.ua/3673/1/article5.pdf>

Маматова З. Р. Куруч О.

## ОСОБЛИВОСТІ НЕВЕРБАЛЬНОЇ КОМУНІКАЦІЇ ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Вже багато років зусилля вчених та практиків направлені на вивчення інтелектуальних порушень. Сучасні дослідження дають нам більш доповнену та точну картину цього явища: диференційна діагностика дала можливість виділити різні ступені вираженості порушення інтелекту; вивчення адаптивних навичок, що формуються у дітей з інтелектуальними порушеннями дозволила розкрити особливості соціалізації та комунікації.

З позиції медичної психології під розумовою відсталістю розуміється генералізована патологія, що виражається в інтелектуальному недорозвитку і в несформованості адаптивних здібностей людини [10, с.82].

В рамках Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду [11] прийнято виділяти наступні клінічні форми розумової відсталості (код класифікатора F70-F79 по МКБ-10): легка розумова відсталість (F70), помірна розумова відсталість (F71), важка розумова відсталість (F72), а також глибока розумова відсталість (F73). На сьогоднішній день це порушення є надзвичайно поширеним у всьому світі і становить близько 2-4,5% від загального населення. Найбільш часто зустрічається легка ступінь зниження інтелекту – від 75% до 90% від усіх випадків розумової відсталості, особливо в країнах із середнім або низьким добробутом населення [14,с.422].

Спілкування, безсумнівно, має найважливіше значення для соціалізації дітей та дорослих з інтелектуальними порушеннями. Згідно з Лісіною М.І., спілкування для дітей є активною дією, за допомогою яких дитина може обмінюватися інформацією і переживаннями з оточуючими людьми, а також задовольняти свої потреби [9, с. 36]. Основним показником дизонтогенезу у дітей із порушеннями інтелекту є ураження комунікативної сфери.

Вивченню комунікативних навичок у дітей з порушеннями інтелекту присвячена досить велика кількість робіт. Але під час аналізу різноманітної літератури та досліджень на тему невербальної комунікації цієї категорії дітей, з'ясувалося, що цій темі приділено недостатньо уваги, тобто, специфічні механізми та функції невербального спілкування є недостатньо вивченими та дослідженими.

Отже, мета цього дослідження – вивчення специфічних властивостей та особливостей невербального спілкування у дітей з порушеннями інтелекту із урахуванням динаміки психологічного впливу.

Порушення комунікативних навичок є однією з основних проблем в психічному розвитку осіб з розумовою відсталістю. Спеціалісти Метсон Дж. Л. та Коз Д. А. в процесі соціалізації дітей з інтелектуальними порушеннями виділяють та фіксують невміння самостійно встановлювати контакт і підтримувати його з різними людьми [5, с.81]. Характерними особливостями цих дітей є низька мотивація та цікавість до спілкування, інактивність у зв'язку зі стійким порушенням когнітивної сфери [13, с.959]. Це призводить до неадекватних комунікативних реакцій та до неспроможності розуміння та узагальнення характеру своїх відносин з оточуючими. [3, с.81]

Змановська О. В. вважає, що діагноз «F70 – розумова відсталість» (по МКХ-10) [11] обумовлює особливості розвитку спілкування, включаючи розуміння та використання невербальних засобів комунікації в ситуаціях соціальної взаємодії.

Невербальна комунікація є невід'ємним аспектом міжособистісного спілкування. Американськими дослідниками була виявлено стійка кореляція між низькою здатністю до розпізнавання виразів обличчя, інтерпретацією поз і жестів з труднощами в спілкуванні. Експериментальні дані свідчать про позитивний зв'язок між соціальним статусом особистості і умінням інтерпретувати невербальні сигнали.[8, с.82]

Взагалі, діти з інтелектуальними порушеннями здатні самостійно встановлювати взаємовідносини із дорослими та дітьми на вербальному рівні: можуть на деякий час затримати свою увагу та підтримати контакт з оточуючими, проявляють інтерес до взаємодії, але все це має нестійкий, вибірковий характер. Краще розуміють мовлення, що забарвлене невербальними сигналами. Первинний контакт утруднюється через обмежене розуміння зверненої мови. Необхідне мімічне і жестове підкріплення. [8, с. 84]

Невербальна сторона їх спілкування має свої особливості: діти та підлітки з інтелектуальними порушеннями різного ступеню мають труднощі в невербальній комунікації. [14, с.70] Це явище зумовлене обмеженістю можливостей в соціальній перцепції і відхиленнями у поведінці. Комунікація також ускладнюється особливостями та специфікою емоційної сфери та несформованістю навичок самоконтролю.

В цілому, на вербальну і невербальну комунікацію дітей з інтелектуальними порушеннями впливає системність порушень. Недорозвинення сприйняття та інтелекту ускладнює здатність грамотно та правильно вибудувувати свою промову та розуміти емоційні стани співрозмовника, міняти в процесі розмови свою позицію по відношенню до того, що відбувається.

Порушення моторики перешкоджає достатньому засвоєнню об'єктної взаємодії з навколишнім світом, також істотно обмежує можливості невербальної комунікації, оскільки виникають стійкі обмеження в міміці і жестикуляції.

У міжособистісної комунікації ведуча роль належить емоціям і почуттям, які люди відчувають по відношенню один до одного. У розумово відсталих дітей і підлітків в 91% випадків діагностували супутні розлади емоційної сфери. Причинами їх виникнення є конвергенція чинників ризику: поточне захворювання, органічне ушкодження головного мозку, сімейне виховання, соціальна депривація. [12, с.20].

Недоліки розвитку емоцій і можливостей їх самоконтролю в спілкуванні призводять до нерозуміння оточуючих людей, зниження соціальної привабливості та до проблем міжособистісної взаємодії [12, с.22].

Порушення емоційної сфери проявляється як в здатності адекватно реагувати на події, що відбуваються, так і розуміти емоції інших людей. Однак сукупність експериментальних даних свідчить про те, що дітям з олігофренією складно контролювати і виражати свої емоції в процесі спілкування, а на рівні когнітивних процесів виявляється нерозуміння міміки і жестів співрозмовників. [8, с. 82]

Для дітей з інтелектуальними порушеннями при спілкуванні з однолітками характерний вираз емоцій, що супроводжується змінами інтонацій і виразом емоцій, неадекватних в різних мінливих соціальних ситуаціях. У спілкуванні дітей з легким ступенем розумової відсталості спостерігаються експресивно-мімічні прояви, надмірно виражені інтонації - від афектів до захоплення, але при цьому емоції у таких дітей важко диференціюються і усвідомлюються, носять в цілому імпульсивний характер.

Сукупність експериментальних даних свідчить про те, що дітям з інтелектуальними порушеннями складно контролювати і виражати свої емоції в процесі спілкування, а на рівні когнітивних процесів виявляється нерозуміння міміки і жестів співрозмовників. Всі дослідники вказують на зв'язок між соціальною адаптацією і комунікативними здібностями, що стає

теоретичною основою для розробки програм психологічного впливу на розвиток невербальної комунікації у дітей з порушеннями інтелекту [4, с.6].

Один з напрямків у вивченні невербальної комунікації осіб з інтелектуальними порушеннями присвячено дослідженням специфіки її прояву у людей з синдромом Дауна. Виявлено, що в дошкільному віці особливий розвиток лицьової експресії у дітей з синдромом Дауна ускладнює їх взаєморозуміння з людьми. Причому батьки відчують амбівалентне ставлення до своєї дитини, який, з одного боку, є привабливим, але, з іншого, багато в його міміці хочеться піддати змінам [1, с.16]. Бажаючи поліпшень його соціального розвитку, дорослі готові навіть на хірургічне втручання з метою корекції лицьової експресії у дитини. У зв'язку з цим, предметом вивчення

стала і здатність цих дітей сприймати емоції в спілкуванні з дорослими і однолітками. Виявлено, що в процесі комунікації молодших школярів з синдромом Дауна не вдається розподілити увагу між людьми і діями. Вони не фіксують погляд на основних проявах невербальної експресії свого партнера. У свою чергу, підлітки і дорослі з синдромом Дауна набувають свої стереотипи в сприйнятті емоцій. Уникати помилок їм вдається за рахунок аналізу загального контексту ситуацій міжособистісної взаємодії. Розпізнавання найпоширеніших виразів обличчя супроводжується їх стійким або ситуативним нерозумінням. Цілком очевидно, що необхідне спеціальне навчання невербальній комунікації, включаючи декодування і самостійну передачу емоцій дітьми і дорослими з синдромом Дауна та іншим людям із інтелектуальними порушеннями [5, с.84].

При порівнянні рівня розвитку невербальної комунікації дітей молодшого шкільного віку з діагнозом «F70 - легка розумова відсталість» і «F83 - специфічні змішані розлади психічного розвитку» [11], слід зазначити диференціальні відмінності. Незважаючи на те що розлади інтелекту можуть мати глибокий і незворотний характер, картина недорозвинення компонентів комунікативної сфери у дітей з різними інтелектуальними порушеннями при наявності діагнозів F70 і F83 [11], в цілому, є схожою – комунікативні здібності розвинені значно гірше, ніж у дітей нормотипових, тобто, у дітей з рівнем інтелекту в межах вікової норми. У них виникають суттєві труднощі в спілкуванні, спостерігається менший діапазон комунікативних прийомів. Однак при змішаних специфічних розладах психічного розвитку дані особливості носять, як правило, епізодичний характер і більшою мірою мають оборотний характер [2, с.82].

Таким чином, вплив порушень інтелекту при легкій розумовій відсталості на когнітивну, поведінкову і емоційно-особистісну сфери комунікативного процесу закономірно тягне за собою виникнення серйозних труднощів при налагодженні контакту з оточуючими людьми, а, значить, і під час соціальної адаптації дитини в цілому.

Серед наукових публікацій існує порівняно мало клініко-психологічних робіт, в яких порушуються питання формування невербальних засобів



спілкування у дітей з інтелектуальними порушеннями. Однак існують і активно використовуються такі прийоми і форми впливу: вербальні інструкції, відеотренінги, які можуть допомогти з визначенням і виразом емоцій, а також вони полегшують контроль за поведінкою дитини з порушенням інтелекту.

Розвиток невербальної, філогенетично більш ранньої форми комунікації, в цілому, обумовлює становлення різних компонентів спілкування. [5, с.84] Психологічний вплив, спрямований на підвищення ефективності невербальної комунікації, може виявитися більш значущим для подальшої соціалізації, ніж стимуляція навичок тільки до вербального спілкування.

Існуючі на сьогоднішній день програми розвитку невербальних комунікативних здібностей дітей з порушеннями інтелекту теоретично мало обґрунтовані. Слід визнати, що евристичної і методологічної значимості для розробки ефективної цілісної програми психологічного впливу з метою розвитку невербальної комунікації у дітей з порушеннями інтелекту володіє підхід В. А. Лабунської [7]. Спектр засобів та способів, що запропоновані автором, насамперед, спрямовані на розвиток функцій контролю, що дозволяє дітям за допомогою тренувань опанувати власну поведінку, дізнаватися про свої емоції і контролювати їх. У свою чергу, вміння розуміти і виражати свої емоційні стани може сприяти навчанню та розумінню емоційних станів людей, з якими дитина вступає у взаємодію.

Рівень розвитку комунікативних здібностей безпосередньо впливає на якість життєдіяльності дітей з порушеннями інтелекту. Розвиток їх комунікативної сфери є критерієм успішності процесу соціалізації, в якому адаптація є первинним етапом.

Коли зачіпаються питання співвідношення вербальної і невербальної комунікації, важливо розуміти її значення для розвитку дитини з інтелектуальними порушеннями.

Діти з порушеннями інтелекту краще справляються з вербальною комунікацією, яка спрямована на переконання в чому-небудь свого співрозмовника. Вони використовують сформовані в результаті когнітивного навчання навички соціальної перцепції для розуміння ставлення іншої людини. При наявності загальної мети, безпосередньо пов'язаної з їх життєвим досвідом, розумово відсталі діти застосовували стратегії переконання, що допомагає їм здобути в комунікації значних результатів. [6, с. 87]

Невербальна комунікація на тлі зниження інтелекту є первинним засобом спілкування і, як наслідок, більш тісно пов'язаним з процесом соціалізації. Її механізми в цілому можуть менш співвідноситися з рівнем розвитку свідомості і особистості. Відповідно, цілеспрямована робота над розвитком невербальної комунікації ймовірно дозволить успішні соціалізацію дітей з інтелектуальними порушеннями, що в свою чергу частково компенсує дефект і знизить ризики соціальної ізоляції контингенту.

Таким чином, можна говорити про те, що комунікація і процес соціальної адаптації нерозривно пов'язані і обумовлюють результат соціалізації дітей з порушеннями інтелекту. Невербальна комунікація є складовою частиною процесу комунікації. Вона стає засобом компенсації при наявності розумової відсталості у дитини, так як філогенетично є більш ранній, ніж мовленнєве спілкування.

Список використаних джерел;

1. Валитова И. Е. Специальная психология: учеб. пособие для студ., обучающихся по психологическим специальностям. Брест:БрГУ,2013.с.10-26.
2. Забрамная С. Д. Вопросы изучения детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью / С. Д. Забрамная, Т. Н. Исаева // Особые дети в обществе : сборник научных докладов и тезисов выступлений участников I Всероссийского съезда дефектологов (Москва, 26-28 октября 2015 г.). - М. : АНО «НМЦ «СУВАГ», 2015. - С. 85-88.
3. Заширинская, О.В. Внутрисемейная коммуникация умственно отсталого ребенка / О. В. Заширинская // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология, социология, педагогика. - 2008. - Вып. 3. - С. 124-132.
4. Заширинская О. В. Клинико-психологический аспект коммуникативно-личностного развития детей с умственной отсталостью / О. В. Заширинская // Петербургский психологический журнал. - 2013. - № 2. - С. 1-14.
5. Заширинская О.В. Невербальная коммуникация лиц с умственной отсталостью: теоретический абрис проблемы с позиции когнитивно-поведенческого подхода [Электронный ресурс] / О. В. Заширинская // Наука. Мысль : электронный периодический журнал. - 2016. - № 6-2. - С. 80-87.
6. Лабунская В.А. Невербальное поведение (социально-перцептивный подход) /В.А.Лабунская.-Ростов-на-Дону:Изд-во Ростовского ун-та,1986.-87с.
7. Лабунская В.А. Методология прикладных исследований невербального поведения человека (Applied research methodology nonverbal behavior) / В.А.Лабунская. - Саарбрюккен: LAP Lambert Palmarium Academic Publishing, 2014. - 140 с.
8. Лебединская К. С. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте /К.С. Лебединская, В.В. Лебединский. - М.: Академический проект, 2011. - 70-95 с.
9. Лисина М. И. Формирование личности ребенка в общении / М. И. Лисина. - СПб. : Питер, 2009. - 30-59 с.
10. Кузнецова Л.В. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др.; Под ред. Л. В. Кузнецовой. - М.: Издательский центр «Академия», 2002. - 34-69 с.
11. Международная классификация болезней 10-го пересмотра [Электронный ресурс]. - М., 2018. - Режим доступа: <http://mkb-10.com>.
12. Areak P., Nezu C.M., Nezu A.M. Assertiveness and problem solving training for mildly mentally retarded persons with dual diagnoses //Research in Developmental Disabilities. V. 12. I. 4. 1991. Pp. 17-59.

13. Schroeder J.E. Self-concept, social anxiety, and interpersonal perception skills // *Personality and Individual Differences*. V. 19. I. 6. 1995. Pp. 955-958.
14. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies / P. K. Maulik, M. N. Mascarenhas, C. D. Mathers, T. Dua [et al.] // *Research in developmental disabilities*. - 2011. - Vol. 32 (2). - pp. 419-436.

Маматова З. Р., Соколова С. О.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ПИТАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ У ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ

Поряд із досягненнями у галузі спеціальної психолого-педагогічної науки залишається недостатньо розробленою і потребує подальшого дослідження проблема соціалізації і адаптації осіб з порушеннями інтелектуального розвитку, особливо до умов життєдіяльності у колективі.

У спеціальній педагогіці та психології проблема соціалізації та адаптації дітей з особливими потребами розглядалась В. Засенком, І. Дмитрієвою, І.Татьянчиковою та ін. Так, праці, В. Бондаря, Т. Лазоренко, А. Кузнецова, А.Раку, К. Турчинської присвячені вивченню окремих аспектів проблеми адаптації дітей з порушеннями інтелектуального розвитку. Варто зауважити, що в більшості досліджень йдеться переважно про соціалізацію випускників допоміжної школи, їх соціально-трудова адаптацію. В них порушуються питання психологічної, практичної і соціальної підготовки дітей зазначеної категорії до самостійної життєдіяльності, визначаються причини недостатнього рівня адаптованості старшокласників до умов виробництва, пропонуються рекомендації щодо вдосконалення виховних і корекційних можливостей існуючої системи професійно-трудового навчання.

Так, В. Бондар розглядав трудову адаптацію розумово відсталих випускників як початок їх самостійного життя, трудової діяльності, становлення особистості на основі входження в життя. Ним з'ясовано, що адаптація в умовах трудового колективу вимагає від особистості пристосування до вироблених в ньому правил і норм поведінки, традицій, режиму праці, встановленого характеру взаємостосунків між керівниками і виконавцями, визнання усталених критеріїв оцінки діяльності кожного члена колективу. На думку В. Бондаря, успішний перебіг соціально-трудова адаптації залежить не лише від особистості, а й від соціального оточення, соціальних відносин, які склалися в колективі [1, с.94].

Отже, результати вивчення проблеми соціально-трудова адаптації випускників допоміжних шкіл підводять до висновку про значущість саме соціально-психологічного аспекту проблеми (В. Бондар, А. Висоцька, І. Татьяначикова та ін.).

Деякі питання власне соціально-психологічної адаптації осіб з порушеннями інтелектуального розвитку висвітлюються у працях О. Агавеляна, Т. Лазоренко, А. Кузнецова та ін.

Досліджуючи проблему психологічної адаптації до процесу навчання дітей 6-8 років із затримкою психічного розвитку, Т. Лазоренко виявила, що психологічна адаптація зазначеної категорії дітей проходить із значними труднощами. До основних чинників, які ускладнюють психологічну адаптацію дітей до школи, вона відносить: неспроможність впоратися із навчальним навантаженням, зміну шкільного колективу, неприйняття шкільним колективом, розлади психічного здоров'я, недорозвиток мотиваційної сфери та інфантилізм.

Проведені результати дослідження Т. Лазоренко дають підстави стверджувати, що у дітей із затримкою психічного розвитку в умовах школи при проведенні інтенсивної корекції пізнавальної діяльності, як найменш сформованого компонента механізму психологічної адаптації до процесу навчання, можна досягти високого рівня психологічної адаптації [4].

Вивчаючи психологічні особливості адаптації розумово відсталих першокласників до навчання, А. Кузнецов розглядає адаптацію як явище, яке полягає у пристосуванні організму людини до змін умов зовнішнього середовища. Предметом його дослідження виступає психолого-соціальна адаптація дитини, яка трактується ним передусім як комплексне психічне явище, що включає в себе: розвиток психічних процесів і станів, удосконалення соціальних сторін життєдіяльності першокласника, підтримання рухливої, але стійкої рівноваги усіх систем дитячої психічної сфери, що є базою для прискорення інтеграції школяра в сучасне суспільство. Автор відмічає, що успішна соціально-психологічна адаптація можлива лише за умови проєктування вчителями і вихователями відповідних психологічних компонентів цього процесу при розробці індивідуальних планів роботи з розумово відсталими першокласниками. Науковцем запропоновано основні шляхи оптимізації процесу психолого-соціальної адаптації розумово відсталих першокласників до навчання, серед яких значне місце відводиться організації корекційної роботи з урахуванням компонентів і факторів, які лежать в основі адаптації, та її структурних одиниць. Для педагогів-дефектологів та батьків, що мають дітей з розумовою відсталістю, А. Кузнецовим розроблені методичні рекомендації з оптимізації процесу психолого-соціальної адаптації школярів [3].

Деякі соціально-психологічні явища, які лежать в основі соціально-психологічної адаптації, у спеціальній педагогіці та психології вивчались і на рівні міжособистісних стосунків (В. Вар'янен, Н. Коломінський, О. Проскурняк та ін.).

Зокрема, у дослідженні О. Проскурняк [5] висвітлюється питання соціально-психологічної адаптації розумово відсталих учнів молодших класів допоміжної школи-інтернату, а саме — їх пристосування до життєдіяльності серед людей, передусім у малій групі на основі налагодження міжособистісних стосунків, спілкування у системі «учень-учень». Проаналізувавши стан розробленості означеної проблеми, вчена виявила показники, критерії, рівні адаптаційних можливостей учнів і фактори, що

ускладнюють процес адаптації. Слід зазначити, що дослідження О. Проскурняк є одним із перших у напрямі вивчення проблеми соціально-психологічної адаптації розумово відсталих учнів.

Дослідження Т. Вісковатої підтверджують, що учні допоміжних шкіл-інтернатів мають певні обмеження, які проявляються у зменшеному обсязі спілкування з батьками; коло їх спілкування здебільшого поширюється лише на працівників школи-інтернату та учнівський колективи [2].

Слід зазначити, що специфіка психічного розвитку дітей з порушеннями інтелектуального розвитку в цілому зумовлена ядерними ознаками розумової відсталості, які виникають у зв'язку з органічними ураженнями головного мозку. Відмічається, що у такої дитини спостерігається неадекватність поведінки, своєрідність та сповільненість формування навичок і звичок поведінки, труднощі у регуляції поведінки, її становленні та довільності. Діти з порушеннями інтелектуального розвитку характеризуються своєрідністю знань та поведінки (А. Белкін, М. Буфетов, Л. Виготський, І. Єременко, Н. Стадненко та ін.), а саме: недостатньою єдністю, неадекватністю оцінки вчинків, нездатністю цілеспрямовано організувати власну поведінку, невмінням відрізняти відтінки в поведінці і вчинках, слабкою емоційно-вольовою сферою та ін. Все це досить суттєво впливає на своєрідність емоційного розвитку дітей з порушеннями інтелектуального розвитку.

Слабкість інтелектуальної регуляції почуттів призводить до неправильного контролю їх у незнайомих ситуаціях. Дослідження свідчать, що емоційному розвитку дитини з порушеннями інтелектуального розвитку сприяє спеціальний виховний вплив, який містить значні корекційно-розвивальні можливості.

Однак, у дослідженнях відмічається відносна збереженість у дітей з порушеннями інтелектуального розвитку емоційної сфери, порівняно з пізнавальною, що передбачає здійснення на неї опори в процесі підготовки до соціально-психологічної адаптації.

Узагальнення результатів наведених досліджень показує, що особливості власне соціально-психологічної адаптації дітей з порушеннями інтелектуального розвитку з урахуванням її суті, показників та явищ, що розглядаються як її механізми ще не були спеціальним предметом вивчення у спеціальній педагогіці та психології. Відповідно, не вивчалось і питання визначення найважливіших змістових ліній (складових) сприяння соціально-психологічній адаптації старшокласників зазначеної категорії та добору адекватних особливостям учнів педагогічних засобів впливу.

Список використаних джерел:

1. Бондар В. І. Підготовка учнів допоміжної школи до самостійної трудової діяльності. – К.: Рад. школа, 1988. – 128 с.
2. Вісковатова Т. П. Специфіка особистісно-орієнтованого підходу до розумово відсталих дітей у школах-інтернатах // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі /За ред. В. І. Бондаря. – К.: Науковий світ, 2001. – Вип. 2 – С. 31-36.

3. Кузнецов А. М. Психологічні особливості адаптації розумово відсталих першокласників до навчання: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.08. – К., 2002. – 19 с.
4. Лазоренко Т. М. Психологічна адаптація до процесу навчання дітей 6 – 8 років із затримкою психічного розвитку: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.08. – К., 2002. – 21с.
5. Проскурняк Е. И. Социально-психологическая адаптация учащихся младших классов вспомогательной школы-интерната: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.08. – К., 2004. – 246с.

Начинова О. В., Громлюк Г. С.

**КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА РОБОТА ТА ЇЇ ВПЛИВ  
НА ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА**

**Постановка проблеми.** Питання створення всебічних умов для успішного розвитку дітей із синдромом Дауна є одними із актуальних, що постають перед соціальними, медичними, психологічними та педагогічними працівниками. Всі діти, незалежно від порушення, мають право на освіту тому перед педагогами постала проблема розробки та впровадження цілісної технології освітнього, соціально-психологічного супроводу дітей із синдромом Дауна. Саме такий підхід, що включає комплексні медичні, соціальні, педагогічні та психологічні заходи, забезпечує успішний розвиток учнів даної групи. Це відображається і в показниках середньої тривалості життя, і в рівні інтелектуального та емоційного розвитку дитини, проявляється в її здібностях і соціалізованості вихованців.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій** свідчить, що проблема педагогічного супроводу дітей з синдромом Дауна є об'єктом дослідження багатьох вчених, зокрема В. Бондар, С. Волкової, І. Іванової, Т. Євтухової, А. Капської, А. Колу, Л. Дольнікова, О. Берянич, В. Ляшенко, О. Савченко, О. Столяренко, А. Шевчука та ін. Питаннями корекції і реабілітації таких дітей займалися: Джон Даун, М. Малофеев, Р. Баєнська, К. Лебединська, Є. Мастюкова, Г. Мішина, О.Нікольська, Т. Пелимська, Ю. Разенкова, Є. Стребелева, Н. Шматко та ін.; проблему розвитку дітей із синдромом Дауна досліджували (аналізували питання пізнавальної діяльності мовлення): А. Альохіна, М. Беркетова, П. Жиянова, Т. Медведєва, Г. Ворсанова, І. Демидова, Р. Ковтун. Фахівці Н. Тертична, Г. Головань вивчали нестійкість афективної сфери – від в'ялості, апатії, до розгалуженості, збудливості; К. Давиденкова, І. Ліберман, А. Кошелева – надмірну здатність розконцентровувати увагу; М. Беркетова, П. Лаугеслагер, Р. Ковтун, О. Мозолук-Коновалова досліджували затримку розвитку статичних і локомоційних функцій, різних видів моторики, особливо дрібної; Р. Ковтун, S. Buckley, G. Bird відставання активного мовлення при відносно збереженому його розумінні[2]. Проте, незважаючи на достатню кількість наукових доробок, висновків та рекомендації щодо навчання та виховання

дітей з синдромом Дауна, проблема їх соціальної адаптації, педагогічного супроводу має багато невирішених питань і тому залишається актуальною.

**Мета статті** – описати особливості розвитку дітей з синдромом Дауна та існуючі методики корекційно-розвивальної роботи з такими дітьми.

**Виклад основного матеріалу.** Аналіз наукової літератури показав, що діти з синдромом Дауна мають значний потенціал для навчання, враховуючи закономірності розвитку пізнавальної діяльності, причини її порушення, можна вибудувати систему роботи, що дозволить оптимально використовувати потенціал кожної дитини. Діти з синдромом Дауна проходять ті ж стадії розвитку, що і нормотипові діти. Однак, внаслідок ряду генетичних особливостей, обумовлених наявністю додаткової хромосоми, такі діти розвиваються повільніше і дещо пізніше своїх однолітків опановують нормативні навички [4].

Для того щоб правильно побудувати комплекс психолого-педагогічного розвитку і навчання дітей з синдромом Дауна необхідно звернути увагу на наступні їх особливості розвитку, а саме: порушення психомоторного розвитку; відсутність глибинної тілесної чутливості, що впливає як на якість рухів, так і на розвиток пізнавальної діяльності, пов'язане з плануванням (таким дітям буває важче зрозуміти завдання, вибрати спосіб досягнення мети, визначити послідовність дій); інтелектуальну недостатність [4,с.9].

В працях науковців О. Мастюкової, М. Іполітової, Н. Жукової, Ю. Разенкової, Л. Голубевої, К. Печори узагальнено досвід щодо ранньої діагностики і корекції різноманітних порушень психофізичного розвитку, зокрема дітей із порушеннями інтелектуального розвитку, до яких відносяться діти із синдромом Дауна. О. Мастюкова до основних аспектів лікувально-педагогічної роботи відносить різноманітне використання ігрових прийомів задля створення умов для забезпечення мотивації, створення психологічних умов для розвитку мовлення і комунікативної поведінки, розвиток різноманітних форм пізнавальної діяльності, широке використання в корекційно-виховній роботі різноманітних ігор: дидактичних, сюжетно-рольових, рухових (музично-ритмічних та ігор драматизацій) [3].

О. Чеботарьова, І. Гладченко наголошують, що корекційно-розвивальна робота з дітьми з синдромом Дауна забезпечується проведенням специфічних корекційно-розвиткових занять: розвитку мовлення, ритміки, лікувальної фізкультури, соціально-побутового орієнтування. І. Вечканова вважає, що поєднання різних видів діяльності в процесі розвиваючих ігор, побудованих на певному сюжеті, сприяє розвитку емоційної, мовної, рухової і пізнавальної сфер у дошкільнят з синдромом Дауна [1,с. 93]. У зв'язку з цим, особливого значення набуває використання ігрових технологій, що дозволяють поєднувати в собі елементи пізнавальної, дослідницької та творчої діяльності в рамках проєктів і організації інтерактивних дитячо-батьківських подій: квести, вікторини, батьківські збори-конференції в формі телемарафону, флешмобів на підтримку здорової поведінки [1, с. 104].

За допомогою інформаційно-комунікаційних технологій активується пізнавальна діяльність, творчі здібності, розширюються знання дітей про навколишній світ на основі формування операційного мислення.

Ефективні умови розвитку мовлення та навичок спілкування, формування соціальної активності дітей із синдромом Дауна, створюються за допомогою комунікативних технологій. Аналіз науково-методичної літератури та дані практики свідчать, що ефективною методикою розвитку мовлення та навичок спілкування є методика ТАН – Содерберг. Свою ефективність у роботі з дітьми із синдромом Дауна довели: піктограми, МАКАТОН, Льоб-система, система спілкування за допомогою обміну картками (PECS), технічні засоби комунікації, комунікативні планшети тощо.

Арт-технології, які реалізуються на основі використання різних видів мистецтва (пісочної, музичної, театральної, образотворчої терапії, казкотерапії, лялькотерапії та ін.), допомагають здійснити корекцію психоемоційної сфери, пізнавальної поведінки, особистості в цілому.

Здоров'язбережувальні технології передбачають здобуття дітьми необхідних знань про збереження і зміцнення власного здоров'я, оволодіння чинниками, що сприяють здоровому способу життя, теоретичними основами життєвих навичок, що сприяють фізичному, соціальному, психічному і духовному здоров'ю, усвідомлення важливості їх дотримання.

Означені технології навчання дітей з синдромом Дауна представлено у корекційно-розвивальних програмах для занять з дітьми з інтелектуальними порушеннями, що розроблені відповідно до сучасних вимог реформування освіти та з урахуванням Базового компоненту дошкільної освіти та Державного стандарту початкової освіти.

Отже, використання широкого спектра корекційно-розвивальних технологій на основі врахування психофізичних можливостей конкретної дитини сприяє корекційному впливу на розвиток дітей з синдромом Дауна та їх підготовку до самостійного життя.

**Висновки.** Проаналізувавши низку наукових робіт, освітніх програм, з'ясували, що проблема спрямованої корекційно-розвиткової роботи і соціально-педагогічного супроводу дітей з синдромом Дауна є актуальною і сучасною, що задає перспективу для майбутніх досліджень.

Список використаних джерел:

1. Баряева Л.Б., Вечканова И.Г., Загребасева Е.В. Театрализованные игры в коррекционно-развивающей работе с дошкольниками / Под ред. Л.Б. Баряевой, И.Г. Вечкановой. СПб.: КАРО, 2009. – 256 с.
2. Медведева Т.П. Развитие познавательной деятельности детей с синдромом Дауна. Пособие для родителей. М.: Монолит, 2007. – 80 с.
3. Сапожникова, Т.В. Психолого-педагогическое сопровождение детей с синдромом Дауна и их семей в условиях реабилитационного центра [Текст]: учебно-методическое пособие / Т.В. Сапожникова, Н.А. Першина, Н.А. Щигрева. – Бийск, 2019. – 311 с.



Начинова О. В., Журавська К. В.  
МОВЛЕННЕВА КОМПЕТЕНТНІСТЬ У ДІТЕЙ З ТПМ

**Анотація:** у статті розглядається сутність та особливості формування мовленнєвої компетентності у дітей з тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ); уточнено поняття «мовленнєва компетентність»; розкрито особливості розвитку мовлення та мовленнєвої компетентності у дітей з ТПМ напередодні вступу до школи.

**Ключові слова:** мовленнєва компетентність, мовленнєвий розвиток тяжкі порушення мовлення.

Мовленнєва компетентність вважається одним з головних важелів, що допомагає майбутнім школярам оволодіти знаннями початкової ланки шкільної освіти [4]. Як відомо, мовлення, формується у процесі розвитку дитини і найбільшого поштовху досягає у дошкільний період (3–6 років), розвиваються його фонетична, лексична та граматична сторони. Але діти сьогодення все частіше мають різні форми мовленнєвих порушень від незначних, які легко піддаються корекції та не несуть наслідки, до тяжких, що впливають на різні ланки психофізичного розвитку. Тому визначення особливостей сформованості мовленнєвої компетентності напередодні шкільного навчання у дітей з ТПМ (тяжкі порушення мовлення) є актуальним питанням.

**Мета статті** – уточнити поняття «мовленнєва компетентність» та описати її особливості у дітей з тяжкими порушеннями мовлення.

Питанням мовленнєвої компетентності займалися вітчизняні та зарубіжні лінгвісти, педагоги та психологи: А.М. Богущ, І.О. Зимня, М.І. Пентилюк, Т.О. Піроженко, Л.Л. Федорова, Д. Хаймз, Н. Хомський, О.В. Хуторський та багато інших. Вони відзначали, що оволодіння мовленням, як засобом пізнання мови на всіх її рівнях (фонетичному, словотворчому, лексичному, граматичному), грає велику роль в інтелектуальному розвитку людини, що в першу чергу забезпечує основу подальшого навчання, виховання та розвитку особистості.

За А. Богущ, поняття «мовленнєва компетентність» – це вміння адекватно і доречно практично користуватися мовою в конкретних ситуаціях (висловлювати свої думки, бажання, наміри, прохання тощо), використовувати для цього як мовні, так і позамовні (міміка, жести, рухи) та інтонаційні засоби виразності мовлення [1, с. 13].

Д. Хаймз висував поняття «мовна здатність» та розумів її як сукупність мовних навичок і знань мовця про використання мови в різних ситуаціях та безпосереднє користування ними у процесі комунікації.

Н. Хомський визначав таке поняття як «мовна (лінгвістична) компетентність» – це здатність розуміти і продукувати необмежену кількість

правильних у мовному відношенні речень за допомогою засвоєних мовних знаків і правил їх з'єднання. Це передбачає спроможність, необхідну для виконання певної, переважно мовної діяльності в рідній мові.

М. Пентилюк визначає мовленнєву компетентність як систему умінь (уміння вести діалог, сприймати, відтворювати і створювати усні й писемні монологічні й діалогічні висловлювання різних видів, типів, стилів і жанрів тощо), що необхідно людині для спілкування у різних ситуаціях.

На думку Т.Пироженко мовленнєва компетентність – це розвиненість невербальних засобів комунікації з точки зору індивідуальної вираженості, різноманітності, гармонійності, сформованість контактостановлювальних способів взаємодії; лінгвістичні характеристики мовлення: словникове багатство (точність використання лексики, адекватної ситуації спілкування), граматична правильність мовлення (зміна і погодженість слів відповідно до мовних норм, засвоєння синтаксису мовлення), фонетична правильність мовлення; засвоєння різноманітних форм мовленнєвого висловлювання [3].

Отже, поняття «мовленнєва компетентність» можна визначити, як вміння володіти нормами мови та технікою мовлення, а також уміння правильно використовувати вербальні та невербальні знакові системи у процесі комунікації.

Для того щоб визначити чи відповідає рівень мовного розвитку дітей з ТПМ заданим критеріям, слід розглянути, як мовлення розвивається у нормі, та які мовленнєві особливості спостерігаються у дітей з ТПМ.

У періодизації О. Леонтьєва [2], вказано, що у нормотипової дитини на період дошкільного віку (3 – 6 років) інтенсивно розвивається фонетичне сприйняття та звукосприйняття, що у подальшому дозволить оволодіти навичками звукового аналізу та синтезу; до 5 років формується звукова сторона мови; швидко збільшується словниковий запас, паралельно з ним відбувається розвиток граматичної сторони мовлення дитина оволодіває зв'язною промовою; формується відчуття мови, словотворчість. Під кінець дошкільного періоду діти володіють розгорнутим фразовим мовленням, яке фонетично, лексично та граматично оформлене правильно.

Розглядаючи мовленнєві особливості дітей з ТПМ напередодні шкільного навчання, дослідники (Г.А.Каше, І.А. Колповська, О.М. Мастюкова, Л.Ф. Спірова) прийшли до однакового висновку, що при специфічних порушеннях мовлення спостерігається недостатність всієї мовленнєвої ланки, а саме: недосконалість мовно–мисленневих процесів, що проявляються або на всіх структурних рівнях мови одночасно (у лексиці, граматиці, фонетиці та фонології), або вибірково, наприклад, на фонетико – фонетичному або на граматичному рівні. Це виражається у неможливості освоєння всього різноманіття правил функціонування різних мовних одиниць: фонем, лексем, граматичних форм і конструкцій, що в свою чергу, обумовлюють труднощі сприйняття всього різноманіття їх поєднань і маніпулювання ними для вираження власного задуму. Внаслідок цього, формування мовленнєвих умінь і навичок у таких дітей здійснюється досить

дисгармонійно. Недостатньо розвинуте словотворення та словозміна, словниковий запас не співпадає з віковими вимогами, зв'язне мовлення неповноцінне і як наслідок монологічне та діалогічне мовлення недорозвинене [4, с. 42].

Окрім цього у більшості дітей з ТПМ відмічається несформованість багатьох психічних функцій: зорового аналізу і синтезу, просторових уявлень; слухової та мовної диференціації звуків мовлення, порушення уваги, пам'яті, емоційно – вольової сфери. Поєднання дефектів звуковимови та несформованості психічних процесів, часто призводять до порушень окремих операцій письма та писемного мовлення взагалі [4]. Недосконалість мовленнєвої бази (звуження словникового запасу, аграматизми, несформованість звукової сторони мови), звукового та зорового аналізу та синтезу, мовно – мисленнєвих процесів стає причиною мовленнєвої некомпетентності дітей з ТПМ напередодні шкільного навчання.

Проведений аналіз дає можливість дійти висновку, що мовленнєва компетентність дітей з ТПМ напередодні вступу до школи не є сформованою та має певні особливості. Найчастіше це: недостатність словникового запасу, своєрідність зв'язного вислову діалогічного та монологічного, недостатня сформованість звукової сторони мови і як наслідок неготовність до звуко–буквеного аналізу і синтезу, порушення емоційно–вольової сфери, недостатність просторових уявлень та багато іншого, що стає на заваді формування базової мовленнєвої компетенції учня та негативно позначається на всіх навчальних показниках дитини.

Список використаних джерел:

1. Богуш А. М. Витоки мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку: програма та методичні рекомендації / Укл. А.М. Богуш. Київ : ІЗМН, 1997.
2. Глухов В.П. Основы психолінгвістики: учеб. пособие для студентов педвузов. – М.: АСТ: Астрель, 2005. – 351 с.
3. Піроженко Т.О. Комунікативно – мовленнєвий розвиток дитини: монографія. Київ: Нора – принт, 2002. – 311 с.
4. Чередниченко Н.В. Початковий курс навчання української мови молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ). Навч. – метод. посіб. (курс лекцій). Київ: Видавничий Дім «Слово», 2012. – 208 с.

УДК 376.37+159.95

Притиковська С. Д., Кинєва К. П.

## МЕТОДИ КОРЕКЦІЙНО-ЛОГОПЕДИЧНОЇ РОБОТИ ПРИ ДИЗАРТРІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

**Анотація:** у статті висвітлено загальні відомості про методи корекційно-логопедичної роботи при дизартрії у дітей дошкільного віку.

**Ключові слова:** дизартрія, методи, корекційно-логопедична робота.

**Постановка проблеми.** На сучасному етапі розвитку суспільства поява дітей із порушенням мовлення, а саме з діагнозом дизартрії, стає досить

поширеним як у світі, так і в нашій країні. Виявлені порушення звуковимови схожі з іншими артикуляторними розладами та мають значні труднощі для диференціальної діагностики, а потім для корекції. Дані порушення стають наслідком наступних відхилень в розвитку фонематичної, лексичної та граматичної сторін мовлення, впливають на рівень успішності та результативність навчання дітей, особливо виникають складнощі в опануванні читацьких і письмових навичок. Крім цього у зв'язку з даними вадами у дітей існують порушення в розвитку мовлення, комунікації та психоемоційного стану, що приводить до посилення ускладнень вдалої акомодатії в макросоціальному просторі.

Корекційна робота дітей з дизартріями дошкільного віку сьогодні в Україні залишається однією із найбільш складних та недостатньо вирішених логопедичних проблем. Останні десятиріччя вивчення мовленнєвого розвитку дітей з дизартріями здійснювалося, в основному, в руслі логопедагогічних позицій – йдеться переважно про лінгвістичний підхід. Виявляється глибока нестача досліджуваних інших структурних компонентів мовлення, які мають вагоме значення для загального поняття у логопедично-корекційній роботі з дітьми-дизартриками.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Етіологія, симптоматика дизартрії, механізми її розвитку, форми, види, патогенез, клінічні прояви, діагностика, структура дефекту, психолого-педагогічна характеристика та методи корекції мовлення дітей з дизартрією проводилися та аналізувалися в дослідженнях О. Архіпової, Л. Белякової, О. Вінарської, Н. Волоскової, М. Іполітової, Л. Журби, О. Корневої, Л. Лопатіної, О. Масюкової, І. Мамайчук, Н. Пахомової, О. Правдіної, С. Притиковської, Т. Філічевої, Г. Чіркиної, Brown, Morley та інших

**Метою статті** полягає у висвітленні загальних відомостей методів корекційно-логопедичної роботи при дизартрії у дітей дошкільного віку.

#### **Виклад основного матеріалу.**

Одна з поширених форм мовленнєвої вади – це дизартрія, яка має складне, суцільне порушення формування навичок мовлення, котрі активізують процес фонації: артикуляції, просодики, голосотворення, мовленнєвого дихання, що спричинене органічним ураженням на ранній стадії формування головного мозку або набуті у наслідок життєвих ситуацій.

Дизартрія – поняття, до якого включають мовленнєві порушення, має декілька форм, кожній притаманні особливості зі своїми характерними клінічними і мовленнєвими симптомами, які відтворюють функцію мовленнєвоутворювальної системи.

На початку ХХІ століття вчені розглядають проблему дизартрії на тлі сучасних інноваційних досліджень. В логопедичній діяльності розгортається діяльний пошук сучасних корекційно-педагогічних методик з метою усунення дизартрії у дітей дошкільного віку (О. Архіпова, В. Галущенко, С. Конопляста, Н. Пахомова, С. Притиковська, Д. Кисельов, М. Шеремет).

Логопедичні обстеження включають в себе аналіз стану фізичного

слуху, особливостей фонематичного сприйняття, мовного слуху, мовного контролю за власною мовою, мотивацію, інтенцію до спілкування, особливості мовної комунікації, розуміння і використання лексичних та граматичних засобів мови. Чим менша за віком дитина, чим нижче загальний рівень психомоторного і мовного розвитку, тим більше значення в діагностиці має аналіз немовних і моторних порушень. Необхідно обстежити тонування артикуляторних і скелетних м'язів, можливість виконання різних рухів, особливості звуковимови, стан ритміко-мелодійних якостей мовлення.

В програму обстеження дітей дошкільного та молодшого шкільного віку включають проби, що дозволяють оцінити всі види сприйняття, рівень розвитку просторових і часових уявлень, графічних навичок.

Проблеми диференційної діагностики дизартрії висвітлювалися у дослідженнях Л. Лопатіної, І. Панченко, М. Поваляєвої, Н. Серебрякової, Є. Соботович, О. Чернопольської та ін. З метою виявлення мінімальних проявів дизартрії використовують функціональні проби (М. Ейдінова, О. Мастюкова, О. Правдіна та ін.), у першій з яких дитину просять відкрити рот, висунути язик уперед і утримувати його нерухомо по середній лінії, одночасно слідкуючи очима за предметом, який учитель-логопед переміщує зі сторони в сторону. Результати проби свідчать про дизартрію, коли в момент руху очей спостерігається деяке відхилення язика у сторону переміщуваного предмета. Друга функціональна проба передбачає виконання дитиною артикуляційних вправ, під час якого руки вчителя-логопеда знаходяться на шиї дитини. Дизартричними проявами є закидання дитиною голови чи напруження шийної мускулатури під час виконання нею найбільш тонких диференційованих рухів язиком.

Програма корекції розробляється індивідуально для кожної дитини на основі класичних нейропсихологічних методів з використанням елементів тілесно-орієнтованої терапії, а також найбільш ефективних прийомів, запозичених із суміжних дисциплін (дефектологія, логопедія, сенсорна інтеграція, ЛФК, арт-терапія, психоаналіз, поведінкова терапія).

У комплексній системі корекційних заходів логопедичний масаж передують артикуляційну, дихальну і голосову гімнастику. Масаж в логопедичній практиці використовується при корекції різних порушень: дизартрії, ринолалії, афазії, заїкання, алалії. Правильний підбір масажних комплексів сприяє нормалізації м'язового тону органів артикуляції, покращує їх моторику, що сприяє корекції мовленнєвої сторони.

Масаж давно визнаний фахівцями як дієвий засіб при корекції порушень мовлення. З цієї метою можна застосовувати такі види масажу: 1) тонізуючий або розслаблюючий (диференційований) масаж, який базується на прийомах класичного масажу; 2) тонізуючий або розслаблюючий масаж біологічно активних точок (БАТ), або точковий масаж; 3) масаж з використанням спеціальних пристосувань або «зондський» масаж по Е. Новікової (логопедичні зонди, шпатель, зубна щітка, голчастий молоточок, вібромасажер і т. п.); 4) самомасаж [2, С. 103].

Професор І. Заблудовський є одним з основоположників вітчизняної системи масажу. Ним було запропоновано метод масажу обличчя, який не втратив свого значення до теперішнього часу і, який може з успіхом застосовуватися в логопедичній практиці [1, С. 30].

У логопедичній роботі з корекції звуковимови у дітей з патологіями будови органів артикуляції Н. Григоренко та С. Цибульський [4] пропонують використовувати в поєднанні з традиційною артикуляційною гімнастикою елементи міогімнастики, розробленої в ортодонтії в цілях формування і нормалізації функції м'язів щелепно-лицьової області в процесі корекції деформацій зубощелепної системи і ротової порожнини.

Такий комплексний підхід сприятиме: по-перше, більш швидкому і стійкому формуванню артикуляційних навичок дітей, що мають звуковимовні розлади, ускладнені деформаціями будови органів артикуляції; по-друге, цілеспрямованої корекції патологічного розвитку функції жувальних і мімічних м'язів, що спостерігається при аномаліях зубощелепної системи і ротової порожнини; по-третє, за своєчасної нормалізації м'язових функцій щелепно-лицьової ділянки, прискореному просуванню ортодонтичного лікування [4, С. 67 – 69].

Психогімнастика – це курс спеціальних занять (етюдів, вправ та ігор), спрямованих на розвиток і корекцію різних сторін психіки дитини (як її пізнавальної, так і емоційно-особистісної сфери). Психогімнастика примикає до психолого-педагогічних та психотерапевтичних методик, спільним завданням яких є збереження психічного здоров'я та попередження емоційних розладів у дітей. Основна мета – усунення перешкод для спілкування, розвиток кращого розуміння себе та інших, зняття психічного напруження, створення можливостей для самовираження.

Таким чином, дітям, які пройшли курс психогімнастики, стає простіше спілкуватися з однолітками, легше висловлювати свої почуття і краще розуміти почуття інших. У них виробляються позитивні риси характеру (впевненість, чесність, сміливість, доброта і т. п.), зживає невротичні прояви (страхи, різного роду побоювання, невпевненість).

Найбільш виражено артикуляційна моторика порушена у дітей з дизартрією (О. Архіпова, О. Мастюкова, М. Поваляєва та інші). В залежності від симптоматики, яку діагностують при цьому порушенні мовлення, визначають і цільову установку при проведенні корекції артикуляційної моторики. Зокрема, при наявності млявості – метою є активізація тих груп м'язів, які були уражені. При спастичній симптоматиці, ригідності та наявності гіперкінезів – метою проведення корекційної роботи буде регуляція тонусу уражених м'язів [3, С. 53].

У процесі корекційно-розвивальної роботи артикуляційна гімнастика – важлива складова корекційно-розвивальної та навчально-виховної роботи в логопедичній групі. Для дошкільників артикуляційна гімнастика є не лише передумовою формування фонетикофонематичної компетентності (Ю. Рібцун), а й своєрідним тренажером, що допомагає їм збагачувати

словниковий запас, удосконалювати граматичну будову та зв'язне мовлення, розвивати психічні процеси (сприймання, увагу та пам'ять різних модальностей, кінетичний і кінестетичний праксис), досягати поставленої мети – формування чіткого правильного мовлення.

Науковець С. Д. Притиковська вважає, що розвиток мовлення нерозривно пов'язаний з розвитком темпоритмічних здібностей. Формуючись у дошкільному віці, такі здібності об'єднують і координують усі складові мовлення, а також відіграють велику роль у розвитку дитини та становленні різних видів її діяльності. Дослідження вбачає в вивченні особливостей розвитку оперативної мовленнєво-рухової пам'яті за допомогою степ-гімнастики та мовленнєво-ритмічних ігор на клавішах як підґрунтя формування плануючої функції мовлення [6].

На сьогодні з огляду на великий практичний досвід і створення абсолютно нових методів існує напрямок в корекційній роботі з дизартриками – кінезіотейпінг. Практик Д. Кисельов стверджує, що варіації кінезіотейпінга настільки безмежні, що показати їх усі не представляється можливим. Гідність даного методу в тому, що він має великий потенціал впливу на абсолютно різні рівні патологічних процесів і різні ланки фізіологічної регуляції. Ефективність же дії залежатиме від самого спеціаліста, завдання якого вибрати найбільш підходящий варіант, коли це саме різноманітність дасть максимально позитивний результат [5, С. 152].

Доцільно включати в корекційно-розвиваючі заняття з дітьми вправи, засновані на образотворчій діяльності дитини, яка займає в житті дитини друге місце після ігрового. На значення творчості для розвитку дитини, її особистості вказували багато дослідників (Л. С. Виготський, Б. М. Теплов та ін.). Малювання розвиває зорово-моторну координацію, погодить міжпівкульна взаємодія, ізотерапевтичне заняття спосібствует розвитку діяльності та самооцінки дітей (Кисильова М.В., 2006).

**Висновки.** Для забезпечення ефективної корекційно-логопедичної роботи з дитиною-дизартриком дошкільного віку обов'язкове проведення різних досліджень, в тому числі виявлення та складання історії розвитку дитини представлений за допомоги анкетних даних про дитину та загальними відомостями про сім'ю; особливостей розвитку дитини у перинатальному періоді; раннього психологічного та моторного розвитку дитини (до трьох років); стану здоров'я дитини на момент обстеження та навколишнього оточення дитини.

Корекційно-логопедична програма для дитини з дизартричними вадами, має особливості у кожній віковій групі та диференційовано-індивідуальний підхід. Метою роботи логопеда має бути не тільки впровадження вправ з мовленнєвої корекції, а й вивчення індивідуальних особливостей дитини та формування соціального простору для стабілізації емоційно-чуттєвого та психічно-фізичного стану.

У найкращому випадку реалізація корекційно-логопедичної роботи має відбуватися у процесі спілкування дитини – логопеда – родини на ранньому

періоді життя, у комфортному для дитини середовищі. Саме ці умови забезпечуть ефективне підвищення рівня інформованості та мотивації батьків з контролю мовленнєвого розвитку дитини; розкриття емоційного та чуттєвого стану дитини; компенсування та попередження порушень в психофізичному розвитку, навчальній діяльності та емоційно-вольовій сфері.

Список використаних джерел:

1. Архипова Е. Ф. Логопедический массаж при дизартрии М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2008. – 115 с.
2. Блудов А. А., Белова Н. В. Дизартрия. NET. Лечение нарушений произношения у детей и взрослых. DVD с аудио-ивидеопрограммами. – СПб.: Наука и Техника, 2009. – 160 с., + DVD. – (видеодоктор)
3. Гаврилова Н. С. Класифікація порушень артикуляційної моторики. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць: вип. 7, у 2 т./ за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. – Кам'янець-Подільський: ПП Медобори-2006, 2016. – Т.1. – 452 с.
4. Григоренко Н. Ю., Цыбульский С. А. Диагностика и коррекция звукопроизносительных расстройств у детей с нетяжелыми аномалиями органов артикуляции (учебно-методическое пособие). – М.: Книголюб, 2005. – 144 с., С. 67-69 – Режим доступу: [http://pedlib.ru/Books/7/0107/7\\_0107-71.shtml#book\\_page\\_top](http://pedlib.ru/Books/7/0107/7_0107-71.shtml#book_page_top)
5. Киселев Д. А. Кинезиотейпинг в лечебной практики неврологии и ортопедии. – СПб.: Питер, 2015. – 168 с.
6. Притиковська С. Д. Теоретичні та методичні аспекти розвитку темпоритму мовлення засобами музично-ритмічного та фізичного виховання / С. Д. Притиковська // Актуальні питання корекційної освіти / С. 248-259. – Режим доступу: <http://aqce.com.ua/>

УДК 376.37+159.95

Притиковська С. Д., Лучко М.Г.

## ВИКОРИСТАННЯ АПАРАТНИХ МЕТОДІВ НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЇ ПРИ МУЛІТІДИСЦИПЛІНАРНОМУ ПІДХОДІ ДО ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ

У статті зроблено огляд апаратних методів нейровізуалізації, які входять до переліку комплексного обстеження дітей з порушеннями психо-мовленнєвого розвитку.

This article reviews the hardware methods of neuroimaging, which are included in the list of comprehensive examination of children with psycho-speech development disorders.

**Ключові слова:** методи нейровізуалізації, комплексне обстеження, порушення психо-мовленнєвого розвитку.

**Keywords:** neuroimaging techniques, comprehensive examination, violation of psycho-speech development.

**Постановка проблеми.** Останнім часом в Україні зростає кількість дітей різного віку з коморбідними порушеннями психо-мовленнєвого



розвитку неясного генезу. Для того, щоб якісно та своєчасно надати необхідну допомогу, що включає психолого-педагогічну корекцію в рамках концепції «раннього втручання», необхідно всій команді супроводу, в тому числі й логопедам, психологам, реабілітологам орієнтуватися в сучасних методах діагностики в межах своєї компетенції. Такі навички та вміння допоможуть за потреби вчасно скерувати дитину до вузького медичного спеціаліста, та краще зорієнтуватися у виборі методів абілітації та корекції, що надасть можливість підвищити якість життя дитини та її родини в цілому, а при ранній та своєчасній допомозі – стати повноцінним членом суспільства.

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Про необхідність орієнтування педагогічних працівників в медичних аспектах пише Ю.В. Рибцун: «Ефективний пошук шляхів подолання мовленнєвих вад залежить насамперед від наявності в педагога ґрунтовних знань етіології та патогенезу порушень, уміння проводити якісну диференційовану діагностику» [3].

А. Аністратенко підкреслює важливість мультидисциплінарного підходу в комплексній реабілітації дітей: «Комплексна реабілітація дитини з нейросенсорними вадами являє собою чітко спланований і відрегульований комплекс заходів медичного практичного втручання, превентивних медичних заходів, що проводяться без відриву від психолого-розвивального та навчально-виховного складників, які в поєднанні складають реабілітаційний процес» [1].

Також дану проблему вивчали вітчизняні та іноземні спеціалісти, які визначали необхідність в комплексному мультидисциплінарному підході в роботі команди супроводу, що неможливе без орієнтування педагогічних працівників в медичних аспектах і навпаки.

**Мета статті:** розкрити механізми основних методів нейровізуалізації, які допоможуть логопедам, психологам, реабілітологам, як команді супроводу дитини, краще орієнтуватися в сучасних методах нейровізуалізації при мультидисциплінарному підході до комплексного обстеження дітей з порушеннями психо-мовленнєвого розвитку.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Методи нейровізуалізації – загальна назва методів, що дозволяють візуалізувати структуру, функції та біохімічну характеристику головного мозку.

За принципом дій поділяють:

- а) Електрофізіологічні
- б) Ультразвукові
- в) Рентгенівські
- г) Магнітно-ядерні

*Ком'ютерна томографія* – рентгенологічний метод дослідження, що базується на вимірюванні поглинання рентгенівського випромінювання різними за щільністю тканинами. В результаті сканування отримують пошарові поперечні ( аксіальні) зображення об'єкта в двох площинах. З цих тінювих проєкцій досліджуваного об'єкта автоматично конструюють форму об'єкта.

Відмінність від звичайного рентгенівського знімку полягає в тому, що на ньому ми бачимо лише тіні всіх органів, які накладаються одна на одну, а комп'ютерна томографія дає можливість отримати зображення певного зрізу органа або комплексу всіх органів.

Використовують КТ при дослідженні голови для аналізу стану покривних тканин, кісток черепа, речовини головного мозку і стану лікворної системи.

При обстеженні можна виявити:

1. Структурні аномалії – пухлини, аневризми, гідроцефалію.
2. Запальні захворювання – абсцес, енцефаліт.
3. Судинні захворювання – крововиливи, субдуральні (епідуральні гематоми), ішемічний інсульт.
4. Переломи основи черепа.
5. Травми головного мозку.

*Трьохвимірна комп'ютерно-томографічна реконструкція (ТКТР)* – метод, що дозволяє розширити можливості КТ голови, завдяки ньому отримують об'ємні зображення кісток, м'яких тканин, судин в різних площинах і під різними кутами. Для отримання ТКТР під різними кутами роблять проєкції зрізів черепа (від 3 до 6), що забезпечує формування стереоскопічного зображення заданої зони черепа і головного мозку, при цьому виникає можливість виявити деталі ушкодження черепа складної конфігурації, вивчення їх, як з зовнішньої сторони, так і з внутрішньої сторони кісток черепа.

*Магнітно-резонансна томографія (МРТ)* – це томографічний метод дослідження внутрішніх органів і тканин з використанням фізичного явища ядерного магнітного резонансу.

Виділяють такі види МР-досліджень в залежності від поставлених задач:

*Дифузна оптична МРТ* — спосіб медичної візуалізації, що використовує інфрачервоне випромінювання для зображення тіла людини. Технологія вимірює оптичну абсорбцію гемоглобіна і спирається на спектр його поглинання в залежності від насиченості киснем. Дифузну МРТ застосовують для діагностики інсультів та інших неврологічних порушень (наприклад, розсіяного склерозу).

*МР-перфузія* - метод, що дозволяє оцінити проходження крові через судини різних тканин організму, зокрема тканин мозку і печінки. Метод дозволяє визначити ступінь ішемії головного мозку та інших органів.

*МР-спектроскопія* (магнітно-резонансна спектроскопія (МРС)) — метод, що дозволяє виявити біохімічні зміни тканин при різних захворюваннях. МР-спектри відображають процеси метаболізму. Порушення метаболізму, як правило, виникають до появи клінічних проявів захворювання, тому на основі даних МРС можна діагностувати захворювання на ранніх етапах розвитку.

Види МРС:

- МРС внутрішніх органів;

- МРС біологічних рідин;
- МР-ангіографія.

*Магнітно-резонансна ангіографія (МРА)* – метод отримання зображення кровоносних судин за допомогою магнітно-резонансного томографа. Метод дозволяє оцінювати, як анатомічні, так і функціональні особливості кровотоку.

МРА ґрунтується на відмінності сигналу рухомої тканини (крові) від сигналу навколишніх нерухомих тканин, що дозволяє отримувати зображення судин без застосування будь-яких рентгеноконтрастних засобів. Для отримання більш чіткого зображення застосовують особливі контрастні речовини на основі парамагнетиків (гадоліній).

*Функціональна МРТ (фМРТ)* – метод картування кори головного мозку, що дозволяє визначити для кожного пацієнта індивідуальне розташування та особливості функціонування ділянок мозку, які відповідають за рух, мову, зір, пам'ять та інші функції. Цей метод базується на парамагнітних властивостях оксигенованого і дезоксигенованого гемоглобіну і дає можливість побачити зміни кровообігу головного мозку в залежності від його активності. Суть методу полягає в тому, що при роботі певних ділянок мозку в них посилюється кровотік, тобто такі зображення показують, які ділянки головного мозку активовані (і яким чином) при виконанні певних завдань. У процесі проведення фМРТ пацієнту пропонують виконати певні завдання, потім реєструють ділянки з посиленням кровотоком та накладають їхнє зображення на звичайну МРТ мозку. Отже, фМРТ можна використовувати, щоб показати структури головного мозку і процеси, пов'язані зі сприйняттям, мисленням та рухом. При цьому дослідженні дуже показово видно ішемію.

*Магнітоенцефалографія (МЕГ)* – технологія нейровізуалізації, яку використовують для вимірювання магнітних полів, які виникають внаслідок електричної активності головного мозку, а для цього використовують особливо чутливі пристрої. До цього методу звертаються, коли потрібно виміряти безпосередньо електричну активність нейронів, бо це більш чутливий, ніж фМРТ метод з дуже високою роздільною здатністю в часі, але в маленькому просторі. Перевага вимірювання таких магнітних полів в тому, що вони не спотворюються оточуючими тканинами.

*Позитронно-емісійна томографія (ПЕТ)* – базується на використанні фізичних властивостей ізотопів – радіоактивних форм простих атомів (такі як водень, кисень, фтор), котрі при розпаді утворюють позитрони. Радіоактивні атоми поєднуються в більш складні молекули, такі як кисень, вода або глюкоза. При проведенні ПЕТ – дослідження радіоактивні речовини вводять в кров пацієнтів і вони по судинам досягають головного мозку. Ці речовини поглинаються клітинами певних відділів головного мозку. Позитрони, зіштовхнувшись з електронами, зникають з утворенням 2-х гамма-квантів на кожне зіткнення. Ці гамма-кванти реєструють спеціальні датчики, які розташовані навколо голови пацієнта. Слід відмітити, що кількість зіткнень прямо пропорційна нестабільній активності відповідної

ділянки головного мозку. Тобто, чим активніша ділянка мозку, тим більше ізотопів вона поглинає, і тим більший рівень гама-випромінювання буде реєструватися в даній ділянці.

*Транскраніальна ультрасонографія (ТУС)* – відноситься до ультразвукових методів дослідження, принцип дії яких полягає в передачі високочастотних звукових імпульсів в тіло пацієнта. Поширюючись по тілу, ультразвук досягає меж між тканинами різної щільності, від яких хвилі відбиваються по-різному. Ці ехосигнали фіксуються спеціальним датчиком, після чого відображаються на моніторі у вигляді зображення. За допомогою спеціального приладу УЗД і підбраного датчика, із застосуванням нової методики огляду, стало можливо бачити й оцінювати структури мозку через кістки черепа у дітей і дорослих практично будь-якого віку. Крім структур мозку добре видно: пухлини, кісти, посттравматичні крововиливи, що дозволяє своєчасно визначити тактику і метод лікування, що в свою чергу визначає прогноз результату захворювання.

*Електроенцефалографія (ЕЕГ)* – принцип методу заснований на реєстрації спонтанних біоелектричних потенціалів головного мозку з поверхні черепа через неушкоджені покриви голови і являє собою запис сумарної електричної активності нейронів мозку. Метод надає інформацію про фізіологічну активність, функціональний стан, наявність вогнищевих уражень головного мозку.

*Викликані потенціали (ВП)* - сучасний високоінформативний метод дослідження функцій головного мозку, зорового і слухового аналізаторів, який дозволяє здійснювати реєстрацію відповідей нервів і різних відділів центральної нервової системи на подразники, що дає можливість судити про стан та функціональну активність нервових трактів, диференціювати діагноз, контролювати ефективність лікування неврологічних захворювань, давати прогноз розвитку. При стимуляції периферичних нервів, або у відповідь на слухові або зорові стимули, в корі головного мозку формуються електричні відповіді, які записуються за допомогою спеціального обладнання.

Метод дозволяє виявити порушення в нервових структурах, які можуть бути не видно на МРТ.

В залежності від модальності аналізатора, яким вони генеруються, ВП поділяють на:

- Зорові викликані потенціали;
- Акустичні стовбурові викликані потенціали;
- Когнітивні викликані потенціали;
- Соматосенсорні викликані потенціали;
- Вегетативні, або шкірні симпатичні викликані потенціали.

**Висновки.** Команді супроводу, а саме логопедам, психологам та реабілітологам для кращого надання психолого-педагогічної допомоги потрібно розглядати проблему дитини не тільки з боку педагогіки, бачити й коректувати не тільки педагогічну проблему, а системно, комплексно, в тому числі й включаючи медичні аспекти, звісно ж в межах своєї компетенції. Для

цього потрібно краще орієнтуватися в багатьох аспектах методів діагностики та нейровізуалізації. Ці знання також стануть в нагоді для досягнення консенсусу між педагогічними та медичними працівниками для визначення єдиного вірного вектору реабілітації та абілітації.

Список використаних джерел:

1. Аністратенко А. Катамнестичне спостереження та реабілітація дітей з перинатальною патологією, уродженими вадами розвитку та спадковими захворюваннями. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина* Т. VI, No 4(22), 2016. С. 55-59.
2. Гриб В.А. Діагностичні алгоритми в неврології / В.А. Гриб, Н.П. Яворська, В.В.Смілевська, С.І.Геник; за ред. проф. В.А.Гриб та доц. Н.П.Яворської. - 3-є видання, виправлене й доповнене. Київ: Видав-й дім Медкнига, 2017. 48 с.
3. Кропотков Ю.Д. Количественная ЭЭГ, когнитивные вызванные потенциалы мозга человека и нейротерапия / Перевод с английского под ред. В.А. Пономарева. Донецк: Издатель Заславский А.Ю., 2010. 512 с.
4. Неврологія: підручник / І.А. Григорова, Л.І. Соколова, Р.Д. Герасимчук та ін.; за ред. І.А. Григорової, Л.І. Соколової. – 3-є вид., переробл. та допов. Київ: ВСВ «Медицина», 2020. 640 с., 32 с. кольор. вкл.
5. Рібцун Ю. В. Професійний довідник учителя-логопеда дошкільного навчального закладу. Харків: Вид. група «Основа», 2012. 239 [1] с. (Серія «Професійний довідник»).

УДК 376.37+159.95

Притиковська С. Д., Тіхонова О. М.

### МОТОРНА АЛАЛІЯ: ІСТОРІЯ ВИВЧЕННЯ, СУТНІСТЬ, ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ

У статті зроблено огляд історичних аспектів вивчення моторної алалії, визначено етіопатогенез складних мовленнєвих порушень при моторній алалії.

The article reviews the historical aspects of the research of motor alleles, determines the etiopathogenesis of complex speech disorders in motor alleles.

Ключові слова: моторна алалія, комплексне обстеження, порушення психо-мовленнєвого розвитку.

Keywords: motor alleles, comprehensive examination, violation of psycho-speech development.

Одним з найбільш складних мовленнєвих порушень є алалія. У літературі, присвяченій порушенням мовлення, цей термін зустрічається ще з давніх пір. Більшість лікарів з'єднувала в поняття «алалія» всі форми втрати мовлення. В різні часи для позначення цього порушення мовлення, особливо в зарубіжній літературі, крім терміна «алалія» використовувалось і багато інших термінів, наприклад:

вроджена афазія або онтогенетична афазія – на противагу поняттю афазія, що позначає втрату чи розпад мовлення унаслідок ураження мовленнєвих зон кори головного мозку у дітей після 3 років та в дорослих;

дисфазія – що вказує на схожість та одночасно й відмінність названої мовленнєвої патології та афазії;

слухонімота – термін, який використовували для позначення відсутності мовлення в дітей з нормальним слухом на протигагу терміну глухонімота, що позначав відсутність мовлення в глухих.

Поступово ці терміни стали розмежовувати. Остаточо термін «алалія» виокремлюється лише у 30-ті роки ХХ ст. та остаточно закріплюється у середині ХХ ст.

У вивченні алалії значний вклад внесли І. Франк, Р. Шультеес (1830), А. Кусмауль (1877), Р. Коен (1888), Г. Гуцман (1894), А. Лібман (1900), М. Богданов-Березовський (1909), Е. Фретельс (1931), а в більш пізній час Л. Волкова, М. Хватцев, Н. Трауготт, В. Орфінська, Б. Гриншпун, Р. Левіна, Л. Мелехова, Г. Мацієвська, Є. Соботович, О. Мастюкова, В. Ковшиков, С. Шаховська, В. Воробйова, М. Шеремет та інші дослідники.

Отже, алалія (від грец. *a* - частка, що означає заперечення, і лат. *Lalia* - мовлення) - відсутність або системне недорозвинення мовлення внаслідок органічного ураження мовних зон кори головного мозку у внутрішньоутробному або ранньому періоді розвитку дитини [3].

В залежності від того, які мовленнєві центри були уражені, розрізняють сенсорну (імпресивну) і моторну (експресивну) алалії.

Якщо був уражений центральний відділ мовнослухового аналізатору, то це сенсорна алалія. Цей патологічний стан дитини характеризується важким недорозвиненням сприйняття мовлення, і як наслідок недорозвиненням власного мовлення. Слух у дитини збережений, але вона погано розуміє, або зовсім не розуміє звернене мовлення.

При моторній алалії уражений центральний відділ мовнорухового аналізатора. Дитина розуміє звернене мовлення, але її власне мовлення не розвивається, тому що дитина з вищевказаним порушенням просто не може знайти та відтворити правильну послідовність звуків у слові та слів у реченні.

Відповідно до клінічних спостережень, в порівнянні з імпресивною (сенсорною) експресивна (моторна) алалія зустрічається значно частіше (точні статистичні дані відсутні) [1].

Проаналізуємо сучасні наукові уявлення про моторну алалію як однієї із тяжких, стійких та поширеніших форм патології мовленнєвої діяльності.

В логопедичній літературі моторною алалією називають системне недорозвинення експресивного мовлення центрального органічного характеру, обумовлене несформованістю мовних операцій процесу породження мовленнєвих висловлювань при відносному збереженні смислових і сенсомоторних операцій [3].

Згідно з визначення Є. Соботович, моторна алалія – це важке недорозвинення експресивного мовлення, викликане органічним ураженням вищих рівнів (мовного і гностико-праксичного) мовної функціональної системи [4].

В. Ковшиков вважав, що з двох термінів, що застосовуються для позначення форми алалії, при якій збережені слухове сприйняття, розуміння мови, але порушено вираз, говоріння, а саме, з термінів «моторна» і «експресивна», останній видається більш вдалим, так як в ньому зафіксовано типове для даної форми патології мовної діяльності розлад мовного (мовленнєвого) вираження і одночасно знята жорстка прихильність цього розладу до його механізму, про який поки що ще дуже мало відомо [1].

Особливість і складність моторної алалії полягає в системному недорозвиненні мовлення, тобто в порушенні усіх її сторін: синтаксичної, морфологічної, лексичної і фонематичної. Мовлення у дітей розвивається з грубими відхиленнями або зовсім не формується самостійно і без логопедичної допомоги.

Моторна алалія представляє собою складний розлад і характеризується не тільки відсутністю або дефіцитарністю усного висловлювання, а і цілим комплексом взаємопов'язаних між собою дефектів. У структуру цього розладу входять: специфічне важке недорозвинення мовлення; своєрідні особливості формування у дітей складних рухових дій; загальні для всіх видів аномального розвитку і специфічні закономірності формування психічної діяльності.

Маючи на увазі складну структуру цього розладу, деякі автори називають його симптомокомплексом моторної алалії або ідентифікують з первинним важким недорозвиненням мовлення, яке спостерігається у дітей з первинно збереженим інтелектом, нормальним слухом і достатніми мовно-руховими функціями [5].

Етіологія моторної алалії пов'язана з осередковими екзогенно-органічними ушкодженнями головного мозку, а саме - моторних центрів мовлення, розташованих в задній третині нижньої лобової звивини і постцентральної відділах кори домінантної півкулі. На ранніх етапах онтогенезу формуються мозкові структури вкрай вразливі до різних впливів, тому їх пошкодження супроводжується порушенням як мовленнєвих, так і немовленнєвих процесів. Можна виділити наступні шкідливі чинники:

Пренатальні причини - це група фізичних, біологічних, хімічних, метаболічних факторів, що впливають на центральну нервову систему плода, а саме: вірусні інфекції вагітної, що викликають церебральні порушення у дитини (краснуха, токсоплазмоз, цитомегалія та ін.); ендокринні хвороби матері (діабет), важкі токсикози вагітності, гіпоксія плода, імунологічний конфлікт по Rh-фактору; фізичні і психічні травми вагітної, безконтрольний прийом жінкою лікарських препаратів; куріння і вживання алкоголю; вплив радіації та ін.

Інтранатальні причини: внутрішньочерепні родові травми і асфіксія новонародженого, що призводять до пошкодження центрів моторної реалізації мовлення і загибелі нейронів; стрімкі пологи, медикаментозна стимуляція, розродження за допомогою акушерських щипців; гіпоксія плода..

Ранні постнатальні патології: перенесені у віці до одного року ЧМТ, менінгіти і енцефаліти, пухлини з локалізацією в зоні Брока, соматичні захворювання (рахіт, гіпотрофія), часті інфекційні захворювання, що викликають виснаження ЦНС; соціально-психологічні умови, в яких знаходиться дитина (недолік вербального спілкування, емоційна депривація).

Переконливих наукових даних в літературі про роль сімейного анамнезу в етіології алалії не наводиться, але такі автори, як Р. Коен (1888 р.), М. Земан (1961 р.), Р. Лухзінгер, А. Салей (1977) все ж таки підкреслювали роль спадковості та сімейної схильності.

Треба зауважити, що при детальному вивченні анамнезу дитини з моторною алалією в більшості випадків можна виділити вплив не одного, а цілий комплекс патологічних факторів.

На тяжкість моторної алалії безпосередньо впливає локалізація ураження та час пошкодження головного мозку. Тобто найбільш грубі мовні порушення виникають при впливі шкідливих факторів в I триместрі гестації, менш виражені і виборчі - після народження.

Щодо локалізації ураження при моторній алалії, то у сучасній клінічній літературі домінують дві точки зору:

1. Для моторної алалії характерне дифузне ураження головного мозку стертого характеру. Ці мінімальні ураження зачіпають обидві півкулі та носять білатеральний характер; можливий локальний характер ураження головного мозку. Електроенцефалографія (ЕЕГ) дітей із моторною алалією виявили особливості біопотенціалів мозку, що свідчать про зниження активності центральної нервової системи та патологічний характер хвиль в деяких областях мозку. При цьому різні автори вказують на різну локалізацію патологічних проявів. Так, наприклад, Р. Белова-Давид вказує на ураження скроневої і потилично-тім'яних областей різних півкуль. У деяких дітей із моторною алалією поєднується ураження скроневої та лобної областей мозку. Є. Мастюкова виявила у деяких дітей недолік функціонування тім'яно-потиличної області домінантної півкулі та ураження підкіркових областей.

2. Прихильники другої концепції пояснюють мовленнєву несформованість моторною недостатністю.

Більшість авторів пов'язують алалію з кінетичною або кінестетичною апраксією. Так, на думку Р. Белової-Давід, Г. Гуцмана, Р. Коена, В.Орфінської, Н. Трауготт та інших дослідників можна виділити дві форми апраксічних розладів: кінетичну (сферентну) та кінестетичну (аферентну).

Механізмом порушення мовлення при сферентній моторній алалії є кінетична (недостатня плавність автоматизованих рухових навичок), при аферентній – кінестетична апраксія (недостатня точність окремих довільних рухів).

При аферентній моторній алалії може відзначитися кінестетична артикуляторна апраксія (або її елементи). Дитина не може знайти окремі артикуляції, мовлення характеризується замінами артикуляційно схожих



звуків. Дитина також не може відтворити, повторити слово, словосполучення. Правильна артикуляція в мовленні закріплюється насилу.

При еферентній моторній алалії може спостерігатися кінетична артикуляторна апраксія (або її елементи). У цьому випадку у дитини страждає перемикання від однієї артикуляції до іншої, дитині важко включитися в рух, виконувати серію рухів. У мовленні дітей спотворена складова структура слів (при цьому порушення звуковимови відходять на другий план), можуть спостерігатися персеверації (патологічне мимовільне повторення одних і тих же елементів мовлення).

Проте моторна алалія не зводиться лише до порушення моторної сторони мовлення, тому виникла потреба у більш детальному дослідженні психічних процесів та функцій даної категорії дітей.

Значно серйознішими є порушення діяльності засвоєння та використання мови, що трапляються при моторній алалії, через які, власне, її й відносять до групи мовних порушень. Виходячи з цього, Є. Соботович розглядала алалію з урахуванням психолінгвістичної структури та механізмів мовленнєвої діяльності, а тому розмежувала моторну алалію на дві форми: з переважанням порушення парадигматичної (цілісність) чи синтагматичної (послідовність мовних одиниць) систем мови. Означені мовні порушення проявляються в труднощах оволодіння та використання дитиною синтагматично та парадигматично організованих мовних одиниць, пов'язаних зі звуко-складовою структурою слова, синтаксисом, словотвором, морфологічною словозміною, процесами трансформації внутрішньої структури вислову у поверхнєву, розумінням складних логіко-граматичних конструкцій тощо [5].

З розвитком нейрофізіологічного та нейропсихологічного підходів до дослідження механізмів порушення при моторній алалії та залученні методів нейровізуалізації мозкової діяльності з'явилися нові погляди на етіологію алалії. В. Кудрявцева, В. Трошихін, І. Деміна та ін. пов'язують механізм алалії зі слабкістю процесів збудження та гальмування, їх інертністю, слабкістю замикаючої функції кори головного мозку та порушенням взаємодії сигнальних систем із переважаючою слабкістю другої сигнальної системи [2].

Розглядаючи алалію з позицій нейроонтогенезу О. Мастюкова визначає ураження дифузного характеру (мінімальна мозкова дисфункція), що призводить до порушення механізмів внутрішнього мовлення. Автор стверджує, що у дітей є специфічні розлади другої сигнальної системи, страждає формування лабільних, пластичних систем тимчасових зв'язків, або динамічних часових зв'язків та порушується система випередження і зворотнього зв'язку, тобто порушується процес внутрішнього програмування майбутньої фрази.

У контексті логопедії нейропсихологічний підхід є продуктивним і перспективним, завдяки можливості інтеграції педагогічної діяльності та нейропсихологічних компетенцій, що використовуються у логопедичній

роботі. Така інтеграція є значущою, оскільки дозволяє при аналізі особливостей дитини та кваліфікації її мовленнєвого статусу виявити механізми і внутрішній зміст тих процесів, які традиційними логопедичними підходами визначаються за їх зовнішніми, симптоматичними проявами. Т. Візель у дослідженні «безмовленнєвих» дітей визначає причину цього у незначній ролі співпраці логопедів, психологів із лікарями та нейрофізіологами. Спеціальні диференційно-діагностичні дослідження в рамках нейропсихології та нейролінгвістики в галузі мовленнєвих порушень на сьогодні є досить фрагментарними, проте вони мають пряме відношення до проблеми моторної алалії зокрема [2].

Можна зробити висновок, що в розкритті сутності моторної (експресивної) алалії важливе місце займає вивчення етіології та механізмів порушення. Проаналізувавши наявну літературу, можемо узагальнити, що етіологія моторної алалії частіше носить комплексний характер. Як правило, поєднуються два ряди причин: генетичні детермінанти та екзогенно-органічні ушкодження головного мозку.

Що стосується механізмів порушення, то у більшості випадків їх знання дозволять визначити методи і засоби корекційної роботи. Однак, і на сьогодні проблема механізмів порушення при моторній алалії залишається суперечливою та невирішеною.

Список використаних джерел:

1. Ковшиков В.А. Экспрессивная алалия. – М.: «Институт общегуманитарных исследований», В. Секачев, 2001. – 96 с.
2. Коломієць, Ю. В. До проблеми механізмів алалії / Ю. В. Коломієць, В. В. Апухтіна // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. - Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2013. - Вип. 23. - С. 120-123.
3. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 680 с.
4. Логопедия. Підручник. За ред. М. К. Шеремет. – К. : Видавничий Дім "Слово", 2010. – 376 с: іл.
5. Собонович Е. Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции : (дети с нарушением интеллекта и мотор. алалией) / Е. Ф. Собонович. – М.: Классикс стиль, 2003. – 160 с.

Соколова Г. Б., Костенко Д. А.

## ПРОБЛЕМА ЗАЇКАННЯ У НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

Реформування спеціальної освіти передбачає значну перебудову змісту корекційних технологій, що використовуються в роботі з дітьми з особливими потребами. Значна увага в цьому напрямку приділяється мовленнєвій підготовці дітей.

Заїкання є одним із досить складних і стійких мовленнєвих розладів. Незважаючи на те, що багато аспектів цієї проблеми розглядаються науковцями та практиками давно, вона і на сьогодні залишається досить актуальною.

Заїкання є досить складним та багатокомпонентним порушенням мовлення. Тому для його подолання слід докласти багато зусиль та проводити сумісну, скоординовану роботу з дитиною, її родиною та спеціалістами.

Чисельність методичних підходів до подолання заїкання пояснюється складністю її структурних проявів і недостатнім рівнем знань про її природу.

Серед існуючих методів подолання заїкання особливе місце займають дихальні вправи. Дані вправи добре впливають на всю дихальну систему, тренують діафрагму і голосові зв'язки.

Авторська методика дихальних вправ О. Стрельникової дуже добре себе зарекомендувала і застосовується для лікування всіх типів заїкання. Без нормального дихання неможливо допомогти людині із заїканням.

Дихальна гімнастика спрямована на координацію та оптимізацію дихання, як носового, так і ротового. В диханні повинна активно брати участь діафрагма, видих повинен бути тривалим. Вправи на правильне дихання проводять спочатку без мовленнєвого супроводу.

Про необхідність комплексного впливу під час корекції вказували І. Сікорський та І. Хмелевський. Висловлені ними погляди не втратили свого значення і нині. Так, І. Сікорський до корекції заїкання включав мовленнєву гімнастику, психотерапевтичне, фармацевтичне лікування і рухові вправи. Багатоплановість такого корекційного впливу, за І. Сікорським, вперше стала комплексною системою подолання заїкання.

Спираючись на вчення фізіологів І. Сеченова, І. Павлова та їхніх послідовників, вчені і фахівці-практики визначили сучасний комплексний підхід до подолання заїкання. Розвитку лікувально-педагогічного підходу до подолання заїкання сприяли дослідження М. Серебровської, Ю. Флоренсткої, М. Хватцева, А. Яструбової та ін.

Сучасний комплексний підхід до подолання заїкання передбачає лікувально-педагогічний вплив на психофізичний стан дитини різними засобами та із залучення різних фахівців.

У працях зарубіжних науковців також представлено рекомендації з приводу корекції заїкання. Багато дослідників-клініцистів дійшли до висновку про необхідність комплексного всебічного лікування цього порушення мовлення, що передбачає використання логопедичних вправ, лікувальну терапію та цілеспрямований психотерапевтичний вплив (К. Беккер, О. Блудстуйн, М. Онслов, М. Сімен, М. Совак та ін.).

Наукові дослідження засновані на експериментальному і клініко-психологічному вивченні осіб із заїканням, дали змогу сформулювати цінні теоретичні і практичні положення, визначити місце логопедії у різних лікувальних заходах комплексної системи корекції.

На думку В. Кондратенко, В. Кошикова, З. Ленів та ін., при розробці корекційних заходів варто враховувати характер первинного ураження центральної нервової системи. Вразі неврологічної форми заїкання терапевтичні заходи мають бути спрямовані на зниження збудженості емоціогенних структур мозку, чого можна досягти поєднанням медикаментів та різних психотерапевтичних прийомів [1, 3].

До комплексу лікувально-педагогічних заходів для дітей із заїканням, належать лікувальні препарати і процедури, психотерапія, логопедичні заняття, лікувальна фізкультура та ритміка, виховні заходи. Основною метою цих заходів є усунення або послаблення судом і супутніх розладів голосу, дихання, моторики; оздоровлення та укріплення нервової системи і всього організму загалом; позбавлення дитини від неправильного ставлення до своєї мовленнєвої вади, від психологічних нашарувань у вигляді страху та сором'язливості за своє мовлення; перевиховання її особистості, формування правильної соціальної поведінки.

Увесь лікувально-педагогічний комплекс за характером його впливу умовно можна розділити на дві складові: лікувально-оздоровчу та корекційно-виховну.

Основними завданнями лікувально-оздоровчої роботи, яку проводить лікар, є укріплення та оздоровлення нервової системи та фізичного здоров'я дітей, усунення та лікування відхилень і патологічних проявів у психофізичному стані.

Основним завданням корекційно-виховної роботи, яку проводить логопед, є усунення мовленнєвих порушень і психологічних відхилень.

Авторами першої методики логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку із заїканням були Н. Власова і О. Рау. В основу цієї методики покладено поступове ускладнення мовленнєвих вправ та рекомендована наступна послідовність:

- 1) відображене мовлення;
- 2) заучування фрази;
- 3) переказ за картинкою;
- 4) відповіді на запитання;
- 5) спонтанне мовлення.

Авторами запропоновані обов'язкові ритмічні і музичні заняття з дітьми та проведення роз'яснювальної роботи з батьками. На думку Н. Власової, подолання заїкання найефективніше у процесі поступового виховання від спільного тобто разом із логопедом) до самостійного правильного мовлення.

Своєрідною у системі корекційної роботи є методика Н. Чевельвої, згідно з якою корекцію заїкання здійснюють у процесі ручної діяльності. Автор дотримується психологічної концепції, що розвиток зв'язного мовлення відбувається від ситуативного (пов'язаного з практичною діяльністю та наочною ситуацією) до контекстного. Тому послідовність мовленнєвих вправ передбачає перехід від наочних, полегшених форм мовлення до контекстних висловів.

С. Миронова запропонувала систему подолання заїкання у процесі опанування програмою середньої, старшої та підготовчої груп дитячого закладу. При цьому корекційний вплив здійснюють на заняттях за традиційними розділами: «Ознайомлення з природою», «Розвиток мовлення», «Розвиток елементарних математичних уявлень», «Малювання, ліплення, аплікація, конструювання». Робота з дітьми за всіма розділами програми підпорядкована меті корекції мовлення.

Методика В.Селіверстова призначена для логопедичної роботи у медичних закладах. Суть цієї методики – комплексна система логопедичних занять з дітьми-дошкільниками, оскільки припускає одночасне використання різних прийомів логопедичної роботи.

За методикою Л. Крапівіної логопедичні заняття проводять разом з логоритмичними, музичними та фізкультурними заняттями. Дітей навчають елементам м'язового розслаблення, розвивають моторику пальців рук та артикуляційного апарату, діалогічне мовлення та граматичні категорії. Здійснюється індивідуальний підхід залежно від форми заїкання. Так, у дітей із неврозоподібною формою, багато уваги приділяють нормалізації звуковимовної сторони мовлення і розвитку словника. У разі невротичної форми заїкання роботу спрямовують на нормалізацію психіки дитини та налагодження стосунків між батьками та дитиною [2].

У сучасних методиках логопедичних занять з дітьми із заїканням акцент зроблено на можливість використання різних ігор з корекційною метою. Наприклад, Г. Волкова розробила систему використання ігор (дидактичні, з піснями, рухливі, ігри-драматизації на основі віршів та текстів, творчі ігри, пальчиковий театр, творчі ігри за пропозицією та задумом дітей). У запропонованій системі різних ігор, діти засвоюють правила поведінки в ігрових ситуаціях, проте вони відображують реальні, життєві явища і стосунки людей, засвоєні форми взаємовідносин сприяють усуненню вади.

В. Рождественська та А. Павлова розробили збірник ігор та вправ для корекції заїкання для дітей 3-4 років та 5-7 років, де вміщено ігри та ігрові завдання.

Цікаві ігри та ігрові прийоми запропоновані для логопедичних занять І. Вигодською, Е. Пелінгер та Л. Успенською. Ігри та ігрові прийоми відповідно до завдань послідовних етапів занять з дітьми сприяють проведенню вправ на релаксацію, режиму мовчання, виховання правильного мовленнєвого дихання, спілкуванню короткими фразами, активізації розгорнутої фрази, інсценувань, вільного спілкування.

У розглянутих методичних дослідженнях тих науковців, які в основу своїх методик включили ігрову діяльність дітей-дошкільників із заїканням, знайшла підтвердження думка Л. Виготського про те, що гра утворює зону найближчого розвитку та забезпечує високий рівень досягнень дітей.

Таким чином, значущість та недостатня теоретична та методична розробленість проблеми заїкання й досі залишається актуальною.

Список використаних джерел:

1. Кондратенко В. О. Заїкання : феноменологія та основні напрями реабілітації : посіб. для вищ. навч. закладів / В. Кондратенко, В. Ломоносов. – К. : Вища школа, 2006. – 70 с.
2. Крапивина Л. М. Методические рекомендации по организации и содержанию логопедических занятий с заикающимися преддошкольного возраста / Л. М. Крапивина // Заикание : проблемы теории и практики / МГПУ им. В. И. Ленина. – М., 1982. – С. 126-141.
3. Ленів З. П. Музикотерапія в системі корекції заїкання / З. П. Ленів, Проців С. // Корекційна педагогіка. – 2008. – №2. – С. 24-30.

Соколова Г. Б., Стадник Л. Д.

## МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ПОБУДОВИ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

Корекційна робота з дитиною з розладами аутистичного спектру спрямована головним чином на розвиток емоційного контакту і взаємодію дитини з дорослим і з середовищем, на афективний розвиток, формування внутрішніх адаптивних механізмів поведінки, що підвищує соціальну адаптацію такої дитини і є найголовнішим у роботі дефектологів, психологів та інших фахівців дитячих установ, а також батьків дітей з розладами аутистичного спектру.

Організація освітнього процесу, побудова корекційної роботи відрізняється своєю специфікою, має свої особливі завдання і будується на особливих підходах, прийнятих у вітчизняній спеціальній психології та педагогіці.

Важлива гнучкість спеціального педагога, який може по ходу перебудувати заняття з урахуванням уподобань і настроїв дитини. Можна заздалегідь скласти план заняття, але діяти в залежності від ситуації і бажань дитини. Чуйність до дитини допомагає побачити форми взаємодії зі спеціальним педагогом.

Діти з розладами аутистичного спектру дуже погано приймають все нове. Починати заняття слід з відомого для дитини, а потім вводити нову іграшку, нову гру, нові картинки і книжки.

Важливо дотримуватися поступовість, дозування подачі нового матеріалу і обов'язково враховувати інтереси і бажання дитини.

На початкових етапах головним завданням навчання є загальна організація поведінки - формування установки на виконання завдання, посидючості, концентрації уваги. При цьому важливо підкріплювати бажану поведінку дитини похвалою, а також використовувати її інтереси для утримання уваги.

Фахівцям, що працюють з аутистичними дітьми, слід підбирати доступні для дитини завдання, створюючи ситуацію успіху. Складність треба збільшувати поступово, після того як у дитини з'явилася установка на

виконання завдання, причому дорослий на перших порах може діяти за дитину, іноді навіть керуючи її руками.

Важливо бути послідовним у своїх вимогах до дитини. Необхідно висувати розумні вимоги, обмежуючи поведінку дитини лише в тих випадках, коли це необхідно.

Прохання слід формулювати чітко і коротко. Не варто повторювати прохання кілька разів поспіль: якщо дитина не реагує, слід виконувати разом - або керуючи руками дитини, або доручаючи їй окремі операції.

При навчанні навикам побутової поведінки необхідні чітка схема дій, зорова організація матеріалів, відсутність відволікаючих предметів, повторення стереотипної побутової ситуації день у день.

Як підкріплення бажаної поведінки дитини можна використовувати різноманітні розваги, ласощі, улюблені дитиною форми контакту, похвалу.

Не варто намагатися навчити дитину всьому відразу, краще всього зосередитися на одному, найбільш доступному навичку.

Будь-яке навчальне заняття з дитиною з розладами аутистичного спектру повинно орієнтуватись на можливості її мимовільної уваги. Якщо з самого початку налаштовувати на виконання дитиною інструкцій педагога, що вимагають довільного зосередження, сформується стійкий негативізм дитини по відношенню до занять і до самого педагога.

Основою навчання служать емоційний контакт з дитиною, увагу до її індивідуальних особливостей і можливість розуміння його інтересів і страхів.

Встановлення контакту - основне завдання в роботі з дітьми з розладами аутистичного спектру. Вони ж є початковим, першим етапом роботи.

Методика встановлення контакту, детально висвітлюється в багатьох літературних джерелах (О. Никольська і співавтори). Фахівці вважають, що необхідно з'ясувати, в яких випадках дитина не хоче спілкуватися, а в яких - не може. Необхідно завоювати довіру дитини, змусити її забути негативний досвід контактів. Дитину треба довгий час «привчати» і ніколи не форсувати встановлення контакту. Не можна відразу звертатися словом, жестом і по імені. Спілкування має відбуватися в дуже спокійній обстановці. Виключається гучний голос, різкі рухи. Дорослий не повинен бути активним, пильно дивитися на дитину, кликати її, пропонувати їй щось подивитися. Потрібно опустити очі, дати дитині розглянути себе, а в цей час спокійно займатися чимось, що може привернути її увагу: тихо грати з музичною іграшкою, підкидати повітряну кульку, розфарбовувати картинку. При цьому потрібно стежити, яке враження справляють ці дії на дитину: не посилюють чи тривожність, не збільшують чи стереотипні дії? Можливо, слід припинити свої дії, перейти до інших.

Зазвичай виходять з пристрастей дитини. Треба робити те, що робить дитина, і приєднуватись до її дій, підключатися до її занять - рухатися з нею, бігати, стрибати. Якщо дитина стереотипно розгойдується, треба розгойдуватися разом із нею, обігруючи: «нахилилися, як дерева»; «поплили на човнику» [3].

Спостерігаючи за дитиною, можна з'ясувати, що привертає її увагу, до чого вона прагне. І тут слід бути обережними: необхідно вміти відчувати, наскільки добре їй в спілкуванні, і дуже поступово підводити її до того, що з людьми краще, ніж одному. І в той же час постійно пам'ятати про переобтяжування контактів. Якщо дитина прагне піти, треба дати їй цю можливість. Ініціатива повинна виходити від неї. Тільки пізніше можна звертатися по імені, потім поступово слід вводити проголошення ласкавих слів та імені дитини, вводити тактильні контакти. Так, на основі виникненої уваги до людини починає формуватися значення змісту навколишнього - як у маленьких дітей.

Діти з розладами аутистичного спектру люблять сенсорні ігри з водою, світлом, піском, мильними пузирями. При встановленні контакту можна з обережністю вводити сенсорні стимули і тільки пізніше використовувати контакт очей. Навіть з дитиною, з якою займаються багато часу і яка має достатній рівень інтелектуального і мовленнєвого розвитку, необхідно починати заняття з встановлення зорового контакту. «Подивися на мене», - часто кажуть при зверненні до дитини.

Зоровий контакт особливо важливий в роботі з дітьми з розладами аутистичного спектру.

Дитина з розладами аутистичного спектру нетерпима до непередбачуваності. У ситуації невизначеності, а також всього нового вона стає тривожною та імпульсивною. Їй легше жити, коли все визначено, передбачувано. Спочатку робиться одне, потім - інше. За одним столом робиться те, що вимагає педагог, за другим - те, що дозволяється педагогом, наприклад, розслабитися і пограти з улюбленими іграшками або подивитися улюблені книжки.

У той же час порядок не повинен бути надто жорстким. Для розвитку пластичності нервової системи необхідна гнучкість заняття [1, 2].

Проведені теоретичне дослідження засвідчує, що в результаті спрямованої корекційної роботи у дітей з розладами аутистичного спектру, підвищується рівень здібностей в установленні і підтриманні контактів з оточуючими, діапазон умінь взаємодії розширюється, формуються ігрові стереотипи.

#### Список використаних джерел:

1. Крет Я. В. Рання діагностика та корекція психомоторики дітей з аутизмом: монографія / Яна Віталіївна Крет; В.о.Держ. вищ. навч. закл. "Запорізький нац. ун-т". – Запоріжжя : ЗНУ, 2007. – 606 с.
2. Никольская О. С. Особенности психического развития детей с аутизмом [Електронний ресурс] /О. С. Никольская, М. Ю. Веденина // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. Детский аутизм: пути понимания и помощи.-2014.- №19 Выпуск второй – Режим доступа: <http://almanah.ikprao.ru/ru/articles/almanah-18/osobennosti-psihicheskogo-razvitiya-detej-s-146>



3. Скрипник Т. В. Комплексна програма розвитку дітей дошкільного віку з аутизмом «Розквіт»/ Наук. кер. та заг. ред. Т. В. Скрипник. - К.: 2012. - 225 с.

Форостян О. І., Драгнева Л. І.

## СОЦІАЛІЗАЦІЯ ТА АДАПТАЦІЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

**Постановка проблеми.** Демократичні перетворення в Україні обумовили глобальні зміни у філософії освіти, визначенні її мети, завдань, методів діяльності. Сучасна демократія вимагає від людини готовності і здатності до активної участі у справах суспільства і держави на основі глибокого усвідомлення своїх прав і обов'язків, себе як повноправного члена соціальної спільноти, громадянина своєї країни. Ці пріоритети передбачають орієнтацію на відродження національної гідності, патріотизму й громадянської зрілості особистості, що включає освіченість на рівні кращих світових зразків, гуманізм, духовність, діловитість; активну позицію кожної людини, зокрема її самореалізацію у матеріальній і духовній сферах суспільного життя, дотримання конституційних норм тощо.

Важливим показником розвитку суспільства є гуманне, турботливе і милосердне ставлення до дітей з особливостями у розвитку, які мають право на повноцінне життя.

**Аналіз основних досліджень і публікацій.** Досліджуються теоретико-методологічні засади соціалізації особистості дитини з особливими потребами. Пошук шляхів та форм роботи соціальної адаптації осіб з вадами психофізичного розвитку є важливим завданням корекційної педагогіки на сучасному етапі. Актуальним стає вивчення особливостей становлення людей з обмеженими функціональними можливостями в суспільстві та процесів їхньої адаптації, інтеграції, соціалізації в повсякденне життя. Соціальна адаптація дітей-інвалідів буде успішною, якщо вони матимуть можливість набувати досвід спілкування в умовах масових навчальних та виховних закладів. Інклюзивне навчання.

**Мета статті:** виявлення та сприяння у вирішенні проблем соціалізації дітей з особливими потребами.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Ефективність соціальної адаптації, особистісного розвитку дітей з особливими потребами залежить від того, наскільки успішно будуть підготовлені дошкільники з особливими потребами до шкільного життя.

В дошкільному дитинстві важливо сформувані у вихованців не тільки мовленнєву компетентність (навички правильної звуковимови, оволодіння звуко – буквеним аналізом та синтезом, елементами грамоти тощо) необхідно навчити дитину спілкуватися, товаришувати з однолітками, знаходити відповіді на складні життєві ситуації, планувати та підпорядковувати свої дії інтересам колективу.

Актуальним це питання є вже і через помітне зростання рівня інвалідності в останні роки. Понад 650 мільйонів людей, що становить приблизно 10-15 % населення світу живуть з інвалідністю. Вони представляють собою найбільшу групу меншин. В Україні сьогодні налічується близько 186 тисяч дітей-інвалідів, а за даними ЮНІСЕФ прогнозується 212 тисяч хворих дітей і 85 тисяч дітей з важкою інвалідністю. До сьогодні в Україні не існує єдиного терміну стосовно осіб, що мають фізичні та психічні відхилення у здоров'ї. Так у засобах масової інформації, спеціальній літературі вживаються поняття: інвалід, особи з обмеженими функціональними можливостями, люди з обмеженою дієздатністю, люди з особливими потребами, особи з вадами розвитку. У законодавчих документах, як правило, домінує термін «інвалід».

Слід розрізняти інтеграцію й інклюзію.

Інклюзивна освіта – це система освітніх послуг, що ґрунтується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права навчатися за місцем проживання, і передбачає навчання дитини з особливостями психофізичного розвитку в умовах загальноосвітнього закладу з обов'язковим фаховим психологом – педагогічним супроводом.

Діти з особливими потребами, включаючись в освітній процес дошкільного закладу, взаємодіють зі здоровими дітьми, спостерігаючи за ними, наслідують їх, отримуючи соціальний досвід, як і їхні ровесники. [2]

Інтенсивна соціальна взаємодія сприяє встановленню дружніх, позитивних стосунків, своєрідної мережі соціальної підтримки. Спільні заняття стимулюють концентрацію уваги дітей. Посилюють їхню мотивацію до навчання. Дитина з особливими потребами спостерігає за реакцією інших дітей на те чи те завдання, бачить способи його виконання, чує їхні мовленнєві висловлювання. Такі спостереження сприяють формуванню інтересу до пізнання навколишнього світу, до навчальної діяльності, до співпраці, забезпечуючи успішну соціальну, психологічну та фізичну адаптацію до умов життєдіяльності здорових дітей.

Сутність та проблеми соціальної реабілітації дітей-інвалідів

Соціальна реабілітація дитини-інваліда – це комплекс заходів, спрямованих на відтворення порушених чи втрачених дитиною суспільних зв'язків та відносин. Метою соціальної реабілітації є відновлення соціального статусу дитини, забезпечення соціальної адаптації у суспільстві, досягнення певної соціальної незалежності.

Сутність соціально-педагогічної реабілітації полягає у створенні таких умов для саморозвитку людини, в результаті яких виробляється активна життєва позиція особистості.

Навчальні плани, індивідуальні програми розвитку розробляються з урахуванням особливостей дитини: її інтересів, стилю пізнання, рівня розвитку, властивостей темпераменту та характеру, культури родини. Відповідно адаптується фізичне і навчальне середовище групи. Дитина з особливими потребами має можливість поступово рухатися вперед, педагоги

не вимагають від неї виконувати все так, як від повносправних дітей. Велика увага має приділятися соціально-емоційній сфері. Такий підхід сприятиме розвитку позитивної самооцінки, самостійності, незалежності.

Ще Л.С.Виготський вказує на антипедагогічність правила, згідно якого ми для зручності підбираємо однорідні колективи відсталих дітей. Роблячи це, ми не лише йдемо проти природної тенденції в розвитку дітей, але, що значно більш важливо, ми позбавляючи розумово відсталу дитину колективної співпраці та спілкування з іншими, які стоять вище у своєму розвитку, ускладнюємо, а не полегшуємо найбільшу причину, що спричинює недорозвиток його вищих функцій. Надана сама собі, дитина з вадами у розвитку тягнеться до дитини, яка стоїть вище за своїм розвитком. Ця різниця інтелектуальних рівнів - важлива умова колективної діяльності. Дитина з проблемами у розвитку, яка знаходиться серед собі подібних, позбавлена такого животворного джерела розвитку.

Інтеграція дітей з особливими потребами набула світового масштабу. До цього процесу долучені всі високорозвинені країни. Особливої активності вона набула в останні десятиріччя. Саме останнім часом спостерігається посилена увага до зазначеної категорії дітей, активно відбуваються процеси їхньої інтеграції в загальний соціум, розробляються засоби участі у спільному навчально-виховному процесі та шкільному житті. Такий підхід до освіти дітей з особливими потребами покликаний до життя низкою різнохарактерних причин. В цілому їх можна означити як соціальне замовлення суспільства і держави, що досягли певного рівня економічного, культурного і правового розвитку. В основі концепції інтеграції лежить дотримання принципу прав дитини на користування всіма можливостями, які пропонує суспільство. Шлях розвитку відсталі дитини лежить через співпрацю, соціальну допомогу іншої людини, яка спочатку є її розумом, її волею, її діяльністю. Це положення цілком співпадає із нормальним шляхом розвитку дитини. Отже, шлях розвитку відсталі дитини лежить через спілкування та співпрацю, через іншу людину. Інтеграція дітей з особливими потребами в колективи повносправних ровесників навчає їх виявляти активність, ініціативу, свідомо робити вибір, досягати згоди у вирішенні проблем, приймати самостійні рішення. Ставлення до такої дитини, як до особистості, а не як патологічного суб'єкта передбачає визнання в ній особистості, прийняття її індивідуальних особливостей, поваги її честі та гідності.[4]

**Висновок:** інтенсивна соціальна взаємодія сприяє встановленню дружніх, позитивних стосунків, своєрідної мережі соціальної підтримки. Спільні заняття стимулюють концентрацію уваги дітей. Посилюють їхню мотивацію до навчання. Дитина з особливими потребами спостерігає за реакцією інших дітей на те, чи те завдання, бачить способи його виконання, чує їхні мовленнєві висловлювання. Такі спостереження сприяють формуванню інтересу до пізнання навколишнього світу, до навчальної діяльності, до співпраці, забезпечуючи успішну соціальну, психологічну та

фізичну адаптацію до умов життєдіяльності здорових дітей. Діти з особливими потребами, включаючись в освітній процес дошкільного закладу, взаємодіють зі здоровими дітьми, спостерігаючи за ними, наслідують їх, отримуючи соціальний досвід, як і їхні ровесники.

Список використаних джерел:

1. Виготський Л. С. Собрание сочинений. Т. 4. - М.: Педагогика, 1984. - с. 258- 259.
2. «Вихователь – методист дошкільного закладу». Журнал №10, 2009 р.
3. «Вихователь – методист дошкільного закладу». Журнал №11, 2009 р.
4. «Організаційно – методичні засади діяльності інклюзивно – ресурсних центрів» (навчально – методичний посібник), заг. ред. М.А. Порошенко та ін. Київ, 2018.

Форостян О. І., Комісарова Є.

### СУЧАСНІ АСПЕКТИ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ПСИХОФІЗИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

**Постановка проблеми.** Сучасні трансформаційні процеси у вітчизняній освітній галузі зумовлені кардинальними суспільно-політичними, соціально-економічними, соціально-педагогічними та культурологічними змінами впродовж останніх десятиліть. Видозмінилися зміст, мета і стратегічні напрями усіх ланок освіти, аби демократизувати й гуманізувати її відповідно до світових стандартів. Модернізація освіти визнана пріоритетом у суспільстві (Державна національна програма «Освіта» (Україна ХХІ століття)), Закони України «Про освіту», «Про загальну середню освіту», Національна доктрина розвитку освіти тощо). Наразі визначено й пріоритетні напрями державної політики щодо розвитку національної освіти: особистісна орієнтація; створення для всіх громадян рівних можливостей у здобутті якісної освіти; постійне підвищення її якості, оновлення її змісту та форм організації навчально-виховного процесу; розвиток безперервної освіти та навчання упродовж життя; забезпечення освітніх потреб осіб з особливостями психофізичного розвитку тощо. Створено нову законодавчо-нормативну базу, яка визначає стратегічні завдання та регулятивні механізми освіти у всіх її ланках – від дошкілля до вищої школи.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Демократичні перетворення в Україні поступово, але неухильно зумовлюють поступальний розвиток національної освіти. Економічні та політичні труднощі попередніх десятиліть і сучасного державотворення позначились і на сфері освіти. Водночас, як зауважують провідні науковці (В.Андрущенко, І.Бех, С.Гончаренко, В.Зязюн, В.Кремень, В.Талачук та ін.), нового ідейного стимулу набули педагогічна наука й освітянська практика, орієнтуючись на національні пріоритети й надбання попередніх поколінь, враховуючи світовий досвід, вони є вагомим підґрунтям для розвитку сучасної освіти в Україні.

Завдяки інноваційним ініціативам та дослідженням кількох груп науковців розгорнулася концептуальна наукова робота, яка може стати системною, базовою щодо нових підходів в окремих напрямках спеціальної освіти (В.Засенко, А.Колупаєва, С.Кульбіда, С.Литовченко, О.Фодоренко, А.Замша, та ін.). Такі завдання потребують проведення фундаментальних порівняльних, пролонгованих досліджень у різних напрямках, менеджменту освіти, в суміжних галузях тощо. Водночас напрацювання вітчизняних науковців і практиків, а також досвід зарубіжних країн, поданий через призму розуміння сучасних запитів педагогічної науки та практичної освіти в Україні, вдосконалення техніки і нових технологій може стати вагомим підґрунтям для здійснення інноваційних кроків у подальшій розбудові національної системи освіти.

**Виклад основного матеріалу.** Наразі кардинальні демократичні та гуманістичні тенденції, що спостерігаються у розвитку світової спільноти, спонукають до запровадження нових досвідів у реалізації освітньої та соціальної інтеграції осіб з психофізичними порушеннями.

Згадані країни пройшли ще один етап, що характеризувався створенням служб/центрів супроводу (медико-психолого-педагогічного, реабілітаційного та соціального) різних форм власності й відомчого підпорядкування, державних і громадських. Це спостерігається нині в Україні. У багатьох країнах вони існують і досі, однак практично у всіх було створено державну структуру забезпечення супроводу, яка узгоджує діяльність різних галузей і відомств; сукупно охоплює всі функції, необхідні для налагодження цієї справи в межах національної системи освіти для всіх дітей і молоді, в тому числі з порушеннями розвитку.

Науково виважене проектування розвитку національної системи освіти осіб з психофізичними порушеннями на основі аналізу їх генезису, прикладних досліджень у галузі спеціальної педагогіки, менеджменту освіти, суміжних галузях, документів щодо розробки науково обґрунтованої стратегії і тактики модернізації освітньої галузі, досвіду науки і освітньої практики зарубіжних країн дають змогу окреслити нові можливості вдосконалення, переформатування, розширення їх структури та функцій [1].

В якості ключової структури в цій системі нам вбачається за необхідне створення мережі державної служби супроводу. Така служба має організовуватися в кожному освітньому окрузі на основі вже функціонуючих психолого-медико-педагогічних консультацій, мережа яких доволі розгалужена в Україні [3]. Доцільність територіального поділу не за обласним принципом, а саме на освітні округи, віднедавна обговорюють як практики, так і освітянські відомства. Окружна служба супроводу матиме змогу охопити всіх дітей певної місцевості та раціонально розподілити кадрові ресурси для задоволення потреб населення.

Пріоритетними мають стати й програми раннього розвитку/програми раннього втручання («early intervention»), що поширилися в США та країнах Європи ще у 70-ті роки ХХ ст.. Загалом ці програми мають на меті діяльність

за такими напрямками: оцінювання рівня розвитку дитини; організація розвивального середовища, розвиток і корекція всіх сфер (зорового, слухового сприйняття, предметних дій, розвиток передумов розуміння мовлення й активного мовлення, емоційного та розумового розвитку, соціальних навичок, виявлення спеціальних освітніх потреб з огляду на певні порушення розвитку), а також соціальний та психологічний супровід дитини та її родини, консультування батьків, їх спеціальне навчання; координування певних видів допомоги, необхідної дитині та родині тощо.

Загалом раннє втручання/корекція може: запобігти подальшим ускладненням у разі запровадження відповідної терапії, слухопротезування, допомоги сурдопедагога та логопеда; посилити результати корекційних заходів; подолати/послабити порушення або певним чином полегшити стан дитини; створити можливість для хорошого старту для розвитку слухового сприймання, розвитку мовлення, мислення, інших необхідних навичок; сприяти позитивному ставленню дитини до оточення та, відповідно, оточення до неї; створити почуття турботи та емпатії [2].

В Україні окремі організації практикують ранню допомогу дітям різних категорій. Водночас її не можна охарактеризувати як поширену та системну. Загалом такі програми раннього втручання вивірені практикою багатьох країн з точки зору економічної та гуманістичної доцільності. Тож, запровадження в якості обов'язкової системи раннього розвитку (на державному рівні) із забезпеченням її методиками комплексної допомоги, можна вважати першочерговим завданням для розбудови національної системи освіти осіб з порушеннями слуху в Україні. Проте варто застерегти, що розбудова нової системи в жодному разі не має стати причиною відмови від уже існуючих закладів, які надають ранню допомогу. Вони можуть стати її прообразом, своєрідним підмурівком, і поступово мають влитися в загальнодержавну службу ранньої допомоги, відповідним чином реорганізуючись.

Визнаючи перспективність закладів нового типу [1], недопустимо руйнувати систему спеціальної освіти, яка вже сформувалася і діяла упродовж десятиліть. Паралельно зі створенням нових закладів важливо удосконалювати вже існуючі, надаючи їм нових функцій, розбудовуючи якісно нову взаємодію спеціальних та загальноосвітніх закладів. Межі між масовими і спеціальними закладами мають стати прозорими, щоб кожна дитина з порушеннями слуху мала змогу реалізувати своє право на освіту в будь-якому типі освітнього закладу й отримати якісну освіту та необхідну спеціальну підтримку для досягнення максимальних результатів.

**Висновки.** Так, нові завдання перед спеціальними школами зумовлені не лише оновленням змісту освіти, новими державними стандартами тощо, а й інклюзивними тенденціями. Спеціальні школи мають трансформуватися таким чином, аби стати багатофункціональними та виступати ресурсними центрами для загальноосвітніх шкіл і їх педагогів, учнів та батьків. Маючи у своєму арсеналі практичний досвід, матеріальні (спеціальну техніку,

апаратуру, комп'ютерні програми тощо) та кадрові ресурси, вони можуть також забезпечувати загальноосвітні заклади специфічними матеріалами і методами викладання; проводити спеціальні індивідуальні заняття з розвитку слухового сприймання та мовлення; штатні психологи спеціальних шкіл можуть надавати допомогу як дитині з порушеннями слуху, котра навчається в масовому закладі, так і педагогам, класу.

Список використаних джерел:

1. Андрущенко В. П. Інноваційна стратегія розвитку освіти як підґрунтя "українського прориву" / В. П. Андрущенко // Вісник Інституту розвитку дитини. Серія : Філософія, педагогіка, психологія : зб. наук. праць. – К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. – Вип. 5. – С. 6–14.
2. Державний стандарт спеціальної освіти дітей з особливими потребами / Інститут дефектології АПН України, НВП "ВАБОС".– Київ, 2003. – 150 с.
3. Колупаєва А.А., Таранченко О.М. Освіта дітей з особливими потребами за часів незалежності України: етапність у стратегічному вимірі / А.А. Колупаєва, О.М. Таранченко // Особлива дитина : навчання і виховання. – № 3(79). – 2016. – С. 7 – 18.

## РОЗДІЛ II. ПИТАННЯ ФІЗКУЛЬТУРНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З УЧНІВСЬКОЮ МОЛОДДЮ

Головко В. М. Трішин К. О.

### ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ ТА РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ НА ЗДОРОВ'Я ПОЛІЦЕЙСЬКОГО

Рухова активність є провідним фактором оздоровлення поліцейського, тому що спрямована на стимулювання захисних сил організму, на підвищення потенціалу рівня здоров'я. Повноцінна рухова активність є невід'ємною частиною здорового способу життя, що впливає практично на всі сторони його життєдіяльності та організму в цілому.

Відомо, що рух є основним стимулятором життєдіяльності організму людини. При недостатній кількості рухів спостерігаються, як правило, ослаблення фізичних функцій, знижується тонус і життєдіяльність організму. Тому фізичні вправи є засобом неспецифічної профілактики цілого ряду функціональних розладів та захворювань. М'язова діяльність, яка активізується при фізичних вправах, змушує працювати з додатковим навантаженням серце, легені і інші органи і системи нашого організму, тим самим підвищуючи функціональні можливості людини, його опірність несприятливим впливом зовнішнього середовища. При застосуванні фізичних вправ, окрім нормалізації реакції серцево-судинної, дихальної та інших систем, відновлюється пристосування організму до кліматичних факторів, підвищується стійкість людини до різних захворювань, стресів й т.п.

Фізичні вправи допомагають привести у оптимальний стан нервову систему, активізувати дихання і кровообіг, «розігріти» м'язи і «прокрутити» суглоби. В результаті поліцейський краще орієнтується в просторі, його рухи стають більш чіткими, економними, внутрішні органи і системи знаходять здатність витримувати режим фізичних і нервово-емоційних навантажень. Легка пробіжка або прискорена ходьба тонізують організм в цілому. Обертання і махи руками, повороти та нахили голови і тулуба, присідання, махи і випади ногами, енергійні підскоки або ритмічні підйоми на носках детально проробляють опорно-руховий апарат. Імітація наступних рухів як би програмує роботу нервово-м'язового комплексу.

Ранкова гігієнічна гімнастика сприяє більш швидкому приведенню організму в робочий стан після пробудження, створює бадьорість, хороший настрій, підвищує апетит, профілактично діє проти цілого ряду захворювань. Ранкову гімнастику бажано проводити на свіжому повітрі або в кімнаті з відкритим вікном та побільше оголювати тіло, щоб одночасно приймати і повітряні ванни. При виконанні вправи необхідно дотримуватись правильного ритму дихання – дихати глибоко, спокійно.

Не менш важливими для здоров'я поліцейського є оздоровча ходьба та оздоровчий біг. Ходьба давно використовується як ефективний оздоровчий засіб. Природна і посильна ходьба благотворна для усіх життєвих функцій



організму. Під час ходьби працюють усі м'язи, добре вентилюються легені. Прискорений крок – основа тренувального ефекту ходьби. Систематичні прогулянки (2-3 рази в тиждень) сприяють зниженню частоти серцевих скорочень, нормалізують сон, покращують травлення й т.п.. Спостереження показують, що систематичні заняття бігом уповільнюють процеси старіння. Корисно знати, що тривалість, а не швидкість бігу приносить найбільшу користь.

Одним із природних видів рухової активності для поліцейського є плавання. Різниця між температурою води і тіла людини дає чудову можливість для загартування. У воді понижується чутливість шкіри, зменшуються больові відчуття. При короткочасному подразненні теплою або холодною водою настає збудження, а при тривалому впливі – гальмування. Саме з цим пов'язаний заспокійливий вплив води на нервову систему. Лікувальне плавання вирішує також завдання загартування організму та зміцнення загального фізичного стану.

Ходьба на лижах – як різновид рухової активності корисний людям різного віку і професій, в тому числі і поліцейському. Значна роль тут належить природним факторам. Поєднання морозу і сонця виявляє тонізуючий вплив на нервову і особливо ендокринну системи, апарат кровообігу. Для морозного повітря характерний підвищений вміст кисню. У зимовому повітрі вища кількість від'ємних іонів, які тонізуюче і протиспастично діють на нервову і серцево-судинну системи.

Ще одним важливим видом рухової активності та фізичного навантаження для поліцейського є велоспорт. Велосипед з кожним роком завойовує все більшу популярність у всьому світі як один із засобів фізичної культури в боротьбі за довголіття. Велосипед простий, надійний, спортивний, демократичний, економічний і тому вічний. Є думка, що їзда на велосипеді знімає утомленість, є як би джерелом енергії, маючи на увазі, звичайно, прилив емоцій та поліпшення настрою.

Здоровий спосіб життя, відпочинок, пізнання світогляду, спорт, естетичне виховання – все це входить в соціальні функції занять оздоровчою фізичною культурою поліцейського. Фізичне виховання, спорт й заняттям оздоровчою фізичною культурою є найкращою профілактикою таких захворювань, як атеросклероз, гіпертонія, ішемічна хвороба серця тощо. За зневагу до фізичної культури, за невміння й небажання рухатися поліцейський розраховується передчасною втратою та погіршенням свого здоров'я.

Список використаних джерел:

1. Бутов С. Є. Основи спеціальної фізичної підготовки працівників органів внутрішніх справ: навч. посіб./за заг. ред. Я.Ю. Кондратьєва та Є.М. Моїсеєва. – Київ: Нац. Акад. внут. справ України, 2003. – 338 с.
2. Дідковський В. А. Фізична підготовка працівників Національної поліції України: навч. посіб. /В. А. Дідковський, В. В. Бондаренко, О. В. Кузенков. – Київ: Нац. акад. внутр. справ, ФОП Кандиба Т. П. 2019. – 98 с.

3. Про затвердження Положення про організацію службової підготовки працівників Національної поліції України: наказ МВС України від 26.01.2016 р. № 50 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/go/z0260-16>
4. Про Національну поліцію: Закон України від 2 лип.2015 р. № 580-VII // Відомості Верховної Ради України. – 2015. - № 40-41. – С. 379.

Константинов Д. С.

## ВИХОВАННЯ КООРДИНАЦІЙНИХ ЗДІБНОСТЕЙ У БОРЦІВ УЧБОВО-ТРЕНУВАЛЬНОЇ ГРУПИ

**Постановка проблеми.** Всебічний гармонійний розвиток людини – об'єктивний процес, який зумовлюється не тільки вимогами сучасного виробництва, а й гуманною природою суспільних відносин, що надають однакові можливості для освіти, підвищення культурного рівня, розвитку здібностей, обдарувань і талантів.

В умовах науково-технічного прогресу зростає значення координації рухів, тобто прояву таких умінь людини, як-то: здатність швидко орієнтуватись у просторі; тонко диференціювати свої м'язові відчуття та регулювати міру напруження м'язів; швидко реагувати на сигнали зовнішнього середовища; здатність до збереження рівноваги.

Існує багато визначень поняття «координація рухів», але, не зважаючи на деякі відмінності, у всіх цих визначеннях є багато спільного.

Розвиток координаційних здібностей дозволяє організму людини більш економічно витрачати свої енергетичні ресурси за рахунок точного дозування рухів за часом, простором, за мірою напруження та розслаблення м'язів [2].

Наші спостереження свідчать про те, що вихованню координаційних здібностей у борців учбово – тренувальної групи приділяється недостатня увага. Про це свідчать дані тестування цієї рухової якості, які ми отримали в ході педагогічного експерименту.

**Мета дослідження** полягає у розробці експериментальної методики розвитку координаційних здібностей у борців учбово – тренувальної групи на заняттях.

На важливість питання формування у школярів ціннісних орієнтацій, мотивів, інтересу, потреби займатися фізичними вправами наголошується в багатьох наукових працях з фізичного виховання Є.В.Андреєвої, Г.В.Безверхньої, Т.Ю.Круцевич та інші. Звертається увага на значення вікового періоду у формуванні потреби займатися фізичними вправами.

По Л. С. Виготському вищі, специфічно людські форми регуляції рухів народжуються в соціальному спілкуванні. Індивідуальний розвиток довільних рухів починається з того, що дитина вчиться підкоряти свої моторні реакції словесно сформульованим вимогам навколишніх. А вже потім слово, як засіб впливу однієї людини на інший, стає й засобом організації власного рухового поведіння.

Екстремальні умови життя й спортивної діяльності висувають підвищені вимоги до підкоркових центрів по керуванню рухами в нестандартних умовах. Ефективність цього керування виражається в точності рухів по просторових, тимчасових і силових параметрах, що й обумовлює «економічність» роботи. Люди з високим рівнем координаційних здатностей витрачають на виконання стандартної роботи менше часу й енергії. Подібна «економічність» обумовлена включенням у роботу м'язових груп, що безпосередньо беруть участь у реакції рухових актів [1].

Протягом навчального року на заняттях з боротьби удосконалюванню координаційних здатностей приділялася особлива увага. На початку основної частини заняття в експериментальній групі учні протягом 5-7 хвилин виконували в виявлених індивідуальних дозуваннях спеціальні вправи, постійно перевіряючи їхню точність методом контролю й самоконтролю.

Кількість вправ, які можуть бути використані, практично безмежно. Вони можуть бути із предметами й без предметів, проводитися повільно й швидко, у вигляді певних комплексів і ігор, впливати від більше простих, освоєних, до більше складного.

Основне положення в методиці розвитку координаційних здатностей у школярів – це систематичне й послідовне їхнє навчання новим різноманітним руховим діям (навичкам, умінням) і створення на цій основі більше складних форм координації рухів.

Тестами для виявлення динаміки цієї рухової здатності з'явилися наступні:

1. По просторово-силовому параметру на прикладі метання м'яча на точно задану відстань (10м) і стрибка з місця на точно задану відстань (70см.).

2. Силовий параметр виявлявся по відтворенню зусилля «впівсили» від максимально можливого на кистьовому динамометрі.

3. По тимчасовому параметру діти одержували завдання, дивлячись на секундомір і запам'ятовуючи тривалість 10-секундного інтервалу часу, потім по власному відчуттю часу відтворювати його при багаторазовому виконанні такого завдання.

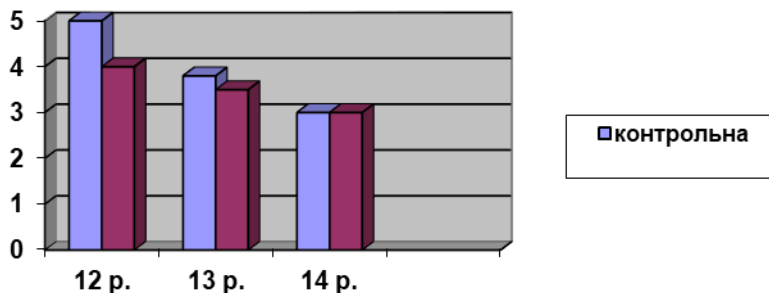
4. Оцінка здатності до утримання статичної рівноваги являє собою підтримка рівноваги на одній нозі (поза «ластівки») з заплющеними очима. Ресструють час утримання пози, с.

Експериментальна частина нашого дослідження проводилась в два етапи. На першому етапі був проведений констатуючий експеримент по виявленню рівня розвитку координаційних здібностей у борців середнього шкільного віку. На другому етапі в експериментальних групах протягом 6 місяців були вжиті запропоновані нами заходи покращення координаційних здібностей у борців середнього шкільного віку.

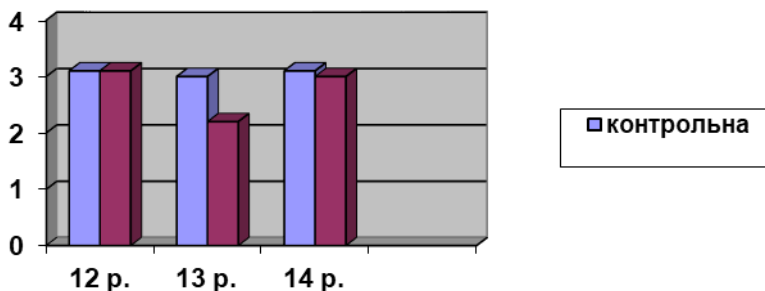
Аналізуючи динаміку точності рухів за трьома параметрами (просторовим, силовим та часовим) у дітей середнього шкільного віку за період формуючого експерименту слід відзначити, що у всіх випадках

помилки учнів при відтворенні заданих рухів зменшились (Мал.1). Але ступінь приросту точності рухів був неоднаковим як для борців різних груп, так і при відтворенні різних рухів (Мал. 2).

Мал. 1 Порівняльні результати контрольної та експериментальної групи після проведення педагогічного експерименту за силовим параметром



Мал.2 Порівняльні результати контрольної та експериментальної групи після проведення педагогічного експерименту у метанні м'яча.



Результати здатності до утримання статичної та динамічної рівноваги після проведення педагогічного експерименту в експериментальній групі зрівнялися з показниками контрольної групи, а деякі показники були вищими. В контрольній групі зростання цього показнику майже не спостерігалось.

Результати проведеного формуючого експерименту дозволили зробити **висновки:**

1. Ефективного розвитку спритності неможна досягти вживаючи відповідні вправи тільки під час проведення уроків, тим більш, що на кожному занятті неможливо відводити спеціальний час для цього. Це й послужило приводом для розроблення комплексу заходів сприяючих удосконаленню координаційних здібностей, що складається з 3 видів роботи: включення спеціальних вправ у розминку, систематичне проведення вправ

для розвитку координаційних здібностей під час уроків фізичної культури, вживання комплексів вправ для покращення показників вдома.

2. Дослідження координаційних здібностей у борців середнього шкільного віку на уроках з фізичної культури, сприяє раціональній побудові процесу фізичного виховання, спрямованого на загальний розвиток дітей та розвитку їхньої мотивації до занять фізичною культурою та спортом.

3. Проведений педагогічний експеримент для перевірки ефективності розробленого нами комплексу заходів з вдосконалення методики розвитку координаційних здібностей дав позитивні результати, які дозволяють рекомендувати розроблену методику для вживання в інших класах та школах, а також для самостійних занять.

Список використаних джерел:

1. Ашмарин Б.А. Теория и методика педагогических исследований в физическом воспитании / Б.А. Ашмарин. – М.: Ф и С, 1978. – 223 с.
2. Романенко В.А. Двигательные способности человека / В. А. Романенко – Донецк: «Новый мир», УКЦентр, 1999. – 336 с.
3. Круцевич Т.Ю. Теория и методика физического воспитания / Т.Ю. Круцевич: В 2 т. – К.: Олимпийская литература, 2003. – Т. 1. – 422 с.

Масунова О.В.

## АНАЛІЗ ПЕДАГОГІЧНОГО ДОСВІДУ ВИДАТНИХ ВЧЕНИХ ХХ СТОЛІТТЯ, ПРО ОСНОВНІ РИСИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ МОЛОДІ

**Анотація:** аналізуючи педагогічний досвід видатних учених ХХ ст., можна виокремити основні риси фізичного виховання тих часів: призначення фізичного виховання полягає у формуванні здібностей особистості; особливістю фізичного виховання є тісний зв'язок між фізичним і духовним розвитком

**Ключові слова:** фізична культура, інноваційні, ретроспективний аналіз, здоров'я та збереження життя .

*Людина, яка перестала займатись фізичними вправами, часто чахне,  
тому що сила її органів послаблюється внаслідок відмови від руху.*

*Авіценна*

Осмилення існуючого стану психолого-педагогічної проблеми неможливе без аналізу теоретичної спадщини і досвіду видатних дидактів і педагогів-мислителів. Узагальнення творчих здобутків основоположників педагогіки дало змогу встановити, що найбільш глибоко окреслені питання проаналізовано у наукових працях І. Боберського, Г. Ващенко, І. Гербарт, М.Йорданського, П. Лесгафта, Г. Сковорода, В. Сухомлинського, К.Ушинського та ін. Оцінюючи внесок цих педагогів у розроблення теорії і практики виховання молодого покоління на принципах збереження і зміцнення здоров'я, психічного, морального та фізичного розвитку, розкрито низку завдань і поглядів на роль освіти і виховання, усвідомлено важливі

пріоритети у справі збереження і зміцнення здоров'я, значущість фахових знань у галузі людинознавчих наук у професійній підготовці фахівців.

Фізична культура особистості у працях К. Ушинського посідає одне з найважливіших місць у цілісному вихованні молодої людини. Найвідоміші з них: «Потреба відпочинку і сну»; «Воля як влада душі над тілом»; «Схильність до лінощів»; «Фізіологічне пояснення довільності рухів»; «Фізична теорія довільності рухів»; «Мускули»; «Загальні зауваження про фізичне виховання», а також у проєкті реорганізації Гатчинського сирітського інституту та проєкті програми з педагогіки, у яких К. Ушинський розглядає фізичне виховання як засіб і мету у формуванні особистості і вимагає від інституту поліпшення процесу фізичного виховання для сиріт. Розглядаючи людину як єдине ціле, К. Ушинський у педагогічній праці «Людина як предмет виховання» встановив, що фізичний розвиток відбувається за умови активної діяльності організму і достатнього живлення тканин. Цей біологічний процес відбувається, на його думку, як стихійно, так і цілеспрямовано. У першому випадку «неумисний» фізичний розвиток відбувається під впливом зовнішнього середовища (природа, сім'я, суспільство), а в другому – «умисне» фізичне виховання здійснюється під впливом фізичних вправ, запланованих педагогом. «Правила цього впливу відповідно до цілей, для яких призначається організм людини, що росте, – писав К. Ушинський у своїй праці, – становлять один із розділів теорії мистецтва виховання, а саме виховання фізичне». Надаючи значення фізичному вихованню як чиннику оздоровлення організму дитини, педагог далекоглядно зазначив: «Гімнастика – система довільних рухів, спрямованих на доцільну зміну фізичного організму, зміцнення тіла і розвиток тих чи інших органів, але й на попередження хвороб і навіть лікування їх». Українська громадськість високо шанує пам'ять видатного педагога К. Ушинського, який зробив значний внесок у розвиток теорії фізичного виховання. Талановитий педагог надавав великого значення фізичним вправам, іграм і фізичній праці як засобам фізичного та розумового розвитку, а також різнобічного виховання особистості. Зміст фізичного виховання, на думку К. Ушинського, повинен був включати: загальне поняття про фізичне виховання, його значення; вивчення фізичних і фізіологічних процесів організму людини; мускульний процес, значення мускульної системи для організму; діяльність органів зовнішніх чуттів; нервову систему.

Значну роль у становленні української системи тіловиховання відіграв український педагог, фундатор, теоретик і практик української національної фізичної культури – професор І. Боберський. Заохпленій передовими європейськими ідеями розвитку фізичного виховання, він зумів використати фізичну культуру як ефективний засіб пробудження національної свідомості. Як зазначає Р. Тягур: «І. Боберський вирішив використати фізичну культуру як один із засобів пробудження національної свідомості народу, взявся вирвати український народ з обіймів інертності, заскорузлості, австрофілства і вказати нові шляхи боротьби за волю». За власні кошти він

надрукував перші підручники з гімнастичних вправ та спортивних ігор, ним започатковані в Україні принципи Сокільської системи виховання: всебічного розвитку особистості, оздоровчої направленості та ін. Його вислови-гасла: «Всі вперед і всі враз!», «Фізична культура на службі нації!» – актуальні і в наші дні, коли йде процес виховання національної свідомості, творення психології нової людини, зокрема у галузі фізичної культури. Послідовником ідей І. Боберського є видатний педагог-мислитель, психолог, теоретик фізичного виховання, творець національної системи тіловиховання – професор Г. Ващенко, який виклав у книзі «Тіловиховання як засіб виховання волі і характеру» історію розвитку фізичного виховання як частини виховного процесу і на цьому тлі проаналізував основи української системи тіловиховання. Г. Ващенко у своїх поглядах на тіловиховання спирається на гармонійність розвитку людини. Гармонійність ґрунтується на природовідповідності і максимально зважає природні потреби людини, зокрема біологічну потребу в русі.

За радянських часів розвитку України наукове обґрунтування системи фізичного виховання багато в чому базувалось на працях П. Лесгафта. Він автор таких праць, як «Основи теоретичної анатомії», «Сімейне виховання дитини», «Керівництво з фізичної освіти дітей шкільного віку». П. Лесгафт обґрунтував взаємозв'язок між розумовим і фізичним розвитком, визначив поетапну методіку навчання, методологію проведення ігор, створив класифікацію фізичних вправ, визначив вимоги до вчителя фізичного виховання. Історичною заслугою П. Лесгафта є обґрунтування оригінальної теорії фізичного виховання, спрямованої на всебічний розвиток особистості, характерними особливостями якої є демократизм, зв'язок із науковою та педагогічною практикою, народність і прогресивність. Вона будувалась на анатомо-фізіологічних, гігієнічних і психологічних основах з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних ознак і можливостей учнів. Фізичне виховання він вважав найважливішим засобом всебічного розвитку особистості людини, тісно пов'язаним з розумовим, моральним та естетичним вихованням: «Тільки за допомогою фізичної освіти молода людина навчається діяти свідомо, працювати наполегливо, зі зростаючою напруженістю; при цьому він навчається справлятися з просторовими відносинами і розподіляти свою роботу за часом». Видатний вітчизняний педагог В. Сухомлинський, розглядав фізичну культуру як одну з важливих складових частин всебічного розвитку особистості. Серед багатьох питань педагогіки, що привертали його увагу, однією з головних була проблема фізичного виховання школярів. Прикладом цього є «Проблеми виховання всебічно розвиненої особистості» (розд. «Піклування про здоров'я молодого покоління, фізичний розвиток»). Добре, міцне здоров'я, за його переконанням, – найважливіша умова життєрадісного сприймання й активної, творчої діяльності кожної людини. «Духовне життя дитини, – стверджував педагог, – її інтелектуальний розвиток, мислення, пам'ять, увага, почуття, воля – великою мірою залежать від «гри» її фізичних сил.

Слабка, квола, нездорова, схильна до хвороб дитина на уроці швидко втомлюється, згасають її очі, стають млявими рухи». На думку В. Сухомлинського, виховання фізичної культури повинно бути спрямоване на турботу про здоров'я та збереження життя як найвищої цінності і забезпечення гармонії фізичного розвитку та духовного життя, багатогранної діяльності людини. На особливу увагу заслуговують думки педагога про врахування вікових та індивідуальних особливостей учнів під час фізичного виховання. Бурхливий фізичний розвиток у підлітковому та ранньому юнацькому віці вимагає від учителя піклування про гармонію фізичної та розумової праці. Неодноразово В. Сухомлинський підкреслював думку про тісний взаємозв'язок між окремими складовими всебічно розвиненої особистості, і що фізкультура в цьому розумінні не повинна бути винятком. Педагог однозначно відповідав: «...Турбота про людське здоров'я, тим більше про здоров'я дитини, – це не просто комплекс санітарно-гігієнічних норм і правил, не перелік вимог до режиму, харчування, праці, відпочинку. Це насамперед турбота про гармонійну повноту всіх фізичних і духовних сил, і вінцем цієї гармонії є радість творчості». Не залишались поза його увагою і питання про людську психіку, гігієну розумової праці. Аналіз поглядів В. Сухомлинського дав змогу виявити, що принципово важливим у вихованні особистості повинна бути постійна і послідовна турбота про здоров'я молоді як невід'ємного складника навчально-виховного процесу.

Аналізуючи педагогічний досвід видатних учених ХХ ст., можна виокремити основні риси фізичного виховання тих часів: призначення фізичного виховання полягає у формуванні здібностей особистості; особливістю фізичного виховання є тісний зв'язок між фізичним і духовним розвитком; уперше гімнастика запропонована як медичний засіб для збереження здоров'я людини. Проте керуючись педагогічними поглядами зазначених авторів, видатних педагогів, фундаторів, теоретиків та практиків, в оцінюванні досягнутого, описі ретроспективи виникнення і розв'язання проблеми фізичної культури особистості та її впливу на творення всебічно розвиненої людини, зазначимо, що наступний період розвитку педагогічної думки приніс нові реалії у визначення сутності виховання особистості, виявивши необхідність теоретичного і практичного розв'язання питань фізичної і духовної культури, психічного і соціального здоров'я, цінностей фізичної культури на індивідуальному та державному рівнях.

Список використаних джерел:

1. Лосев А. Ф. История античной эстетики: Высокая классика. М., 1974.
2. Соколова И. М. Методы исследования адаптации студентов. Харьков: Харьковский государственный медицинский университет, 2001. Теория и методика физического воспитания: учеб. для высш. учеб. завед. физ. воспитания и спорта / под. ред. Круцевич Т. Ю. Киев: Олимпийская литература, 2003. Т. 1
3. Ушинський К. Д. Людина як предмет виховання. Вибр. пед. твори: у 2 т. Київ, 1983. Т. 2



4. Чирва Г. Проблеми фізичного виховання і здоров'я у педагогічній спадщині К. Д. Ушинського. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: зб. наук. пр. 1999. С.

Носкова Т. І., Безродна А. В.

**ФІЗИЧНА ПІДГОТОВКА ЯК КОМПЛЕКС ЗАХОДІВ, СПРЯМОВАНИЙ  
НА ФОРМУВАННЯ ТА ВДОСКОНАЛЕННЯ УМІНЬ  
ТА НАВИЧОК ПОЛІЦЕЙСЬКОГО**

Сучасний стрімкий розвиток науково-технічного прогресу характеризується різноманітними змінами у суспільстві. Новітні винаходи, сучасні технології, розробки приносять людству користь, полегшують умови праці, тощо. Різноманіття професій та посад в Україні обумовлює наявність спеціальних підходів до трудової правосуб'єктності працівників. Для кандидатів на зайняття певних посад національне законодавство та локальні акти роботодавця встановлюють додаткові вимоги. Це можуть бути вимоги щодо віку, освіти, стану здоров'я, стажу роботи, ділових та моральних якостей, фізичної та психологічної підготовки тощо. Зазначене у юридичній літературі отримало назву «спеціальна трудова правосуб'єктність». Отже, володіння спеціальною трудовою правосуб'єктністю є необхідним для вступу у певні трудові правовідносини.

Службово-бойова діяльність правоохоронців передбачає силове затримання, а в разі крайньої необхідності і ліквідацію правопорушників, злочинців, терористів та інших кримінальних елементів, які під час силового затримання у переважній більшості випадків чинять опір. У свою чергу рукопашний бій, як складова спеціальної фізичної підготовки курсантів – правоохоронців МВС України під час силового затримання відіграє важливу роль, тому дослідження та удосконалення даного розділу досліджуваного єдиноборства являється практичним завданням для курсантів-правоохоронців-майбутніх офіцерів.

Взагалі ж рівень фізичної підготовки слід вважати ключовою вимогою до кандидата на службу. Фізична підготовка – це комплекс заходів, спрямований на формування та вдосконалення рухових умінь і навичок, розвиток фізичних якостей та здібностей поліцейського з урахуванням особливостей його професійної діяльності. Сучасні теоретики фізичної підготовки вважають, що освіта в цій галузі здійснюється в основному за такими аспектами: загальний “руховий”, або базова фізкультурна освіта, що передбачає вдосконалення природних, а також формування та розвиток нових рухових навичок і фізичних якостей на оптимальному для життєдіяльності людини рівні, та засвоєння мінімуму знань.

Вимоги до рівня фізичної підготовки кандидата на посаду поліцейського містяться у наказі Міністерства внутрішніх справ України «Про затвердження Положення з організації перевірки рівня фізичної

підготовленості кандидатів до вступу на службу в Національну поліцію України» від 9 лютого 2016 р. № 90.

Рівень фізичної підготовленості кандидатів визначається за результатами виконання таких контрольних вправ:

- 1) згинання та розгинання рук в упорі лежачи (для жінок);
- 2) комплексна силова вправа (для чоловіків);
- 3) біг на 100 метрів (для жінок та чоловіків);
- 4) біг на 1000 метрів (для жінок та чоловіків).

Рівень фізичної підготовленості кандидатів на службу до підрозділів поліції особливого призначення незалежно від статі визначається за результатами виконання таких контрольних вправ:

- 1) підтягування на перекладині;
- 2) комплексна силова вправа;
- 3) біг на 100 метрів;
- 4) біг на 3000 метрів.

Зазначені вправи, на наш погляд, дозволять виявити ті особливості фізичної підготовки, які необхідні для виконання у подальшому поліцейськими службових обов'язків.

Доречною також є позиція щодо формування стану готовності у підготовці поліцейського повинно здійснюватися у вигляді цілеспрямованої психолого-педагогічної підготовки, що включає в себе засвоєння комплексу спеціальних професійних знань, умінь, навичок і вироблення необхідних особистісних якостей, а також включати в себе профільні дисципліни: тактико-спеціальну, вогневу та психологічну підготовку.

Спортивно-масові заходи спрямовані на пропаганду фізичної підготовки і спорту, здорового способу життя серед особового складу загальноосвітніх установ системи МВС України, залучення до регулярних занять фізичними вправами, підвищення спортивної майстерності курсантів, які займаються в спортивних секціях, спортивних свят, лижних або туристських походів і т. ін. Вочевидь треба усвідомлювати, що для оволодіння різними професійними вміннями та навичками необхідно розвивати здібності поступово або відносно швидко точно узгоджувати свої рухові дії з силових, просторових і часових параметрів.

Професійно-прикладна фізкультурна освіта спрямована на формування та удосконалення таких специфічних рухових навичок, які дозволяють людині виконувати професійні функції ефективно, зберігаючи досить тривалий час високу працездатність. Метою специфічної освіти є оволодіння знаннями для розкриття біологічних резервів і адаптаційних можливостей людини на граничних рівнях рухової активності. Навчальні заняття з фізичної підготовки це основна форма підготовки курсантів і слухачів відповідним фізичним якостям. Основне джерело відведеного часу – навчальні практичні заняття, а рівня підготовленості – компоненти навчального плану. Навчальне практичне заняття складається з трьох частин:

вступна, основна і заключна. У вступній частині основним елементом є розминка, загально розвиваючі і спеціально підготовчі вправи.

Таким чином, освіта в галузі фізичної підготовки передбачає створення умов для вільного і всебічного розвитку рухової діяльності людини для її гармонійного фізичного зростання, зміцнення здоров'я; створення бази для ефективної діяльності у всіх галузях життя, праці, побуту. Навчання з фізичної підготовки передбачає формування та вдосконалення в майбутніх поліцейських: – рухових якостей і навичок, необхідних у повсякденній діяльності та в разі виникнення екстремальних ситуацій; – витривалості, швидкісних і силових рис, які забезпечують можливість переслідування правопорушника та перевагу в силовому протистоянні під час його затримання, зокрема з подоланням природних і штучних перешкод; – навичок самоконтролю за фізичним станом і станом здоров'я в процесі виконання фізичних вправ; – практичних навичок застосування прийомів самозахисту, особистої безпеки, фізичного впливу тощо.

Список використаних джерел:

1. Артем'єв В. О. Спеціальна фізична підготовка працівників ОВС України : підручник / В. О. Артем'єв, О. А. Ярещенко, В. В. Сергієнко. – Харків : [б.в.], 2011. – С. 177–184.
2. Бондаренко В. В. Фізичний стан курсантів Національної академії внутрішніх справ // Юридична психологія та педагогіка. К., 2015. № 2.
3. Організація та проведення практичних занять з тактико-спеціальної підготовки із працівниками органів та підрозділів внутрішніх справ України в ситуаціях озброєної протидії з боку злочинців : метод. рек. / С. М. Банах, В. Р. Булачек, І. Ю. Землянський, Ю. Р. Йосипів, М. О. Лиса, М. В. Моргун, В. М. Синенький, О. І. Тьорло. – Львів : ЛьвДУВС, 2013.
4. Основи спеціальної фізичної підготовки працівників органів внутрішніх справ / М. І. Ануфрієв, С. Є. Бутов, О. Ф. Гіда, С. М. Решко: навч. посіб. К.: Нац. акад. внутр. справ, 2003. 336 с.
5. Про затвердження Положення з організації перевірки рівня фізичної підготовленості кандидатів до вступу на службу в Національну поліцію України : наказ МВС України від 09.02.2016 № 90 // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0306-16>

Проскурня Є. Є., Ком'яга А. В.

## ВИКОРИСТАННЯ РИВКУ ГИРЕЮ З ДОВІЛЬНОЮ ЗМІНОЮ РУК (Р-12) ДЛЯ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ПРАВООХОРОНЦІВ

В 2018 році в Україні вперше було проведено офіційні змагання з дисципліни «Ривок з довільною зміною рук без постановки гири на поміст (Р-12)». Змагання проводилися з метою організації фізкультурно-оздоровчої і спортивної діяльності у Збройних Силах України та інших військових формуваннях, утворених відповідно до законів України, у правоохоронних

органах, рятувальних та інших спеціальних службах, а також для вивчення та апробації вправи «Р-12» з подальшим включенням її до програми Чемпіонату України з гирьового спорту. Форма одягу учасника змагань – військові штани, військоове взуття та військова футболка. Чоловіки – вага гирі 24 кг, жінки – вага гирі 16 кг. Час на виконання вправи 12 хвилин з попереминою зміною рук довільну кількість раз без постановки гирі на поміст [3].

В 2019 році були затверджені зміни до Кваліфікаційних норм та вимог Єдиної спортивної класифікації України з неолімпійських видів спорту, де вперше затверджені кваліфікаційні нормативи у «Ривку з довільною зміною рук без постановки гирі на поміст впродовж 12 хв», (чоловіки – вага гирі 32 кг, жінки – вага гирі 24 кг): 1 ривок – 1 очко. Варто зазначити, що ці кваліфікаційні нормативи передбачають максимальне спортивне звання, яке можна досягнути у цій дисципліні – майстер спорту України (МСУ). Після зміни правил змагань виникла потреба у вивченні стану підготовки спортсменів у ривку гирі з довільною зміною рук без постановки гирі на поміст.

Важливим мотиваційним чинником для постійного вдосконалення спортивної майстерності для кожного спортсмена є виконання нормативу МСУ [5]. Аналіз останніх досліджень і публікацій показав, що для досягнення високого рівня спортивної майстерності, під час підготовки варто застосовувати принцип пріоритетного розвитку тих фізичних якостей, які обумовлюють ефективність змагальної діяльності та надійність виступу спортсменів у ній. За даними науковців [1, 5], одним з основних завдань спортивної підготовки є досягнення необхідного рівня розвитку фізичних якостей, можливостей функціональних систем організму спортсмена, що мають основне навантаження у цьому виді спорту. У працях учених [1, 5] встановлено, що у двоборстві для досягнення високих результатів перспективним напрямом є розвиток загальної фізичної витривалості та на її базі спеціальної витривалості до роботи з гирями. Для спортсменів легких та середніх категорій першочерговим завданням фахівці визначили розвиток силових якостей та витривалості, а для важких – витривалості, при чому вимоги до силових якостей знижуються [5].

Слід зазначити, що, незважаючи на споконвічно слов'янське коріння, заняття з гирею як фітнес-напрямок бере свої витoki із Заходу. Західні фахівці в області фітнесу визначили, що гиря, як жодне інше спортивне знаряддя, здатна разом охопити швидко практично всі групи м'язів людини, забезпечуючи чудові результати в зниженні ваги, а також у приведенні тіла в підтягнутий, атлетичний стан. Крім того, при певній спрямованості тренувань, гиря з легкістю допомагає значно підвищити функціональні кондиції спортсмена. Саме тому такий популярний наразі спортивний напрям, як кросфіт, постійно використовує гирю як невід'ємну частину тренувальних комплексів [4].

Так, що ж за така вправа "Ривок гирі з довільною зміною рук (Р-12)"?

Ця вправа об'єднала в собі звичайний ривок гирі та функціональну підготовку. І у зв'язку з цим ця вправа стає більш доступною для широких верств населення, особливо тих, хто має базову фізичну підготовку. А отже ця вправа відмінно підходить для слухачів закладів освіти зі спеціальними умовами навчання МВС.

У чому ж доступність цієї вправи?

Для виконання нормативу майстра спорту України з класичного двоборства необхідно щонайменше 4 роки тренувань, з яких велику частину займає технічна складова, а іншу велику частину займає тренування силових та витривалих якостей. А перша вправа двоборства – поштовх, взагалі потребує розвитку спеціальних силових якостей, і стає недоступною для багатьох спортсменів – початківців, а тим паче для слухачів ЗВО МВС, які навчаються 2-4 роки.

У вправі Р-12 технічна складова відходить на другий план. Вона також присутня, проте вже не потребує такої "ювелірної" підготовки, за рахунок того, що руку можна змінювати необмежену кількість разів. Тому на перше місце виходить функціональна підготовка, яка більш-менш присутня у слухачів закладів освіти зі спеціальними умовами навчання. Тому, якщо вибрати найпідготовленіших вихованців ЗВО МВС, то вже за пів року систематичних тренувань з постановки техніки ривку та функціональної підготовки більшість із них можуть виконати спортивний розряд "Кандидат в майстри спорту України".

Ще одним плюсом вправи Р-12 є те, що для тренувань не потрібно ніяких додаткових знарядь, достатньо однієї – двох гир, з якими можна тренувати як безпосередньо ривок, так і функціональну підготовку.

Які ж вправи підійдуть для розвитку функціональної підготовки?

Якщо розглядати для тренувань тільки гирю, то для розвитку функціональної підготовки можна використовувати будь-які варіації присідань (оверхед-присід, гоблед-присід), будь-які варіанти махів з гирею (мах однією рукою, мах двома руками – свінг, почерговий мах), станова тяга (із зігнутими ногами, із прямими ногами, на одній нозі), вправи на інші групи м'язів (армійський жим, розгинання рук стоячи, тяга гирі в нахилі, гало та ін).

Також для розвитку функціональної підготовки можна використовувати зв'язки цих та інших вправ. Наприклад: свінг – гоблед-присід – армійський жим двома руками; протяжка – гоблед-присід – армійський жим двома руками; ривок гирею – оверхед-присід, та ін.

Для тренування м'язів кисті та передпліччя також можна використовувати гирю. Це можуть бути утримання гирі на час або підкидування гирі на кількість.

Стосовно самих тренувань з Р-12, то їх, умовно, можна поділити на два види. Перший – це класичне тренування з ривку гирею. Тобто ті тренування, які розвивають техніку та кількість класичного ривку. Це може бути ривок робочою гирею на кількість протягом певного проміжку часу з одним

перехватом на кожну руку або тренування з різною вагою гир на кожну руку, або по черзі. Особливо важливим для першого виду тренувань будуть, так звані, перекидки, тобто ривок кожною рукою на максимум.

Стосовно другого виду тренувань, то це робота зі збільшеним темпом, в залежності від потрібної для виконання нормативу кількості ривків з довільною зміною рук. Але треба зазначити, що чим більше буде перекидів гирі з руки в руку, то більший темп необхідно буде брати спортсмену. Тобто тут треба шукати золоту середину між темпом виконання вправи, силою кисті та функціональними можливостями спортсмена. Також треба зазначити, що з часом виконання вправи виникає втомленість кисті, а також можливі зриви мозолів. Тому під час виконання вправи кількість підйомів на кожну руку може змінюватись. Тренування повинні бути систематизовані й розплановані залежно від бажаного результату.

Не секрет, що залежно від потрібного результату будується й програма тренувань. Тренінг з гирею відноситься до циклічного тренінгу, оскільки для досягнення більшого ефекту тренування має будуватися за принципом виконання певної роботи за певний проміжок часу. Саме такий підхід дозволить ефективно спалювати підшкірний жир, збільшувати функціональні можливості організму і, як наслідок, приводити в тонус м'язову систему [4].

Аналогічну рекомендацію можна дати й для збільшення функціональних можливостей того, хто тренується. Як було сказано вище, гиря – універсальне спортивне знаряддя, яке дозволяє опрацювати одночасно різні групи м'язів. Це досягається шляхом правильного підбору вправ, компонування окремих вправ у зв'язки.

Виходячи із циклічної складової тренування з гирею, ефективність виконуваної роботи можна пов'язати з частотою серцевих скорочень під час виконання роботи. Загальновідомим є той факт, що для того, щоб організм почав використовувати як джерело енергії запаси жиру, спортсмен повинен працювати протягом, скажімо, 20 хвилин з частотою серцевих скорочень на рівні 120 ударів на хвилину. А для збільшення функціональних можливостей потрібно працювати на пульсі 140-170 ударів на хвилину. Відповідно, для ефективного спалювання підшкірного жиру тренувальне навантаження потрібно підібрати так, щоб робота проводилася у зазначеному пульсі [4].

Висновок. В підготовці майбутніх правоохоронців основними критеріями є сила та витривалість, які треба розвинути протягом незначного проміжку часу. Для здійснення цієї мети можуть відмінно підійти заняття гирьовим спортом, а саме вправа ривок гирі з довільною зміною рук (Р-12), яка відмінно покращує функціональну підготовку, не потребує значних економічних затрат та багато вільного часу.

Список використаних джерел:

1. Андрейчук В. Я. Методичні основи гирьового спорту : навч. посібник. Львів : Тріада плюс, 2007. 500 с.
2. Неолімпійські силові види спорту : підручник / Мартин В. Д., Андрейчук В. Я., Іваницький Б. В., Безпаленко В. І., Шеремета С. Р., Кувалдіна О. В.,

Портах В. С. Львів : ЛДУФК. 2017. 628 с.

3. Пронтенко К. В., Андрейчук В. Я., Юр'єв С. О., Романів І.В., Воробйов Д. М., Домінюк М. М., Данилюк М. М. : Эффективность подготовки спортсменов у ривку з довільною зміною рук без постановки гирі на поміст. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова Випуск 1 (129) 2021. с 93-97.

4. Проскурня Є. Є., Ком'яга А. В. : Особливості самостійних тренувань з гирями слухачів закладів вищої освіти в умовах ізоляції. Проблеми реабілітації : Збірник наукових праць. Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського, 2020, с.238-243.

5. Фізичне виховання, спеціальна фізична підготовка і спорт військовослужбовців : підручник / П. Ткачук, С. Романчук, В. Афонін, В. Андрейчук, В. Климович, М. Кузнецов, О. Лесько, О. Лойко, А. Одеров, А. Петрук, С. Федак Львів: НАСВ, 2019. 291 с.

Самыличев А. С.

### «COVID – 19» - АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Автоэксперимент начался в октябре 2020, когда почувствовал симптомы коронавирусной инфекции, хотя очень четко соблюдал режим самоизоляции («зона риска – 65 +»).

Просто, супруга принесла инфекцию из больницы, где она подрабатывала медсестрой в травматологическом отделении, начиная со студенческой скамьи. Тотчас же были инфицированы все члены семьи.

В отличии от супруги и дочери кроме медикаментозного лечения продолжал практиковать нетрадиционные средства и методы традиционной китайской медицины (ТКМ) [ 1 ].

Напомню, что ТКМ – медицина энергетическая и ее основополагающая идея – правильная циркуляция жизненной энергии «ЦИ» в нашем организме. Поэтому целью всех методов лечения является проходимость активных каналов, по которым движется энергия в нашем теле. Энергетические каналы (меридианы) изучались несколько тысячелетий, но западная медицина не нашла подтверждение существования этой сети. Но научная аппаратура, становясь все более совершенной, позволила получить доказательство в 1998 году своего существования и даже была определена ее опτικο-волоконная структура.

По глубокому убеждению специалистов ТКМ необходимо начинать каждый день с запуска механизмов самовосстановления, которые, к тому же, значительно замедляют процессы старения на клеточном уровне, т.к. способствуют нормальной циркуляции ЦИ, крови и лимфы, что является основным условием сохранения здоровья на долгие годы.

Они установили, что самые крупные заторы циркуляции образуются в пяти областях: в локтевых суставах, в подмышечных впадинах, в грудине, в паховых областях и коленных суставах.

Поэтому каждое утро после просыпания и каждый вечер перед сном автор растирал эти зоны (от 30 до 50 раз каждую область).

Затем, также, лежа на спине в кровати после просыпания поздно вечером перед сном, выполнял точечный самомассаж комплекса биологически активных точек (БАТ, направленный на профилактику и реабилитацию вирусных респираторных заболеваний. Он представляет собой точечный самомассаж пяти точек; трех – парных и двух непарных.

Точка № 1, находящейся между бровей, в районе переносицы, выше на 3 мм. На Востоке ее называют «третий глаз» (Вспомните индийские фильмы). Точки № 2 - парные, которые находятся на уровне верхнего края крыльев носа по бокам от него. При надавливании на скуловые косточки можно ощутить небольшие ямки и легкую ломящую боль. Кстати, с помощью точечного массажа именно этих точек можно освободить дыхание при самом «непробиваемом» насморке.

Точка № 3 находится на краешке подбородка, при надавливании на нее можно также ощутить небольшую ямку.

Точки № 5 – парные, находящиеся в уголках фаланг указательного и большого пальца каждой руки, которые необходимо массировать большим пальцем противоположной руки.

Первые четыре точки массируются подушечками указательных пальцев, периодически надавливая на поверхность кожи с небольшими вращательными движениями, а пятые – поочередно большими пальцами рук.

Каждую точку необходимо массировать одну минуту. То есть, самомассаж этого комплекса занимает шесть минут (учитывая то, что точки № 5 необходимо массировать поочередно).

Таким образом, убедился, что такой не хитрый способ самомассажа работает (при систематическом использовании) и значительно облегчает протекание довольно серьезного заболевания.

Этот вывод подтверждается при сравнении интенсивности и сроков заболевания членов моей семьи: если у дочери и у супруги – принципиальных приверженцев отечественной медицинской реабилитации, заболевание проходило в активной форме (температура свыше + 39 градусов – по 5 дней), то у меня, продолжавшего ежедневный самомассаж БАТ (первый раз - сразу же после пробуждения и второй раз – перед сном), степень недомогания была менее выражена (температура в течении 3 дней достигала + 38 градусов и общая продолжительность – на неделю короче). Из чего я делаю вывод для себя, что комплекс БАТ для профилактики респираторных заболеваний работает для облегчения состояния при Covid-19, по крайней мере, в моем случае.

Все переболевшие коронавирусом отмечают длительность реабилитации после него и массу отклонений в деятельности сердечно-сосудистой системы, нервной системы и других физиологических систем организма.



Поэтому после двух недель активной фазы заболевания было принято решение добавить воздействие на еще два небольших комплекса точечного массажа, рекомендуемые специалистами Традиционной китайской медицины (ТКМ).

ТКМ базируется на понятиях ЦИ – жизненная энергия и МЕРИДИАНЫ – энергетические каналы, по которым циркулирует ЦИ. Необходимо отметить, что представителями Восточной медицины они изучались тысячелетиями, но для представителей Западной медицины они получили подтверждение лишь в 1998 году, в связи с разработкой современной научной аппаратуры. Более того, была определена ее оптико-волоконная структура [ 2 ].

По глубокому убеждению специалистов ТКМ необходимо начинать каждый день с запуска механизмов самовосстановления, которые, к тому же, значительно замедляют процессы старения на клеточном уровне, т.к. способствуют нормальной циркуляции ЦИ, крови и лимфы, что является основным условием сохранения здоровья на долгие годы.

Они установили, что самые крупные заторы циркуляции образуются в пяти областях: в локтевых суставах, в подмышечных впадинах, в груди, в паховых областях и коленных суставах.

Поэтому каждое утро после просыпания и каждый вечер перед сном автор растирал эти зоны. Затем он приступал к гимнастике сосудов сердца, памятуя, что в 2004-м и в 2009 -м годах он имел неосторожность перенести инфаркты миокарда (задне-боковая и передне-боковая стенки миокарда).

Комплекс БАТ меридиана предсердия предлагаем массировать в последовательности: от дистальной, т.е. более удаленной от туловища до проксимальной, менее удаленной от туловища, частей.

1. ЛАО-ГУН \* - находится в центре ладони, которую легко найти – в нее упирается ноготь среднего пальца при сгибании всех пальцев к центру ладони. «Сердечникам» необходимо знать, что массаж этой точки эффективно влияет на работу сердца при сильном волнении и беспокойстве.

2. Массаж точки ДА-ЛИН, находящейся по середине лучезапястного сустава, при диагнозе «Кардио-невроз», при систематической бессоннице и при беспричинно повторяющейся смене настроения.

3. БАТ «ЦЗЯНЬ-ШИ» прощупывается нажатием на нее, расположенную в первой трети проксимальной части предплечья, которую можно найти, если приложить к складке лучезапястного сустава трех сомкнутых пальцев (указательного, среднего и безымянного). В середине тыльной стороны предплечья на уровне на уровне линии, отмеченной тремя сомкнутыми пальцами.

4. «СИ-МЭНЬ» можно найти также на тыльной стороне предплечья на расстоянии пяти сомкнутых пальцев от складки запястья. Точечный массаж этой БАТ является эффективным способом предупреждения приступа стенокардии.

5. БАТ «ШАО-ХАЙ» знаходиться в углублении при согнутом локте под углом 90 градусів, между края локтевого сгиба и надмышцелком плечевой кости. Точечный массаж «ШАО-ХАЙ» способствует нормализации Артериального давления.

Техника точечного массажа БАТ предсердия несколько отличается вышеописанной. В связи с тем, что канал предсердия находится довольно глубоко в области предплечья, БАТ №№ 2, 3, 4 массируются с помощью довольно сильных нажатие на них и одновременными вращательными движениями кистей массируемых рук.

Таким образом, для укрепления иммунитета, профилактики и физической реабилитации после перенесенного COVID-19 рекомендую ежедневно выполнять три небольших комплекса растираний и точечного массажа в следующей последовательности:

1. Для нормализации циркуляции ЦИ, крови и лимфы (растирание пяти областей).

2. Комплекс БАТ предсердия (точечный массаж пяти точек: парных и непарных).

3. Для профилактики респираторных вирусных заболеваний (пять точек: парных и непарных).

• Китайские названия БАТ используются для уточнения их топографии в поисковой системе «Яндекс».

Список использованных источников:

1. Самыличев А.С. Средства и методы Традиционной китайской медицины при проблемах в состоянии сердечно-сосудистой системы /А. С. Самыличев //Современные проблемы физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической конференции.- Нижегородский госуниверситет, 2018. – С.128-130.

2. Самыличев А.С. Антропные технологии нетрадиционной тренировки сердечно-сосудистой системы /А.С. Самыличев // Антропные образовательные технологии в сфере физической культуры: Материалы V Всероссийской конференции. – Мининский университет. – Нижний Новгород. – 2019. С. 134-136.

Тодоров П. І., Наумов С. С.

## ВИХОВАННЯ ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ У БОРЦІВ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

**Постановка проблеми.** Сучасний спортивний мир відрізняється високою динамічністю спортивних результатів. Від року до року відбувається постійне вдосконалення технічних засобів спорту, удосконалюються методики тренування, розробляються нові біохімічні препарати. Все це примушує фахівців в області фізичної культури і спорту постійно вести пошук нових напрямів спортивної підготовки.

Одним із найважливіших показників фізичного розвитку молоді є достатній рівень розвитку основних фізичних якостей. Рациональний розвиток фізичних якостей дозволяє дитині засвоїти необхідні у повсякденному житті навички поведінки, рухові дії, що служать підставою для успішної реалізації себе під час виконання робочих дій.

Одним із найважливіших показників фізичного розвитку молоді є достатній рівень розвитку основних фізичних якостей.

**Мета** дослідження полягає у розробці експериментальної методики розвитку силових та швидкісно-силових здібностей у підлітків, яка поліпшить учбово-тренувальний процес на заняттях з вільної боротьби.

У старшому шкільному віці морфофункціональні особливості розвитку організму, закономірності фізичного розвитку юнаків дозволяють зробити цілеспрямований вплив на розвиток силової витривалості, збільшення м'язової маси й властиво силових здатностей.

Фізичний розвиток дітей і підлітків – це складний біологічний процес, що відбувається безперервно. На кожному віковому етапі він характеризується певним комплексом пов'язаних між собою і зовнішнім середовищем функціональних особливостей організму.

Дослідження вітчизняних і зарубіжних вчених в галузі вікової фізіології і фізичного виховання дітей [1,2] показують наявність у кожному віковому періоді морфофункціональних особливостей, які необхідно враховувати при організації занять фізичною культурою і спортом та розробці методики спортивних і оздоровчих тренувань.

Підлітковий вік – один із найскладніших періодів розвитку дитини, що потребує нових і ефективних методів виховання і навчання, виступає основним періодом набуття соціального досвіду, зокрема, формування орієнтацій на здоровий спосіб життя, що є передумовою функціонування механізмів розвитку особистості та організації її життєдіяльності.

Сучасна система фізичного виховання практично на 50% не реалізується через дві основні причини: слабка організація навчально-педагогічного процесу й однобокість концепцій, закладених в основу навчальних програм.

У теорії й методиці фізичного виховання розрізняють абсолютну й відносну силу. Перша характеризує найбільшу силу, що здатний розвинути в певний проміжок часу спортсмен у процесі виконання руху, а друга визначається відношенням абсолютної сили до маси тіла. Звідси треба, що ріст абсолютної сили завжди сприяє підвищенню відносної. Роль сили, будь то динамічний або статичний режим роботи, особливо зростає зі збільшенням маси опору, що переборює, тому що в цьому випадку завжди існує залежність прояву сили від швидкості скорочення м'язів [3].

Методи виховання сили засновані на закономірностях, що діють при чергуванні роботи з обтяженнями й відпочинком, а також на взаєминах між інтенсивністю й обсягом навантаження. Існують три основних способи застосування вправ з обтяженнями й опором амортизатора й еспандера:

робота в плинні тривалого проміжку часу з малими обтяженнями або опорами; робота з малими опорами й обтяженням із граничною швидкістю; робота з обтяженнями або опором навколо граничної або граничної ваги й опору.

Найбільш діючим способом розвитку сили є робота з обтяженням навколо граничної й граничної ваги й опору. Максимальні зусилля можна розвивати в плинні короткого проміжку часу, тому що організм учня не в змозі витримати максимальної напруги м'язів через відсутність у достатній кількості кисню, необхідного для перетворення енергії. «Після максимального зусилля для відновлення працездатності необхідний «повний інтервал» відпочинку протягом 3-5 хвилин».

Найбільше часто в тренуванні використовують комплексні програми із застосуванням комплексного діапазону засобів і методів удосконалювання «вибухової» сили.

Швидкісна сила проявляється при швидких рухах проти щодо невеликого зовнішнього опору. Для розвитку швидкісної сили застосовують вправи з обтяженнями, стрибки з висоти, стрибкові вправи й комплекси тренувальних засобів.

У виконанні вправ на швидкість більшу роль грають м'язові напруги. Ці напруги можна віднести до швидкісно-силового. Щоб збільшити швидкість рухів, необхідно розвивати як м'язову силу. Так і швидкість рухів. Поряд із застосуванням обтяження для виховання швидкості рухів використовуються вправи, виконання яких можливо в полегшених умовах, таких, наприклад, як метання полегшених снарядів, чергування вправ з полегшеними снарядами й снарядами нормальної ваги.

Доцільно окремі вправи з невеликими обтяженнями або пов'язані з подоланням своєї ваги включати в домашні завдання, поступово збільшуючи їхнє навантаження. Силкові вправи найбільш ефективні, якщо їх застосувати на початку або середині основної частини занять. У цьому випадку вони виконуються на тлі оптимального стану центральної нервової системи, завдяки чому краще проходить утворення й удосконалювання нервово-координаційних взаємодій, які забезпечують ріст м'язової сили.

Таким чином, аналіз спеціальної психолого-педагогічної та методичної літератури дозволив нам дійти висновку, що ефективного розвитку силових та швидкісно-силових якостей можна досягти вживаючи відповідні вправи під час проведення учбово-тренувальних занять та самостійних занять вдома. Це й послужило приводом для розроблення комплексу заходів сприяючих вдосконаленню якості сили на заняттях з вільної боротьби. Дослідження силових та швидкісно-силових якостей у юнаків 15-16 років на заняттях з вільної боротьби сприяє раціональній побудові учбового процесу, спрямованого на загальний розвиток та розвиток їхньої мотивації до занять спортом.

Проведений педагогічний експеримент для перевірки ефективності розробленого нами комплексу заходів з виховання силових та швидкісно-

силових якостей дав позитивні результати. Аналізуючи динаміку цих якостей у борців вільного стилю 15-16 років за період формуючого експерименту слід зазначити, що зростання показників було у всіх вправах. Найбільш виражене поліпшення у вправі підтягування на перекладині - 22 рази, яке попереджає контрольну на 10%.

Позитивні результати проведеного експерименту дозволяють рекомендувати розроблену методику для вживання в інших учбово-тренувальних групах, а також для самостійних занять. Програма містить методичні рекомендації по виконанню всіх вправ з приблизним їх дозуванням та варіантами виконання у залежності від умов у яких виконуються вправи.

Список використаних джерел:

1. Круцевич Т.Ю. Контроль в физическом воспитании детей, подростков и юношей / Т.Ю. Круцевич. – К., 2005. – 195 с.
2. Линець М.М. Основи методики розвитку рухових якостей: Навчальний посібник для фізкультурних видів / М.М. Линець. – Львів: „Штабор”, 1997. – 204 с.
3. Мартемьянов Ю.Г. Индивидуальные программы физической подготовки юных единоборцев / Физическая культура / 2009 - № 5. С. 36-39.

Форостян О. І., Акрабова О. Г.

## ФІЗИЧНА ПІДТОВКА ДІВЧАТ СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ОЗДОРОВЧОГО ФІТНЕСУ

**Актуальність проблеми.** Сучасний спосіб життя школярів вступає в протиріччя з фізіологічними потребами організму, а дефіцит рухової активності веде до зростання захворюваності та зниження навчально-трудої активності. Комп'ютеризація побуту населення і, особливо, складні програми шкільного навчання інтенсифікують навчальний процес і різко обмежують рухову активність школярів. Фізкультура й спорт, як елементи здорового способу життя, стають важливими складовими, що характеризують розвиток суспільства в сучасних умовах. Збереження й зміцнення здоров'я нації перетворюється в значимий фактор ідеологічної, соціальної, культурної, економічної й оборонної політики суспільства, і є в цей час однією з основних завдань нашої держави.

Однією з головних причин цієї кризи може бути недосконалість традиційних методичних підходів до вимірювання та оцінки оздоровчої ефективності діючих і розроблюваних навчальних програм з фізичної підготовки учнів. Вирішення цієї проблеми необхідно, перш за все, для науково обгрунтованого вибору найбільш ефективних засобів фізичної підготовки та режимів навантажень для учнів, достатніх для розробки цілісних програм Фізичної підготовки, що забезпечують досягнення повної компенсації у них дефіциту рухової активності.

**Мета дослідження** було вдосконалення навчального процесу з фізичної культури учениць старших класів шляхом розробки найбільш оздоровчо-ефективних засобів і методів фізичної підготовки, спрямованих на забезпечення компенсації у них дефіциту рухової активності.

Сприятливий вплив фізичних тренувань на кардіореспіраторну систему й організм у цілому загальновідомо, більшість дослідників затверджують, що такі заняття підвищують рівень функціонального стану й неспецифічну резистентність організму (Н.Д. Граевская, А.Г. Дембо, Р.А. Абзалов, В.Л.Карпман, Ф.Г. Ситдиқов). Це варто розглядати як передумову високої фізичної працездатності й потенційну здатність організму ефективно пристосовуватися до умов навколишнього середовища, і зокрема, до пропонувананих змагальним і тренувальним навантаженням (Ф.З. Меерсон, Ф.З. Меерсон, Ю.С. Ванюшин). Незважаючи на нескінченний потік публікацій, актуальність проблеми дефіциту рухової активності продовжує зростати в зв'язку з загрозливим зростанням захворюваності.

Погіршення стану здоров'я жінок викликає значну стурбованість в суспільстві та державі, оскільки від здоров'я жінок залежить здоров'я майбутніх поколінь нашої країни. Велике значення для покращення стану здоров'я має фізичне виховання. Тому пошук нових засобів та форм фізичного виховання дівчат старшого шкільного віку є своєчасним та актуальним. Незважаючи на велику кількість досліджень, проведених в даній області, проблема оптимізації рухового режиму учнівської молоді та, в першу чергу школярів, залишається домінуючою в роботах значної числа фахівців з фізичного виховання [4].

Незважаючи на велику кількість досліджень, проведених в даній області, проблема оптимізації рухового режиму учнівської молоді та, в першу чергу школярів, залишається домінуючою в роботах значної числа фахівців з фізичного виховання.

За даними багатьох авторів близько 90% дітей мають відхилення в фізичному і психічному розвитку, 30-35% дітей, які вчаться в школі, вже мали хронічні захворювання - за роки навчання в школі в п'ять разів зростала число порушень зору і постави; в чотири рази збільшилася кількість порушень психічного здоров'я; в три рази зросла кількість дітей з захворюваннями органів травлення; прогресивно збільшилися захворювання серцево-судинної системи [45,50]. Все це свідчило про виникненні і прогресуванні дефіциту рухової активності у дітей в шкільні роки.

На думку ряду авторів уроки фізичною культурою можуть забезпечувати небільше 10-15% щоденної потреби в руховій активності [1,2]. Встановлено, що середній річний приріст показників фізичної підготовленості, становить в середньому 2% у дівчаток і 3% у хлопчиків [

Багаторічні динамічні спостереження за фізичною підготовленістю школярів, проведені поруч авторів [3], виявили відсутність в ній позитивної динаміки, що свідчить про своєрідну затримці фізичного розвитку школярів у нашій країні. Більш того, як відзначають автори, в процесі вікового розвитку

школярів гіпокінезія має тенденцію до прогресування. Умови шкільного режиму обмежують учнів в природній потреби рухатися, що призводить до ряду несприятливих наслідків: відставання в формуванні та розвитку опорно-рухового апарату [1], затримка в розвитку функціональних резервів серцево-судинної системи і органів дихання, збільшення захворювань верхніх дихальних шляхів, погіршення психічних функцій, уповільнення адаптаційних процесів і зниження резистентності організму [4].

Для старших школярів характерне досягнення найвищих темпів розвитку фізичного потенціалу в цілому. У них відзначається найбільш інтенсивне зростання силових показників і витривалості, удосконалювання рухової координації.

Рухова діяльність обумовлюється не тільки розвитком опорно-рухового апарата, але і функціональними можливостями внутрішніх органів і систем, що обслуговують цей апарат. Важливе значення з погляду регламентації фізичних навантажень являють собою дані про особливості росту і розвитку організму в період полового дозрівання. Цей період характеризується індивідуальними коливаннями не тільки в термінах настання статевого дозрівання, але й в інтенсивності його протікання в осіб, що відносяться до однієї віковій групі. Індивідуальні темпи статевого розвитку підлітків впливають на рівень загального соматичного розвитку рухової функції, а також на характер адаптації серцево-судинної системи до стандартної м'язової роботи.

Наукові дослідження й практичний досвід показує, що силове тренування, при обліку фізіологічних особливостей жіночого організму, сприяє поліпшенню здоров'я, зміцнює м'язи й зв'язки тазового дна, поліпшує фігуру.

Здійснений вибір найбільш енергоємних комплексів фізичних вправ, з урахуванням особливостей обстежуваного контингенту, дозволив підійти до вирішення головного завдання основного експерименту – розробці цілісної експериментальної програми фізичної підготовки школярок-старшокласниць. У цій програмі експериментально обґрунтовано перевага засобами оздоровчого фітнесу. З інших видів спорту в експериментальну програму включені циклічні вправи, що виконувалися в зоні великої потужності навантажень, в обсязі 25-30%. На силові вправи відводилося в середньому 10-15% і, як правило, використовувалися вправи спортивних ігор, що виконувалися за спрощеними правилами, в обсязі 15-30% від загального обсягу навантажень.

Обсяг навантажень, що виконувалися в режимі змішаного енергозабезпечення, в експериментальній групі в першій місяць експерименту становив в середньому 45%, а до кінця експерименту він поступово збільшувався до 50-60%, в той час як в контрольній групі протягом року цей режим навантажень не перевищував 20-30%. Рухова щільність уроків доведена до 80%, а в контрольній групі не перевищувала 50%.

Розроблена експериментальна програма фізичної підготовки школярок-старшокласниць, дозволила досягти значного оздоровчого ефекту. Так, до кінця навчального року істотно і достовірно покращилися всі показники рухової підготовленості: час утримання положення підтягування - на 25%, а кількість підйомів тулуба - на 35%. У контрольній групі відзначені лише незначні і статистично недостовірні зміни.

Найбільший оздоровчий ефект був досягнутий за показниками рівня здоров'я. Так, рівень розвитку якостей і ефективність легеневої вентиляції і загального кровотоку збільшилися в середньому від 30% на початку експерименту до 60% до його закінчення. Показник аеробного витривалості достовірно збільшився від 20% до 50%, а аеробне працездатність також статистично достовірно підвищилася в середньому від 10% до 40%. Отримані дані свідчили про досягнення практично повної компенсації вираженого дефіциту рухової активності у школярок експериментальної групи. У той же час в контрольній групі рівень здоров'я школярок стабільно характеризувався як дуже низький, що підтверджувало неефективність існуючої системи фізичної підготовки.

Таким чином, підсумки основного експерименту підтвердили можливість і перспективність вдосконалення програм фізичної підготовки учнів на основі врахування оздоровчої ефективності виконуваних фізичних навантажень. Розроблена експериментальна програма дозволила практично повністю компенсувати дефіцит рухової активності у школярок старших класів і суттєво підвищити рівень їх здоров'я.

Список використаних джерел:

1. Бурканов А. И. Влияние спорта на организм школьников //Теория и практика физической культуры. - 2002. - №4. -с.12-14.
2. Вавилов Ю. Н., Вавилов К. Ю. Научно-практические предпосылки спортивно- оздоровительной программы для детей и молодежи //Теория и практика физической культуры. - 2005. - №4. - с.54-58.
3. Вацеба О.М. Основні тенденції та проблеми розвитку наукових досліджень у галузі фізичного виховання та спорту в сучасній Україні (1991-2001 рр.)//Теорія і методика фізичного виховання і спорту. - 2002. - №2-3. - С. 33-40.
4. Никитюк Б.А. Состояние специфических функций женского организма при занятиях спортом // Теория и практика физической культуры. - 2014. - №3 - с. 19-21.



## ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

### РОЗДІЛ І. МЕТОДИКА КОРЕКЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНОГО ВПЛИВУ НА ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

**Арнаутова Л.В.** – доцент, канд. мед. наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К. Д. Ушинського».

**Артеменко Н.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта. Логопедія» ДЗ «ПНПУ імені К.Д.Ушинського».

**Войтенко К.А.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта. Логопедія» ДЗ «ПНПУ імені К.Д.Ушинського».

**Галущенко В.І.** – логопед вищої категорії СДНЗ №193 компенсуючого типу м.Одеси, канд. пед. наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д.Ушинського».

**Громяк Г.С.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта. Логопедія» ДЗ «ПНПУ імені К.Д.Ушинського».

**Драгнєва Л.І.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта. Логопедія» ДЗ «ПНПУ імені К.Д.Ушинського».

**Журавська К.В.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта. Логопедія» ДЗ «ПНПУ імені К.Д.Ушинського».

**Івіна Д.І.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта. Логопедія» ДЗ «ПНПУ імені К.Д.Ушинського».

**Ігнатенко Т.П.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 Спеціальна освіта 016.01 Логопедія Херсонського державного університету.

**Ільчук О.В.** – директор, вчитель-дефектолог вищої категорії, вчитель-методист, відмінник освіти КЗО «Криворізька спеціальна школа Перлина ДОР».

**Кабельнікова Н.В.** – доцент, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри природничо-математичних дисциплін та логопедії Херсонського державного університету.

**Кінєва К.П.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта. Логопедія» ДЗ «ПНПУ імені К.Д.Ушинського».

**Комісарова Є.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта. Логопедія» ДЗ «ПНПУ імені К.Д.Ушинського».

**Королькова Г.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта. Логопедія» ДЗ «ПНПУ імені К.Д.Ушинського».

**Костенко Д.А.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта. Логопедія» ДЗ «ПНПУ імені К.Д.Ушинського».

**Лагода Н.М.** – заступник директора з навчально-методичної роботи, вчитель-дефектолог вищої категорії, вчитель-методист КЗО «Криворізька спеціальна школа Перлина ДОР».

**Лещій Н.П.** – доцент, канд. пед. наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К. Д. Ушинського».

**Лучко М.Г.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта. Логопедія» ДЗ «ПНПУ імені К.Д.Ушинського».

**Маматова З.Р.** – завідувач кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К. Д. Ушинського».

**Начинова О.В.** – доцент, канд. пед. наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К. Д. Ушинського».

**Паладій О.В.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта. Логопедія» ДЗ «ПНПУ імені К.Д.Ушинського».

**Постернак А.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта. Логопедія» ДЗ «ПНПУ імені К.Д.Ушинського».

**Притиковська С.Д.** - завідувач СДНЗ №193 компенсуючого типу м. Одеси, канд. пед. наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д.Ушинського».

**Савченко М.В.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта. Логопедія» ДЗ «ПНПУ імені К.Д.Ушинського».

**Соловей Н.С.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта. Логопедія» ДЗ «ПНПУ імені К.Д.Ушинського».

**Соколова Г.Б.** – докт. псих. наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д. Ушинського».

**Соколова С.О.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта. Логопедія» ДЗ «ПНПУ імені К.Д.Ушинського».

**Стадник Л.Д.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта. Логопедія» ДЗ «ПНПУ імені К.Д.Ушинського».

**Тихонова О.М.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта. Логопедія» ДЗ «ПНПУ імені К.Д.Ушинського».

**Томіліна С.В.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 016 Спеціальна освіта 016.01 Логопедія Херсонського державного університету.

**Форостян О.І.** – докт. пед. наук, професор, завідувач кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д. Ушинського».

## **РОЗДІЛ ІІ. ПИТАННЯ ФІЗКУЛЬТУРНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З УЧНІВСЬКОЮ МОЛОДДЮ**

**Акрабова О.Г.** – здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 014 «Фізична культура» ДЗ «ПНПУ імені К.Д. Ушинського».

**Безродна А.В.** – здобувач першого (бакалаврського) рівня 3 року навчання зі спеціальності «Правоохоронна діяльність» Одеського державного університету внутрішніх справ.

**Головко В.М.** – викладач кафедри тактико-спеціальної, вогнявої та фізичної підготовки Одеського державного університету внутрішніх справ».

**Ком'яга А.В.** – старший викладач кафедри тактико-спеціальної, вогнявої та фізичної підготовки Одеського державного університету внутрішніх справ.

**Константинов Д.С.** – асистент викладача кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К. Д. Ушинського»

**Масунова О.В.** – старший викладач кафедри іноземної мови та фізичної культури Одеської національної музичної академії ім. А.В. Нежданової.

**Носкова Т.І.** – старший викладач кафедри тактико-спеціальної, вогнявої та фізичної підготовки Одеського державного університету внутрішніх справ.

**Проскурня Є.Є.** – старший викладач кафедри тактико-спеціальної, вогнявої та фізичної підготовки Одеського державного університету внутрішніх справ.

**Самыличев А.С.** – доцент, канд. пед. наук, доцент факультета фізической культуры и спорта Нижегородского национального государственного университета им. Н.И.Лобачевского, профессор, Заслуженный работник науки и образования Российской академии естественных наук.

**Тодоров П.І.** – приват/професор кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д. Ушинського»

**Трішин К.О.** – викладач кафедри тактико-спеціальної, вогнявої та фізичної підготовки Одеського державного університету внутрішніх справ.