

в непроизвольных человеческих движениях (покачиваниях головой в знак согласия, почесываниях, помахиваниях рукой при прощании, пожимании ладони при приветствии и т.д.);

- правильно выполненное волновое движение способно **передавать накопленную кинетическую энергию и трансформировать ее в скорость** движения в конечностях по мере уменьшения массы биоэлена (феномен «кнута» или «баллистической волны»);

- выполняемые в стиле волны движения тела и конечностей **более эргономичные**, требуют меньше затрат энергии на их выполнение.

Таким образом, в основу эффективной системы двигательной реабилитации детей с нарушениями ОДА могут быть положены следующие специфические принципы: **принцип врожденной кинезофилии и примата моторики, раннего старта коррекционных мероприятий, филогенетический принцип, иерархичности двигательного развития, тонической гармонизации, ползательного первенства, предметно-манипулятивной деятельности, предметной цефализации, главенства афферентации (принудительной афферентации), полисенсорной интеграции, опорно-гравитационного комфорта, «от состояния медитации – к состоянию концентрации»; осознанной целесообразности, первичности релиза (высвобождения), генерирования рестрикций, вибрационно-волновой.**

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем / предисл. проф. К. В. Судакова и др. Акад. мед. наук СССР / П.К.Анохин. – М. : «Медицина», 1975. – 447 с. ил.
2. Бернштейн Н. А. О построении движений / государственное издательство медицинской литературы / Н. А. Бернштейн. – Медгиз, 1947. – 255 с., ил.
3. Доман Г. Как сделать ребенка физически совершенным / Глен Доман. – М. : «Аквариум», 2000. – 336 с.
4. Ефименко Н. Н. Театр физического воспитания и оздоровления детей дошкольного и младшего школьного возраста : издание 6-е, перераб и доп.; авторская программа / Н. Н. Ефименко. – Таганрог : ПТ Ньюанс, 2011. – 68 с.
5. [Ефименко Н. Н. Научное наследие Н. А. Бернштейна в свете современных проблем коррекционного физического воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / М. М. Ефименко // Науковий часопис національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Випуск 19. – 2011. – С. 68-73.](#)
6. Ипполитова М. В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье / М. В. Ипполитова, Р. Д. Бабенкова, Е. М. Мастоюкова. – М. : Просвещение, 1993. – 163 с.
7. Кудряшов Н. И. Гимнастика гипербореев: целительная вибрация / Н. И. Кудряшов – СПб. : Питер, 2011. – 192 с. : ил.
8. Могендович М. Р. Физиологические основы лечебной физической культуры / М. Р. Могендович, И. Б. Темкин; М-во здравоохранения Удм. АССР. – Ижевск : «Удмуртия», 1975. – 199 с. : ил.
9. Фрейджер, Р., Личность. Теории, упражнения, эксперименты : большая университетская библиотека / Р. Фрейджер, Д. Фейдимен : пер. с англ. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2006. – 704 с.

УДК: 376.

ДО ПРОБЛЕМИ ВІДНОВЛЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ПРИ МОТОРНІЙ АФАЗІЇ ВНАСЛІДОК ІНСУЛЬТУ

Зарицька А.В.

Інститут корекційної педагогіки та психології
НПУ імені М.П.Драгоманова.

У статті розглядається проблема відновлення комунікативної функції мовлення при моторній афазії внаслідок інсульту.

В статті рассматривается проблема восстановления коммуникативной функции речи при моторной афазии вследствие инсульта.

In the article the problem of renewal of communicative function of speech is examined at a motor aphasia because of stroke.

Ключові слова: інсульт, моторна афазія, комунікативна функція.

Ключевые слова: инсульт, моторная афазия, коммуникативная функция.

Key words: stroke, motor aphasia, communicative function.

Згідно зі статистикою у світі спостерігається стрімка тенденція до збільшення числа хворих з локальними ураженнями головного мозку внаслідок інсульту. За даними ВООЗ 30% хворих складають особи працездатного віку. 75-80% хворих, що перенесли інсульт, повністю втрачають професійні навички та працездатність і, як наслідок, отримують I або II групу інвалідності. Найважливішим чинником при визначенні ступеню інвалідності є порушення вищих психічних функцій, які обумовлені локальними ураженнями мозку, і серед них найбільш складними є афатичні порушення мовлення.

Афазією називають системне порушення мовлення внаслідок органічного ураження кори головного мозку, що

охоплює різні рівні організації мовлення, впливає на його зв'язки з іншими вищими психічними функціями та призводить до дезінтеграції всієї психічної сфери людини, а також до її дезадаптації в різних життєвих ситуаціях (В.О.Кондратенко, С.Ю.Конопляста, І.В.Мартиненко, І.С.Марченко, В.В.Тарасун, В.В.Тищенко, О.Ю.Ромась, Н.В.Чередніченко, М.К.Шеремет) [2].

Афазія включає чотири складові – порушення власне мовлення та вербального спілкування, порушення інших психічних процесів, зміну особистості та особисту реакцію хворого на захворювання [4].

На сьогодні вчення про афазію - афазіологія - налічує більш ніж столітній період свого розвитку. Вона започаткована класиками неврології Р.Вгоса і К.Верніце та розвивалась завдяки роботам О.Р.Лурії і його послідовників Т.В.Ахутіної, Е.С.Бейн, М.К.Бурлакової Ж.М.Глозман, Т.Г.Візель, В.В.Оппель, Е.Д.Хомської, Л.С.Цветкової, В.М.Шкловського та інших.

Науково-теоретичні аспекти проблеми афазії досліджені в роботах О.Р.Лурії, В.В.Оппель, М.Критчлі, Т.В.Ахутіної, Л.С.Цветкової, Ж.М.Глозман, М.К.Шохор-Троцької та інших вчених. Питанням неврологічної класифікації афатичних розладів займалися Jackson, Finkelburg, Kussmaul, Henschen, Goldstein, Л.О.Бадалян, М.А.Бернштейн, І.М.Тонконогий та ін. Методи лінгвістичної класифікації афазії представлені в роботах Jakobson, В.К.Орфінської, В.В.Іванова, Т.Б.Глезерман, Т.Г. Візель та ін. Педагогічний та психологічний підхід був досліджений Б.Г.Ананьєвим, С.Н.Астаховим, Т.В.Ахутіною і ін. Значне число публікацій, присвячених корекційно-відновлювальній роботі на ранній стадії захворювання, належить В.В.Оппель, Р.А.Ткачову, І.Я.Плотниковій, М.К.Бурлаковій та іншими дослідникам. Питання нейропсихологічної реабілітації хворих з афазією в резидуальному періоді досить повно описані в роботах О.Р.Лурії, Л.С.Цветкової, Е.С.Бейн, О.Д.Маркової, Н.В.Коновалова, Л.Г.Столярової, І.М.Тонконогого, В.М.Когана та інших. Методи відновлення експресивної та імпресивної сторін мовленнєвої функції розробили Е.С.Бейн, Л.С.Цветкова, М.К.Бурлакова, В.Я.Кацовська, Т.Г.Візель та ін. Серед досліджень, спрямованих на відновлення порушених немовленнєвих функцій заслуговують уваги роботи О.Р.Лурії, Л.С.Цветкової, В.М.Когана, О.Г.Симерницької, А.В.Семенович, Є.Д.Хомської.

О.Р.Лурія на основі вивчення порушень вищих психічних функцій розробив класифікацію афазії, яка дозволяє при виявленні первинно порушеної нейропсихологічної передумови кваліфікувати форму або їх сукупність при різних ураженнях головного мозку. Використання розробленої ним методики дослідження порушених мовленнєвих функцій дозволяє не лише визначити у хворого форму афазії, але і скласти програму відновлювального навчання, і добрати адекватні прийоми та методи відновлення усіх сторін мовлення.

Проблема відновлювального навчання при афазії завжди залишається актуальною темою наукових та практичних досліджень фахівців різних галузей наукових знань – неврологів, реабілітологів, нейропсихологів, логопедів-афазіологів, психотерапевтів та інших дослідників. Інтерес до цієї проблеми обумовлений її теоретичною, практичною та соціальною значущістю для розв'язання таких актуальних питань, як подальший розвиток та поглиблення наукових уявлень про складну систему міжфункціональних зв'язків в роботі мозку; з'ясування взаємозв'язку та взаємодії порушень мовлення при афазії з іншими психічними процесами; подальше вивчення психофізіологічних та нейролінгвістичних основ афазії; соціальна реадaptaція хворих з афатичними порушеннями мовлення та їх професійно-трудова реабілітація.

Лікарі-неврологи констатують той факт, що при локальних ураженнях головного мозку внаслідок інсульту одним із самих тяжких наслідків хвороби є моторна форма афазії.

Моторна афазія – це збірний термін, який використовується в медичній термінології для визначення ряду хворобливих станів з різною картиною проявів і з різною локалізацією мозкового ураження, загальним симптомом для яких є повна або часткова втрата активного мовлення, а також специфічні порушення звуковимови при порівняно збереженому розумінні зверненого мовлення.

Виділяють дві форми моторної афазії: аферентна кінестетична моторна афазія та еферентна кінетична моторна афазія, які вперше описав О.Р.Лурія на основі виявлення двох факторів - порушення аферентної кінестетичної основи мовленнєвого процесу та його еферентної кінетичної організації.

Вивченням питань корекційно-відновлювального навчання хворих з різними формами моторної афазії займалися такі видатні вчені-афазіологи як Е.С.Бейн, М.К.Бурлакова, Ж.М.Глозман, Т.М.Мохова, В.В.Оппель, Л.С.Цветкова та інші. За останні десятиріччя значний внесок у розвиток клінічних досліджень моторної афазії зробили Т.В.Ахутіна, Т.Г.Візель, Л.Г.Столярова, Р.А.Ткачов, Є.В.Шмідт та інші.

Аналіз наукових джерел дає можливість зауважити, що більшість методик відновлювального навчання хворих з моторною афазією стосується резидуальної стадії захворювання, тобто після 6-місячного терміну набуття хворобливого стану (Е.С.Бейн, В.В.Оппель, Л.С.Цветкова та ін.). Але слід зазначити, що при цій формі афазії у хворих або взагалі відсутнє експресивне мовлення або виявляються значні труднощі під час включення в активне мовлення, що призводить до їх комунікативної пасивності та соціальної ізоляції. У зв'язку з цим особливою гостротою набуває проблема соціально-психологічної реадaptaції зазначеного контингенту хворих, а саме вирішення питання їх комунікації та взаємодії з оточуючими вже на ранньому етапі реабілітації після інсульту.

В наукових джерелах висвітлення цього питання досить обмежене. Є лише окремі роботи, які близькі до даної тематики, оскільки торкаються власне мовленнєвих напрямків роботи та соціальних і психологічних аспектів відновлювального навчання. У сучасній літературі це дослідження М.К.Бурлакової, Т.Г.Візель, Ж.М.Глозман, А.М.Савицького, Л.С.Цветкової, В.М.Шкловського, Дж.Сарно, М.Критчлі та ін.

За даними О.С.Каджикова (2003), в кінці гострого періоду інсульту афазія спостерігається у 35,9 % хворих, а за даними В.М.Шкловського (2006), - більш ніж у 50% хворих.

З огляду на цей факт, у зарубіжних та у вітчизняних виданнях знаходимо ряд висловлювань про доцільність раннього початку роботи по відновленню мовленнєвої функції у хворих з афазією. Так, Zangwill (1947) зауважував, що вже

на ранньому етапі потрібна відновлювальна мовленнєва терапія, яка повинна полягати в проведенні ігор, що концентрують увагу хворих та заохочують їх до висловлювання. Інший американський психолог Верман (1951), розглядаючи питання відновлення мовленнєвої функції, звертає увагу на те, що відновлювальне навчання слід починати не пізніше 6 місяців після захворювання і навіть відразу після інсульту, як тільки до хворого повернулася свідомість. Одним із перших завдань відновлення Верман (1951) називав розвиток розуміння зверненого мовлення. Американський психолог Schuell (1953, 1955) також вважав, що відновлювальну терапію необхідно розпочинати якомога раніше і що в основі процесу відновлення має бути не навчання словам, а стимуляція порушених мовленнєвих процесів.

В 1955 р. співробітники Інституту неврології АМН СРСР Р.А.Ткачов, Е.С. Бейн та І.Я.Плотнікова на основі статистичної обробки великої кількості спостережень за хворими з афазією, починаючи з етапу гострого інсульту, дійшли до висновку, що при відносно ранньому корекційному втручанні у переважній більшості хворих як з легкими і середніми, так і з тяжкими мовленнєвими розладами відмічаються найбільш сприятливі результати відновлювально-реабілітаційної роботи.

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

Всі ці дані поклали початок диференційованому підходу до прийомів відновлення мовлення у хворих з афазією залежно від його етапу. Виникла необхідність розрізнити ранній етап відновлення відразу ж після інсульту і початковий етап відновлення у хворих в резидуальній стадії.

У наукових дослідженнях особливостям логопедичної роботи на ранній стадії після інсульту присвячені окремі роботи Е.С.Бейн, М.К.Бурлакової, В.В.Оппель, Л.С.Цветкової та ін.

Як зазначала В.В.Оппель в монографії «Восстановление речи после инсульта» (1963), в основу роботи на ранньому етапі має бути покладено відновлення діалогічного мовлення. При цьому вчена використовувала фонетичний метод повторення з поступовим збільшенням мовленнєвої активності хворого (відображене мовлення, підказ першого складу слова, звуку і т. д.). У випадках грубої апраксії артикуляційного апарату автор вдавалась до постановки звуків перед дзеркалом, тобто за оптико-тактильним методом [3].

Е.С.Бейн в роботі «Афазия и пути ее преодоления» (1964) дала обґрунтування поетапного принципу організації відновлювальної терапії, пов'язаного з відмінністю в особливостях компенсації на ранньому і резидуальному етапах відновлення. Вчена детально описала необхідність диференціації методів відновлювального навчання в залежності не лише від форми мовленнєвого порушення, але і від етапу відновлення мовленнєвої функції [1].

Згідно цього підходу М.К. Шохор-Троцька (Бурлакова) в монографії «Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления» (1972) описала прийоми розгальмовування і стимуляції мовленнєвих функцій на ранньому етапі відновлювального навчання хворих з тотальною, моторною і сенсорною афазією, а також методики запобігання деяким патологічним мовленнєвими симптомам. До них відносяться: методика стимуляції розуміння мовлення на слух, що забезпечує розвиток слухового сприймання хворих на основі використання логопедом міміки і емоційно-вольових інтонацій спонукального мовлення; методика розгальмовування експресивної сторони мовлення у хворих з моторною афазією за допомогою автоматизованих мовних рядів, що сприяє активізації вимови хворими слів і коротких фраз; методика стимуляція усного мовлення у хворих з моторною афазією, завдяки чому вдається розширити їх активний словник [5].

Л.С.Цветкова в своїй роботі «Афазия и восстановительное обучение» (1988) виділила дві стадії відновлювального навчання хворих з різними формами моторної афазії, визначила цілі та завдання для кожної з них. На ранній стадії вчена пропонує хворого (як з аферентною, так і з еферентною моторною афазією) вчити повторювати, називати, писати і читати окремі слова з метою розгальмовування його активного мовлення [4].

Вказані автори хоча і відзначали першочергову необхідність відновлення комунікативної функції, але не надавали конкретних методичних рекомендацій та не описували спеціальних прийомів для вирішення цієї задачі на різних етапах реабілітації.

Аналіз існуючих наукових досліджень дає право констатувати, що основний пошук напрямків роботи з хворими зводився до визначення компенсаторного потенціалу, який необхідний для відновлення безпосередньо постраждалої функції: оптико-тактильний метод при відновленні артикуляційного праксису (А. Куссмауль, А. Гуцман та ін.), фонетичний метод для розгальмовування мовлення (Т. Мохова та ін.), конструктивно-аналітичний метод для подолання літеральної аграфії (Б.Ананьев, С.Астахов, О.Колодна та ін.), методика формування словесно-предметних зв'язків для поширення словника (В.Коган) та інші.

При всій важливості і практичній цінності цих підходів та методик не можна не відзначити, що хворого найчастіше лікують і навчають «кабінетними» методами, не піклуючись про фізіологічну та соціально-психологічну базу для його реадaptaції в різних життєвих ситуаціях. Системи і методи допомоги хворим зазвичай акцентовані на відновлювальному навчанні, спрямованому на повернення мовлення без урахування того, як хворий користуватиметься ним в житті.

Аналіз існуючих підходів до відновлювального навчання хворих з моторною афазією дає можливість констатувати той факт, що дослідниками не приділялось достатньої уваги роботі з хворими в гострий період захворювання (до 3 тижнів після інсульту); проведенню навчально-роз'яснювальної роботи з рідними хворого з метою організації системного та послідовного відновлювально-реабілітаційного процесу після виписки з лікарні; розробці навчально-методичного забезпечення для використання на ранньому етапі реабілітації з метою відновлення саме комунікативної функції; а також вивченню спеціальних умов для оптимізації роботи по відновленню комунікативної функції мовлення на ранньому етапі реабілітації.

І тому у відновлювально-реабілітаційній практиці сформувався ряд протиріч між існуючими труднощами у відновленні комунікативної функції при моторній афазії на ранньому етапі реабілітації та теорією і практикою корекційної

роботи на ранньому етапі; соціально-психологічними потребами у відновленні комунікативної діяльності зазначеного контингенту хворих та існуючими практичними можливостями задоволення цих потреб у ході відновлювального навчання на ранньому етапі реабілітації; існуючим практичним досвідом відновлення комунікативної функції при моторній афазії та недостатністю його науково-методичного забезпечення.

Враховуючи все вищезазначене, виникає необхідність у проведенні дослідження спрямованого на: вивчення особливостей процесу відновлення комунікативної функції при моторній афазії на ранньому етапі реабілітації, яка передбачала б відбір та систематизацію прийомів обстеження, що дадуть можливість провести діагностику порушень вербального та невербального характеру у хворих з моторною афазією; розробку системи диференційованих методів корекції немовленнєвої та мовленнєвої симптоматики у хворих з різними формами моторної афазії в гострому (до 3 тижн.) та підгострому (до 3 міс.) періоді захворювання; удосконалення прийомів стимуляції та відновлення комунікативної функції мовлення при моторній афазії на ранньому етапі реабілітації з метою соціально-психологічної адаптації хворого до свого нового стану; визначення спеціальних умов, що оптимізують процес відновлення комунікативної функції мовлення на ранньому етапі реабілітації та їх експериментальну перевірку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Бейн Е.С. Афазия и пути ее преодоления. – М., 1964.
2. Логопедия. Підручник під ред. М.К.Шеремет. – К.: ВД «Слово», 2010.
3. Оппель В.В. Восстановление речи после инсульта. - Л.: Медицина, 1972.
4. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. - М.: Просвещение, 1988 - 208 с.
5. Шохор-Троцкая М. К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. - М; «Институт общегуманитарных исследований», В. Секачев, 2002 - 128 с.

УДК 376.1-056.34:796.012-057.874

ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗВИТКУ ДРІБНОЇ МОТОРИКИ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ВАДАМИ

Зелінська К. О.

Викладач кафедри логопедії
СумДПУ імені А.С.Макаренка

У статті обґрунтований взаємозв'язок розвитку рухової та комунікативної сфер особистості. Висвітлені результати дослідження розвитку дрібної моторики у дітей молодшого шкільного віку з інтелектуальними вадами.

В статтє обоснована взаимосвязь развития двигательной и коммуникативной сфер личности. Описаны результаты исследования развития мелкой моторики у детей младшего школьного возраста с интеллектуальной недостаточностью.

The article is explaining both ways connection between two spheres of personality: communication skills and body movements, shows the results of a research of development mini motoric of kids young school age with intellectual defects.

Ключові слова: дрібна моторика, комунікативні уміння, розвиток мовлення, діти молодшого шкільного віку з інтелектуальними вадами.

Ключевые слова: мелкая моторика, коммуникативные умения, развитие речи, дети младшего школьного возраста с интеллектуальной недостаточностью.

Keywords: mini motoric, communicative skills, speech development, kids young school age wit intellectual defects.

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

У процесі формування комунікативних умінь, на думку багатьох вчених, чільне місце посідає взаємозв'язок розвитку руху й мови. Для подальшого гармонійного розвитку дитина з інтелектуальними вадами має навчитися володіти як вербальними так і невербальними засобами комунікації, в основу яких покладено саме рухові уміння.

Сучасний етап становлення корекційної педагогіки дає можливість констатувати той факт, що рівень розвитку мовлення дитини напряму залежить від рівня розвитку її моторики.

Виходячи з цього, можемо стверджувати, що розвиток дрібної моторики має велике значення для формування комунікативних умінь молодших школярів з інтелектуальними вадами.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналітичний огляд літературних даних показує, що існує онтогенетична взаємозалежність розвитку дрібної моторики й мови (В. І. Бельтюков, М. М. Кольцова, Л. О. Новиков, та ін.) і що рухи руки історично, в ході розвитку людства, мали істотний вплив на становлення мовної функції. Зіставляючи результати експериментальних досліджень, що вказують на тісний зв'язок функцій руки та мовлення, спираючись на дані