

**Дрогобицький державний педагогічний університет  
імені Івана Франка**

**ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК**  
**для студентів, які навчаються за спеціальністю**  
**«Спеціальна освіта. Логопедія»**

Дрогобич, 2025

УДК

**ISBN 978-617-8591-31-1**

Термінологічний словник / укладачі Мар'яна Гринців, Тетяна Логвиненко, Марія Заміщак Дрогобич: Редакційний відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2025. 124 с.

Рекомендовано науково-методичною радою Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, протокол № 11 від 26.09. 2025 р.

Укладачі:

**Гринців М.В.** – кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної педагогіки та корекційної освіти Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка.

**Логвиненко Т.О.**– доктор педагогічних наук, професор кафедри соціальної педагогіки та корекційної освіти Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка;

**Заміщак М.І.**– кандидат психологічних наук, доцент кафедр психології, соціальної педагогіки та корекційної освіти Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка;

**Рецензенти:**

**Невмержицька О.В.** – доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри загальної педагогіки та дошкільної освіти Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка;

**Дуб В.Г.** – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедр психології Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка.

**ISBN 978-617-8591-31-1**

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕДМОВА</b> .....	4
<b>А</b> .....	6
<b>Б</b> .....	38
<b>В</b> .....	41
<b>Г</b> .....	46
<b>Д</b> .....	50
<b>Е</b> .....	63
<b>Є</b> .....	67
<b>Ж</b> .....	68
<b>З</b> .....	68
<b>І</b> .....	72
<b>Й</b> .....	72
<b>К</b> .....	75
<b>Л</b> .....	79
<b>М</b> .....	80
<b>Н</b> .....	88
<b>О</b> .....	92
<b>П</b> .....	95
<b>Р</b> .....	101
<b>С</b> .....	102
<b>Т</b> .....	106
<b>У</b> .....	107
<b>Ф</b> .....	108
<b>Х</b> .....	109
<b>Ц</b> .....	110
<b>Ч</b> .....	111
<b>Ш</b> .....	112
<b>Щ</b> .....	114
<b>Ю</b> .....	114
<b>Я</b> .....	114

## ПЕРЕДМОВА

Термінологічний словник для студентів спеціальності «**Спеціальна освіта. Логопедія**» створено з метою забезпечити майбутніх фахівців чітким і систематизованим уявленням про основні поняття, терміни та принципи, що використовуються у логопедії та дефектології.

Сучасна спеціальна освіта вимагає від вчителя-логопеда не лише практичних навичок корекційної роботи, а й глибокого розуміння наукових підходів, психологічних закономірностей розвитку дитини з особливими освітніми потребами, зокрема, порушеннями мовлення та правових аспектів організації навчально-корекційного процесу. Термінологія є невід'ємною частиною цього процесу: правильне розуміння термінів дозволяє студентам орієнтуватися у спеціальній літературі, ефективно спілкуватися з колегами та брати активну участь у командній роботі з дитиною та її сім'єю.

Словник охоплює основні логопедичні, дефектологічні, психологічні та педагогічні терміни, що використовуються у навчальному процесі та практичній діяльності. Для кожного терміна надано визначення, приклади застосування та наукові джерела, що сприяє формуванню у студентів системного та практично орієнтованого розуміння спеціальної освіти, логопедії.

Цей словник стане надійним довідником для студентів, викладачів і практикуючих фахівців, допомагаючи впевнено орієнтуватися у науково-педагогічному середовищі та сприяючи підготовці висококваліфікованого вчителя-логопеда, здатного забезпечувати якісну корекційну та освітню роботу з дітьми з особливими освітніми потребами, зокрема, порушеннями мовлення.

Термінологічний словник побудовано з урахуванням потреб студентів спеціальності «**Спеціальна освіта. Логопедія**» та сучасних вимог до підготовки фахівця у галузі дефектології. Він має на меті не лише надати визначення термінів, а й допомогти студентам орієнтуватися у взаємозв'язках між різними поняттями, практичними методами та науковими підходами.

Структура словника:

1. Алфавітний порядок термінів – для швидкого та зручного пошуку.
2. Визначення терміна – стисло та чітко, з урахуванням сучасних наукових підходів.
3. Приклади застосування – демонструють практичну значущість терміна у роботі логопеда або дефектолога.
4. Джерела – наукові та методичні матеріали, що дозволяють поглибити знання та перевірити достовірність інформації.

Такий підхід забезпечує системне та послідовне засвоєння термінології, полегшує підготовку до лекцій, практичних занять та фахових іспитів, а також сприяє формуванню професійної компетентності майбутнього вчителя-логопеда.

Словник розрахований на студентів бакалаврату та магістратури, викладачів та практикуючих фахівців, які прагнуть поглиблено освоїти дефектологічні та логопедичні поняття і застосовувати їх у навчально-корекційній діяльності.

## А

**АБАЗІЯ** (від грец. *a* - заперечна частка, *basis* - база, опора) втрата здатності стояти або ходити, порушення координації рухів ніг. А. - наслідок органічного ураження кори лобної частини головного мозку. Іноді А. може бути наслідком істерії.

*Нікітін С. М., Сорока Г. М. Дефектологічний словник-довідник. – К.: Видавничий дім «Слово», 2006. – 240 с.*

**АБЕТКА ДЛЯ СЛІПИХ** - рельєфно-крапковезображення літер за системою Луї Брайля (див. Брайля шрифт), яке використовується особами з повною втратою слуху для читання та письма. Літери розташовані за принципом абетки для зрячих. Основа для зображення літери - шестикрапка. Літери відрізняються певною кількістю крапок та їх розташуванням. Характерним у рельєфно-крапковому способі є опукле зображення літер на папері. Це робить їх придатними для дотикового сприймання за допомогою чутливої внутрішньої поверхні пучок пальців обох рук.

*Прохоренко Л. І., Засенко В. В. (ред.) Спеціальна педагогіка і психологія: сучасний термінологічний словник. – К.: Видавничий дім «Генеза», 2024. – 272 с. ISBN 978-617-8370-33-6*

**АБІЛІТАЦІЯ** (від лат. *habilitatio* - вплив, діяння) - система лікувальних і психолого-педагогічних заходів, спрямованих на попередження, лікування, розвиток та корекцію патологічних станів і психологічних порушень у дітей, які ще не адаптовані до соціального середовища, що призводять до стійкої втрати можливості навчатися, працювати (на відміну від реабілітації - відновлення життєвого і трудового досвіду). Про А. доречно говорити в тих випадках, коли психологічні порушення виникають у ранньому віці. У дитини ще не сформовані нормальний руховий стереотип, гностико-практичні й мовленнєві функції. Вона ще не має навичок самообслуговування і досвіду суспільного життя. А. передбачає якомога ранню лікувально-педагогічну корекцію рухової, психічної та мовленнєвої сфер дітей дошкільного й молодшого шкільного віку.

*Основи дефектології: навчальний посібник / за ред. І. П. Романенка. — Київ: Вища школа, 2014. — 360 с.*

**АБСАНС** (від фр. *absence* - відсутність чогось) - короткочасна, раптова втрата свідомості. Після запаморочення хворий приходить до тями. Напади бувають поодинокими чи серійними. А. є симптомом і виявом певного захворювання.

*Мищенко Т. С., Морозов А. М., Степаненко А. В. та інші.* Епілепсія: адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. — Київ, 2014. — 98 с.

**АБСТРАКЦІЯ** (від лат. *abstactio* - віддаляти, відволікати) - виділення подумки певної ознаки предмета або явища серед інших. А. має місце вже під час сприймання (напр., виділення форми, відволікаючись від кольору). Вищою формою А. є відокремлення загальних, істотних властивостей об'єктів, їх розпізнавання серед неістотних, другорядних. Завдяки такій А. в людини формуються такі абстрактні поняття, як відображення необхідних і суттєвих властивостей, ознак предметів і явищ. Наприклад, поняття «книга», «діяльність» охоплюють, відповідно до їх властивостей, багато чуттєво сприйнятих об'єктів. А. нерозривно пов'язана з узагальненням. Узагальнюючи предмети та явища, людина відволікається від відмінностей між ними. Протилежним А. є процес конкретизації - судження про конкретні вияви загальних властивостей, закономірностей. У дітей з особливостям психофізичного розвитку ця мислительна операція має своєрідний перебіг. Найбільші труднощі в абстрагуванні зазнають особи з інтелектуальними порушеннями. Оскільки їм притаманні неповноцінні операції аналізу, синтезу, узагальнення й особливості розвитку мовлення, вони часто не здатні виявляти загальні ознаки предметів, розглядати їх ізольовано від інших. Через це у них формуються неточні поняття. Особливості А. у осіб з порушенням слуху зумовлені своєрідністю в розвитку мовлення та логічного мислення. Таким дітям важко подумки аналізувати предмети, виділяти їх певні властивості, особливо загальні, оскільки вони не знають відповідних назв. Поступово, з опануванням мовлення, А. стає доступнішою, хоча процес відокремлення абстрактних властивостей реальних об'єктів та їх конкретизація в глухих викликає значні труднощі. У дітей з порушеннями зору А. має певні особливості,

пов'язані з недоліками або відсутністю зорового сприймання. Аналіз об'єктів та узагальнення їх властивостей незрячі здійснюють на основі словесних знань. Уявлення про предмети, необхідні для повноцінної А., у них збіднені, неконкретні. У дітей з особливостями психофізичного розвитку, зокрема тих, які мають сенсорні порушення, А. значно вдосконалюється завдяки корекційному навчанню, її недоліки зменшуються.

*Когнітивна психологія: навчальний посібник / за ред. І. П. Романова. — Київ: Вища школа, 2001. — 256 с.*

**АБУЛІЯ** (від грец. *abulia* - нерішучість) - ослаблення або втрата волі. У практичній діяльності людини - це безвольність, незібраність, невміння спрямовувати свої психічні зусилля на досягнення мети, нездатність приймати рішення і діяти. Прояви А. є симптомом хвороби. У дитячому віці А. може свідчити про психічне захворювання. А. характерна ознака тотального недоумства та шизофренічного дефекту.

*Медицина енциклопедія / ред. А. В. Тарнавський. - Київ: УРЕ, 2002. - Т.1. - С. 15.*

**АВТОМАТИЗАЦІЯ ДІЙ** - процес формування різноманітних навичок унаслідок вправлення. А.д. краще вивчена на етапах формування рухових навичок. Високоавтоматизована трудова навичка контролюється свідомістю і є складовою свідомої діяльності. Корисну автоматизацію навички не слід плутати з автоматизмами.

*Дефектологія: навчальний посібник / за ред. О. В. Іванової. — Київ: Либідь, 2015. — 400 с.*

**АГЛОСІЯ** (від грец. *a* - заперечна частка, лат. *glossa* - язик)- відсутність язика. Вроджена патологія розвитку язика, що рідко зустрічається в медичній та дефектологічній практиці. Це спричиняє грубий дефект вимови голосних та приголосних звуків за типом механічної дислалії.

Достатня зрозумілість мовлення досягається шляхом компенсаторної артикуляції. Так, диференціація вимовляння деяких голосних можлива завдяки участі в артикуляції губ (лабіалізації). Повністю збереженими залишаються губно-губні та губно-зубні приголосні, (б, п, в, м, ф). Частково компенсується вимова

передньоязикових зімкнених непалаталізованих звуків (д, т, н), які артикуюються як лабіально-дентальні за участю нижньої губи, що втягується за верхні різці.

*Османова О. А.* Клінічна нейропсихологія: посібник. — Київ: Вища школа, 2012. — 320 с.

**АГНОЗІЯ** (від грец. *a* - заперечна частка, лат. *gnosis* - пізнання) - розлад процесів впізнавання подразників зовнішнього середовища (оптичних, акустичних, тактильних, нюхових, смакових) або частин власного тіла, що виникає внаслідок руйнування певних кіркових зон головного мозку зі збереженням цілісності органів відчуття. За слухової А. людина чує звуки але не впізнає їх.

*Основи дефектології: навчальний посібник / за ред. І. П. Романенка.* — Київ: Вища школа, 2014. — 360 с.

**АГРАМАТИЗМ** (від грец. *agrammatos* - нечленороздільний, незрозумілий) - порушення розуміння (імпресивний А.) і вживання граматичних засобів мовлення (експресивний А.). Імпресивний А. виявляється в порушенні розуміння смислових відношень слів у реченні, виражених за допомогою флексій, прийменників, порядку слів у реченні та різних типів граматичних конструкцій. Наприклад, у реченні «Дерево зламане сильним вітром» логічний і граматичний суб'єкт та об'єкт дії не співпадають, на відміну від їх оформлення в активних конструкціях: «Вітер зламав дерево». Розуміння змісту речення можливе лише у разі засвоєння конструкції, де присудок виражено діє прикметником, що потребує іншого граматичного оформлення логічного суб'єкта й об'єкта дії.

Експресивний А. виявляється в неправильному граматичному оформленні власного висловлювання: пропусках членів речення, використанні нульових закінчень, замінах однієї флексії іншою. При моторній алалії використовуються ненормативні, відсутні в мові форми. Психологічні механізми імпресивного й експресивного А. в окремих випадках можуть бути однаковими: незасвоєння предметно-синтаксичного та категоріального значення формоутворювальних морфем; недостатня спрямованість уваги на граматичне оформлення мовлення, що спричиняє нерозуміння відповідних речень;

неправильне граматичне оформлення слів у власному мовленні. Такі дефекти можуть зумовлюватися відхиленнями в інтелектуальному розвитку дитини (оскільки граматичні значення мають абстрактно-узагальнений характер, а їх засвоєння пов'язане з розвитком відповідних розумових операцій), недостатнім орієнтуванням дитини на граматичну форму слова; вадами елементарного морфологічного аналізу. Порухення слухової функції на всіх рівнях її організації призводить до незасвоєння звукового складу граматичних морфем, а отже, до неможливості їх співвіднесення з певним значенням. Експресивний та імпресивний А. можуть мати різну природу. Так, дефекти розуміння наведених вище та інших складних синтаксичних конструкцій можуть спричинятися порушенням симультанних синтезів (спроможності схоплювати елементи речення або логіко-граматичні схеми в їх співвідношенні). Ці дефекти спостерігаються у разі ураження тім'яно-потиличних ділянок кори головного мозку. В основі експресивного А. можуть лежати труднощі оперування артикуляційним, морфологічним і словесним рядами в процесі конструювання словоформ (слово в певній граматичній формі) та речень. Ці труднощі зумовлені порушенням сукцесивного синтезування (синтез послідовних елементів у певну систему, в даному випадку складів і морфем у слово, слів – у речення). Експресивний А. такого походження спостерігається при деяких формах моторної алалії, еферентної моторної афазії та пов'язаний з ураженням лобних відділів кори головного мозку. Робота щодо подолання А. у наведених випадках має бути диференційованою і проводитися з урахуванням механізмів, що лежать у його основі.

*Глуценко Л. П. Логопедія: навчальний посібник. — Київ: Вища школа, 2016. — 320 с.*

**АГРАФІЯ** (від грец. *a* - заперечна частка, *grapho* - писати) - порушення психофізіологічних проявів, що відображають закономірний зв'язок звукового та письмового аспектів мовленнєвої діяльності. Виділяють «чисту» (або амнестичну А.) та апраксічну А. Крім того, порушення письма є симптомом різних форм афазій. У разі «чистої» (амнестичної) А. ускладнення виникають, здебільшого, під

час спонтанного письма, письма під диктовку. Водночас, списування залишається збереженим. Характерними ознаками «чистої» А. є труднощі в перекодуванні фонем у графеми. Хворі часто не в змозі знайти графему, що відповідає заданій фонемі, відбувається відчуження графічного образу букви від її фонетичного значення. Особливо грубі порушення виявляються під час спроб самостійного письма та письма під диктовку. Спостерігаються грубі літеральні парафазії, пропуски не лише букв, а й слів у реченнях, аграматизми, пропуски розділових знаків, явища дзеркального письма або його елементи. «Чиста» А. іноді поєднується із синдромом Герстмана (пальцева агнозія) та є одним із суттєвих його компонентів, а також іншими симптомами, характерними для ураження тім'яно-скроневопотиличного відділу лівої півкулі. Апраксічна А. може бути самостійною формою А. або розглядатися як один із проявів ідеаторної апраксії разом з іншими розладами складних дій. При апраксічній А. діти не знають, як надати своїй руці положення, необхідного для письма. Хворий не здатний розгорнути в потрібній послідовності серію рухових актів, здійснити моторну програму. На письмі спотворюються й неправильно співвідносяться в просторі окремі елементи букв, деякі зображуються дзеркально. У важких випадках повністю розпадається рисунок букви, а зображуються лише окремі рисочки, що перетинаються. Апраксічна А. виявляється в усіх видах письма: самостійному, під диктовку, під час списування. Водночас хворий знає, що саме потрібно написати, він здатний аналізувати фонемний склад слова, знайти букву, що відповідає фонемі, але не в змозі її записати внаслідок порушення організації рухового акту. Також грубо порушується складання букв з елементів. Здебільшого виникнення апраксічної А. пов'язують з ураженням куткової та надкраєвої звивини лівої півкулі мозку. У дітей спостерігається цілковита або майже цілковита А.: вони не знають усіх або багатьох букв, можуть писати лише кілька коротких слів, накреслення яких вони вивчили напам'ять. У багатьох випадках письмо значно уповільнене: перш, ніж написати букву, дитина довго пригадує відповідну графему,

через що письмові роботи містять значну кількість специфічних дисграфічних помилок.

*Логопедія: навчальний посібник / за ред. О. В. Іванової. — Київ: Либідь, 2015. — 350 с.*

**АГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА** (лат. *aggredior* - нападаю) - індивідуальна або колективна поведінка, дія, спрямована на заподіяння фізичного, морального зла, шкоди, знищення іншої людини чи групи людей. Для А.п. характерні: імпульсивна активність, афективний стан, переживання (гнів, злість, ненависть), коли особистість повністю втрачає контроль над собою. А.п. у вигляді аутоагресії, коли дії суб'єкта спрямовані на самого себе (суїцид, самоскалічення тощо), є ознакою розвитку патопсихологічних змін особистості (надмірна збудливість, паранойя, епілепсія тощо). А.п. у дітей раннього віку - здебільшого частина загальної «реакції протесту» щодо дій дорослих. Спалахи люті з елементами А.п. спостерігаються, коли з якихось причин не виконуються бажання дитини. Це властиве малюкам 1,5-2,5 років, батьки яких наполягають на своєму, не враховуючи вікових та індивідуальних особливостей, динаміки їх розвитку, актуального фізичного стану. У віці 5-7 років А.п. - це специфічна форма взаємин з іншими людьми, насамперед однолітками та молодшими дітьми, що виникає, здебільшого, як наслідок незадоволення дитини своїм статусом у сім'ї, дошкільному закладі чи школі. Така ситуація часто виникає в неблагополучних сім'ях.

*Основи дефектології та корекційної педагогіки / за ред. І. П. Романенка. — Київ: Вища школа, 2015. — 360 с.*

**АГРЕСИВНІСТЬ** (від лат. *aggressio* - напад) - не спричинена об'єктивними обставинами (як необхідна реакція-відповідь), неспровокована ворожість індивіда до інших людей і довкілля властивість або риса особистості, що виявляється в тенденції нападати, чинити прикрощі тощо. А., якій притаманний цілеспрямованість, усвідомлений намір заподіяти шкоду, відрізняється від інструментальної А., коли мета дії її суб'єкта нейтральна, й А. використовується як засіб її досягнення. Іноді А. розглядають як

стенічний активний прояв фрустрації. Виділяють: експресивну, імпульсивну, афективну А.

**АДАПТАЦІЯ** (лат. *adaptatio*) - в широкому розумінні - процес і результат.

Пристосування об'єкта; дія, спрямована на об'єкт з метою його пристосування до визначених вимог, пристосування об'єкта до використання в конкретних умовах. У спеціальній психології виокремлюють: А. до навчання, А. психологічну, А. професійну, А. соціальну. А. до навчання - процес пристосування, зміни психіки дитини в умовах переходу до систематичного організованого шкільного навчання. А. психологічна - сукупні властивості індивіда, що характеризують його стійкість до умов середовища та рівень пристосування до них, результат такого пристосування. А. професійна - пристосування індивіда до самостійної трудової діяльності в початковий період його роботи, особливостей робочого місця та організації праці. А. соціальна - пристосування індивіда (суспільної групи) до соціального середовища, яке задовольняє його потреби, створює умови для щасливого життя в суспільстві і, водночас, часткове пристосування самого середовища до потреб індивіда з метою соціалізації особистості в соціальні групи.

Савченко О. В. *Психологія агресивності: теорія і практика*. — Київ: Видавництво КНУ імені Тараса Шевченка, 2014. — 320 с.

**АДАПТАЦІЯ ЗОРОВА** - пристосування ока до різних умов освітлення. Діапазон пристосування зорового аналізатора до різних умов освітлення дуже великий. Він забезпечує виникнення зорових відчуттів за умови яскравого сонячного освітлення і слабого місячного світла. Розріняють А.з. до світла й темряви.

А.з. до світла в нормі відбувається протягом 50-60 с, а до темряви - за 30-45 с. У цей час підвищується світлова чутливість ока у 8-10 тис. разів. Процес А.з. продовжується впродовж перебування в темряві, досягаючи максимуму на 2-3-тій год. А.з. до світла й темряви відбувається внаслідок фотохімічних реакцій у сітківці, що керуються центральною нервовою системою. А.з. до світла регулюється кірковим зоровим центром, до темряви - адаптаційним центром. А.з.

вимірюється спеціальними приладами - адаптометрами. Розлади А.з. трапляються внаслідок захворювань ока (пігментна дистрофія сітківки, атрофія зорового нерва, короткозорість високого ступеня тощо), під впливом уражень центральної нервової системи.

*Копилова Л. І. Психологія сприйняття: теорія і практика. — Київ: Вища школа, 2011. — 280 с.*

**АДАПТАЦІЯ СЛУХОВА** - пристосування органа слуху до змін інтенсивності звукового подразника та висоти звука. А.с. виявляється в зниженні слухової чутливості, що настає через 0,4 с після початку звукового подразнення. Величина А.с. визначається за підвищенням слухових порогів після подразнення й тривалістю періоду відновлення слуху до початкового рівня (зворотна адаптація). Існує також період вимірювання А.с. безпосередньо під час подразнення. На перебіг А.с. впливають не лише акустичні параметри подразнення, а й характер і місце патологічного процесу в слуховому аналізаторі.

А.с. характеризується діапазоном зміни чутливості, швидкістю цього процесу й вибірковістю змін щодо адаптуючого впливу. А.с. охоплює периферійні та центральні відділи аналізатора.

*Іванова О. В. Логопедія та сурдопедагогіка: навчальний посібник. — Київ: Либідь, 2017. — 350 с.*

**АДАПТАЦІЯ СОЦІАЛЬНА** (від лат. *adaptatio* - пристосування, *socialis* - суспільний) - процес пристосування людини до нового для неї соціального середовища, а також наслідки цього процесу. А.с. - це формування в індивіда в процесі онтогенезу соціальної поведінки, яка за змістом, що їй надає суб'єкт, співвіднесена з поведінкою інших людей і спрямована на встановлення соціальних стосунків - достатньо стійких і самостійних зв'язків між індивідами та соціальними групами. А.с. передбачає дотримання особою соціальних норм - історично зумовлених суспільним буттям вимог до діяльності та взаємин індивідів, соціальних груп, суспільних інститутів, що виражають суспільну потребу в організації діяльності та стосунків відповідно до об'єктивних умов. А.с. охоплює соціалізацію та соціальну реабілітацію. Змістом процесу А.с. показником її успішності є засвоєння людиною норм, правил, традицій, культури, моралі,

духовності свого народу та знаходження власного місця в суспільстві. У підлітків часто виникають труднощі, пов'язані з особливостями росту, відсутністю емоційних контактів зі старшими, друзями, через непорозуміння, неповагу, невизнання. Ці проблеми можливо подолати, з'ясувавши та усунувши їх причини.

*Гнатюк Т. В., Мельник І. В. Психологія соціальної адаптації: навчальний посібник. — Київ: Видавничий центр «Академія», 2015. — 320 с.*

**АДАПТИВНІ КОМП'ЮТЕРНІ ПРОГРАМИ ДЛЯ НЕЗРЯЧИХ** - прикладами таких програм є озвучений тренажер клавіатури Кноп і читець текстів Max Reader. За допомогою універсальних програм екранного доступу (таких, як JAWS) можна лише імітувати процес освоєння клавіатури або читання книжок. До того ж, попередньо доведеться освоїти роботу з Windows і JAWS. Програми Кноп і Max Reader розроблені програмістами з проблемами зору, тому їх інтерфейс продуманий таким чином, щоб особа з порушеннями зору без навичок роботи з комп'ютером могла практично без підготовки почати працювати з ними. Такі програми відіграють неоціненну роль.

*Петрова Н. В., Коваленко О. М. Інформаційні технології в тифлопедагогіці: навчальний посібник. — Київ: Видавництво «Либідь», 2018. — 280 с.*

**АКАЛЬКУЛІЯ** (від грец. *a*-заперечна частка, *calculatio* - рахунок, обчислення) - нездатність виконувати арифметичні дії. А. поєднується з порушенням просторового гнозису утруднення орієнтації у просторі, впізнавання геометричних фігур тощо. А. зумовлена недорозвитком або ураженням кори нижніх відділів тім'яної частини домінантної півкулі головного мозку.

*Дефектологія: навчальний посібник / за ред. І. П. Романенка. — Київ: Вища школа, 2014. — 360 с.*

**АКІНЕЗІЯ** (від грец. *a* - заперечна частка, *kinesis* - рух) - цілковита втрата рухової активності. Причиною А. можуть бути психастенії, істерії після сильного відчуття страху, фізичного або функціонального ураження суглобів.

*Дефектологія: навчальний посібник / за ред. І. П. Романенка. — Київ: Вища школа, 2014. — 360 с.*

**АКОМОДАЦІЯ** (від лат. *accomodatio* - пристосування) - динамічний процес посилення заломлюючої здатності ока під час його пристосування до сприймання зображень на різних відстанях. Переведення погляду з далекої відстані на предмет, розташований близько від ока, викликає безумовний рефлекс - А.

Вона здійснюється за рахунок збільшення кривизни кришталика, який має здатність змінювати форму (ставати опуклішим) у разі розслаблення зв'язкового апарату, на якому він підвішений усередині ока. Розслаблення зв'язкового апарату відбувається під час скорочення внутрішнього м'яза.

Недостатність освітленості під час навчальних занять (через що учні змушені низько нахилитися над книжкою) може спричинювати напругу або спазм А., що продовжується й після того, як очі перестали фіксувати близький предмет. У деяких випадках напругу або спазм А. у дітей помилково діагностують як розвиток короткозорості. Щоб зняти спазм А., точно встановити вид і ступінь клінічної рефракції ока, проводять атропінізацію. Ослаблення та параліч А. (втрата здатності розрізняти дрібний шрифт і деталі на близькій відстані) дуже ускладнюють навчання, особливо при далекозорості високих ступенів. Деякі захворювання органа зору, травми очей, післяопераційна афакія (відсутність кришталика), захворювання центральної нервової системи, що спричинюють.

Копилова Л. І. *Психофізіологія зору: навчальний посібник. — Київ: Вища школа, 2011. — 280 с.*

**АКУСТИЧНА ОБРОБКА ПРИМІЩЕННЯ** - передбачає заходи, спрямовані на створення оптимальних акустичних умов для специфічної роботи в певному приміщенні, а саме: 1) під час сприймання, розуміння особами з порушеним слухом зверненого усного мовлення, вслуховування у власне мовлення; 2) під час вивчення іноземної мови; 3) для якісного звучання музики, голосу в музичних студіях. Основним критерієм якості звучання для п. 1, 2 є розбірливість, а для п. 3 - естетичні мотиви. А.о.п. охоплює ізоляцію

від сторонніх джерел звуків і поліпшення якості звучання (мовленневих, музичних звуків), породжених у даному приміщенні. Потрібні акустичні параметри приміщення досягаються завдяки застосуванню наборів звукоізолюючих (звукопоглинаючих) матеріалів для покриття стін, стелі та підлоги, які по-різному впливають на звук. А.о.п. необхідна в дошкільних закладах і школах, де навчаються особи з порушеннями слуху, при обладнанні кабінетів, класних кімнат для індивідуальної та фронтальної роботи. При А.о.п., доборі матеріалів ураховуються особливості приміщення, його розмір та коефіцієнт відбиття звуку поверхнями.

*Пархоменко І. В.* Психолого-педагогічні умови корекції мовлення. — Київ: Вища школа, 2013. — 260 с.

**АЛАЛІЯ** (від грец. *a* - заперечна частка, лат. *lalia* - мовлення) - відсутність або недорозвинення експресивного чи імпресивного мовлення, яке виникає внаслідок органічного ураження мовленневих зон кори головного мозку у внутрішньоутробний або післяпологовий періоди (до розвинення мовлення).

Таке порушення мовленнєвого розвитку має певні особливості: ураження центральних мовленневих механізмів, що забезпечують засвоєння мови та формування уміння її використовувати з метою спілкування; наявність специфічної мовленнєвої симптоматики, що відрізняє цей розлад від інших порушень, зумовлених розумовою відсталістю, затримкою психічного розвитку (пов'язаною із загальною дисфункцією мозку), ураженням аналізаторів у їх периферійній та середній ланках; первинно збережені інтелектуальні передумови (окрім випадків комбінованого дефекту); особливості психічного розвитку, що спричинені локальним ураженням мозку (часткове порушення формування окремих сторін психічної діяльності та загальна затримка психічного розвитку).

Ці відхилення разом з тяжким мовленнєвим дефектом знижують навчуваність дітей і потребують використання спеціальних методик у навчально-корекційній роботі.

Існує кілька різновидів цього порушення. Найпоширенішими є моторна та сенсорна А.

А. моторна (експресивна) - це системне недорозвинення експресивного мовлення, центрально органічного характеру, зумовлене несформованістю мовних операцій процесу породження мовленнєвого висловлювання при збереженні смислових і сенсомоторних операцій.

При моторній А. порушується засвоєння усіх компонентів експресивного мовлення. Найхарактернішою ознакою фонетико-фонематичних порушень є нестабільність звукового складу слова: численні заміни одних звуків іншими, причому кожний замінюваний звук має багато субститутів. Ці дефекти виявляються на тлі інших особливостей відтворення звукового складу слова (пропуски звуків, їх уподібнення, переставляння тощо). В інших випадках домінуючим є порушення складової структури слова.

Ці дефекти в засвоєнні звукової системи мовлення викликають специфічні порушення активного словника: у дітей спостерігається різке розходження (диспропорція) між достатнім розумінням значення слів і можливістю їх називання. Саме цими причинами пояснюється тривала відсутність слів у мовленні дитини, в подальшому - бідність активного словника, численні вербальні парафазії. Відмічається також підвищена загальмованість мовленнєвої функції: при незначній зміні ситуації діти «гублять» звуковий склад знайомих слів.

Порушення граматичної будови мови на різних етапах формування мовлення у дітей з моторною А. виявляються по-різному. На ранніх етапах розвитку спостерігається морфологічна неформленість висловлювання (відсутність флексій, навіть нульових); у подальшому - використання переважно початкових форм слів, при опануванні набору граматичних морфем - їх численні взаємозаміни та нерегулярне використання. Трапляються також синтагматичні порушення: труднощі поєднання слів у реченні, переставляння і як наслідок цього - бідність синтаксичних конструкцій, їх нерозгорнутість, пропуски членів речення тощо.

Зазначені порушення мають стійкий характер і у подальшому переносяться в писемне мовлення, навіть у разі їх відносної компенсації в усному. Для коригування цього дефекту важливе

значення має рання діагностика та використання спеціальних методик подолання.

А. сенсорна - порушення формування імпресивного мовлення у дітей, які мають достатні слухові можливості для його сприймання. У дітей з А.с. може мати місце зниження гостроти слуху різного походження, однак особливості та динаміка розвитку імпресивного та експресивного мовлення пояснюється не цим. Провідного значення у їхньому розвитку набувають особливості слухового сприймання, спричинені ураженням слухомовленнєвих зон кори головного мозку. Це - підвищена нестійкість слухових реакцій на немовленнєві звуки, їх залежність від багатьох умов; порушення утворення слухових диференціювань у межах добре чутних звуків. Характерно, що підсилена інтенсивність звучання не впливає на слухові реакції дитини. Порушується також розрізнявання мовленнєвих звуків за їх фізичними акустичними характеристиками або впізнання за смислорозрізнявальними ознаками (при збереженому акустичному аналізі); розпізнавання звукових послідовностей у слові.

Наслідком зазначених порушень є неможливість засвоєння і запам'ятовування звукокомплексів, які відповідають слову, а, отже, і встановлення їх зв'язку з певним значенням, порушення формування імпресивного мовлення. При цьому зазначаються такі його особливості як нестійкість розуміння значень слів, залежність розуміння мовлення від різних умов, нестабільність обсягу імпресивного мовлення.

Така неповноцінність слухового аналізатора певною мірою може бути скорегована: відповідні заняття та виховання в колі дітей, які говорять, сприяють збільшенню обсягу імпресивного мовлення.

*Глущенко Л. П. Логопедія: навчальний посібник. — Київ: Вища школа, 2016. — 320 с.*

**АЛЕКСІЯ** (від лат. *a* - заперечна частка, *lego* - читаю) - нездатність або втрата здатності до опанування процесу читання.

Виділяють дві основні форми первинної А., пов'язані з локальними ураженнями певних ділянок мозку: агностичну (або літеральну) та вербальну (аграфічну). Вторинні А. розвиваються при

інших нейропсихологічних синдромах, зокрема у хворих на афазію. Механізм цих порушень залежить від форми останньої.

При агностичній А. порушується впізнавання окремих букв, втрачається здатність до узагальненого сприймання букви і, відповідно, порушується процес читання. Ця форма А. відома під назвою «чиста словесна сліпота». Іноді хворим вдається прочитати окремі знайомі слова, написані великими друкованими літерами, впізнаючи їх за загальним рисунком. Читання в рукописному чи машинописному тексті практично неможливе. Навіть назвавши з паузами всі букви, хворий читає слово побуквенно, тобто глобальне читання замінюється суто аналітичним. Часто порушується читання арифметичних або нотних знаків. Письмо у хворих на агностичну А. бережене, однак прочитати написане вони неспроможні.

**АНАЛІЗАТОРИ** (від грец. *analysis* - розкладання, розбирання) - нервові механізми, що здійснюють функцію аналізу та синтезу зовнішніх і внутрішніх подразників. Поняття А. введено І.Павловим. Розрізняють зоровий, слуховий, нюховий, смаковий, шкірний А. екстероцептори, а також органи внутрішнього чуття (м'язово-суглобове чуття), органи рівноваги (внутрішнє вухо) - пропріоцептори, та А., що сприймають нервові імпульси з внутрішніх органів та судин - інтероцептори.

Кожний А. складається з частини, що сприймає подразнення та перетворює його енергію у процес нервового збудження, провідникового відділу, по якому імпульси збудження передаються у відповідні ділянки центральної нервової системи, центрального відділу - певних ділянок кори та підкірки, до яких надходять сенсорні імпульси. Крім аферентних волокон та клітин, які передають імпульси, що надходять, існують також волокна - еференти, що передають імпульси від центрального органу і таким чином здійснюють регулюючу функцію.

Діти, що мають вади окремих чи кількох (сліпоглухі) А. потребують спеціального коригуючого навчання та виховання, спрямованого на розвиток компенсаторних механізмів з опорою на повноцінні А.

Копилова Л. І. *Психологія сприйняття: теорія і практика*. — Київ: Вища школа, 2011. — 280 с.

**АНАМНЕЗ** (від грец. *anamnesis* - спогад) - сукупність відомостей про хворого, розвиток захворювання до початку лікування, умови життя, що передували захворюванню, про які лікар дізнається від хворого, його родичів. А. допомагає визначити діагноз та зробити прогнозування захворювання, а також вибрати методи лікування, виховання та навчання.

Ковальчук Н. В. *Медична психологія та психіатрія: навчальний посібник*. — Київ: Вища школа, 2012. — 320 с.

**АНИЗОМЕТРИЯ** (від грец. *anisos* - неоднаковий, *metron* - вимірювання, *opsis* - зір) - різна рефракція обох очей. А. може бути вродженою чи набутою. При значній А., але не більш як 2,0 D на кожному оці, призначають різні коригуючі лінзи. Така різниця скла в окулярах підвищує гостроту зору, сприяє розвитку інших зорових функцій. При А. більш як 2,0 D використання різних скелець на обидва ока неприпустиме. У таких випадках призначають окуляри, які відповідають рефракції ока, що краще бачить. Таким чином досягається повна або майже повна гострота зору на цьому оці. Гострота зору другого ока відповідно дещо підвищується або 30-всім не змінюється, що може призвести до розладів бінокулярного зору. Око, яке гірше бачить, поступово перестає функціонувати і на ньому може розвинути косоокість чи амбліопія. При невеликій А. учні з високою гостротою зору можуть навчатися в масовій школі. Якщо при А. гострота зору з корекцією на кращому оці залишається дуже низькою, діти мають навчатися у школі для слабозорих.

Копилова Л. І. *Офтальмологія та тифлопедагогіка: навчальний посібник*. — Київ: Вища школа, 2012. — 280 с.

**АНКЕТА** (з фр. *enquête* - розслідування, дізнання) - засіб збирання первинної соціально-психологічної, психолого-педагогічної інформації, оформлений у вигляді набору питань, логічно пов'язаних із центральним завданням дослідження. А. використовують для опитувань (анкетувань), що проводяться з метою з'ясування біографічних даних, думок, оцінок, ціннісних орієнтацій, установок,

диспозицій тощо. Питання А. мають бути лаконічними і не мати натяку на бажану для дослідника відповідь. В А. використовують такі види питань: відкриті (питання без варіантів відповідей), закриті (питання з варіантами відповідей, що дозволяють стандартизувати процедуру їхньої інтерпретації), своїх коментарів і зауважень.

Під час побудови А. слід урахувати особливості сприйняття респондентом тексту анкети; специфіку культури і практичного досвіду опитуваної аудиторії; послідовність подачі запитань (питання, розташовані в різній послідовності, дозволяють отримати різну інформацію), рівноцінність за обсягом смислових блоків А. тощо.

*Козловська О. М., Мельничук І. В. Методика дослідження особистості та поведінки: навчальний посібник. — Київ: Вища школа, 2014. — 280 с.*

**АНКЕТУВАННЯ** – метод збирання первинної соціологічної, соціально-психологічної, психолого-педагогічної інформації опосередковано за допомогою анкет. Матеріали А. використовують для вирішення наукових і практичних питань. У корекційній педагогіці та спеціальній психології використовують такі види А.: за характером вибірки (масове; вибіркоче; групове; індивідуальне); за формою персоніфікації респондента (анонімне, персоніфіковане); за формою опитування (усне (інтерв'ю); письмове); за способом спілкування з респондентом (очне, заочне (пресове - через друковані засоби масової інформації; телефонне; поштове; Інтернет-А.); за рівнем стандартизації (повністю стандартизоване (використовують анкети із закритими питаннями); частково стандартизоване (в якому також використовують напівзакриті та відкриті запитання). Надійність результатів А. залежить від правильності відбору респондентів, досвіду їх участі А. та їхньої належної мотивації до А., правильності побудови анкет, відповідності поставлених питань меті дослідження. Як метод дослідження А. має переваги (оперативність, економія коштів і часу та ін.) і недоліки, пов'язані з суб'єктивністю отримуваної інформації. Тому А. необхідно поєднувати з іншими методами збирання первинної інформації.

*Психодіагностика в дефектології: навчальний посібник / за ред. І. П. Романенка. — Київ: Либідь, 2016. — 320 с.*

**АНОМАЛЬНІ ДІТИ** - (грец. *anomalos* - нерівність, відхилення) - неправильність, відхилення від загальної закономірності, ненормальність. У педагогіці та психології - відхилення особи від нормального фізичного та розумового розвитку, А. у розвитку дитини вивчає дефектологія, яка використовує поняття «аномальні діти» (А.д.). Це діти, які мають суттєві відхилення від нормального фізичного або психічного розвитку і потребують спеціальних умов навчання й виховання, що забезпечують корекцію і компенсацію наявних вад. Залежно від виду А. розрізняють основні категорії А.д.: з порушеннями інтелектуального розвитку (розумово відсталі); затримкою психічного розвитку; слуху (глухі, зі зниженим, оглухлі); вадами зору (сліпі, зниженим зором, осліплі); з розладами мовлення; опорно-рухового. Серед зазначених категорій є діти, які мають складні вади (глухі розумово відсталі, глухі з вадами зору, слуху з порушенням опорно-рухового апарату, глухі із затримкою психічного розвитку, сліпоглухі, з синдромом дитячого аутизму тощо). А., що лежать в основі відхилень, можуть бути спадковими, вродженими і набутими. Спадкові А. зумовлені генетичними факторами. У виникненні вроджених дефектів важливу роль відіграє ендо- та екзогенний патологічний вплив на внутрішньоутробний розвиток дитини (захворювання матері в період вагітності, інтоксикації, імунний конфлікт, пологові травми). Причиною набутих А. є шкідливий вплив на організм дитини в наступні періоди її розвитку (різноманітні захворювання: грип, кір, скарлатина, паротит, менінгіт, енцефаліт, поліомієліт, інтоксикація, рідше травми). Кожна категорія А.д. має своєрідні причини виникнення того чи іншого дефекту, особливості психічного та можливості інтелектуального розвитку. Теор. обґрунтування пед. класифікації А.д. зробили вчені-дефектологи - Р. Боскіс, Л. Виготський, І. Єременко, М. Земцова, Р. Левіна, В. Лубовський, Л. Нейман, М. Певзнер. Аналогічна класифікація А.д. є загальноновизнаною в багатьох країнах світу. Закономірності розвитку дітей зазначених категорій спільні, у них психофізичний розвиток

детермінований як внутрішніми, так і зовнішніми передумовами, збереження його фізичного й морального здоров'я, забезпечення умов для якнайповніше реалізації потенційних можливостей кожної дитини стали пріоритетними напрямками Нац. програми «Діти України». Для виконання цієї програми розроблено Концепцію спеціальної освіти осіб із фізичними та психічними вадами на найближчі роки та перспективу і Концепцію реабілітації дітей з обмеженими фізичними та розумовими можливостями. На сучасному етапі розв'язання проблем вивчення, навчання та виховання А.д. їх підготовкою до самостійного життя займаються науковці Ін-ту спеціальної педагогіки АПНУ, колективи дефектологічних факультетів НПУ ім. М. П. Драгоманова, Кам'янець-Подільського та Слов'янського пед. університетів, Київського НДІ отоларингології ім. О. Коломійченка. Значну різноаспектну роботу з А.д. проводять навчально-реабілітаційні центри: в Києві - СУВАГ (Система універсальної вербальної аудіології проф. Губеріна), центри слухової реабілітації - ВАБОС (абревіатуру утворено від перших букв імен засновників центру), «Аврора»; у Львові - «Джерело», «Еліта», «Левеня». Роботу з важливих напрямів дефектологічних досліджень очолюють В. Бондар, В. Синьов, В. Тарасун, М. Шеремет, Л. Фомічова, Є. Синьова.

*Конопляста С. Ю. Логопсихологія: навч. посіб. За ред.. М. К. Шеремет. К.: Знання, 2010. 239 с.*

**АНОРЕКСІЯ** (від грец. *a* - заперечна частка, *orexis* - апетит) - послаблення або відсутність почуття голоду. А. нервова - бажання схуднути, зумовлене побоюванням ожиріння (переважно в дівчат). А. психічна - стійка відмова від харчування, що супроводжується схудненням та іншими симптомами голодування.

*Гаврилюк Н.С., Чернишова І.Ю. Психологічні аспекти розвитку порушень харчової поведінки у дівчат юнацького віку. Педагогічна освіта: теорія і практика. 2017. Вип. 25. С. 125–131.*

**АНОФТАЛЬМ** (від грец. *anophthalmos* - відсутність ока) - вроджена аномалія розвитку органа зору як наслідок патологічного пренатального розвитку дитини, коли взагалі не відбулася закладка органа зору або він значно недорозвинений (зменшені в розмірах очна

ямка, повіки та зорові щілини), трапляється рідко. А. спостерігається під час недорозвитку переднього мозку або порушення нормального розвитку зорового міхура на ранній ембріональній стадії. Типовим для А. є відсутність очного яблука, що супроводжується аномаліями розвитку 30-рових нерва і центрів. Частіше трапляються випадки двостороннього А. При односторонньому А. друге очне яблуко має менший розмір, ніж у нормі. Діти з А. відносяться до категорії незрячих.

*Синьова Євгенія Павлівна, Федоренко Світлана Володимирівна*  
*Тифлопедагогіка: Підручник для студентів вищих навчальних закладів.*  
– К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2018. - 325

**АПРАКСІЯ** (від грец. *a* - заперечна частка, *praxis* - дія) порушення здатності виконувати складні предметні дії, що виникає через ураження певних ділянок кори головного мозку (найчастіше нижньо-тім'яної ділянки лівої півкулі). Людина не може користуватися ложкою, ножем, виделкою, писати; замінює необхідні рухи безпорадними, неорганізованими.

Розрізняють загальну та часткову А. Під час загальної А. - порушуються будь-які рухові процеси; під час часткової - діяльність лише певних груп м'язів.

Суть педагогічної роботи полягає в закріпленні послідовності й опануванні просторової орієнтації, починаючи з найпростішого.

*Колупасєва А.А. Сучасні інноваційні тенденції в освіті, навчанні та психолого-педагогічному супроводі дітей з особливими потребами. Основи соціальної педіатрії: навчально-методичний посібник. Київ, 2016. 243 с.*

**АРТИКУЛЯЦІЯ** (від лат. *artsculare* - членоподільно вимовляю) - 1) спільна діяльність мовленнєвих органів, пов'язана з вимовлянням звуків, складів, слів. Для правильної А. кожного звука необхідна відповідно зумовлена система рухів органів артикуляції (артикуляційна база), звичайна в даному мовному оточенні. Основні органи А., складові артикуляційної бази, поділяються на рухливі (язик, губи, м'яке піднебіння, нижня щелепа) та нерухомі (верхня щелепа, тверде піднебіння). Артикуляційна база формується під впливом

слухового й кінестетичного контролю за правильною вимовою, яка відбувається через механізм зворотного зв'язку. Діти засвоюють правильну мовленнєву А. поступово. Найскладнішою є А. збігу приголосних, а також шиплячих, свистячих та сонорів «л», «р». Їх правильну вимову діти опановують до 4-5 років. Дитина, яка до 5 років ще не оволоділа правильною А. звуків, потребує логопедичної допомоги. Формування правильної А. мовлення тісно пов'язане з розвитком фонематичного слуху, який надає змогу диференціювати мовленнєві звуки. Недорозвиток фонематичного слуху або загальне порушення слуху (у дітей з порушеннями слуху) ускладнюють опанування правильною А. Недоліки А. можуть виникати і внаслідок відхилень у період онтогенетичного розвитку органів А., або у разі травмування та анатомічних вад артикуляційного апарату. Такі порушення звуковимови мають органічний характер, а всі інші - функціональний і можуть вважатися самотійним порушенням або бути одним із проявів складнішого дефекту мовлення. Корекційним засобом порушень А. є артикуляційна гімнастика. Мета її полягає у створенні, повноцінних рухів артикуляційних органів, необхідних для правильного вимовляння звуків, об'єднання простих рухів у складні комплекси - артикуляційні уклади різних звуків. Артикуляційні вправи можуть бути беззвучними, та за участю голосу. Починаються вони з рухів за наслідуванням чи з пасивних, що створюються за механічною допомогою (чисто вимита рука або палець логопеда, а потім і самої дитини, продезинфіковані медичні штапелі, спеціальні логопедичні зонди). Пасивні рухи поступово переводяться в пасивно-активні (самотійні) при зоровому контролі перед дзеркалом (спочатку повільні). У процесі автоматизації виробляється кінестетичне відчуття кожного руху й необхідність у зоровому контролі поступово відпадає. Залежно від форми звукового дефекту використовується відповідний комплекс артикуляційних вправ.

- 2) ступінь розбірливості мовлення при його передаванні через акустичну апаратуру та при різній якості вимови (наприклад, у нечуючих). Визначається шляхом підрахування відсотка складів, слів або фраз, правильно сприйнятих аудиторамі.

*Кульбіда С. В. Формування жестомовної комунікативної компетенції — від розуміння до застосування. С. В. Кульбіда. Особлива дитина : навчання і виховання. 2016. — № 1/77. С. 15–29. — Режим доступу: <http://lib.iitta.gov.ua/707090/>*

**АРТТЕРАПІЯ-** лікувально-профілактичний, корекційний засіб подолання психологічних проблем, відновлення емоційної рівноваги чи усунення порушення поведінки. Одна з особливостей дитини полягає в тому, що вона в більшості випадків має труднощі у вербалізації власних проблем і переживань. Для неї є природною невербальна експресія, у тому числі й образотворча. Це стає особливо значущим, якщо дитина має мовні порушення. Переживання й почуття дітей безпосередніше і жвавіше «звучать» в образотворчих витворах, ніж у словах, і є більш доступними для сприйняття й аналізу. Слід ураховувати дитячу фантазію і схильність до ігрової діяльності. В арт-терапевтичному кабінеті необхідно створювати особливу атмосферу для гри і творчості, підбираючи разом із дітьми відповідні сюжети і теми як основу індивідуальної і групової арттерапії.

Важливо, що образотворчі матеріали і предмети ігрової діяльності є для дитини більш важливими «партнерами» комунікації, ніж арт-терапевт. Варто враховувати і те, що ігровий простір, образотворчий матеріал і образ є для дитини засобами психічного захисту і саморегуляції, до яких вона вдається у важких для себе ситуаціях. Це, зокрема, пов'язано з можливістю образотворчого образу досить тривалий час «утримувати» афекти, не даючи їм «виплеснутися» назовні. Тому образ може виступати для дитини своєрідним «контейнером» («накопичувачем»), усередині якого складні почуття зберігаються доти, доки дитяча свідомість не зможе їх «побачити» чи «сприйняти». Арт-терапевтичні методи є ефективними в роботі з особами, які страждають на розлади аутичного спектру. Вербальний контакт із ними вкрай утруднений. Вони «занурюються в себе», а їхня діяльність носить ритуальний, стереотипний характер. Спроби змінити ці стереотипи, як правило, викликають сильну тривогу і, навіть, агресивну реакцію. Арттерапія дозволяє якоюсь мірою отримати доступ до переживань таких дітей, активізувати їх, а в деяких

випадках сприяти розвитку практичних навичок. Варто враховувати і те, що досить часто особи з розладом аутичного спектру виявляють особливі здібності до малювання.

*Колупасва А.А., Таранченко О.М. «Інклюзивна освіта: від основ до практики»: [монографія]. Київ : ТОВ «АТОПОЛ», 2016. 152 с. (Серія «Інклюзивна освіта»).*

**АСИНЕРГІЯ** (від грец. *a* - заперечна частка, *sin* - разом, *ergon* - робота) - розлад складних рухових актів і навичок.

*Ворон М.В., Найда Ю.М. Інклюзивна освіта: українські реалії. Підручник для директора. Червень. № 6. Київ : Пляди, 2006.*

**АСТИГМАТИЗМ** (від грец. *a* - заперечна частка, *stigmis* - точка, *astigmatismus* - відсутність фокусної точки) - аномалія заломлюючої здатності ока, за якої в одному оці спостерігається сполучення різних видів рефракції або різних ступенів одного її виду. Промені, що потрапляють в око від джерела світла, при А. по-різному заломлюються в різних меридіанах роговиці, через що на сітківці з'являється нечітке відображення, витягнуте в якому-небудь меридіані. А. коригується циліндричними окулярами. При зниженні зору, що не піддається достатній корекції, діти з А. мають навчатися у школах для слабозорих. А., як і інші аномалії рефракції, - одна з причин слабозорості.

*Синьова Євгенія Павлівна, Федоренко Світлана Володимирівна Тифлопедагогіка: Підручник для студентів вищих навчальних закладів. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2018. - 325с.*

**АСТЕРЕОГНОЗІЯ** (від грец. *a* - заперечна частка, *stereos* - твердий, *gnosis* - знання) - розлад упізнавання предметів під час їх обмацування із заплющеними очима, зі збереженням дотикової чутливості. Спостерігається при ураженні вторинних кіркових центрів тім'яної доли, зокрема домінантної півкулі.

*Синьова Євгенія Павлівна, Федоренко Світлана Володимирівна Тифлопедагогіка: Підручник для студентів вищих навчальних закладів. – К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2018. - 325с.*

**АСФІКСІЯ** (від грец. *a* - заперечна частка і *sphygmos* - пульс)- ядуха, що виникає у новонародженої дитини, під час пологів, коли припиняється постачання кисню.

*Ковальова, О., Дудник, С., Похилько, В., Чернявська, Ю., Цвіренко, С., & Давиденко, А. (2024). ПЕРИНАТАЛЬНА АСФІКСІЯ ТА ЇЇ НАСЛІДКИ: ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ В УКРАЇНІ. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина, 14(2(52), 12–18. <https://doi.org/10.24061/2413-4260.XIV.2.52.2024.2>*

**АТАКА ЗВУКА** - засіб приведення в дію голосових зв'язок, подавання голосу. Розрізняють: придихову А.З. - спочатку відбувається легкий видих, потім голосові зв'язки змикаються й починають коливатися, звучанню голосу передують шум; м'яку А.З. - фізіологічний і розповсюджений спосіб подачі звука, виникає, коли змикання голосових зв'язок і початок видиху відбувається одночасно, зв'язки починають коливатися під час змикання; тверду А.з. - спочатку змикаються голосові зв'язки, потім під натиском видихуваного повітря змичка між ними «вибухає» і голосові зв'язки починають коливатися. Зловживання твердою А.з. може призвести до виникнення голосових порушень.

*Байкіна Н. Мовне забезпечення корекційного процесу на навчально-тренувальних заняттях із глухими підлітками. Індив. методики адаптивної фізичної культури для осіб із сенс. порушеннями: навч. посібник. / Н. Байкіна, С. В. Кульбіда. — Запоріжжя: ЗНУ, 2014. — С. 303–425.*

**АТЕТОЗ** (грец. *athetos* - нестійкий, такий, що не має певного положення в просторі) - гіперкінез, який характеризується мимовільними ритмічними, черв'якоподібними рухами здебільшого пальців рук і ніг. Виникає А. внаслідок захворювання головного мозку.

*Неврологія : нац. підруч. для студентів вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / І. А. Григорова [та ін.] ; за ред.: І. А. Григорової, Л. І. Соколової. - 3-є вид., перероб., та допов. - Київ : Медицина, 2020. - 640 с.*

**АТРЕЗІЯ** (від грец *a* - заперечна частка, *tresis* - отвір) - відсутність або недорозвиненість природних отворів організму. А. може бути

наслідком неправильного ембріонального розвитку (А. вроджені) та заростання отворів після травм і запальних процесів (А. рубцеві).

Наслідком А. бувають тяжкі порушення життєдіяльності організму (напр., А. різних ділянок кишечника) або розлади функцій різного ступеню (напр., А. зовнішнього слухового проходу, А. носових отворів).

*Неврологія : нац. підруч. для студентів вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / І. А. Григорова [та ін.] ; за ред.: І. А. Григорової, Л. І. Соколової. - 3-є вид., перероб., та допов. - Київ : Медицина, 2020. - 640 с.*

**АТРОФІЯ** (від грец. *a* - заперечна частка, *trophe* - живлення) - зменшення об'єму певного органу, м'язів внаслідок порушення живлення.

*Синьова Євгенія Павлівна, Федоренко Світлана Володимирівна*  
*Тифлопедагогіка: Підручник для студентів вищих навчальних закладів.*  
– К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2018. - 325с.

**АТРОФІЯ ЗОРОВОГО НЕРВА** (від лат. *atrophia* - відсутність живлення, голодування) - є наслідком різних захворювань. Супроводжується набряком, запаленням, стисканням, ушкодженням, дегенерацією волокон зорового нерва або судин, які його живлять. Найчастіше до А.з.н. призводять ураження центральної нервової системи, травми черепа, пухлини, інтоксикації, алкогольні отруєння метиловим спиртом, сифіліс, тривале голодування, авітамінози, неврити, застійні диски, гіпертонічна хвороба й атеросклеротичні зміни судин. А.з.н. трапляється за пігментної абітрофії сітківки, тромбозів центральної артерії сітківки й артерій, які живлять зоровий нерв. Проявляється А.з.н. у зниженні гостроти зору, змінах поля зору та сприймання кольорів. Ступінь виявів порушень зорових функцій залежить від локалізації патологічного процесу. Існує спадкова форма А.з.н. Це так звана леберівська атрофія, пов'язана зі статтю людини. Нею хворіють переважно чоловіки. А.з.н. виявляється у віні від 13 до 28 років. Спостерігається різке зниження гостроти зору обох очей упродовж короткого часу. Через обмежену здатність нервової тканини до регенерації А.з.н. часто призводить до незрячості й тяжкої

інвалідизації та є однією з клінічних форм сліпоти в дитячому віці. Залежно від ступеня порушень зорових функцій діти з А.з.н. навчаються у школах для сліпих або слабозорих.

*Синьова Євгенія Павлівна, Федоренко Світлана Володимирівна*  
*Тифлопедагогіка: Підручник для студентів вищих навчальних закладів.*  
– К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2018. - 325с.

**АУДИТОРИ** (від лат. *audio* - чую) - група осіб, які беруть участь (прослуховують) у перевірці рівня виразності мовлення через лінію зв'язку (в телефонії та радіотехніці). У сурдопедагогіці А. оцінюють якість вимови осіб з порушеннями слуху.

*Дитина з порушеннями слуху. С. Литовченко, В. Жук, О. Таранченко. — 2018.*

**АУДІОЛОГІЯ** (від лат. *audio* - чую, грец. *logos* - вчення) - вчення про слух. Предметом А. є вивчення слухової функції, її порушень, встановлення причин цих розладів, способів їх запобігання.

*Дитина з порушеннями слуху. С. Литовченко, В. Жук, О. Таранченко. — 2018.*

**АУДІОМЕТР** - суб'єктивний та об'єктивний діагностичний звуковий генератор спеціальних вимірювальних звукових стимулів (сигналів) і механічних коливань разом із пристроями для фіксування та документування реакції пацієнта на ці сигнали. Складовими А. є генератори електричних сигналів звукових частот, перетворювачі цих сигналів на акустичні випромінювання (телефони повітряного звукопроведення, гучномовці) та вібрації (телефони кісткового звукопроведення), вихідні регістратори слухових відчуттів.

А. для суб'єктивних досліджень потребують набору стандартних аудіотестів, технічних можливостей для фіксування слухових відчуттів, зв'язку аудіометриста з досліджуваним і охоплює створення вимірювального акустичного (чи вібраційного) сигналу (тонального, мовленнєвого, шумового тощо) за допомогою головних телефонів повітряного (кісткового) звукопроведення з регулюванням частоти, рівня звукового тиску та рівня вібрацій (чи рівня перемінної сили) з тональними, мовленнєвими та шумовими сигналами; маскування акустичних сигналів вузькосмушковим або широкосмушковим шумом;

подачу маскуючого шуму на протилежний (відносно телефона, що випромінює акустичний сигнал) телефон повітряного звукопроведення; подачу акустичного сигналу та маскуючого шуму на один і той самий телефон; подачу маскуючого шуму на телефон кісткового звукопроведення; змінну подачу короткотривалих тональних сигналів однієї частоти на ліве та праве вухо; одночасну подачу двох тональних сигналів; змінну подачу двох тональних сигналів на одне вухо; автоматичне забезпечення переривчастості тонального сигналу; систему сигналізації останнього про його реакцію на акустичний сигнал; можливість мовленнєвого зв'язку з пацієнтом чи передача йому «живого мовлення» через мікрофон, що встановлено на А.

А. складаються з генератора звукових стимулів, високочутливого електронного підсилювача, пристрою обробки викликаних потенціалів головного мозку - мікропроцесора з електронною пам'яттю, дисплея (монітора) для візуального подання інформації, самописця з паперовою стрічкою, контактних електродів. Такі А. охоплюють вимірювання коротко-, середньо- та довголатентних викликаних потенціалів.

*Синьова Євгенія Павлівна, Федоренко Світлана Володимирівна*  
*Тифлопедагогіка: Підручник для студентів вищих навчальних закладів.*  
– К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2018. - 325с.

**АУДІОМЕТРІЯ** (від лат. *audio* - чую, грец. *metron* - міра) - вимірювання характеристики слуху з використанням каліброваних електронних приладів.

А. заснована на вимірюванні реакцій пацієнта на звукові стимули фіксованої інтенсивності й частоти, що пред'являються в звукоізольованій камері. Звукові сигнали подають через навушники (за виключенням тих випадків, коли це зробити неможливо), що дає змогу контролювати їхню інтенсивність і частоту. При визначенні порогів сприймання чистих тонів визначають порогови як для повітряної, так і для кісткової провідності. Відтак забезпечується можливість диференціювати зміни слуху, зумовлені порушенням звукопровідності від нейросенсорної (сенсоневрологічної) туговухості, а також

визначати їхній зв'язок. Вимірюють поріг сприймання мовлення і здатність розрізняти його окремі звуки. За підозри порушення центральних відділів слухової системи вдаються до специфічних тестів, проте вони непридатні для клінічного обстеження дітей віком до 6 років.

А. - це визначення порогів сприймання звуків різної частоти.

Порогова тональна А. Поріг сприймання тону - це мінімальна інтенсивність звукового подразника, за якого виникає відчуття звуку. Порогова тональна А. застосовується під час визначення порогів сприймання через повітряне та кісткове звукопроведення. Результати дослідження наносять на бланк аудіограми, де на вісі абсцис позначено частоти в Гц, а на осі ординат - інтенсивність у дБ. Бажана наявність окремих графіків для правого та лівого вуха. Для позначення результатів обстеження обох вух використовують міжнародні позначення: «о» (кружок) - пороги сприймання правого; «х» (хрестик) - пороги сприймання лівого вуха; суцільна лінія з'єднує пороги сприймання по повітряному звукопроведенню, а пунктирна - по кістковому.

Дослідження починають визначення порога слухового сприймання тону частотою 1 000 Гц. Звук плавно підсилюють доти, доки пацієнт не натисне кнопку, повідомивши, що він чує сигнал. Потім інтенсивність звуку зменшують до 20 дБ і знову підсилюють до отримання відповіді. Далі переходять до визначення порогів сприймання інших тонів: високих (2000, 3000, 4000, 6000 та 8000 Гц), низьких (500, 250 та 125 Гц). Для стабільності результату дослідження повторюють 2-3 рази.

Надпорогова тональна А. дає уявлення про сприймання звуків надпорогової інтенсивності, до яких належать і звуки мовлення.

Мовленнєва А. проводиться під час налаштування аудіометра за абсолютною шкалою. Інтенсивність мовленнєвих сигналів змінюється рівнями по 5 дБ. Максимальна інтенсивність мовлення, що створюється аудіометром, відповідає максимальній інтенсивності для тонів 1000 та 2000 Гц. Результати дослідження наносять на мовленнєву

аудиограму. Мовленнєву А. проводять за допомогою фонограм, записаних на магнітній стрічці.

А. об'єктивна - це обстеження, яке здійснюється без активної участі пацієнта, основане на інтерпретації слухових викликаних потенціалів (СВП). СВП - одна з форм електричної активності структур головного мозку на звукові стимули. Латентний період викликаних потенціалів відповідає стадії центрального сприймання звукового стимулу. СВП дають змогу отримати інформацію про ступінь ураження системи повітряної провідності та допомагають локалізувати центральні порушення слуху.

При об'єктивній А. пред'явлення звукових стимулів здійснюється через головні телефони, кісткові вібратори або у вільному звуковому полі. Частоти сигналів відповідають стандартним для аудіометрії в діапазоні 125-10 000 Гц, а їхні рівні можуть встановлюватися ступенями по 1-5 дБ від 0 до 100-120 дБ.

Підсилені біопотенціали підлягають спеціальній електронній обробці в мікропроцесорі. Важливим є забезпечення надійності отриманих біопотенціалів на фоні неминуче присутніх електричних потенціалів фізіологічного походження чи випадкових перешкод, що досягається вибором міжстимульного інтервалу в діапазоні від одиниць до десятків мілісекунд при аналізі коротко-латентних потенціалів і від сотень мілісекунд до десятків та більше секунд у випадку довголатентних.

Електрофізіологічні методи дослідження, що включають імпедансну А. та викликані потенціали, дають змогу оцінити фізіологічну інтеграцію слухової та вестибулярної систем. Імпеданс-на А. полягає в тімнанометрії та вимірюванні статичної функції й порогу слухового рефлексу.

*Дитина з порушеннями слуху. С. Литовченко, В. Жук, О. Таранченко. — 2018.*

**АУТИЗМ** (від грец. *autos* - сам, всередині себе) - важке порушення розвитку (pervasive developmental disorders PDDs), що характеризується значними недоліками у формуванні соціальних і комунікативних зв'язків із реальністю; виявляється в зосередженості

на власних переживаннях, обмеженні спілкування з іншими людьми, а також проявами стереотипних інтересів.

Хворі на А. створюють свій власний світ марення, що призводить до нездатності дітей співвідносити себе звичайним способом із людьми та ситуаціями.

*Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму: монографія / Т. В. Скрипник. – К.: Фенікс, 2010. – 368 с.*

**АУТИСТИЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ** - діяльність аутичної дитини, спрямована на реалізацію власних потреб та установок, що провадиться нею самостійно й змістовно відповідно до структури, компонентів і видів діяльності людини.

**АУТИСТИЧНИЙ РОЗЛАД** - тяжка форма патології психічного розвитку з соціальними, комунікативними, мовленнєвими, регуляторними порушеннями.

**АУТИСТИЧНИЙ СПЕКТР ПОРУШЕНЬ** - це спектр багаточисельних різновидів, відмінностей, відхилень і порушень, ядрним і загальним для яких є порушення соціальної інтеграції і небажання (навіть страх) людей з аутизмом вступати в будь-який, контакт із суспільством, зокрема своїм оточенням.

*Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму: монографія / Т. В. Скрипник. – К.: Фенікс, 2010. – 368 с.*

**АУТИСТИЧНИЙ СПЕКТРАЛЬНИЙ РОЗЛАД** - порушення психічної сфери людини, при якому патерни захворювання, рівень здібностей осіб з розладом аутичного спектру трапляється в різних комбінаціях, і хвороба може мати різні ступені тяжкості, від легкої до глибокої, та різні супутні хвороби, що не належать до аутизму (розумова відсталість, епілепсія, шизофренія).

*Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму: монографія / Т. В. Скрипник. – К.: Фенікс, 2010. – 368 с.*

**АУТИСТИЧНІ ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ.** До них відносять: ранній дитячий аутизм Л. Каннера; аутистичний синдром Д. Аспергера; аутизм при олігофренії; синдром Регта; дитячий аутизм, обумовлений органічними захворюваннями

головного мозку; дитячий аутизм унаслідок інших причин; атиповий аутизм; атиповий аутизм із розумовою відсталістю; атиповий аутизм без розумової відсталості; інші дезінтегративні розлади дитячого віку, гіперактивні розлади, які поєднуються з розумовою відсталістю та стереотипними рухами, тощо.

*Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму: монографія / Т. В. Скрипник. – К.: Фенікс, 2010. – 368 с.*

**АУТИСТИЧНІ ПСИХОЛОГІЧНІ МАРКЕРИ** - психологічні ознаки, які належать до точнішого, повного вірогідного поняття й нового визначення «спектру аутистичних порушень», де аутистичні порушення є компонентами як нормально розвиненої психічної структури дитини, так і дизонтогенетичної спотвореності.

*Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму: монографія / Т. В. Скрипник. – К.: Фенікс, 2010. – 368 с.*

**АФАЗІЯ** (від грец. *a* - заперечна частка, *phasis* - мова) - повна або часткова втрата мовлення, яка виникає при ураженнях домінантної півкулі головного мозку в осіб із сформованим мовленням. Причини А. можуть бути крововиливи, пухлини, закупорка судин, інфекційні захворювання, травми. При А. порушується мовленнєва діяльність в усіх її проявах: усне і письмове мовлення, розуміння мовлення, називання, граматичне оформлення висловів. Афазія відноситься до тяжких форм мовленнєвої патології, бо виключає хворого зі звичних форм життя, ізолює його від того соціального середовища, в якому він знаходився до захворювання.

Загально визнаною є нейролінгвістична класифікація А., розроблена О.Р.Лурія і його послідовниками, яка враховує: локалізацію, тобто місце ураження кори головного мозку; характер немовних розладів; якісну характеристику порушень мовленнєвих систем - фонетичної, граматичної, лексичної.

Згідно цієї класифікації виділяються такі форми А.: моторна афферентна А., моторна еферентна А., сенсорна (акустико-гностична), амнестична (акустико-мнестична), динамічна, семантична, тотальна.

Акустико-мнестична А. виникає при ураженні середніх і задніх відділів скроневої зони домінантної півкулі. При цій формі афазії

виникають труднощі утримання в слухо-мовленнєвій пам'яті серії слів. Усне мовлення відносно збережене, але хворому важко називати предмети і дії, його мові спостерігається велика кількість словесних замінів.

Моторна афферентна А. (кінестетична) виникає при ураженні вторинних пост центральних і нижньотім'яних відділів доміантної півкулі і в більшості випадків супроводжується порушенням орального праксису. Внаслідок цього хворий не може знайти потрібне положення губ, язика, м'якого піднебіння для вимови звука, що зумовлює заміни і змішування звуків (літеральні і вербальні парафазії). Письмова мова у більшості випадків грубо порушена. Читання «про себе» і розуміння мови на слух відносно збережені.

Моторна еферентна А. (кінетична) пов'язана з ураженням премоторних і задньолобних відділів доміантної (лівої) півкулі і супроводжується дезорганізацією кінетичної основи, внаслідок чого порушується моторна програма всього слова. Хворий вимовляє звуки, але не може плавно злити їх у склади, слова; у його мові переважають іменники в називному відмінку (телеграфний стиль). Порушення читання і письма у хворих з еферентною моторною А. зумовлені утрудненням звуко-буквенного аналізу складу слова.

Сенсорна А. (акустико-гностична) виникає при ураженні задніх відділів верхньої скроневої звивини доміантної півкулі, що супроводжується порушенням фонематичного слуху і призводить до дефекту акустичного сприймання звукового складу слова. Внаслідок цього розуміння, а також повторення слів стає практично неможливим. При сенсорній А. спостерігаються розлади письма і читання, що проявляється в замінах звуків і букв.

Семантична А. виникає при ураженні тім'яно-потиличних відділів доміантної півкулі, що супроводжується розладом розуміння складних логіко-граматичних конструкцій. Розуміння простих фраз при цьому залишається збереженим.

Тотальна А. - порушені всі форми мовленнєвої діяльності.

*Шеремет М. К. Логопедія – 2-ге вид., переробл. – доповн. За ред. М. К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.*

**АФОНІЯ** (від грец. *a* - заперечна частка, *phone* - голос) - відсутність гучності голосу при збереженні шепітного мовлення. А. - незмикання голосових

зв'язок, унаслідок чого під час фонації відбувається втрата голосу. Порухення голосу поділяються на органічні та функціональні. Причинами органічної А.

можуть бути хронічні ларингіти, тарези, паралічі гортані, травми, пухлини тощо. При органічній А. можливе лише шепітне мовлення, голос не з'являється навіть при кашльовому поштовху. Причинами функціональної А. можуть бути перевтома голосу, різні інфекційні захворювання, психотравмуючі ситуації, патологічна мутація. Характерною рисою функціональної А. є нестійкість патологічних змін у гортані та можливість звучного голосу при кашлі. При функціональній А. голос поновлюється після лікування і спеціальних вправ.

*Шеремет М. К. Логопедія – 2-ге вид., переробл. – доповн. За ред. М. К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.*

## Б

**БРАДИКІНЕЗІЯ** (від грец. *bradys* - повільний, *ksnesis* - рух) - сповільнення темпу рухів за нормальної сили м'язів. Б. виникає внаслідок перенесеного енцефаліту. Діти рухаються зі значними труднощами і дуже повільно.

*Демченко А. В. Біоадаптивне управління в комплексному лікуванні психо-емоційних розладів у хворих на хронічну ішемію мозку / А. В. Демченко // Український неврологічний журнал. – 2016. – №1. – С. 55–61.*

**БРАДИЛАЛІЯ** (від грец. *bradys* - повільний, *lalia* - мовлення) - патологічно уповільнене мовлення.

*Шеремет М. К. Логопедія – 2-ге вид., переробл. – доповн. За ред. М. К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.*

**БРАДИФРАЗІЯ** (від грец. *bradys* - повільний) - надмірно уповільнений темп мовлення з подовженою вимовою голосних,

млявою, нечіткою артикуляцією (синоніми: брадилалія, брадиартрія, брадилогія). Б. спостерігається при деяких нервових захворюваннях, олігофренії; може бути самотійним порушенням темпу мовлення.

Мовленнєва симптоматика виявляється в порушеннях експресивного та імпресивного мовлення, уповільненості процесів читання, письма, монотонності голосу, нечіткості артикуляції.

Немовленнєва симптоматика: порушення загальної моторики, тонкої моторики пальців, рук, м'язів обличчя.

Корекційна робота охоплює логопедичні вправи, спрямовані на вироблення чітких мовленнєвих рухів та забезпечення їх нормального темпу. Крім логопедичних вправ, необхідно проводити відповідне лікування за призначенням лікаря-психоневропатолога.

*Шеремет М. К. Логопедія – 2-ге вид., переробл. – доповн. За ред. М. К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.*

**БРАЙЛІВСЬКИЙ ПРИЛАД** - прямого письма – пластиковий корпус (270,4x128,4x44 мм) із розташованими в ньому двомаспціальними секціями: одна для письма, друга - для читання. Кожна секція має по 10-16 клітинкових брайлівських рядків.

Кожна крапка секції для письма поєднана з відповідною крапкою секції для читання спеціальною трубкою, всередині якої вільно рухається трос. Кінці троса з'єднані зі штифтами в клітинках для письма і читання. Одна половина приладу має назву «поле для письма», друга - «поле для читання». Під час його експлуатації папір не потрібен. На полі для письма пишуть грифелем необхідний текст, який одночасно з'являється на «полі для читання» і тактильно легко сприймається. За необхідності текст із «поля для читання» можна легко усунути. Для цього досить натиснути на крапки рукояткою грифеля. Якщо під час записування допущено «перекол», то відповідну крапку на полі читання усувають стержнем грифеля.

Прилад призначений для широкого використання в різних сферах діяльності сліпих і сліпоглухих: у школах для сліпих дітей; як оргтехніка; для осіб, які засвоюють шрифт Брайля; як багатосимвольний комунікатор під час спілкування сліпоглухих з особами, які володіють системою Брайля.

*Синьова Євгенія Павлівна, Федоренко Світлана Володимирівна*  
*Тифлопедагогіка: Підручник для студентів вищих навчальних закладів.*  
– К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2018. - 325с.

**БРАЙЛЯ ШРИФТ** - виданий у 1837 р. Л. Брайлем. Об'ємний рельєфно-крапковий шрифт, визнаний універсальним для читання і письма осіб з порушенням слуху, поширений у всьому світі.

Б.ш. - це набір із шести крапок, розташованих в одній клітинці по три у два стовпчики. Розташування окремих крапок у шестикрапці, зміна їх місця та комбінування кількості, розміщення дає змогу написати 63 різноманітних знаки, яких цілком достатньо для позначення всіх букв абетки, цифр, розділових знаків, математичних і хімічних формул, нотних знаків. Розмір клітинки - 7,5x1,5 мм, тому кожний знак розташовується під пучкою пальця незрячого. Відстань між крапками - 1,5 мм, діаметр - до 0,1 мм, висота - 0,7-0,8 мм, що допомагає точно розрізнити їх у знакові.

Б.ш. друкуються підручники, твори художньої літератури. Нині поширюється розробка комп'ютерних символів Б.ш.

*Синьова Євгенія Павлівна, Федоренко Світлана Володимирівна*  
*Тифлопедагогіка: Підручник для студентів вищих навчальних закладів.*  
– К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2018. - 325с.

**БРОКА ЦЕНТР** (П. Брока - франц. антрополог і хірург) - ділянка кори головного мозку, що міститься в нижній лобовій звивині задньої третини лівої півкулі (у правшів), і забезпечує моторну організацію мовлення. При порушеннях Б.ц. людина втрачає здатність вмовляти слова.

*Шеремет М. К. Логопедія – 2-ге вид., переробл. – доповн. За ред. М. К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.*

**БУЛІМІЯ** (від грец. *bis* - віл, буйвол, *limos* - голод) - патологічне підвищення апетиту, яке призводить до ожиріння, іноді з поїданням неїстівного.

*Гаврилюк Н.С., Чернишова І.Ю. Психологічні аспекти розвитку порушень харчової поведінки у дівчат юнацького віку. Педагогічна освіта: теорія і практика. 2017. Вип. 25. С. 125–131.*

**БУЛЬБАРНИЙ ПАРАЛІЧ** (від лат. *bulbus* - цибулина, форму якої нагадує довгастий мозок) - клінічний прояв захворювання довгастого мозку, ядра рухових черепно-мозкових нервів - язикоглоткового, блукаючого та під'язикового. Симптомами ураження цих нервів, особливо, блукаючого можуть бути розлади ковтання, артикуляції. Мовлення стає невиразним, порушується дихання та серцева діяльність.

*Шеремет М. К. Логопедія – 2-ге вид., переробл. – доповн. За ред. М. К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.*

## В

**ВЕГЕТАТИВНА НЕРВОВА СИСТЕМА** (від лат. *vegetabilis* - рослинний - частина нервової системи людини і тварини, що регулює роботу всіх внутрішніх органів (кровообігу, дихання, травлення, виділення, розмноження) й обміну речовин в організмі.

Демченко А. В. Біоадаптивне управління в комплексному лікуванні психо-емоційних розладів у хворих на хронічну ішемію мозку / А. В. Демченко // Український неврологічний журнал. – 2016. – №1. – С. 55–61.

**ВЕРБАЛЬНИЙ** (від лат. *verbum* - слово) - словесний, мовний, усний; наприклад: вербальне спілкування, вербальні форми роботи вчителя тощо.

*Шеремет М. К. Логопедія – 2-ге вид., переробл. – доповн. За ред. М. К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.*

**ВЕРНІКЕ ЦЕНТР** (на честь нім. психоневролога К.Вернике) - ділянка кори головного мозку, що знаходиться в задніх верхніх відділах скроні лівої півкулі; найважливіша складова частина сенсорної системи мовлення.

Механізм дії цього відділу мозку полягає в тому, що він дає змогу виділити в різних звучаннях одного і того самого звуку мовлення (ці звучання можуть варіюватись від позиції звуку в слові під наголосом і в ненаголошеному положенні, перед голосними і приголосними, в оточенні твердих чи м'яких звуків тощо) його постійні корисні для

мови смисло-різнювальні ознаки і синтезувати вказані варіанти звучання одного і того самого звуку в узагальнені образи (фонемі). Результатом цього є формування константного слухового сприймання, тобто сприймання у процесі слухання мови тільки незмінних ознак фонем і їх розрізнення за вказаними ознаками (фонематичні розрізнення) (О.Лурія).

Ці якісні зміни процесу сприймання, які спостерігаються у дитини в період від 11 міс. до 1,6-1,8 р., пов'язані з функціональним визріванням нижньо-верхніх відділів кори головного мозку (В.ц.), сприяють обмеженню та стабілізації потоку сприйнятих дитиною мовленнєвих звуків і складених з них слів, що веде до формування фонемних образів слів і їх подальшого впізнавання в мовленні дорослих (Є.Соботович, І.Соботович). На цій основі дитина за допомогою дорослих встановлює зв'язки між звуковим образом слів і відповідними явищами дійсності та розуміє звернене до неї мовлення.

Тому порушення В.ц. внутрішньо-судинного чи травматичного генезу, у внутрішньо утробний, пологовий періоди або ж у ранньому дитячому віці спричиняє порушення формування імпресивного мовлення тобто сенсорну алалію. Порушення цієї ділянки кори головного мозку у дітей і дорослих, які володіють імпресивною мовою, призводять до її розпаду (сенсорної афазії чи афазії Верніке).

*Шеремет М. К. Логопедія – 2-ге вид., переробл. – доповн. За ред. М. К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.*

**ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВОСТЯМИ РОЗВИТКУ-** процес розвитку природних сил, здібностей дитини за допомогою організованої педагогами різноманітної спільної діяльності дітей і дорослих. Це планомірний і цілеспрямований вплив на свідомість і поведінку дитини з метою формування відповідних установок, понять, принципів, ціннісних орієнтацій, що забезпечують необхідні умови для її розвитку, підготовки до суспільного життя і трудової діяльності.

Спеціально організована система В.д.о.р. є визначальним фактором їхнього розвитку. Адекватне, цілеспрямоване виховання створює сприятливі умови для компенсації дефекту та корекції недоліків, зумовлених ним. Завдяки компенсаторним можливостям і

пластичності нервової системи дітей у процесі виховання відбувається розвиток глибинних особистісних структур.

Формування особистості дитини з психофізичними вадами здійснюється як цілеспрямований, поетапний процес, що становить цілісну систему, сукупність динамічно зв'язаних компонентів (явищ, процесів, впливів, етапів), взаємодія яких породжує нову системну якість. Системний підхід охоплює основні сторони проєктованих систем виховання - від постановки цілей і конструювання корекційно-виховного процесу до перевірки його ефективності.

Мета В.д.о.р.- основа виховної системи. Вона має суспільний характер (соціальне замовлення), відзначається універсальністю і чіткою конкретизованістю. Основними реалізуючими силами педагогічної системи виховання є об'єкт і суб'єкт, які діють на основі суб'єктно-об'єктного підходу до виховного процесу. Такий взаємозв'язок відбувається в індивідуальній, груповій і колективній формах діяльності.

Дитина завжди бере участь у власному розвитку. Форми цієї участі різні: пристосування до вимог старших, колективу; орієнтація на особистість батьків, вихователів, сильного ровесника; наслідування позитивного або негативного прикладу; самовиховання як найактивніша форма участі у вихованні.

*Лопатіна Г. О. Методика навчання діалогічного мовлення дітей молодшого дошкільного віку: монографія / Ганна Лопатіна. – Бердянськ: ФОП Ткачук О. В., 2014. – 254 с.*

**ВНУТРІШНЄ МОВЛЕННЯ** - беззвучне мовлення, що виникає у процесі мислення про себе. Це похідна форма зовнішнього звукового мовлення, спеціально пристосованого до виконання розумових операцій у внутрішньому плані.

Найбільш виразно В.м. представлено при розв'язуванні розумових задач, мовчазному читанні, розумовому плануванні, запам'ятовуванні та пригадуванні. За допомогою В.м. відбувається логічна переробка сенсорної (слухової, зорової, тактильної) інформації, яка сприймається, її усвідомлення та розуміння в певній

системі понять. Таким чином, В.м. є універсальним механізмом розумової діяльності та свідомості людини.

Логіко-граматична структура В. м. може бути різною, залежно від змісту розумової діяльності та ситуації, що її породжує. Звичайно у процесі мислення людина оперує наочними образами, схемами, семантичними комплексами, що складаються із фрагментів слів. Вони у В.м. позначаються першими звуками слова, або одним приголосним. Л.Виготський відзначає предикативний характер В.м.: предмет думки в ньому (психологічний підмет) завжди зрозумілий, тому, як правило, опускається і залишається лише психологічний присудок (предикат), тобто те, що характеризує думку. Максимально згорнуте В.м. наближається до простого розуміння. У таких випадках воно менш за все пов'язане з внутрішнім промовлянням. Коли В.м. максимально наближається до розгорнутого, воно часто супроводжується внутрішнім промовлянням.

Генезис В.м. вивчено недостатньо. Згідно з Л.Виготським, В.м. формується на основі егоцентричного мовлення - розмови дитини з самою собою вголос під час ігор. Поступово ця розмова скорочується, набуваючи форми В.м. Перехід зовнішнього мовлення у внутрішнє називається інтеріоризацією. Перехід В.м. у зовнішнє називається екстеріоризацією. Навичка екстеріоризації потребує тривалого тренування та відповідного навчання.

*Шеремет М. К. Логопедія – 2-ге вид., переробл. – доповн. За ред. М. К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.*

**ВТОМЛЮВАНІСТЬ** - захисна реакція організму, що полягає в тимчасовому зниженні розумової та фізичної працездатності. В. виявляється у фізіологічному підвищенні інерційності динаміки нервових процесів, зростанні труднощів вироблення умовних зв'язків і психологічному зниженні чутливості, порушенні уваги, запам'ятовування, інтелектуальних процесів, змінах в емоційно-мотиваційній сфері.

В. властива дітям з особливостями психофізичного розвитку. Причини В. пов'язані з ураженням ЦНС, великим напруженням аналізаторів через порушення одного з них. Так, у нечуючих і

слабочуючих дітей підвищується розумове напруження під час сприймання усного мовлення. У осіб з порушенням слуху В. проявляється через велике навантаження на дотикове сприймання, особливо під час читання рельєфного шрифту.

Підвищена В. таких дітей враховується в навчально-виховному процесі, який здійснюється на засадах охоронного режиму, психічної та фізичної гігієни. Запобігання В. - важлива умова ефективності корекції дітей з особливостями психофізичного розвитку.

*Інклюзивна освіта. Підтримка розмаїття у класі: практ. посіб. / [Тім Ломан, Джоан Денпелер, Девід Харві]; пер. з англ. — К.: — СПД-ФО Парашин І. С., 2010. — 296 с. — С. 146.*

**ВТОМЛЮВАНІСТЬ ЗОРУ** (астенопія) - проявляється в суб'єктивних скаргах на відчуття втоми, біль в очах, головний біль, розпливання контурів, двоїння (діплопія) зображень. Виявляється в зниженні працездатності світлочуттєвого, нервового та рухового апаратів органа зору. При втомі світлочуттєвого апарату відбувається зниження чутливості ока до світла. Зниження функціональної рухливості й чутливості до електричного світла свідчить про втомлюваність нервової частини органа зору. Втомлюваність рухового апарату виявляється в зменшенні обсягу акомодативної зміни м'язового балансу очей, рефлексу зіниць.

Під час великого навантаження рухового апарату збільшується втомлюваність нервової частини органа зору. Через це зростає частота кліпання, знижується стійкість ясного бачення. Втомлене око чутливіше до яскравого сонця, працездатність його знижується.

Астенопія акомодативна - втомлюваність циліарного м'яза ока при надмірному напруженні у випадках далекозорості, нерівномірному скороченні при астигматизмі.

*Інклюзивна освіта. Підтримка розмаїття у класі: практ. посіб. / [Тім Ломан, Джоан Денпелер, Девід Харві]; пер. з англ. — К.: — СПД-ФО Парашин І. С., 2010. — 296 с. — С. 146.*

**ВУЗДЕЧКА КОРОТКА** (лат. *brenulum linguae*) - слизова серединна динна складка, яка з'єднує нижню поверхню язика з дном порожнини рота. При нормальних розмірах і формах язика часто

трапляється аномалія його вуздечки - збільшення площі її з'єднання з нижньою поверхнею язика, рідше, и укорочення. Таке положення вуздечки обмежує рухливість язика, особливо його верхівки.

Аномалія зворотного порядку - занадто довга вуздечка, яка патологічно збільшує рухливість язика, особливо назад. Такі патології язика призводять до порушення звуковимови (різноманітні види органічної дислалії).

*Шеремет М. К. Логопедія – 2-ге вид., переробл. – доповн. За ред. М. К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.*

## Г

**ГЕМІПЛЕГІЯ** (від грец. *hems* - половина, *plego* - уражаю) - втрата рухливості м'язів однієї половини тіла (параліч). Г. - ураження окремих відділів головного мозку внаслідок запалення (енцефаліт, менінгіт), пухлин, травм, а також порушення мозкового кровообігу.

*Вінарська Є.Н. Ранній мовленнєвий розвиток дитини і проблеми дефектології / Є.Н.Вінарська. – К: Просвіта, 1999. – 137 с.*

**ГІДРОЦЕФАЛІЯ** (від грец. *hydros* - вода, *kephale* - голова) - водянка мозку, надмірність спинномозкової рідини в порожнині черепа. Легка Г. виявляється у зниженій працездатності, підвищенні стомлюваності. При легкій Г. форма голови майже не змінюється. При значному збільшенні кількості спинномозкової рідини може бути велика гідроцефалічна форма черепа з різко вираженими лобними і тім'яними буграми. Іноді тяжка Г. у дітей може зумовити розумову відсталість, церебральні паралічі, порушення слуху, мовлення.

*Вінарська Є.Н. Ранній мовленнєвий розвиток дитини і проблеми дефектології / Є.Н.Вінарська. – К: Просвіта, 1999. – 137 с.*

**ГІПЕРКІНЕЗИ** (від грец. *hyper* - частка, що вказує на надмірність, *kinesis* - рухи) - мимовільні, рухи, позбавлені змістовного фізичного значення. Залежно від характеру рухових порушень розрізняють хореїчний, атетоїдний, істеричний, кірковий, органічний, підкірковий, екстрапірамідний Г.

*Вакуленко Л. О. Лікувальний масаж / Л. О. Вакуленко, Г. В. Прилуцька, Д. В. Вакуленко. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2005. – 448 с.*

**ГЛАУКОМА** (від грец. *glaukas* - зелений) - захворювання очей, яке є найчастішою причиною незрячості. Основні ознаки Г. - підвищення внутрішньо-очного тиску, зниження зорових функцій, зміни в тканинах ока. Етіологія Г. досі не з'ясована. Розрізняють первинну і вторинну Г. Захворювання зазвичай виникає в похилому віці, але спостерігається й у дітей. У дитячому віці Г. часто протікає зі збільшенням розмірів очного яблука (гідрофтальм, або водянка ока). Дещо рідше спостерігається юнацька Г.

*Синьова Євгенія Павлівна, Федоренко Світлана Володимирівна*  
*Тифлопедагогіка: Підручник для студентів вищих навчальних закладів.*  
*– К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2018. - 325с.*

**ГЛИБОКА РОЗУМОВА ВІДСТАЛІСТЬ** - ідіотія (від грец *idioteia* - невігластво, неосвіченість) - найглибший ступінь інтелектуальної недорозвиненості вродженого або набутого в ранньому дитинстві недоумства. Діти-ідіоти не здатні усвідомлювати оточення: для них характерні важкі порушення моторної сфери з особливою недорозвиненістю координації рухів. У багатьох відмічається розлад руху та стояння, часто спостерігаються стереотипні ритмічні рухи (поплескування долонями, смоктання пальців), мова розвивається вкрай обмежено. Ді, які здатні вимовляти окремі слова, не розуміють їх змісту та значення. У них важко сформувати найелементарніші навички гігієни, самообслуговування: вони неохайні, не вміють одягатися, умиватися, самостійно їсти, потребують постійного особливого догляду. Поведінка цих дітей також різко порушена. Одні з них пасивні, майже не реагують на оточуюче; інші - імпульсивні, збуджені. Суттєва позитивна динаміка при ідіотії відсутня, діти повністю залишаються соціально не пристосованими. Вони не підлягають шкільному навчанню. Для спостереження та догляду таких дітей направляють до спеціальних закладів системи соціального захисту населення.

*Олігофренопедагогіка: підручник. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2015. 312 с.*

**ГЛУХОТА** - цілковита відсутність слуху або його значне зниження, за якого сприймання, розпізнавання усного мовлення неможливе. Повна відсутність слуху спостерігається рідко. Залишки слуху дають змогу сприймати деякі інтенсивні звуки, окремі фонемі, що голосно вимовляються біля вушної раковини. При Г. самостійне сприймання, розпізнавання та розуміння усного мовлення неможливе, а лише за допомогою слухового аналізатора при слухопротезуванні. Цим Г. відрізняється від туговухості, при якій підсилення звуків уможлиблює мовленнєве спілкування. Розмежування Г. й туговухості певною мірою ускладнене й має умовний характер.

Розрізняють вроджену та набуту Г. Вроджена Г. буває спадковою, спричиняється пологовою травмою, вірусними захворюваннями матері, а також впливом на плід алкоголю, наркотиків, деяких препаратів (стрептоміцину, канаміцину, хініну, мономіцину тощо), особливо в перші три місяці вагітності.

Набута Г. може розвиватися в будь-якому віці. Спричиняють її загальні процеси у внутрішньому вусі та слуховому нерві, що розвиваються як ускладнення після гострого та хронічного середнього отиту, менінгіту й деяких інфекційних захворювань (скарлатини, грипу, епідемічного паратиту, кору, дифтерії). Причиною Г. може бути отосклероз.

Спостерігається також професійна Г., що виникає в дорослих унаслідок тривалого впливу на органи слуху сильного шуму, вібрації. Нині ризик професійної Г. зменшився завдяки застережним заходам.

Сучасні методи дослідження слуху дають змогу досить точно встановити наявність залишків слуху або їх відсутність у дорослих і дітей. Дослідження слуху здійснюється за допомогою мовлення, камертона, аудіометра. Враховуючи труднощі діагностування дітей (особливо немовлят), використовуються об'єктивні методики, в основу яких покладено реєстрацію слухових викликаних потенціалів за допомогою спеціальних комп'ютерних техноло-аналізатора впливає на

функціонування неушкоджених аналізаторів у їхньому взаємозв'язку та взаємообумовленості, негативно позначається на визріванні психічних функцій, що регулюються центральною нервовою системою, на емоційному розвитку дитини. Неушкодженість мозку, потенційні можливості розвитку при ранній педагогічній допомозі, ранньому слухопротезуванні, правильній поведінці дорослих дають змогу забезпечити повноцінний розвиток дитини з порушеннями слуху.

*Інклюзивна освіта. Підтримка розмаїття у класі: практ. посіб. / [Тім Ломан, Джоан Денпелер, Девід Харві]; пер. з англ. — К.: — СПД-ФО Парашин І. С., 2010. — 296 с. — С. 146.*

**ГОЛОС** - це сукупність різних звуків, що утворюються голосовим апаратом людини. Голосові зв'язки людини створюють коливання в процесі фонації. Г. людини як і звукам іншого походження, притаманні висота, сила і тембр.

Висота Г. залежить від частоти коливань голосових зв'язок (чим частіші коливальні рухи, тим вище Г. і навпаки), а частота коливань корелює з їхньою довжиною, товщиною та силою натягу.

Дітям притаманні вищі Г. порівняно з дорослими, причому у хлопчиків та дівчаток різниця в діапазоні звучання незначна. Високий дитячий Г. називають дискант, низький - альт. Обмеженість діапазону дитячого Г. слід враховувати при підборі музичного матеріалу для співу. У період статевого дозрівання у хлопчиків (у зв'язку зі швидким ростом гортані) Г. різко змінюється, наближаючись за звучанням до голосу дорослого чоловіка.

Сила Г. залежить від амплітуди коливання голосових зв'язок (чим вона більша, тим сильніший голос і навпаки). При більших наповненні легень та інтенсивності видиху під час фонації продукується гучніший Г. Однак І., що виникає безпосередньо в гортані, відносно слабкий. Значний вплив на силу Г. мають резонаторні порожнини, що є його підсилювачами.

Тембр Г. - найскладніша якість звука. У звуці мовлення виділяють основний тон, який зумовлює висоту звучання, та обертони (часткові звуки), сума звучання яких визначає характер звука. у процесі

вимовляння голосних та дзвінких приголосних у глотці утворюється практично однаковий звук, однак додавання посиленних обертонів (формант) надає йому характерного, тембрального забарвлення, різного для різних звуків мовлення, що дає змогу розрізняти їх на слух.

Форманти виникають унаслідок резонансу глотки та ротової порожнини, змінюються залежно від положення язика у процесі артикуляції певного звука мовлення.

*Рібуун Ю. В. Учні початкових класів із тяжкими порушеннями мовлення: навчання та розвиток: навч.-метод. посіб. Львів: Світ, 2020. 264 с*

**ГУЧНІСТЬ ЗВУКУ** - характеристика слухового сприйняття людиною інтенсивності звуку. Вона залежить від рівня звукового тиску та частоти сигналу. В більшій частині діапазону чутності потроєння звукового тиску призводить до подвоєння гучності. При незмінній частоті гучність звуку збільшується зі збільшенням звукового тиску. При незмінному звуковому тиску найбільшу гучність мають звуки в діапазоні 1000-6000 Гц. Одиниця гучності - фон. На практиці частіше використовується поняття рівня гучності звуку - це величина, що дорівнює рівню звукового тиску (в децибелах) чистого тону частотою 1000 Гц такої ж гучності, як і заданий звук (при порівнянні на слух). Одиниця рівня гучності звуку - фон.

*Рібуун Ю. В. Учні початкових класів із тяжкими порушеннями мовлення: навчання та розвиток: навч.-метод. посіб. Львів: Світ, 2020. 264 с*

## Д

**ДАКТИЛОГРАФІЯ** (від грец. *dactilos* - палець, *grafio* - пишу) - допоміжний засіб спілкування з глухим або сліпоглухим співрозмовником, без використання спец. засобів дактилології.

Спеціальна педагогіка : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О.В. Мартинчук, І.М. Маруненко, К.В. Луцько та ін. — К. : Київ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2017. — 364 с

**ДАКТИЛОЛОГІЯ** (від грец *dactilos* - палець, *logos* - слово) - своєрідна форма мовлення, що базується на використанні пальців рук. Кожна літера передається певним положенням і рухом пальців і п'ясті руки. Дактильна мова - ручна азбука, що замінює усну мову під час спілкування грамотних глухих людей між собою та з усіма, хто знає Д. Дактильні знаки замінюють букви, а тому в Д. їх стільки, скільки букв у алфавіті певної мови. За обрисом багато дактильних знаків нагадують букви друкованого і рукописного шрифтів (напр., О, М, П, Л, Ш).

Звичайно дактильні знаки 30-бразуються пальцями однієї руки, але в деяких країнах, напр., Великобританії, Австралії, застосовується і дворучна Д., що опановується в початковий період навчання дітей нечуючих. Її наочний характер допомагає нечуючим засвоювати словесну мову.

*Спеціальна педагогіка : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О.В. Мартинчук, І.М. Маруненко, К.В. Луцько та ін. — К. : Київ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2017. — 364 с*

**ДАЛЕКОЗОРИСТЬ** (гіперметропія) - різновид аномалії рефракції, за якої паралельні промені, що надходять від розташованих далеко від ока предметів, д з'єднуються у фокусі за сітківкою ока. Розрізняють три ступеня Д.: слабкий (до 2,0 D (діоптрій), середній (до 5,0 D) і високий (понад 5,0 D).

При Д. середнього та високого ступеня спостерігається погіршення зору вдалину (особливо під час читання та роботи на близькій відстані): виникає відчуття швидкої зорової втомлюваності, можливий головний біль.

Д. потребує ранньої корекції, що має велике значення для формування правильного співвідношення між акомодациєю і конвергенцією, попередження розвитку косоокості, амбліопії обох очей.

*Синьова Євгенія Павлівна, Федоренко Світлана Володимирівна Тифлопедагогіка: Підручник для студентів вищих навчальних закладів. — К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2018. - 325с.*

**ДАЛЬТОНІЗМ** (протанопія) вроджений розлад кольорового зору. Назва походить від імені англ. хіміка Дж. Дальтона (XVIII ст.),

який страждав порушенням кольоросприймання. Він не відрізняв червоного кольору від зеленого, а темно-червоний йому здавався сірим або чорним. Це стало приводом для його спеціальних досліджень. Дальтон вперше описав розлад кольорового сприймання, виявив, що це порушення частіше зустрічається в чоловіків (8 %) і значно рідше в жінок (0,5 %). Ця аномалія є вродженою; передається спадково по жіночій лінії від діда до онука. При Д. зберігаються контрастна чутливість, рівень функціональної стійкості хроматичного зору, не змінюються інші зорові функції, тому особи з аномаліями кольоросприймання можуть навіть не помічати порушення, бо вони диференціюють кольори за яскравістю і правильно їх називають. Проблеми можуть виникнути випадково, коли людині потрібно адекватне кольоросприймання для повноцінного виконання певної діяльності. Виявити наявність аномалії кольорового зору допомагає використання спеціальних прийомів і приладів.

У сучасній медичній термінології цей термін вживається нечасто. Вроджений розлад кольорового зору називають протанопією.

*Синьова Євгенія Павлівна, Федоренко Світлана Володимирівна*  
*Тифлопедагогіка: Підручник для студентів вищих навчальних закладів.*  
– К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2018. - 325с.

**ДАУНА СИНДРОМ** - одна з клінічних форм олігофренії, при якій розумова відсталість поєднується зі своєрідною зовнішністю хворого: диспропорціями будови тіла, недорозвитком черепа, монголоїдним типом обличчя, висолопленим язиком, деформованими вушними раковинами тощо.

Ін. назва Дауна синдром (за прізвищем Дж.-Л. Дауна, який 1866 р. вперше його описав під назвою «монголізм»). Д.х. зустрічається в одного з 500-800 новонароджених, співвідношення хлопчиків і дівчаток - 1:1. Зумовлена порушенням набору хромосом у заплідненій яйцеклітині: у 21-парі присутня додаткова, внаслідок чого їх загальна кількість у всіх клітинах організму становить не 46, як у нормі, а 47. Додаткова хромосома виникає через генет. випадковість при утворенні яйцеклітини чи сперматозоїда або під час першого поділу клітини, тобто при їх злитті. Цитогенетичні варіанти Д.х. мають певні

особливості: основну частину (92-94% складають випадки повної трисомії 21-ї пари хромосом унаслідок нерозбіжності хромосом у мейозі; найменша частка дітей з Д.х. (до 3 %) має мозаїчні, 4-6 % транслокаційні форми трисомії.

*Миронова С.П. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2015. 312 с.*

**ДЕГРАДАЦІЯ** (від лат. *degradado* - спускаються) - у психіатрії - загальне прогресуюче і частково відтворюване зниження психіки. Д. - ширше поняття, ніж слабоумство. Слабоумство є компонентом Д., але не завжди основним.

Ступінь Д. залежить від складності основного захворювання. Суть захворювання визначає тип Д. (шизофренний, епілептичний тощо).

*Миронова С.П. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2015. 312 с.*

**ДЕМЕНЦІЯ** (від лат. *dementia* - безумство) – набуте слабоумство, стійке ослаблення інтелектуальної діяльності в сполученні з розладами пам'яті та емоційно-вольової сфери. У дитячому віці після деякого періоду нормального розвитку дитини Д. виникає внаслідок органічних захворювань мозку при шизофренії, епілепсії, запальних захворюваннях (менінго-енцефаліти), травмах мозку. Розрізнення Д. і олігофренії в ранньому віці ускладнене тим, що будь-яке ураження мозку призводить не тільки до розпаду вже сформованих функцій, а й відставання психічного розвитку в цілому. Значно легше встановити правильний діагноз, якщо Д. виникла після трьох років.

Специфіка інтелектуального дефекту при Д. полягає в нерівномірній недостатності пізнавальної функції. Діти, які страждають на Д., можуть володіти значним запасом знань, накопичених у період нормального розвитку, однак вони майже нездатні користуватися ними внаслідок стійких порушень пам'яті, уваги, розумової працездатності. Для цих дітей характерною є загальна рухова розгальмованість, підвищена збудливість, свавільність

поведінки. Незважаючи на стійкість порушення інтелектуального розвитку при Д., за умови лікування основного захворювання можливо досягти часткової компенсації втрачених психічних функцій.

Дементні діти, як і діти з інтелектуальними порушеннями, зокрема, олігофренією, мають навчатися в спеціальних освітніх Зкладах залежно від ступеня інтелектуальних порушень.

Пнесевдодеменція - несправжнє слабоумство, що розвивається психогенно; характеризується станом оглушеності або розгубленості, дезорієнтуванням і нездатністю давати правильні відповіді на найелементарніші запитання.

*Миронова С.П. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2015. 312 с.*

**ДЕФЕКТ** (від лат. *defectus* - недолік) - фізичний чи психічний недолік (вада, аномалія), який порушує хід нормального розвитку. Д. буває вродженим або набутим. Причини вродженого Д. - генетичні (спадкові) чинники та шкідливі впливи під час ембріонального розвитку (інтоксикація, травма, інфекція тощо). Набуті Д. найчастіше виникають внаслідок перенесених у ранньому дитинстві інфекційних захворювань (менінгіт, поліомієліт, грип, кір, скарлатина), рідше - травм, інтоксикацій. Основні види Д.: порушення зору, слуху, рухової сфери, психіки, мовлення. Відповідно до виду Д. виділяють різні категорії аномальних дітей. В окремих випадках діти мають не один, а більше Д.

*Синьов В.М. Основи дефектології: навч. посібник. — К. : Вища школа, 1994. — 143 с*

**ДЕФЕКТОЛОГІЯ** - 1) наук.-метод. ж-л АПН України. З 1996 р. видається у видавництві «Педагогічна преса». Висвітлює проблеми розвитку дітей з особливостями психофізичного розвитку, певні динамічні зміни дефектології та шкільної практики; публікує дискусії з актуальних питань спеціальної освіти, діагностики, корекційного розвитку цих дітей;

2) «Дефектологія» -наук.-метод. ж-л АПН СРСР. Виходить з 1969 р. Висвітлює проблеми вивчення, навчання й виховання різних

категорій дітей з особливостями психофізичного розвитку, підготовки та підвищення кваліфікації дефектологів.

Синьов В.М. Основи дефектології: навч. посібник / В.М. Синьов, Г.М. Кобернік. — К. : Вища школа, 1994. — 143 с

**ДЕФЦИТАРНИЙ РОЗВИТОК** (від лат. *deficio* - виявлятися недостатнім) - такий, що відбувається за відсутності спілкування, внаслідок браку емоцій. Дефіцит спілкування найчастіше спостерігається в дитячих закладах закритого типу (лікарнях, дитячих притулках, інтернатах), неблагополучних сім'ях, родинних із хворобливими батьками, які нездатні надавати дітям повноцінну увагу. Недостатнє задоволення афективних потреб (любви батьків) призводить до порушення психічного розвитку дитини та викривлення рис її характеру.

*Синьов В.М. Основи дефектології: навч. посібник. — К. : Вища школа, 1994. — 143 с*

**ДЕЦЕНТРАЦІЯ** - один із механізмів розвитку пізнавальних процесів особистості, формування її моральної зрілості та вдосконалення навичок спілкування; функціонує на ґрунті здатності до сприйняття точки зору іншої людини. Д. - одне з ключових понять теорії Ж. Піаже, визначається як механізм подолання егоцентризму й означає процес перетворення змісту образів, понять і уявлень дитини з урахуванням поглядів інших людей. Здатність до Д. значно знижена при деяких розладах емоційно-вольової сфери й інтелекту (при ранньому дитячому аутизмі практично відсутня), що потребує відповідних корекційно-виховних заходів. Недостатній розвиток здатності до Д. може стати сприятливим підґрунтям для виникнення деяких психічних захворювань.

*Єременко І.Г. Аномалії у дітей / І.Г. Єременко. — К., 1998. — С. 15–25.*

**ДЗЕРКАЛЬНЕ ПИСЬМО** - це особливий вид недорозвитку письма, який відносять до оптичної диграфії. Виявляється в нездатності розрізняти просторове розташування елементів букв внаслідок чого букви пишуться так, ніби вони відображаються у дзеркалі.

Дз.п. спостерігається в дітей молодшого віку, часто у лівшів, як тимчасове явище на перших етапах опанування елементів грамоти. У дітей з органічними ураженнями мозку, з олігофренією, алалією, афазією. Дз.п. має стійкий характер. У цих випадках необхідно проводити спеціальну корекційну роботу, яка включає вправи, спрямовані на розвиток зорово-просторових уявлень, порівняння та розрізнення букв, подібних за накресленням.

*Тенцер Л. В. Теоретичні основи формування та корекції навички грамотного письма в учнів із дисграфією. Корекційна та інклюзивна освіта очима молодих науковців : збірник наукових праць Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка. 2017. Вип. 5. С. 188-199.*

**ДИЗОНТОГЕНЕЗ** - порушення індивідуального розвитку в результаті впливу як генетичних, так і різних зовнішніх шкідливих чинників. Виділяють антенатальний Д. і постнатальний, зокрема, психічний, залежний не лише від біологічно діючих чинників, а й психосоціальних. Значна роль Д. в дитячому віці полягає в оформленні психоневрологічної і соматичної симптоматики, а також нозології захворювань. Результатом Д. є порушення розвитку органів і тканин, у тому числі мозку, відставання в розвитку (ретардація) прискорений розвиток (акселерація), асинхронії розвитку (нерівномірність дозрівання різних систем), що породжують різноманітні дизонтогенетичні симптоми і синдроми, як негативні (затримка і недорозвинення психіки або окремих функцій, ранній дитячий аутизм), так і продуктивні, фазово-специфічні для різних вікових періодів (патологічне фантазування, дисморфоманічні надцінні ідеї та ін.).

*Конопляста С. Ю. Психолого-педагогічна діагностика відхилень в розвитку. Проблеми та перспективи : збірник наукових праць з проблем дефектології. Луганськ, 2003. Вип. I. С. 131-136.*

**ДИСГРАФІЯ** (від грец. *dys* - розлад, *grapho* - пишу) - це часткове специфічне порушення процесу письма. Особливість Д. виявляється в помилках стійкого характеру, які під час письма повторюються. Це можуть бути спотворення чи заміна букв, викривлення звукоскладу в

структурі слова, порушення написання слів і речень, аграматизми тощо.

Процес письма має багаторівневу структуру й охоплює велику кількість операцій: аналіз звукової структури слова, співвіднесення виділеної зі слова фонемі з певним зоровим образом букви, відтворення зорового образу букви за допомогою рухів руки, синтез букв у слові та послідовний перехід від одного слова до іншого, граматичне структурування, внутрішнє програмування окремих речень і тексту тощо. Порушення цих та інших операцій породження письмового мовленнєвого висловлювання призводить до виникнення порушень письмового мовлення в дітей. У дисграфіків також спостерігається несформованість багатьох вищих психічних функцій: зорового аналізу і синтезу, просторових уявлень, слухової диференціації звуків мовлення, фонематичного і складового аналізу й синтезу, поділу речень на слова, лексико-граматичної будови мовлення.

*Тенцер Л. В. Теоретичні основи формування та корекції навички грамотного письма в учнів із дисграфією. Корекційна та інклюзивна освіта очима молодих науковців : збірник наукових праць Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка. 2017. Вип. 5. С. 188-199.*

**ДИЗАРТРИЯ** (від грец. *ais* - порушення) - це розлад розбірливого мовлення, зумовлений недостатністю іннервації мовленнєвого апарату внаслідок дитячого церебрального паралічу.

Особливістю дизартричних порушень є їхня патогенетична спільність з руховими розладами, що виявляється в характері порушень загальної та мовленнєвої моторики: обмеженість довільних артикуляційних рухів; стабільний характер м'язового тону у мовленнєвій мускулатурі; наявність гіперкінезів і оральних синкінезів; порушення імпульсації від м'язів артикуляційного апарата та вплив патогенетичних тонічних рефлексів на ці м'язи. Такі порушення артикуляційної моторики дітей з Д., як правило, ускладнюються розладами дихання й голосоутворення. Внаслідок цього мовлення дітей стає змазаним з гучнявим відтінком, зі значною кількістю вад звуковимови, незрозумілим, часом скандованим. Провідним

порушенням при Д. є важкий розлад різних сторін вимови (темпу, ритму, вимови, голосу); інші ж сторони мовлення (розуміння мовлення, словник, граматична будова) можуть відставати у своєму розвитку або не порушуватись. Загальноприйнятою є класифікація Д., побудована за локалізаційним принципом, за якою виділяють такі форми Д.: псевдобульбарна, екстрапірамідна, мозжечкова, коркова. Найчастіша форма, псевдобульбарна Д., характеризується різними порушеннями м'язового тону, що зумовлені ураженням черепно-мозкових нервів, які іннервують артикуляційну мускулатуру. Ця форма Д. має різні ступені: важка (анартрія), середня (виражена), легка (стерта форма). Діти зі стертими формами Д. мають численні вади звуковимови: бічна вимова свистячих, шиплячих звуків, міжзубний сигматизм і ламбдацизм, в основі яких - легкі залишкові розлади інервації мовленнєвої мускулатури, що виявляються лише при поглибленому обстеженні рухів артикуляційного апарата. Подолання таких порушень звуковимови є значною трудністю. У дітей з Д. найчастіше відмічають вади зорового, слухового та кінестетичного сприймання, аналізу й синтезу. Серед дітей з різними формами дитячого церебрального паралічу, діти з нормальним інтелектом складають 40-50%, у 40-50% виявлена затримка психічного розвитку і лише 7-10% складають діти з розумовою відсталістю.

Мета логопедичної роботи при Д. - корекція всієї звукової системи мовлення: звуковимови, звукосприймання, дикції, голосу, темпу й ритму мовлення, мовленнєвого дихання, а також розвиток лексико-граматичної будови. Виховання всіх цих навичок можливе лише на основі подолання або компенсації вад мовленнєвої мого. рики. У зв'язку з цим робота по відновленню моторної сфери, корекції мовленнєвих порушень, розвитку мимічної активності, інтонаційної виразності і чіткої дикції набуває вирішального значення.

*Хрестоматія з логопедії : навчальний посібник / М. К. Шеремет, І. В. Мартиненко. Київ : КНТ, 2006. 360 с.*

**ДИСКІНЕЗІЯ** (від грец. *dis* - розлад, *kinesis* - рух) - розлад рухової функції. Цим терміном, як правило, позначають порушення координації рухових актів, в тому числі внутрішніх органів, що мають

гладку (на відміну від скелетної, поперечносмугастої) мускулатуру, а також, повік.

Д. виявляється в порушенні просторово-часової координації фізіологічно цілісних рухових процесів і неадекватній інтенсивності їх основних компонентів.

При Д. гортані до голосових вібрацій залучаються не тільки голосові зв'язки, а й інші елементи гортані (несправжні голосові зв'язки), через що голос стає хриплим, монотонним, із своєрідним неприємним тембром.

Під час Д. повік неможливо заплющити одне око, хоча одночасне заплющення обох очей відбувається нормально.

У більшості випадків Д. виникає при вегетативних порушеннях і часто поєднується з іншими неврогенними розладами. Є випадки, коли Д. виникає на ґрунті органічних порушень функцій організму.

*Хрестоматія з логопедії : навчальний посібник / М. К. Шеремет, І. В. Мартиненко. Київ : КНТ, 2006. 360 с.*

**ДИСЛАЛІЯ** (від грец. *dys* - префікс, який означає розлад, *lalia*-мовлення) - порушення звуковимови при нормальному слусі та збереженій інервації мовленнєвого апарата. Термін Д. є міжнародним, хоча його зміст, а також види порушень, що ним визначаються, не завжди співпадають із загальноприйнятими.

Д. є одним з найпоширеніших дефектів вимови. Недоліки вимови зустрічаються майже у 30% дітей дошкільного віку, приблизно у 20% дітей молодшого шкільного віку; в учнів старшого віку недоліки вимови трапляються в 1%.

Виділяють дві основні форми Д. залежно від причин, що зумовлюють дефект звуковимови: механічну (органічну) і функціональну. При відхиленнях у будові периферичного мовленнєвого апарата (зубів, щелеп, язика, піднебіння) говорять про механічну (органічну) Д. У випадках, коли органічні порушення відсутні, йдеться про функціональну Д.

Функціональна Д. поділяється на дві форми залежно від того, які психофізіологічні механізми, що беруть участь у здійсненні мовленнєвих процесів, порушені. Виділяють сенсорну та моторну Д.

Залежно від того, яким є дефект, фонематичним чи фонетичним, виділяються такі три форми Д.: акустико- та артикулярно-фонематичну, артикулярно-фонетичну. Від того, яка кількість звуків вимовляється дефектно, виділяються прості та складні Д.

До простих (мономорфних) відносять порушення, при яких дефектно вимовляється один звук або однорідні за артикуляцією звуки; до складних (поліморфних) - порушення, при яких дефектно вимовляються звуки різних груп (свистячі та сонори). Корекція Д. здійснюється за допомогою спеціальних логопедичних вправ, спрямованих на формування навичок вимови та слухового розрізнення звуків, усунення недоліків мовленнєвої моторики, попередження можливих порушень читання та письма.

Логопедичний вплив здійснюється поетапно. Наприклад, I етап-підготовчий; II - формування первинних умінь та навичок вимовляння; III - формування комунікативних умінь та навичок.

Для сучасної логопедії залишається актуальним пошук методично виправданих шляхів вироблення правильної звуковимови.

*Шеремет М. К. Логопедія – 2-ге вид., переробл. – доповн. За ред. М. К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.*

**ДИСТРОФІЯ** (від грец. *dis* - розлад, *trophe* - живлення) - патологічний стан у дітей, що спричинюється різноманітними проявами хронічних розладів живлення та обміну речовин у організмі, характеризується затримкою росту та розвитку, зниженням опору організму до хвороб. Особливості обміну речовин у дітей та підвищена реактивність дитячого організму створюють умови для виникнення дистрофічних станів під впливом навіть слабких чинників.

У виникненні Д. мають значення зовнішні та внутрішні чинники. До зовнішніх відносяться недостатнє за кількістю, незбалансоване за якістю харчування, інфекційні хвороби, недбалий догляд. Серед внутрішніх чинників мають значення ендокринні розлади, вади розвитку серцево-судинної та систем травлення тощо.

Основні прояви Д.: зменшення ваги, імунного захисту, припинення росту, затримка психомоторного розвитку, розлади

травлення. При Д. діти кволі, малорухливі, мляво реагують на зовнішні подразники.

*Шеремет М. К. Логопедія – 2-ге вид., переробл. – доповн. За ред. М. К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.*

**ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ** - захворювання, що виникає у дітей внаслідок уражень головного мозку під час внутрішньоутробного розвитку, пологів, а також у період, коли основні структури мозку ще незрілі. Частота захворювання на ДЦП 1,7 випадків на 1000 дітей.

Причини ДЦП - хронічна гіпоксія плоду, асфіксія під час пологів, пологова черепно-мозкова травма, інтоксикація плоду під час вагітності, порушення в харчуванні вагітної, перенесені нею інфекційні хвороби, що спричиняють енцефаліт плоду. Основними у клінічній картині ДЦП є рухові розлади - паралічі та парези (не повні паралічі); рідше - гіперкінези (мимовільні рухи), порушення рівноваги, розлади мовлення та вади психічного розвитку.

Мовленнєві розлади спостерігаються у вигляді дизартрій та загального мовленнєвого недорозвитку. Порушення психічного розвитку розвиваються за психоорганічним типом і характеризуються великою різноманітністю щодо ступеню та характеру.

Поряд із недорозвитком емоційно-вольової сфери та церебрастеничними явищами може відмічатися інтелектуальна недостатність різного ступеню, затримки психічного розвитку, локальні порушення вищих психічних функцій, що призводить до утруднення оволодіння шкільними уміннями та навичками - дизлексія, дизграфія, дискалькулія.

Чим старшою стає дитина, тим збільшується питома вага педагогічних та соціальних реабілітаційних заходів порівняно з медичними. У старшому дошкільному та шкільному віці важливу роль відіграє педагогічна корекція, спрямована на стимуляцію інтелектуального розвитку та усунення негативних тенденцій у поведінці. В юнацькому віці при збереженні інтелекту та помірних чи легких рухових розладах важливим засобом реабілітації є професійне навчання та подальше працевлаштування. При інтелектуальній

збереженості та значних рухових розладах важливим засобом соціальної реабілітації є самоосвіта, заочне навчання, систематична розумова праця та налагодження спілкування з ровесниками, людьми, що мають схоже коло інтересів. В усі вікові періоди необхідною є лікувальна фізкультура та загальнооздоровчі заходи.

*Інклюзивна освіта. Підтримка розмаїття у класі: практ. посіб. / [Тім Ломан, Джоан Денпелер, Девід Харві]; пер. з англ. — К.: — СПД-ФО Парашин І. С., 2010. — 296 с. — С. 146.*

**ДИХАННЯ МОВЛЕННЄВЕ** - дихання, що супроводжує процес мовлення, обслуговує його, виступає основою голосоутворення, формування мовленнєвих звуків та мелодії. Дихальні рухи (вдих, видих) відбуваються у певній послідовності й регулюються дихальним центром довгастого мозку.

Вдих-видих здійснюються завдяки дії відповідних м'язів, що працюють узгоджено за принципом м'язів-антагоністів. При спокійному диханні у здорової людини вдих та видих - здійснюються через ніс, тривалість вдиху майже дорівнює тривалості видиху:

Під час мовлення вдих відбувається швидше, він коротший та глибокий. Час видиху значно подовжується, стає у 7-8 разів довше за час вдиху, що дає змогу вимовляти довгі мовленнєві фрази. Об'єм вдихуваного повітря, для проходження якого носових ходів недостатньо, порівняно із спокійним диханням зростає в 3-4 рази, тому при Д.м. повітря надходить в організм через ніс та відкритий рот. Кількість дихальних рухів за хвилину зменшується з 16-18 до 8-10. Витрата повітря при вимові мовленнєвої фрази в 3-4 рази більша за кількість повітря, що потрібна при спокійному диханні.

Голосова щілина при спокійному вдиху звужується більше, ніж при вдиху під час мовлення. Витрата дихання при голосоутворенні залежить від роботи голосових зв'язок.

Залежно від того, які відділи легень беруть участь в акті дихання під час мовлення, розрізняють верхньо-, середньо- й нижньореберне дихання. Ступінь участі діафрагми в диханні максимальна при нижньореберному й мінімальна при верхньо-реберному диханні. Доцільнішим для мовлення є нижньореберний тип дихання з активною

участю діафрагми, оскільки при цьому складаються сприятливі умови для роботи голосового апарату. Відсутність достатньої кількості повітря для мовлення в дихальних шляхах негативно відбивається на роботі м'язів голосових зв'язок. Слабкий струмінь повітря, що видихається, компенсується підвищенням напруження цих м'язів, що призводить до їх стомлення, слабкості й викликає погіршення якості голосу.

Внаслідок порушення інервації дихальних м'язів ушкоджується мовленнєве дихання, що є одним з симптомів дизартрії. У дітей з ринолалією порушене Д.м., про що свідчить скорочений неекономний видих, який розходить через рот та носові ходи при незрощенні або вкороченні піднебіння. Відзначається порушення Д.м. при різновидах тахілалії (баттаризмі та полтерні), а також при заїкуватості, коли порушуються кірково-підкіркові зв'язки ЦНС.

*Шеремет М. К., Коломієць Ю. В. Нейропсихологічний аспект готовності до шкільного навчання дітей із тяжкими порушеннями мовлення. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія : збірник наукових праць. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2016. Вип. 23. С. 240–247.*

## Е

**ЕКЗОГЕННИЙ** (від грец. *exo* - зовні та *genos* - рід, походження) - зовнішнього походження; у медицині - те, що зумовлюється причинами, які лежать поза організмом.

*Синьов В. М., Шеремет М. К., Руденко Л. М., Шульженко Д. І. Освітньо-психологічна інтеграція школярів із психофізичними порушеннями в у сучасних умовах України. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки) : 224 збірник наукових праць : у 2 т. / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. Кам'янець-Подільський : ПП Медобори-2006, 2016. Т.2 (7). Вип. 7. С. 323-344.*

**ЕКСПРЕСИВНЕ МОВЛЕННЯ** (від лат. *expressio*, вираз, висловлювання) - усне пов'язане з вимовлянням слів, письмове - з їх

буквеним відтворенням (від руки, на машинці). У незрячих Е.м. має вираз у відтворенні слів за допомогою шрифту Брайля. Е.м. тактильне, яким користуються нечуючі, незрячі та особи з складними сенсорними порушеннями знаходять своє відображення у відтворенні слів за допомогою тактильних знаків.

*Соботович Є. Ф. Психолінгвістична періодизація мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку. Теорія і практика сучасної логопедії : збірник наукових праць. Київ : Актуальна освіта. Вип 1. 2004. С.7-35.*

**ЕКСТРАВЕРСІЯ** (від лат. *extra* - зовні, *versio* - звертати, видозмінювати) - властивість людської особистості, спрямованість відчуттів, переживань та інтересів до навколишнього світу. Термін Е. запроваджений К. Юнгом для позначення одного з двох основних психічних типів. Екстраверт орієнтований на природне оточення та інших людей і не має здатності до аналізу своїх внутрішніх переживань. Зовнішні враження більше, ніж образи пам'яті й уяви, зумовлюють дії та реакції екстраверта. Е. генетично зумовлена вродженими індивідуально-типологічними рисами і залежить від особливостей навчання, виховання, способу життя, специфіки професійної діяльності. Як типологічна властивість особистості Е. не пов'язана зі специфікою порушень фізичного чи психічного розвитку дитини.

*Соботович Є. Ф. Психолінгвістична періодизація мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку. Теорія і практика сучасної логопедії : збірник наукових праць. Київ : Актуальна освіта. Вип 1. 2004. С.7-35.*

**ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЯ** - метод електрофізіологічного об'єктивного дослідження функціонального стану головного мозку, що ґрунтується на графічній реєстрації його біопотенціалів.

Дані ЕЕГ найширше використовуються для дослідницьких та діагностичних цілей: встановлення локалізації патологічного процесу в головному мозку; диференціального діагнозу органічних та функціональних захворювань ЦНС; вивчення механізмів епілепсії та виявлення в її ранньому періоді епілептогенного осередку за відсутності типових клінічних проявів; для характеристики реакцій активації мозкової кори із діагностичною метою; тестування при

профвідборі; визначення ефективності медикаментозного лікування тощо.

Сучасний стан розвитку клінічної ЕЕГ характеризується широким застосуванням методів комп'ютерної обробки даних.

ЕЕГ широко використовується у дитячій неврологічній клініці для діагностики різноманітних патологічних станів та контролю за лікуванням. Показники ЕЕГ при будь-якому захворюванні мають бути співвіднесені з даними клінічного обстеження та анамнезом.

*Логопедія : підручник / за ред. М. К. Шеремет. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2015. 776 с.*

**ЕНДОГЕННИЙ** (від грец. *endo* - всередині, *genos* - рід, походження) - такий, що виникає через причину, що знаходиться у самому організмі. Термін Е. часто використовується у медицині. Визначення захворювання як Е. означає, що головна його причина - у внутрішньому середовищі організму.

*Синьов В. М., Шеремет М. К., Руденко Л. М., Шульженко Д. І. Освітньо-психологічна інтеграція школярів із психофізичними порушеннями в у сучасних умовах України. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки) : 224 збірник наукових праць : у 2 т. / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. Кам'янець-Подільський : ПП Медобори-2006, 2016. Т.2 (7). Вип. 7. С. 323-344.*

**ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ ПЕРИНАТАЛЬНА** - термін для позначення патологічних станів головного мозку, що виникли в результаті його ураження в перинатальний період (від 28-го тижня вагітності до 7-го дня позаутробного життя), коли плід і новонароджений мають схожі фізіологічні реакції і підвищену вразливість. Клінічна картина в гострий період проявляється різними синдромами: підвищеної нервово-рефлекторної збудливості, загальної загальмованості, гіпертензійним, судомним та ін., а в період відновлення - церебрастенічним, вегетовісцеральним (гіпоталамічним), рухових порушень, гіпертензійно-гідроцефальним, судомним, затримкою психомоторного розвитку. У випадках відсутності або неповної компенсації в подальшому на фоні Е. можуть сформуватися конкретні нозологічні форми захворювань органічного

кола: дитячий церебральний параліч, олігофренія, епілепсія та інші резидуально-органічні синдроми.

*Конопляста С. Ю. Психолого-педагогічна діагностика відхилень в розвитку. Проблеми та перспективи : збірник наукових праць з проблем дефектології. Луганськ, 2003. Вип. I. С. 131-136.*

**ЕПІЛЕПСІЯ** (від грец. *epilepsia* - схоплення, синонім - падуча хвороба) - хронічне поліетіологічне захворювання, що характеризується повторними судомними і (чи) психопатологічними пароксизмами і часто - особистісними змінами.

Причина Е. - генетична: успадковується не сама хвороба, а лише певна схильність - підвищена судомна готовність, яка під впливом різноманітних зовнішніх і внутрішніх чинників може призвести до виникнення судомних нападів.

Розвиток Е. починається за наявності стабільного осередку епілептичної активності, що зумовлено органічними ураженнями мозку. Причинами виникнення такого осередку можуть бути вроджені вади розвитку головного мозку, хвороби матері під час вагітності, що спричиняють гіпоксію плоду, резус-конфліктна вагітність, пологові травми, асфіксія під час пологів, нейроінфекції в період новонародженості тощо. Е. може також виникнути при порушеннях і вроджених аномаліях мозкового кровообігу, пухлинах або внаслідок черепно-мозкових травм. Головним проявом Е. є наявність судомних нападів.

Розрізняють генералізовані великі та малі напади; парціальні, що охоплюють частину тіла або певний аналізатор.

*Конопляста С. Ю. Психолого-педагогічна діагностика відхилень в розвитку. Проблеми та перспективи : збірник наукових праць з проблем дефектології. Луганськ, 2003. Вип. I. С. 131-136.*

**ЕТІОЛОГІЯ** (від грец *aitia* - причина та *logos* - вчення) - вчення про причини та умови виникнення хвороб. У вужчому значенні терміном Е. позначають причину виникнення хвороби чи патологічного стану.

Уявлення про Е. різних недуг трансформується у відповідності з розвитком людства та вдосконаленням його знань про причини

хворобливих станів і засоби їхнього лікування. У давні часи були поширені містичні уявлення про сили, що вселяються в людину й викликають хвороби. Були й матеріалістичні спроби пояснити причини виникнення хвороб, наприклад, вчення Гіпократата про роль неправильного змішування різних рідин у організмі (жовчі, крові, лімфи). Уявлення про причини хвороб з часом розширювалися та вдосконалювалися. Нині виділяють фізичні, радіаційні, хімічні, атмосферні впливи, біологічні, генетичні, соціальні (зокрема психогенні) чинники. Причиною хвороби вважається той фактор, без якого вона не може виникнути ні за яких інших умов.

Чільне місце в сучасному вченні про Е. займає положення про те, що дія будь-якої причини реалізується не безпосередньо, а опосередковано, через взаємодію із фізіологічними системами організму. Хвороба проявляється тоді, коли ці системи вичерпали свої компенсаторні можливості.

*Конопляста С. Ю., Сак Т.В. Логопсихологія : навчальний посібник. Київ : Знання, 2012. 293 с.*

**ЕХОЛАЛІЯ** (від грец. *echo* - відголосок, *lalia* - мовлення) - повторення слів та фраз оточуючих людей без усвідомлення їхнього змісту. Спостерігається у дітей зі значною інтелектуальною недостатністю, аутизмом, шизофренією, лобним синдромом.

*Логопедія : підручник / за ред. М. К. Шеремет. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2015. 776 с.*

## Є

**ЄДНІСТЬ ПЕДАГОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ** (або єдність навчання, виховання і корекції). Це ключовий принцип у дефектології, що означає нерозривний зв'язок між навчанням, вихованням, розвитком дитини й корекцією її порушень. У спеціальній освіті ці компоненти — не окремі етапи, а різні аспекти єдиного педагогічного процесу.

*Педагогіка: навч. посібник / З.Н. Курлянд, Р.І. Хмелюк, Т.Ю. Осипов.- Харків:Бурун Книга, 2009.- 304с*

## Ж

**ЖЕСТИ** - рухи тіла, переважно рук, якими супроводжується мова для надання їй більшої виразності. Ж. широко використовують судді спортивних змагань, міліціонери-регулювальники, моряки.

*Основи сурдопедагогіки / За ред. С. Д. Забрамної. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2001.*

## З

**ЗАГАЛЬНИЙ НЕДОРОЗВИТОК МОВЛЕННЯ** - різні складні мовленнєві розлади, при яких у дітей порушене формування усіх компонентів мовленнєвої системи за нормального слуху та інтелекту.

Для першого рівня З.н.м. характерні різко виражені мовленнєві розлади; повна або майже повна відсутність фразового мовлення (словесних форм спілкування). Цей рівень не залежить від віку дитини, а характеризується лише станом мовлення: активний словник у зародковому стані; він складається зі звуконаслідувань, лепету і лише невеликої кількості загальноповсякденних слів побутового характеру. Знання значення слів у дітей, що мають перший рівень З.п.м. є нестійкими, недиференційованими; пасивний словник ширший за активний, однак розуміння мовлення поза ситуацією досить обмежене, спілкування відбувається в основному жестами; ніякої диференціації частин мови немає.

Діти з другим рівнем З.н.м. можуть користуватися найпростішими фразами; їм властива неправильна звуковимова, порушення структури слова, бідність словника, недосконалість граматичної будови мовлення тощо. Порівняно з дітьми першого рівня вони краще розуміють мовлення, їхній активний словник більший; у мовленні, з'являються прикметники, прислівники, а також є спроби вживання слів у різних граматичних формах.

Діти першого і другого рівнів потребують навчання у дошкільних групах для дітей із З.н.м. (з 4-річного віку), в підготовчому класі школи

для дітей з важкими порушеннями мовлення I відділення (з 6-7 річного віку).

Третій рівень З.н.м. характеризується розгорнутим мовленням з частковим фонематичним і лексико-граматичним недорозвиненням. Зважаючи на це, такі порушення іноді тлумачать як часткове або нерізно виражене недорозвинення мовлення.

Діти третього рівня З.н.м. навчаються у масовій загальноосвітній школі.

Методика корекційно-педагогічної роботи варіюється залежно від віку дітей, умов їхнього навчання та виховання, рівня розвитку мовлення.

Навчання дітей першого рівня З.н.м. передбачає розвиток самостійного мовлення на основі наслідувальної діяльності; формування двоскладного простого речення на основі засвоєння елементарних словоутворень.

Основні завдання навчання дітей другого рівня З.н.м. охоплюють інтенсивну роботу з розвитку розуміння мовлення, спрямовану на розрізнення форм слова; розвиток елементарних форм усного мовлення на базі уточнення і розрізнення словникового запасу, практичного засвоєння простих граматичних категорій; опанування правильної вимови і розрізнення звуків, формування ритміко-складової структури слова.

Основними завданнями корекційного навчання дітей третього рівня З.н.м. є практичне засвоєння лексичних та граматичних засобів мовлення; формування повноцінної звукової сторони мовлення (виховання артикуляційних навичок правильної звуковимови, складової структури та фонематичного сприймання); опанування елементів грамоти; подальший розвиток зв'язного мовлення.

*Мельніченко Т. В. Фонологічний компонент мовлення як складова частина успішного засвоєння учнями з ТПМ знань з української мови. Дослідження молодих учених у контексті розвитку сучасної науки : матеріали Всеукр. Наук.-практ. Конф. (20 квітня 2011р.) / За заг. Ред. Огнев'юка В. О. Київ : Київський ун-т імені Бориса Грінченка, 2011. С. 106-109.*

**ЗАЇКАННЯ** - одне з найскладніших і тривалих мовленнєвих порушень. З. - це поліморфний хворобливий стан за якого судомне порушення мовлення є тільки зовнішнім симптомом. У спеціальній літературі виділяються напрями, які дають визначення З.

Медичний: З. - це невроз, загальний, дитячий, координаційний (дискоординація скорочень м'язів мовленнєвого апарата), психічний, логоневроз.

Педагогічний: З. - це розлад темпу, ритму і плавності мовлення судомного характеру.

Психологічний: З. - це розлад мовлення з переважним порушенням симптомом З. є мовна судомна. Вона перериває мовленнєвий потік зупинками різного характеру. Судоми виникають тільки при продуктивному мовленні.

У 70-ті роки нашого століття в науковій літературі визначалась тенденція до клінічної диференціації З. на невротичне (функціональний розлад) та неврозоподібне (органно-функціональний розлад).

В анамнезі логопатів з невротичною формою З. не відмічається обтяженість у вигляді тахипалії, З. Фізичний розвиток і моторні патології вагітності, частіше виявляється спадкова мовленнєва навички відповідають нормі. У цих дітей спостерігається ранній розвиток мовлення: перші слова з'являються у 8-10 місяців, фразова мова - у 1,5 роки, у 2 роки діти починають користуватися розгорнутими фразами, реченнями. До появи З. для них характерні підвищена вразливість, тривожність, боязкість, порушення сну, коливання настрою, плаксивість, зниження апетиту. У деяких дітей у віці 2-3 років спостерігаються страхи, особливо у вечірній і нічний часи, вони тяжко звикають до нового оточення.

З. з'являється у 2,5-3,5 роки на тлі добре сформованого мовлення після психотравм у вигляді гострого переляку, після різкої зміни оточення, при хронічних конфліктних переживаннях, пред'явленні непомірних вимог до мовлення дитини тощо.

На початку виникнення З. чи під час його загострення, щоб запобігти закріпленню патологічних взаємозв'язків у функціональній

системі мовлення слід використовувати охоронну терапію - режим мовчання з максимальним обмеженням експресивного мовлення, а також проведенням всього комплексу лікування, яке рекомендується при невротичних станах у дітей. Якщо сприятливий час для подолання З. втрачено, то необхідна систематична логопедична робота, що проводиться на тлі загального спокою, м'язевого розслаблення, максимально наближає мовленнєву діяльність до норми.

При неврозоподібній формі З. в анамнезі відмічаються тяжкі токсикози вагітності, передчасні пологи, асфіксія, раннє ураження ЦНС. У грудному віці такі діти неспокійні, їхній стан часто залежить від погоди, періоду доби, харчування; становлення моторних навичок відбувається із запізненням. У цих дітей відстає розвиток мовленнєвої функції: перші слова з'являються у 1,5-2 роки, елементарна фраза - у 2,5-3 роки, розгорнута фраза - після 3,5-4 років. Такі діти часто вживають в мовленні лепетні слова, мають порушення кількох артикуляційних груп звуків, у них спостерігаються порушення порядку слів у реченні, аграматизми. Типовими для неврозоподібної форми З. є моторна невправність, недостатня координація рухів, особливо при виконанні артикуляційних диференційованих рухів. Психічний стан характеризується підвищеною збудливістю, вибуховістю, швидким стомлюванням, руховою розгальмованістю, нестійкою увагою. Часто відмічається зниження пізнавальної активності.

Неврозоподібне З. починається без помітної зовнішньої причини під час становлення фразового мовлення. Спочатку воно протікає хвильоподібно (підсилюється - ослаблюється), але повних ремісій не спостерігається. З часом З. стає тяжчим, судами набувають клонотонічного характеру, локалізуються в усіх відділах артикуляційного апарату. При цій формі З. нормалізація мовлення повинно здійснюватися шляхом вироблення нових мовноутворювальних рухових рефлексів. За допомогою логопедичних вправ у заїкуватих дітей утворюються кінестетичні відчуття. Це потребує тривалої наполегливої праці. Саме тому корекційну роботу треба починати з постановки і автоматизації звуків, вироблення активної уваги до процесу вимови звуку, складу, слова. Незалежно від

форми 3. всім хворим паралельно з логопедичними потрібно проводити заняття з логоритміки, медикаментозне і фізіотерапевтичне лікування.

Допомога заїкуватим дітям в Україні здійснюється в системі Міністерства освіти України, у дошкільних закладах, на шкільних логопунктах, у школах для дітей з тяжкими порушеннями мовлення і в системі охорони здоров'я - у поліклініках, неврологічних диспансерах, санаторіях тощо.

*Кондратенко В. О. Деякі сучасні методики подолання заїкання. Науковий часопис. Актуальні проблеми логопедії. 2011. С. 89–95.*

## I

**ІГРОВА ТЕРАПІЯ** (або ігротерапія) - метод психотерапевтичного впливу на дітей і дорослих із використанням гри. Гра суттєво впливає на розвиток особистості. Як психотерапевтичний засіб гра стала використовуватися з початку 20-х рр. ХХ ст. у формі ігрових інсценувань - драматизацій (психодрами) для перебудови взаємин та системи переживань хворої людини. Гра застосовується в груповій психотерапії та соціально-психологічних тренінгах у вигляді спеціальних вправ, завдань на невербальні комунікації, розігрування різних ситуацій тощо. Гра сприяє створенню близьких взаємин між учасниками групи, знімає напруженість, тривогу, страх перед оточуючими, підвищує самооцінку, дає змогу перевірити себе в різних ситуаціях спілкування, знімаючи небезпеку соціально значущих наслідків.

І.т. використовується у психотерапії дитячого аутизму. Психотерапевтичний ефект ігрових занять досягається завдяки встановленню позитивного емоційного контакту між дітьми і терапевтом. Гра коригує негативні емоції, страхи, невпевненість, розширює здатність до спілкування, збільшує діапазон доступних дитині дій із предметами.

Розрізняють директивну та недирективну І.т., індивідуальну та групову гру, із залученням до ігрової діяльності батьків дитини тощо.

В І.т. використовуються різноманітні іграшки, малювання, ігри з водою, піском тощо. І.т. - один з ефективних методів дитячої психотерапії. Психотерапевтичний ефект І.т. розглядається як результат практики в нових соціальних відносинах.

*Тенцер Л. В. Організація та зміст корекційної логопедичної роботи з молодшими школярами із порушеннями писемного мовлення. Логопедія. № 3. 2013. С. 80-90.*

**ІМПРЕСИВНЕ МОВЛЕННЯ** (від лат. *impressio* - враження) - сприймання, розуміння мовлення. Процес розуміння або декодування мовлення - це складна мовленнєва дія, спрямована на переробку мовленнєвих сигналів, що сприймаються в їх фізичних (акустичних) характеристиках, в систему мовних значень. Це складний і багаторівневий процес, в якому виділяють три рівні сприймання мовлення, - сенсорний, перцептивний та смисловий.

Для того щоб зрозуміти вислів, необхідно знати всі слова, що входять до нього. Як відомо, в людини, яка опанувала мову та мовлення, слова відображаються в пам'яті в їх матеріальній оболонці - у формі слухорухових образів. Ці слухорухові образи співвіднесені з певним предметом, явищем, тобто, зі смислом чи значенням.

Процес розуміння мовлення починається зі сприймання ритміко-інтонаційної структури речення та членування його на окремі звукозначення чи слова і сприймання звукового складу слів (фізичних, акустичних ознак звуків, що входять до слова). По слухових нервах цей сигнал передається в центри мозку. У первинній слуховій корі відбувається обробка сигналів, що надійшли (сенсорний рівень сприймання). На сенсорному рівні сприймання йде обробка акустичної інформації, що міститься в слові: виділяються послідовні сегменти (частини слова), які відповідають мовленнєвим одиницям (складам), відбувається їх акустичний аналіз (виділяються шумові та голосові ділянки, визначаються характеристики фонемних переходів тощо). Однак цей слуховий аналіз не може забезпечити впізнавання слухорухових фонемних образів слів, що зберігаються в пам'яті, а отже і їхнє розуміння. Для розуміння значення слова необхідна його подальша обробка - виділення в названих акустичних ознаках

звукового сигналу постійних корисних (смісло-розрізняючих) ознак фонем та їх розрізнення за цими ознаками (фонематичне розрізнення звукового складу слова).

*Шеремет М. К. Логопедія – 2-ге вид., переробл. – доповн. За ред. М. К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.*

**ІНКЛЮЗИВНА ПЕДАГОГІКА** - галузь педагогічної науки, що розкриває загальні та конкретні залежності між причинами виникнення порушень у розвитку й поведінці дітей, їх наслідками, способами запобігання, переважно зосереджує увагу на кризових явищах порушень як у нормі, так і при патології, пояснює, чому вони виникають, указує шляхи і засоби їх попередження. І.п. обґрунтовує основні теоретичні положення, необхідні для розуміння сутності, змісту, структури й організації складного процесу спільного навчання дітей із різними пізнавальними здібностями та практичні питання корекційної роботи в умовах інклюзії. Ключовими питаннями І.п. є такі: для яких категорій дітей з особливостями розвитку І.н. найбільш доступне і сприятливе? Які найоптимальніші організаційні форми якісного навчання учнів з різними здібностями (інтегрована, інклюзивна, інтернатна)? Яким має бути зміст освіти, які варіанти навчання й можливості переходу від одного варіанта до іншого? У якому віці доцільно включати дітей до загальноосвітньої школи? Які специфічні (стать, вік, соціальний статус) та індивідуальні (своєрідність вищої нервової діяльності, темперамента, характеру, рівень сприймання, запам'ятовування, працездатності, рівень емоційно-вольової сфери та ін.) особливості інтеграції учнів із різними здібностями й можливі способи та засоби запобігання проблем і труднощів їх включення в загальноосвітній простір? Ці та інші питання І.п. перебувають у стадії вивчення.

*Дитина з особливими потребами: Інклюзивна освіта. Дефектологія. Корекційна педагогіка : журнал / гол. ред. В. Андрєєва. – 2018.*

**ІНКЛЮЗИВНЕ НАВЧАННЯ** - процес і результат включення (об'єднання) дітей з особливостями психофізичного розвитку та дітей,

які не мають таких порушень, до навчання в одному класі загальноосвітньої школи.

*Дитина з особливими потребами: Інклюзивна освіта. Дефектологія. Корекційна педагогіка : журнал / гол. ред. В. Андрєєва. – 2018.*

**ІНФАНТИЛІЗМ** (від лат. *infantilis* - дитячий) – збереження в психіці й поведінці дорослої людини особливостей, властивих дитячому віку. Індивід, якому притаманний І. (інфантил), за нормального чи, навіть, прискороеного фізичного і розумового розвитку відрізняється незрілістю емоційно-вольової сфери. Однак частіше І. пов'язують із затримками в психічному розвитку. Причини І різні, найчастіше - інфекційні захворювання, інтоксикації, незадовільне харчування. Інколи І. пов'язують з патологією пренатального розвитку або травмою під час пологів, що призводять до змін у центральній нервовій та ендокринній системах. На думку М. Певзнер, І. є недорозвитком особистості дитини. Раннє виявлення І. та лікувально-профілактичні заходи сприяють його запобіганню та подоланню.

*Миронова С. П. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка : підручник / С. П. Миронова. – Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський нац. ун-т імені Івана Огієнка, 2015. – 312 с.*

## Й

**ЙОТАЦИЗМ** (від назви грец. букви) - недоліки вимови звука [й], що пов'язані з неправильним положенням органів артикуляції: міжзубним положенням кінчикаязика, надмірною напругою м'язів і звуженням щілини, внаслідок чого утворюється звук, подібний до приголосного [г]. Бувають заміни звука [й] звуками [г], [л], [з] (габлуко, ляблуко, зяблуко).

*Шеремет М. К. Логопедія – 2-ге вид., переробл. – доповн. За ред. М. К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.*

## К

**КЛАСИФІКАЦІЇ АУТИЗМУ** - Міжнародна К.а.-10 представлена таким розділами: F.84.0. - Дитячий А.; F.84.1. – Атиповий А.; F.84.2. - Синдром Регта; F.84.3. - Інший дитячий дезінтегративний розлад; F.84.4. - Гіперактивний розлад, який поєднується з розумовою відсталістю та стереотипними рухами; F.84.5. - Синдром Аспергера; F.84.8. - Інші первазивні порушення розвитку; F.84.9. - Первазивне порушення розвитку не уточнене.

У К.а. за О. С. Нікольською (1985) покладено критерії типології аутистичного дизонтогенезу, на які автор пропонує спиратися при оцінюванні особливостей емоційно-вольової та комунікативної сфер.

К.а. представлена типом аутистичного дизонтогенезу, який визначає рівень «польової» реактивності; рівнем стереотипів; рівнем експансії; рівнем емоційного контролю. Відповідно за цими критеріями діти з аутизмом розподілені на чотири групи: відчуженість від навколишнього середовища; відторгнення від оточуючої реальності; заміщення як протилежність афективній поведінці; підвищена вразливість.

К.а. В. В. Ткачової (2002) розроблена на основі дослідження психолінгвістичних аспектів особливостей особистості. У ній автор виокремлює чотири групи дітей з спектром аутизму із різноманітними мовленнєвими порушеннями - мотиваційними, структурними, діалогічними та ін., що не дає достатніх підстав для розробки стратегій і тактик індивідуальної корекційної роботи та прогнозування розвитку.

К.а., розроблена В. М. Башиною та А. С. Тігановим (2005), містить елементи етіологічного та патогенетичного трактування різних варіантів аутизму: ендогенного, екзогенного, аутистичні розлади невстановленого генезу.

Три К.а. Д. І. Шульженко(2007). У першій К.а. виділено сім форм спектру аутистичних порушень, проранжованих від нескладнених АФ-1 та АФ-2 до ускладнених АФ-3 - АФ-7: АФ-1 - спектр аутистичних порушень зі збереженим мовленням – легка форма; АФ-2 - спектр аутистичних порушень із наявністю високого і нормального рівнів

інтелекту; АФ-3 - спектр аутистичних порушень, що є вторинними при загальній недорозвиненості мовлення (ЗНР); АФ-4 - аутистичні порушення, що є вторинними при встановлених олігофренії, шизофренії, ДЦП, затримці психічного розвитку (ЗПР); АФ-5 - аутистичні порушення, що комбінуються з дисфоричними розладами поведінки.

*Скрипник Т.В. Феноменологія аутизму: Монографія. – К.: Видавництво “Фенікс”, 2010. – 320 с.*

**КОРЕКЦІЙНА ОСВІТА** - напрям педагогічної освіти з підготовки фахівців для педагогічної та психологічної роботи з особами, які потребують корекції психічного та (або) фізичного розвитку. Залежно від нозологічних особливостей відповідних категорій таких осіб, К.о. здійснюється за спеціальностями сурдопедагогіка, логопедія, психокорекційна педагогіка (зокрема, олігофренопедагогіка), тифлопедагогіка, ортопедагогіка. За усіма зазначеними спеціальностями на кваліфікаційних рівнях «бакалавр», «спеціаліст», «магістр» готує фахівців Ін-т корекційної педагогіки та психології НІТУ ім. М. П. Драгоманова (див.). Крім цього, здійснюється підготовка кадрів за спеціальністю «Психологія» з уточненням спеціалізації «Спеціальна, медична» для надання психологічної допомоги (діагностичної, корекційно-реабілітаційної, консультативної) особам із порушеннями розвитку різних нозологій. Крім ІКППІ в Україні підготовку кадрів за напрямом «Корекційна освіта», але лише зі спеціальностей «Олігофренопедагогіка» та «Логопедія», здійснюють університети Бердянська (Запорізька обл.), Дніпропетровська, Кам'янець-Подільського (Хмельницька обл.), Львова, Полтави, Сімферополя (АР Крим), Слов'янська (Донецька обл.), Харкова, Херсона.

*Миронова С.П. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2015. 312 с.*

**КОРЕКЦІЙНА ПСИХОПЕДАГОГІКА** - наука про психологічні закономірності навчання та виховання дітей із порушенням фізичного та психічного розвитку.

*Миронова С.П. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2015. 312 с.*

**КОРЕКЦІЙНА СПРЯМОВАНІСТЬ** навчально-виховного процесу - принцип спеціальної педагогіки, що об'єднує всі її галузі завданням забезпечення впливу педагогічного процесу на виправлення недоліків у різних сферах розвитку дітей.

*Миронова С.П. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2015. 312 с.*

**КОРЕКЦІЯ МОВЛЕННЯ** (від лат. *correctio* - виправлення) - педагогічний процес, спрямований на усунення або послаблення симптоматики мовленнєвих порушень шляхом коригуючого навчання та виховання.

Процес К.м. поділяється на певні етапи, що залежно від виду та форми мовленнєвого порушення мають відповідні цілі, завдання, методи та прийоми впливу.

При усуненні мовленнєвих порушень необхідно враховувати сукупність етіологічних факторів, механізм та структуру дефекту, співвідношення первинного та вторинного у природі порушення, компенсаторні, вікові та індивідуальні особливості, провідний вид діяльності.

Більшість розладів мовлення - це синдром, у структурі якого виділяються мовленнєві та немовленнєві симптоми. Всі психічні процеси (увага, пам'ять, мислення, сприймання) розвиваються у тісному поєднанні з мовленням. Тому порушення мовлення часто поєднуються з різноманітними відхиленнями в розвитку інтелектуальної сфери, що впливає на ефективність К.м. Мовленнєві порушення різноманітної етіології часто потребують поєднання К.м. з

медичним впливом (медичне та фізіотерапевтичне лікування, ЛФК, релаксація, хірургічне втручання тощо).

Основною формою організації К.м. є заняття (індивідуальні та групові), що будуються з урахуванням загальнодидактичних та спеціальних принципів.

*Миронова С.П. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2015. 312 с.*

## Л

**ЛОГОНЕВРОЗ** (від грец. *logos* - слово, мова і *neuron* - нерв) - медичне визначення заїкання. Термін заїкання в медицині - «невроз», «загальний невроз», «дитячий невроз», психоневроз, логоневроз. Л. буде правомірним в тому випадку, коли причиною заїкання є психогенія, або коли вже сформоване мовленнєве порушення, яке, травмуючи психіку хворого, викликає у нього вторинні невротичні реакції.

*Кондратенко В. О. Деякі сучасні методики подолання заїкання. Науковий часопис. Актуальні проблеми логопедії. 2011. С. 89–95.*

**ЛОГОПЕД** (учитель-логопед) - педагог, який займається усуненням недоліків мовлення у дітей і дорослих. Л. працюють у логопедичних закладах, які знаходяться у системі міністерств освіти, охорони здоров'я, соціального забезпечення, на логопедичних пунктах при загальноосвітніх школах, у спеціальних школах-інтернатах для дітей з тяжкими вадами мовлення, у спеціалізованих дошкільних закладах для дітей з недоліками мовлення та спеціальних групах для дітей із вадами мовлення у дитячих дошкільних установах, у логопедичних та слухо-мовленневих кабінетах при поліклініках, психоневрологічних диспансерах та ін. медичних закладах.

На Л. покладається відповідальність за своєчасне виявлення дітей з мовленнєвою патологією, точну діагностику мовленнєвого порушення, проведення корекційної роботи, спрямованої на подолання

мовленнєвих недоліків; попередження мовленнєвих вад плата нараховується відповідно до чинного законодавства. та пропаганду серед населення логопедичних знань. Заробітна плата нараховується відповідно до чинного законодавства.

Під час консультацій Л. уточнює логопедичний діагноз, ретельно обстежує мовлення дітей; дає рекомендації дітям та їх батькам з питань корекції дефекту; дає поради вчителям про способи визначення складності мовленнєвого дефекту; оформляє необхідну документацію. У канікулярний період Л. залучається до педагогічної, методичної та організаційної роботи.

За наявності у населеному пункті, районі, регіоні кількох логопедичних пунктів загальноосвітніх закладів, утворюються методичні об'єднання вчителів-логопедів при органах управління освітою, методичних кабінетах, ін-тах підвищення кваліфікації працівників освіти.

Підготовка логопедів в Україні проводиться на дефектологічних факультетах Київського НПУ ім. М. Драгоманова, Кам'янець Подільського державного педагогічного ун-ту, Слов'янського державного педагогічного ін-ту.

*Логопедія : підручник / М. К. Шеремет, В. В. Тарасун, С. Ю. Конопляста ; за ред. М. К. Шеремет. – К. : Видавничий Дім „Слово”, 2010. – 376 с.*

## М

**МІКРОЦЕФАЛІЯ** (від грец. *mikros* - малий, *kephale* - голова) - значне зменшення розмірів черепа при нормальних розмірах інших частин тіла та недостатність розумового розвитку. Окружність черепа при М. не перевищує 48 см, вага мозку менша за 950-1000 г; у дітей - 30-40 см при вазі мозку 250-900 г.

Причини М. остаточно не встановлено. М. може виникнути внаслідок вродженого недорозвитку мозку або внутрішньоутробного захворювання мозку. Частіше хвороба виникає через різні вірусні захворювання матері, перенесені у перші 3 місяці вагітності (краснуха, кір, свинка, грип) і токсоплазмозу. м. супроводжується зниженням

інтелекту різного ступеня: від глибокої розумової відсталості (ідіотії) до нерізко вираженої імбецильності.

*Логопедія: формування семантичних полів слів у дітей з системними порушеннями мовлення : [монографія] / Ткач О. М. - Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2019. - 239 с. : рис., табл. - ISBN 978-966-496-506-1*

**МІНІМАЛЬНА МОЗКОВА ДИСФУНКЦІЯ** (легка дисфункція мозку, мінімальна церебральна дисфункція) - збірна група різних за етіологією, патогенезом та клінічними проявами патологічних станів, які проявляються у комбінованих порушеннях сприймання, моторики та уваги. Це синдром, що відображає наявність легких порушень розвитку, що часто об'єднуються загальною назвою «затримка психічного розвитку (ЗПР)» та характеризуються дуже строкатою клінічною картиною.

Поняття М.м.д. введено у 1971 р. Національним ін-том неврологічних захворювань і симптомів (США) і використовується сучасними клініцистами як показник легкого ступеню церебрально-органічної неповноцінності. М.м.д. - результат наявності легких, дифузних уражень мозкової тканини, що з'явилися перенатально, постнатально чи перинатально або навіть у підлітковому віці.

У період новонародженості чільне місце в клінічній картині М.м.д. займають загальнономозкові симптоми: підвищена збудливість, тремор, загальна гіперстезія, рухова збудженість, горизонтальний ністагм, нестійка косоокість, м'язова гіпертонія, порушення формули сну, пригніченість безумовних рефлексів, шлунково-кишкова дискінезія. Невротичні порушення лабільні, нестійкі і протягом першого року життя поступово нівелюються. На другому році життя відмічають підвищену збудливість, порушення апетиту, сну, нерідко відставання у сенсорно-моторному та мовленнєвому розвитку. На третьому році спостерігаються моторна незграбність, затримка навичок самообслуговування, моторна розгальмованість, нестійкість та виснажуваність уваги, афективна збудливість.

М.м.д. може бути причиною розвитку нервово-психічних захворювань, шкільної та соціальної дезадаптації. Важливого значення

набирають питання організації допомоги дітям з М.м.Д. В ранньому віці, коли компенсаційні можливості мозку великі та не встиг сформуватися патологічний стереотип.

*Логопедія: формування семантичних полів слів у дітей з системними порушеннями мовлення: [монографія] / Ткач О. М. - Кам'янець-Подільський: Аксиома, 2019. - 239 с. : рис., табл. - ISBN 978-966-496-506-1*

**МОВЛЕННЄВА КАРТА** - основний документ, що характеризує стан мовлення дитини, зарахованої до логопедичного закладу. М.к. заповнюється логопедом під час обстеження дитини на логопедичному пункті. До неї заноситься прізвище, ім'я, вік, школа, клас, дитячий садок, домашня адреса, дата зарахування на логопункт, висновки лікарів-спеціалістів (психоневролога, психіатра, отоларинголога та ін.), інформація про перенесені захворювання, перебіг розвитку мовлення, скарги вчителів і батьків, особливості поведінки в школі та вдома, успішність з основних предметів - рідної мови, читання, математики.

Під час обстеження логопед детально фіксує у М.к. стан артикуляційного апарату дитини (будова, рухливість); її самостійні висловлювання; дає якісну й кількісну характеристику словникового запасу (наводяться приклади); відзначає особливості граматичної будови, зокрема, граматичного оформлення мовлення (типи речень, що вживаються, наявність аграматизмів); вимова і розпізнавання звуків (відсутність або неправильна вимова, заміна окремих звуків, розпізнавання звуків на слух, вимова слів із різним складом); оцінює темп і чіткість мовлення. Логопед фіксує рівень сформованості навичок аналізу та синтезу звукового складу слова; стан навичок письма, наявність і характер специфічних помилок (змішування та заміна букв, що позначають приголосні звуки, аграматизм тощо) у різних видах письмових робіт. Письмові роботи додаються до М.к. У М.к. фіксуються рівень опанування технікою читання (побуквене, поскладове, словами), успішність з читання на момент зарахування до логопедичного пункту; специфічні помилки; якість розуміння прочитаного. За наявності заїкуватості фіксуються можлива причина;

вираженість; сформованість мовленнєвих засобів; особливості загального та мовленнєвого розвитку; адаптація до умов спілкування.

*Логопедія : підручник / М. К. Шеремет, В. В. Тарасун, С. Ю. Конопляста ; за ред. М. К. Шеремет. – К. : Видавничий Дім „Слово”, 2010. – 376 с.*

**МОВЛЕННЯ** - це функціонування мови, продукт мовленнєвої діяльності в процесі якої використовуються одиниці, категорії, форми та норми мови; послідовність мовних знаків, що організуються до потреб інформації, яка висловлюється. Як і мова, м. відноситься до суспільних явищ. М. виникає і розвивається під впливом потреб у спілкуванні та служить цілям суспільного об'єднання людей. М. завжди має певну форму і позамовний зміст.

Фізіологічною основою М. є діяльність другої сигнальної системи, що тісно пов'язана і взаємодіє з першою. Без активної участі сигнальної системи М. неможливе. Найважливішими одиницями м. є висловлювання, діалогічна єдність, надфразна єдність, синтагма.

Завдяки зіставленню певних слів зі сприйнятими конкретними предметами або явищами у процесі спілкування в мозку людини утворюються системи тимчасових зв'язків. Певні слова стають засобом узагальнюючого позначення конкретних предметів і явищ, їхніх ознак та якостей. Тимчасові зв'язки утворюються і між словами, що знаходять своє вираження в утворенні словосполучень, фраз і речень, конструкції яких підпорядковані законам граматики.

М. тісно пов'язане з психічним станом людини: мисленням, пам'яттю, уявою, емоціями тощо. Спілкуючись, людина повідомляє свої знання, думки, бажання, спонукає оточуючих до різних дій (вимагає, радить, просить тощо). Існує дві функції М.: повідомляюча і спонукальна. Обидві служать взаємодії між людьми, тому найчастіше виступають як єдине ціле і мають назву комунікативної функції.

Порушення у висловлюваннях граматичних зв'язків між словами сигналізує про порушення процесів мислення і мовлення.

Навчання М. - це опанування способами формування та формулювання думок засобами мови. М. це не лише процес використання людиною засобів мови з метою спілкування, а й форма

існування мови в мовленнєвій діяльності, в актах сприймання і розуміння під час слухання або читання, в актах говоріння і писання, а також результат мовленнєвої діяльності.

М. необхідна основа людського мислення, процесу відображення дійсності у поняттях, судженнях, умовиводах. Думка не може виникнути та існувати поза мисленням. Людина мислить за допомогою слів, які вимовляються вголос або про себе. Мислення здійснюється у формі М. Людина передбачає і планує свою мовленнєву діяльність, використовуючи знаки мови. Розрізняють М. усне і писемне, зовнішнє і внутрішнє, рецептивне і продуктивне.

Усне М. може бути у формі діалогу чи монологу. Діалогічне М. розмова - двох або кількох осіб, висловлювання кожної з яких характеризується стислістю. Монологічне характеризується граматичною розгорненістю і складністю.

Для писемного М., що виконує таку ж саму функцію спілкування, що й усне, застосовують необхідні графічні знаки. Писемне М. характеризується відсутністю безпосереднього контакту із співбесідником, більшою розгорненістю, ніж форми усного М.

Зовнішнє М. спрямовується до інших людей в усній або писемній формі і передає думки співбесіднику.

Внутрішнім М. - користуються у процесі мислення подумки. Воно дає змогу мислити навіть, коли людина нічого не вимовляє. Звичайно людина, перш ніж висловити думку, користується внутрішнім М. Для нього характерна стислість.

Рецептивне М. - це мовленнєва діяльність характерна для того, хто слухає або читає (реципієнта) або сприймає й усвідомлює графічний текст.

Продуктивне М. - це мовленнєва діяльність, характерна для того, хто говорить або пише (продуцента), або для того, хто передає свої думки вголос.

*Логопедія : підручник / М. К. Шеремет, В. В. Тарасун, С. Ю. Конопляста ; за ред. М. К. Шеремет. – К. : Видавничий Дім „Слово”, 2010. – 376 с.*

**МОЗОК ГОЛОВНИЙ** - передній відділ ЦНС розташований у порожнині черепа. Функція цього відділу - здійснення складних рефлекторних реакцій, які становлять основу вищої нервової діяльності (поведінки) організму.

М.г. складається з переднього або великого М., проміжного, середнього, заднього та довгастого мозків. Великий М. поділяється на дві півкулі - праву й ліву. Вся поверхня мозку вкрита сірою речовиною - корою і порізана великою кількістю борозен, що ділять її на звивини, з яких складаються долі (зони): лобна, скронева, тім'яна і потилична. Проміжний М. утворюється зоровим бугром (таламусом) і підбугровою (гіпоталамічною) частиною. Середній М. бере участь у регуляції тону м'язів. Задній М. включає вароліїв міст і мозочок, що є регулятором координації рухів. Довгастий М. - провідний між спинним і великим М. У ньому знаходяться життєво важливі центри дихання, кровообігу, ковтання тощо.

Основні функції кори великих півкуль у людини: сприймання, вищий аналіз і синтез усіх подразників, що надходять від зовнішнього і внутрішнього середовищ, здійснення мислення, мовлення і свідомої діяльності.

Порушення нормальної діяльності М.г. виникають при різних захворюваннях: порушення кровообігу, психічні захворювання, інфекційні захворювання (енцефаліт, менінгіт, туберкульоз, сифіліс М.г., пухлини, травми, недоліки розвитку тощо).

При патологічних станах М.г. проявляються розлади з характерними симптомами, що залежать від переважного враження тих чи інших відділів М. Захворювання обох лобних частин супроводжується недоумкуватістю, повною дезорієнтацією, різким ослабленням пам'яті і критичності, неадекватністю поведінки.

При ураженні скроневої долі з'являються мовленнєві розлади у вигляді сенсорної афазії, нюхові й смакові розлади, епілептичні напади. Тісні функціонально-динамічні зв'язки тім'яно-потиличних відділів М.г. і скроневої долі спричиняють виникнення комплексних симптомів.

Ураження тім'яної долі викликає агностичні розлади, розлади праксису і розлади мовлення амнестичного й семантичного характеру. Нерідко виникає просторова дезорієнтація, нездатність розрізняти правий і лівий бік, розлади письма, читання, рахунку.

*Невропатологія: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / В.М. Шевага, А.В. Паєнок, Б.В. Задорожна. — 2-е вид., переробл. і допов. 455с*

**МОЗОК СПИННИЙ** - відділ ЦНС хребетних і людини, розміщений у хребетному каналі. М.с. бере участь у здійсненні всіх складних рухових реакцій організму, іннервуючи всю скелетну мускулатуру (крім м'язів голови). Важливою функцією М.с. є проведення імпульсів від периферичних рецепторів до головного мозку і від нього до ефекторних апаратів. М.с. має вигляд шнура, що поступово звужується донизу. Цей шнур має два потовщення - шийне і поперечне. Від них відходить велика кількість міцних корінців, які утворюють периферичні нерви верхніх та нижніх кінцівок. М.с.зверху поступово переходить у довгастий, а нижній кінець його переходить у так звану кінцеву нитку. М.с. оточений мозковими оболонками: твердою (зовнішньою), м'якою, або судинистою (внутрішньою), павутинною (середньою). Простір між м'якою і павутинною оболонками заповнений спинномозковою рідиною (ликвором).

У центрі М.с. розміщена сіра речовина (накопичення нервових клітин). Сіра речовина М.с. оточена білою речовиною, в якій розрізняють передні, бокові та задні стовпи, що складаються із нервових волокон. У отворах між хребцями знаходяться міжхребетні вузли. Клітини цих вузлів мають по одному відростку, який при виході з клітини ділиться на два. Одні (центральні) відростки цих клітин ідуть до спинного мозку, інші (периферичні) - спрямовуються разом з периферичними нервами до шкіри, м'язів, сухожиль. Зв'язок М.с. з головним мозком проходить по довгих шляхах - висхідних (аферентних) і нисхідних (еферентних).

Пошкодження М.с. на будь-якому рівні порушує передачу як чутливих імпульсів у головний мозок, так і рухових - від нього. Наслідком цього може бути втрата чутливості, паралічі, порушення

судинно-рухових і т. зв. трофічних імпульсів (тих що регулюють обмін речовин тканин) та інші розлади функцій організму.

*Невропатологія: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / В.М. Шевага, А.В. Паєнок, Б.В. Задорожна. — 2-е вид., переробл. і допов. 455с.*

**МОТОРИКА ДІТЕЙ** (від лат. *motor* - що викликає рух) - сукупність рухових реакцій, властивих дитячому віку.

Руховий розвиток дітей відбувається із закономірною послідовністю: безумовні рухові рефлекси, властиві в період новонародження й перші місяці життя, згасають і замінюються умовно-рефлекторними рухами.

Здорове немовля лежить на спині, руки в нього зігнуті в ліктьових, а ноги - в колінних і тазостегнових суглобах. У віці 8-10 тижнів спостерігається фізіологічне підвищення тонузу в згинальних тазових групах кінцівок, яке поступово зникає.

Для розвитку рухових функцій дитини мають неабияке значення безумовні випрямляючі рефлекси. Випрямляючий рефлекс шиї забезпечує дитині рефлекторний поворот голови. На 6- 9 міс. життя рухи тулуба дають віт. У 2-місячному віці здоровий малюк піднімає голову, лежачи на животі (робить розгинальні рухи), а у 4-6 міс. - лежачи на спині (робить згинальні рухи).

Випрямляючі рефлекси відіграють важливу роль у перших спробах сидіння та стояння дитини. У 6 міс. здорова дитина спирається на випрямлені ручки, піднімаючи тулуб, у 6-8 - встає на ручки й ніжки, може сідати з положення лежачи на спині, а сидячи, випрямитися і нагнутися. У 9 міс. дитина може лягати з положення сидячи, вставати, тримаючись за поручні ліжка. До 10 міс. вона починає стояти; від 10 до 14 - поступово ходити, спочатку широко розставляючи ніжки, іноді з коливаннями тулуба. Правильне вертикальне положення закріплюється в період з 11-18 міс.

Так само послідовно розвиваються рухові функції рук. У 3-4 міс. дитина розглядає свої руки, робить рухи зап'ястями. З 4-4,5 міс. життя - тягнеться до предмета, розташованого над нею, хапає його обома руками. У 7 міс. починає хапати предмет однією рукою, робить це вибірково, якщо це потребує більше зусиль - то правою рукою. З 10 до

12 міс. дитина послідовно опановує кидання предметів, знімання кілець із пірамідки та їхнє нанизання, відкривання-закривання коробки тощо. Вона може брати різноманітні предмети двома пальчиками, схоплювати одночасно 2-3 кубики або інші іграшки. До 12 міс. дитина здатна навчатися правильно тримати ложку, чашку, олівець, показувати предмети.

Для дітей із порушеннями розвитку характерні різноманітні розлади моторики, які виявляються в порушеннях термінів розвитку певної послідовності рухів, особливостях формування власне рухових дій, що спричиняє різноманітні порушення навчання грамоти, письма, читання, малювання, фізичних вправ і трудових умінь.

Тому спеціальні корекційні заходи, спрямовані на розвиток моторики, координації рухів тощо, є необхідною умовою роботи з дитиною, яка має недоліки рухів, починаючи з дошкільного віку.

*Неврологія: підручник / Н.В. Литвиненко, Т.І. Кареліна, Н.М. Касевич. — 3-є видання. 656с.*

## Н

**НЕВРОЗИ** (від грец. *neuron* - нерв) - функціональний розлад вищої нервової діяльності внаслідок перенапруження основних нервових процесів - збудження, гальмування та їхньої динаміки.

Виділяють три основні форми Н.: неврастенію, істерію, невроз нав'язливих станів.

Н. виявляються у ряді психічних розладів (неврівноваженість, страхи, нав'язливі стани), які критично сприймаються хворими, що суттєво відрізняє Н. від психозів. Для Н. властиві також різноманітні розлади в роботі внутрішніх органів. Н. виникає психогенно під впливом надмірно важких життєвих обставин. Сприятливим ґрунтом для виникнення Н. є слабкий, невірноважений тип вищої нервової діяльності, а також ослабленість нервової системи внаслідок інфекції, травм.

Часто до Н. призводить не так об'єктивна трудність життєвої ситуації, як неправильне ставлення людини до неї. Ще дає підставу

розглядати Н. як хворобу особистості, а саме: викривлення системи її ставлення до дійсності, що може починатися в ранньому дитинстві із порушення взаємин із мікросоціальним середовищем, з батьками. Відтак важливість правильного гармонійного виховання особистості - головна умова запобігання Н. Перевиховання хворого - одне із найважливіших завдань психотерапії.

Особливо вразливими до невротичних розладів є діти з порушеннями психофізичного розвитку через ослабленість їхньої нервової системи та труднощів соціальної адаптації.

*Неврологія: підручник / Н.В. Литвиненко, Т.І. Кареліна, Н.М. Касевич. — 3-є видання. 656с.*

**НЕВРОЛОГІЯ** (від грец. *neuron* - нерв, *logos* - вчення) - медико-біологічна наука, що вивчає структуру та функції нервової системи. Один із розділів неврології - невропатологія або клінічна неврологія. Історія Н. як науки досить давня. В XVII-XVIII ст. формується поняття про рефлекс, закладаються основи нейрофізіології, а також клініко-морфологічного напрямку в Н. Пізніше починається експериментальна і клінічна розробка проблем локалізації функцій у головному мозку. Були детально вивчені закономірності утворення, закріплення і зникнення умовних рефлексів, їхні взаємодії, закономірності синтетичної й аналізаторної діяльності великих півкуль головного мозку, локалізація функцій у корі великих півкуль, фізіологічні основи типів вищої нервової діяльності, механізми сну та гіпнозу.

Новий етап розвитку Н. пов'язаний із використанням електрофізіологічних, електродних і стеріоскопічних методів дослідження, що дає змогу встановити структурно-функціональні відношення різних утворень головного мозку.

Подальше удосконалення біологічних і морфологічних методів дослідження сприяло вивченню нервової системи на клітинному і молекулярному рівнях. Уявлення про фізіологію нервової системи були доповнені за допомогою таких методів дослідження як електроенцефалографія, електроміографія. Широко використовуються також методи експериментальної неврології та математичного моделювання.

Важливе значення в клініці Н. мають рентгенорадіологічні методи досліджень. Надалі зростає диференціація Н. за рахунок виділення таких розділів і дисциплін як нейрохірургія, нейроендокринологія, отоневрологія тощо.

*Неврологія: підручник / Н.В. Литвиненко, Т.І. Кареліна, Н.М. Касевич. — 3-є видання. 656с.*

**НЕВРОПАТОЛОГІЯ** (від грец. *neuron* - нерв, *pathos* - хвороба, *logos* - вчення) - вчення про хвороби нервової системи. Хворобинервової системи поділяються на органічні та функціональні. В основі органічних лежить пошкодження або зруйнування тих чи інших її відділів, яке часто призводить до стійкої втрати функцій, що виконуються ними(рухових, чуттєвих, вищих кіркових тощо).

Чимало органічних хвороб нервової системи призводять до важких стійких порушень, наприклад до крововиливу в головний мозок, запалення спинного і головного мозку тощо.

Функціональні порушення нервової системи можуть розвиватися на основі фізико-хімічних, хімічних, ендокринних порушень, а, іноді, і слабовиражених структурних змін.

Н. поряд з іншими медичними дисциплінами є природничо-науковою основою спеціальної педагогіки.

*Невропатологія: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / В.М. Шевага, А.В. Паєнок, Б.В. Задорожна. — 2-е вид., переробл. і допов. 455с*

**НЕРВОВА СИСТЕМА** - система органів у тварин і людини, що здійснює зв'язок організму із зовнішнім середовищем і взаємозв'язок органів. Н.с. регулює і координує всі функції організму.

Структурним і функціональним елементом Н.с. є невроне - нервова клітина з відростками, розгалуженнями і кінцевим апаратом. Н.с. складається з величезної кількості невроне, які з'єднуються один з одним через контакт кінцевих апаратів. Місце, де відбувається цей контакт, і нервовий імпульс, що переходить з одного невроне на інший, називається синапсом.

Н.с. поділяється на центральну, периферійну, а також так звану вегетативну Н.с.

Центральна Н.с. складається із спинного і головного мозку. Вона зв'язана з усіма органами і тканинами організму, з одного боку, через систему чутливих доцентрових нервових волокон, що називаються аферентними і несуть збудження до ЦНС від периферійних сприймаючих елементів, а з другого - через систему відцентрових нервових волокон, що називаються еферентними, по яких збудження із ЦНС йде до клітин робочих органів (м'язів, залоз, судин тощо). У всіх відділах ЦНС є чутливі та рухові клітини, що забезпечують сприймання та передачу нервових імпульсів.

Специфічний фактор діяльності ЦНС - наявність функціональної підпорядкованості між окремими її органами, що виникла в процесі тривалої еволюції. Так, рефлекси спинного мозку (рефлекси довгастого мозку, мозочка) охоплюють лише окремі органи, які відзначаються великою досконалістю, поширюються на діяльність окремих систем (травної, дихальної, серцево-судинної тощо). Рефлекси середнього мозку відзначаються ще більшою досконалістю, охоплюють скелетну мускулатуру тіла і забезпечують складні рухові функції, стояння, ходіння; рефлекси проміжного мозку здійснюють і координують діяльність внутрішніх органів усіх систем організму в найрізноманітніших поєднаннях.

Великі півкулі головного мозку здатні не тільки удосконалювати всі ці рефлекси, об'єднувати їх у складні комплекси, а й створювати нові види рефлексів - умовні.

Вегетативна Н.с. нерозривно пов'язана з ЦНС і утворює з нею єдину цілісну Н.с. організму. Центральні утворення В.н.с. розміщені у всіх відділах ЦНС - від спинного мозку до кори головного мозку включно. За своєю анатомічною будовою і функціональними особливостями В.н.с. поділяється на парасимпатичну і симпатичну.

Симпатична Н.с. утворює нервові стволи, що розміщені по обидва боки хребта. Від них відходять волокна, що утворюють сплетіння: серцеве, аортальне, сонячне, шлункове тощо. Поширюючись далі (головним чином по судинній системі), ці волокна інервують усі органи і тканини організму. Таким чином, усі внутрішні органи мають подвійну вегетативну інервацію - симпатичну і парасимпатичну. В.н.с.

має тісний зв'язок з ендокринною, особливо з гіпофізом, наднирковими залозами. Загальна функція В.н.с. полягає в безпосередньому регулюванні (під контролем кори головного мозку) обміну речовин, теплоутворення, тепловіддачі, дихання, кровообігу, травлення, кровотворення тощо, тобто всіх основних життєвих процесів, що відбуваються в організмі.

Хвороби В.н.с. можуть виникати з різних причин. На першому місці стоять такі інфекційні захворювання як грип, малярія, дизентерія, сказ, холера, черевний та поворотний тиф, епідемічний менінгіт.

В.н.с. часто страждає при інтоксикаціях: отруєнні окисом вуглецю, метиловим спиртом, алкоголем і, особливо, нікотином. Нерідко змінюється В.н.с. при авітамінозах. Травми черепа, особливо закриті, призводять до змін вегетативних утворень кори та гіпоталамічної ділянки.

Патологічні запалення у центральній і периферійній Н.с. викликають порушення функцій як соматичної, так і вегетативної Н.с., оскільки у кожній ділянці Н.с. є елементи обох. Внаслідок цього вегетативні симптоми є складовою частиною майже кожного органічного ураження Н.с.

Різною і часто протилежною є дія симпатичної та парасимпатичної інервації на робочі органи. При подразненні симпатичних волокон відбувається розширення зіниць, прискорення скорочень серця, звуження судин, затримка перистальтики шлунково-кишкового тракту. Під час подразнення парасимпатичних волокон, навпаки, відбувається звуження зіниць, уповільнення скорочень серця, розширення судин, посилення перистальтики шлунково-кишкового тракту.

*Невропатологія: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / В.М. Шевага, А.В. Паєнок, Б.В. Задорожна. — 2-е вид., переробл. і допов. 455с*

## О

**ОГЛУШЕННЯ ПРИГОЛОСНИХ** - специфічний недолік вимови дзвінких приголосних, незалежно від способу та місця їхнього

утворення, при якому дзвінкі приголосні [б], [д], [г], [з], [ж], [г] відтворюються у вигляді відповідних їм парних глухих приголосних звуків [п], [т], [х], [с], [ш], [к]. Серед звуків [б-п], [д-т], [Г-К], [г-х] дефект оглушення спостерігається частіше, ніж серед [з-с] і [ж-ш].

Розрізняють: постійну заміну дзвінких парними глухими («Ті-ти спірала хрипи» - Діти збирали гриби) та часткове оглушення дзвінких приголосних («Голуби залетіли у твір» - Голуби залетіли у двір).

Оглушення приголосних спостерігається при відкритій гутнявості, дизартрії, вадах слуху, при будь-яких недоліках у діяльності голосових зв'язок і може вважатися частковим порушенням голосу.

Для подолання цієї вади застосовують традиційні способи постановки звуків: наслідування, механічну допомогу та залучення спеціальної системи вправ.

*Логопедія : підручник / М. К. Шеремет, В. В. Тарасун, С. Ю. Конопляста ; за ред. М. К. Шеремет. – К. : Видавничий Дім „Слово”, 2010. – 376 с.*

**ОЛІГОФРЕНІЯ** (від грец. *olygos* - малий і *phren* - розум) - одна з найпоширеніших форм психічної недорозвиненості, що виникає внаслідок ураження ЦНС у пренатальний, натальний або постатальний періоди. При О. органічна недостатність мозку має непрогресуючий характер, тому такі діти здатні до поступального пізнавального розвитку, хоча зі значними ускладненнями, зумовленими його патологічною основою.

*Миронова С., Чопік О. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. 2-е видання, перероблене та доповнене. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2023. 332 с.*

**ОНТОГЕНЕЗ** (від грец. *ontos* - єство і *genesis* - походження) - процес розвитку індивідуального організму або сукупність морфологічних, фізіологічних і біологічних перетворень, яких зазнає організм від зародження до кінця життя. У психології О. - це формування основних структур психіки індивіда впродовж його дитинства. Основний зміст О. складає предметна діяльність і спілкування дитини (передусім - спільна діяльність і спілкування з

дорослими). Під час інтеріоризації дитина присвоює соціальні, знаково-символічні структури та засоби цієї діяльності й спілкування. Формування психіки, свідомості особистості аномальної дитини в О. є соціальним процесом, що відбувається в умовах активного, цілеспрямованого впливу суспільства.

*Миронова С., Чопік О. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. 2-е видання, перероблене та доповнене. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2023. 332 с.*

**ОНТОГЕНЕЗ ДИТЯЧОГО МОВЛЕННЯ** (від грец. *ontos* – існуюче, *genesis* - походження, розвиток) - розвиток мовлення дитини в різні вікові періоди.

Виділяють кілька підходів до вивчення О.д.м. Традиційно-лінгвістичний підхід припускає опис послідовного виникнення в мовленні дитини тих чи інших одиниць мовлення (наприклад, звуків мовлення, слів, граматичних форм, синтаксичних конструкцій), тобто простежує фактичний хід засвоєння елементів мови. Такий підхід характерний для більшості досліджень минулого.

Психологічний підхід передбачає вивчення формування психічних процесів та функцій, які забезпечують засвоєння певних аспектів мовлення та елементів мови (Л.Виготський, Ж. Піаже, Ф. Сохін, І.Попова та ін.). Психолінгвістичний підхід до вивчення О.д.м. спирається на вчення про складну структуру мовленнєвої діяльності та психологічні механізми, що її забезпечують.

Отже, О.д.м. інтерпретується як процес опанування способами мовленнєвої діяльності (мовними знаками, їхнім значенням, закономірностями організації); засобами мовленнєвої діяльності, тобто знаковими операціями (практичне виділення мовленнєвих знаків, їхнє співвідношення зі значенням, відбір, комбінування, сполучення тощо у процесі розуміння та породження мовлення).

У дослідженнях О.Леонтьєва, Є.Соботович простежується динаміка розвитку усіх ланок мовленнєвої діяльності в дошкільному віці.

*Логопедія : підручник / М. К. Шеремет, В. В. Тарасун, С. Ю. Конопляста ; за ред. М. К. Шеремет. – К. : Видавничий Дім „Слово”, 2010. – 376 с.*

## П

**ПАЛІЛАЛІЯ** – порушення усного мовлення, що характеризується багаторазовим швидким повторенням складів, слів, виразів. Часто зустрічається в людей, які страждають синдромом Жиль-де-ла-Туретта; може проявлятися як наслідок перенесеного енцефаліта або ураження екс-пірамідальної системи головного мозку.

*Синьов В.М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: Підручник. Частина I. Київ : Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2007. 238 с.*

**ПАРАЛІЧ** - цілковите припинення рухових функцій, що спричинене ураженням рухових апаратів центральної або периферійної нервової системи. П. частіше всього є наслідком органічного захворювання, тобто залежить від анатомічного пошкодження інерваційного апарату центральної або периферійної системи (при крововиливах, пухлинах, травмах, інфекціях). Функціональні П. не супроводжуються анатомічними змінами у нервовій системі, частіше вони є істеричними і виникають внаслідок розвитку стійкого осередку гальмування в ділянці рухового аналізатора кори головного мозку. Вони виявляються раптово, швидко і безслідно проходять, чого не буває при П. органічних. П. може ухопити м'язи обличчя, половину тіла (геміплегія), одну кінцівку (моноплегія), лише ноги (нижня параплегія), руки (верхня параплегія), руки і ноги (тетраплегія). Неповний ступінь П., або П. у стадії зворотного розвитку називається парезом. Органічні П., залежно від місця ураження нервової системи, поділяються на периферійні і центральні. При периферійних П. уражаються рухові клітини передніх рогів спинного мозку або ж периферійні нервові стволи; зникають усі рухи, включаючи рефлексорні, падає тонус м'язів (в'ялий П.); м'язи атрофуються, сухожильні шкірні рефлекси згасають. Центральні П.,

зазвичай, пов'язані з ураженнями пірамідної системи, які можуть виникати в різних відділах головного і спинного мозку. У більшості випадків уражаються кінцівки на одному боці і м'язи, що інервуються нижньою гілкою лицьового нерва та під'язиковим нервом (перекошується обличчя з відхиленням язика вбік при висуванні). Інші черепні нерви зберігають свої функції внаслідок двосторонньої центральної інервації їхніх ядер, тобто компенсації з боку інших півкуль мозку. Це стосується також м'язів тулуба, рухова функція яких порушується при центральних П. незначним чином. При центральних П. окремі м'язи кінцівок уражаються неоднаково, м'язовий тонус підвищується (спастичний П.); рухові функції зникають не повністю. Хоч невимушені рухи є неможливими, сухожильні рефлекси, дуга яких зникається в спинному мозку, різко підвищуються, шкірні рефлекси і рефлекси слизових оболонок на боці П. згасають; з'являються так звані патологічні рефлекси, що виникають при ізоляції спинномозкової рефлекторної дуги від впливу імпульсів з боку головного мозку.

Перебіг П., прогноз і лікування залежать від характеру процесу і його причини. При П. велику роль відіграють лікувальна гімнастика, теплі ванни, масаж, електротерапія, фарадизація уражених м'язів; при функціональному П. - психотерапія.

*Неврологія: підручник / Н.В. Литвиненко, Т.І. Кареліна, Н.М. Касевич. — 3-є видання. 656с.*

**ПАРАСТЕЗІЇ** (від грец. *para* - префікс, що означає знаходження біля чогось чи відхилення від чогось; *aisthesis* - відчуття) - несправжні відчуття, спонтанні тактильні неприємні відчуття оніміння, поколювання, «повзання мурашок» без зовнішніх подразників.

*Неврологія: підручник / Н.В. Литвиненко, Т.І. Кареліна, Н.М. Касевич. — 3-є видання. 656с.*

**ПАРАФАЗІЯ** (від грец. *para* - біля, поблизу, *phasis* - мовлення) - порушення експресивного усного мовлення, яке виявляється в неправильному вживанні окремих звуків чи слів. Численні П. спостерігаються при деяких формах афазії та алалії.

Розрізняють два види П.: літеральну та вербальну. Літеральна П. характеризується заміною окремих звуків, схожих за способом та

місцем творення, а також опозиційних звуків (м'яких - твердими, дзвінких - глухими тощо). На відміну від аналогічних дефектів вживання звуків при дислалії літеральні П. є нестабільними; наприклад, лима, тима, дима, замість зима. Численні літеральні парафазії спостерігаються при моторній та сенсорній алалії, аферентній моторній та акустико-гностичній формах афазії.

Вербальна П. - заміна одних слів іншими. Характер заміни слів при вербальній П. залежить від механізму мовленнєвої вади, наприклад: заміна на слово з таким саме початком (молоко - молоток) при моторній еферентній афазії зумовлена порушенням переключення з одного рухового образу на інший; заміна на слово, близьке за звучанням (картуз - гарбуз), при акустико-гностичній афазії пов'язана з дефектом фонематичного розрізнення; заміна на слово з однієї логіко-семантичної групи (лимон - яблуко), чи заміна слова його предикативним описом (замість ложка - цим їдять), при акустико-мнестичній афазії викликані труднощами пригадування звукового образу слова тощо.

При алалії та деяких формах афазії (еферентна моторна, акустико-мнестична, акустико-гностична афазії) спостерігаються П.у вигляді контамінацій. Визначення характеру заміни звуків чи слів при П. під час обстеження мовлення хворих з алалією чи афазією допомагає з'ясувати форму мовленнєвої патології.

**ПАРЕЗ** (від грец.  *paresis*  - ослаблення) - неповний параліч, зменшення сили амплітуди довільних рухів, обумовлене порушеннями інервації відповідних м'язів.

*Неврологія: підручник / Н.В. Литвиненко, Т.І. Кареліна, Н.М. Касевич. — 3-є видання. 656с.*

**ПАТОГЕНЕЗ** (від грец.  *pathos*  - страждання,  *genesis*  - походження) - розділ патології, що вивчає внутрішні механізми виникнення та розвитку патологічних процесів, що спричиняють хвороби. Пізнання хвороби, найперше, потребує з'ясування причин і умов її виникнення. Однак для визначення хвороби також необхідно знати, як відбувається взаємодія між хвороботворними факторами й організмом, якими є умови реалізації дії цього фактора у самому

організмі, тобто П. хвороби. Вивчення П. має важливе значення для практичної медицини, розробки раціональних засобів лікування.

*Мартинюк І. А. Патопсихологія. Навчальний посібник. — К.: Центр учбової літератури, 2008. - 208 с.*

**ПАТОЛОГІЯ** (від грец. *pathos* - страждання, *logos* - навчання) - 1) загальна назва медичних наук, які вивчають хворобливі процеси в організмі людини й тварин, причини їхнього виникнення, механізми перебігу, шляхи подолання; 2) будь-яка ненормальність - фізична, психічна чи соціальна. Розрізняють загальну і часткову П.

*Неврологія: підручник / Н.В. Литвиненко, Т.І. Кареліна, Н.М. Касевич. — 3-є видання. 656с.*

**ПАТОПСИХОЛОГІЯ** (від грец. *pathos* - страждання, хвороба, *psyche* - душа) - галузь психології. Вивчає закономірності розладу психічної діяльності і властивостей особистості при психічних хворобах порівняно із закономірностями формування та перебігу психічних процесів у нормі; особливості порушень відображувальної діяльності мозку. Тісно пов'язана із психіатрією. Особливого значення П. набуває у дитячій психіатрії, де її застосовують для диференційної діагностики, встановлення ступеню зниження інтелекту, для прогнозування здатності дитини до навчання.

*Мартинюк І. А. Патопсихологія. Навчальний посібник. — К.: Центр учбової літератури, 2008. - 208 с.*

**ПАТОФІЗІОЛОГІЯ НЕРВОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ**- один із розділів патологічної фізіології - науки про закономірності виникнення, розвитку і наслідки патологічних процесів. П.н.д.д. вивчає загальні закономірності виникнення, перебігу порушень функції нервової системи дитини, а також етіологію і патогенез різних захворювань нервової системи, дослідження механізмів цих захворювань, компенсації та відновлення порушених функцій нервової системи.

П.н.д.д. - експериментальна наука. Дослідження вищої нервової діяльності дітей проводяться за допомогою різних умовнорефлекторних методик дослідження деяких безумовних рефлексів. Застосовують також метод порівняльного спостереження за

виникненням і розвитком порушень функцій нервової системи у дітей різного віку, електрофізіологічний, біохімічний, хімічний, бактеріологічний та ін. лабораторні методи. Дослідження можна провести безпосередньо біля ліжка хворої дитини із застосуванням прийомів неврологічного обстеження, простіших умовнорефлекторних методик (з апаратурою і без неї) і деяких психологічних методик. у П.н.д.д. застосовується експеримент на тваринах, який дає змогу моделювати порушення окремих функцій нервової системи, вивчати механізми розвитку патологічних процесів, різні форми порушення функцій, процеси пристосування до дефекту, компенсації і відновлення. Експеримент на тваринах використовується для аналізу порушень нервової діяльності, що спостерігається при ураженнях аналізаторів, нейроінфекціях і нейроінтоксикаціях тощо. Він непридатний до аналізу порушень тих проявів нервової діяльності, що пов'язані з роботою другої сигнальної системи.

П.н.д.д. є частиною П. вищої нервової діяльності - нового розділу П., створеного І.Павловим, його співробітниками й учнями. Її створення стало можливим завдяки методиці дослідження умовних рефлексів - засобу, який дав змогу успішно проводити експерименти не лише на тваринах, але і на людях в умовах, що максимально наближені до природних.

Багато даних П.н.д.д. використовується в педіатрії, неврології, психіатрії (аналіз сутності захворювань, розробка методів лікування тощо), гігієні (обґрунтування різних нормативів), загальній психології і фізіології, оскільки дослідження закономірностей динаміки нервової діяльності в патологічних умовах - один із шляхів розкриття закономірностей вищої нервової діяльності здорової дитини.

*Неврологія: підручник / Н.В. Литвиненко, Т.І. Кареліна, Н.М. Касевич. — 3-є видання. 656с.*

**ПОРУШЕННЯ ГОЛОСУ** - відсутність або розлад фонації внаслідок патологічних змін у будь-якій частині голосового апарата. Виділяють такі П. г.: афонія - повна відсутність голосу, дисфонія - часткове порушення висоти, сили, тембру; фонастенія - підвищена стомлюваність голосу та пов'язані з цим зниження сили голосу і хрипота за відсутності значущої органіки, гугнявість голос і

голос після ларінгектомії. Окремо слід розглядати П.г., пов'язані зі зниженням слуху та підлітковим періодом мутації. Причини П.г. різні: параліч гортані, запалення та новоутворення на голосових зв'язках (які заважають їхньому повному змиканню і спричиняють хриплий або беззвучний голос); захворювання носоглотки, носу (гугнявість), бронхів, легень, серцево-судинні та хронічні хвороби органів грудної та черевної порожнини й систем, що впливають на їхню функцію (ендокринної, нервової тощо). П.г. виникають внаслідок перенапруги голосових зв'язок у людей голосо-мовленнєвих професій, у дітей та підлітків у період мутацій. Негативно позначається на "якості» голосу паління, вживання алкоголю, прийом дуже гарячих або холодних страв. Спотворює його також нечітка артикуляція, викликана відсутністю зубів або поганими зубними протезами.

П.г. поділяють на центральні та периферичні. Кожне з них може бути органічним або функціональним. Більшість П. г. є самостійними дефектами. Хоча вони супроводжують і тяжчі порушення мовлення (афазія, дизартрія, ринологія, заїкуватість).

Ознаками порушення голосової функції є втрата сили, гучності, спотворення тембру, швидке загальне й голосове стомлення, періодична або постійна хрипота, перешкоди, клубок (відчуття здавлення) у горлі, налипання плівок, відчуття, що у горлі дере з постійною необхідністю відкашлюватись; тиск, біль, підсилення коливань голосу, виникнення носового або горлового відтінків, звуження або зникнення можливості варіювати висоту й силу звуку, мовлення у сполученні з мимовільними гримасами обличчя, погіршенням дикції тощо. При появі подібних симптомів необхідно звернутися до лікаря.

Рання профілактика та корекція П. г. сприятиме запобіганню фіксації навички патологічного голосу й виникненню невротичних реакцій. Лікар-отоларинголог визначить характер лікування вух, гортані, голосових зв'язок. Лікар-неврапотолог, у разі необхідності, призначає загальне лікування, а логопед окреслює обсяг та план логокорекції.

Осадча Т.М. Перцептивна оцінка голосу у дітей дошкільного віку з органічною патологією гортані. // Науковий часопис. Корекційна педагогіка. К., 2017. С. 124-130.

**ПОСТНАТАЛЬНИЙ** (від лат. *post* - після, *natalis* - той, що відноситься до народження) - той, що відноситься до періоду після народження, тобто після пологів. У клінічній практиці застосовується для позначення періоду розвитку дитини, що настає безпосередньо після народження.

Мартинюк І. А. Патопсихологія. Навчальний посібник. — К.: Центр учбової літератури, 2008. - 208 с.

**ПРЕНАТАЛЬНИЙ** (від лат. *prae* - перед, *natalis* - той, що відноситься до періоду перед народженням) - у медицині застосовується для визначення періоду внутрішньоутробного розвитку організму, аж до моменту пологів.

Мартинюк І. А. Патопсихологія. Навчальний посібник. — К.: Центр учбової літератури, 2008. - 208 с.

## Р

**РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ЦЕНТР** - стаціонарний багатопрофільний начально-виховний заклад для дітей дошкільного та шкільного віку таких категорій: нечуючих і слабочуючих, незрячих і слабозорих, із важкими порушеннями мовлення, з наслідками поліомієліту та церебрального паралічу, з порушеннями інтелекту, з комбінованими порушеннями, з розладами емоційної сфери і поведінки.

Залежно від потреб і пізнавальних можливостей дітей з інвалідністю та дітей із психофізичними порушеннями на базі центру проводиться їхнє навчання, науково-методична і консультаційна робота, фізична і професійна реабілітація.

*Основи корекційної педагогіки: навчально-методичний посібник / С.П. Миронова, О.В. Гаврилов, М. П. Матвеева; за заг. ред. С.П. Миронової. Кам'янець-Подільський, 2017. 264 с.*

**РЕФЛЕКС** (від лат. *reflexus* - згин, вигин) - закономірна реакція організму на зміни зовнішнього чи внутрішнього середовища. Р. здійснюється за допомогою нервових клітин і нервових кінцевих

закінчень. Р. виявляється загальним принципом регуляції поведінки живих систем; моторний чи секреторний акт, який має пристосувальне значення. Всі Р. поділяють на безумовні й умовні. Безумовні Р. - біологічно задані, умовні - результат вправління й утворення зв'язку між стимулом і реакцією.

*Неврологія: підручник / Н.В. Литвиненко, Т.І. Кареліна, Н.М. Касевич. — 3-є видання. 656с.*

**РЕФЛЕКТОРНА ДУГА** - поняття, яким користувався І.Павлов: рецептор - аферентний нерв - центр - еферентний нерв - ефектор (м'яз чи залоза). Отже, Р.д. - це шлях, яким проходять нервові імпульси від рецептора до виконавчого органа будь-якого рефлексу.

*Неврологія: підручник / Н.В. Литвиненко, Т.І. Кареліна, Н.М. Касевич. — 3-є видання. 656с.*

## С

**СЕНСОРНА ДЕПРИВАЦІЯ** (від лат. *sensus* - почуття, відчуття, *deprivatio* - позбавлення) - тривала, більш або менш повна втрата людиною сенсорних вражень (сенсорний голод). В умовах С.д. у людини актуалізується потреба у відчуттях та ефективних (емоційних) переживаннях, а довготривале перебування в умовах С.д. зумовлює нестабільність емоційних станів. Спостерігається також порушення пам'яті, що безпосередньо залежить від циклічності емоційних станів. У відповідь на сенсорний голод активізуються процеси уяви, які впливають на образну пам'ять. Чим суворіші умови С.д., тим швидше порушуються процеси мислення, що виявляється в неможливості зосередитись будь-чому.

*Корнієнко В. Сенсорна депривація як психофізіологічний феномен // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія». – 2010. – № 915, вип. 44. – С. 67–71.*

**СЕНСОРНЕ ВИХОВАННЯ** (від лат. *sensus* - відчуття) - цілеспрямований вплив на людину з метою формування її чуттєвого пізнання (уміння бачити, чути, відчувати на дотик тощо).

С.в. - це система заходів, спрямованих на розвиток відчуття та сприймання, емоційної сфери дітей у процесі взаємодії з предметами. Чуттєве пізнання навколишнього світу - невід'ємна ланка в системі пізнавальної діяльності людини, необхідна передумова інтелектуального розвитку. С.в. набуває найбільшого значення в ранньому та дошкільному дитинстві, коли формуються процеси відчуттів, сприймання, наочних уявлень. Прогалини в сенсорному розвитку дитини важко компенсуються і в шкільному віці часто призводять до відставання загального інтелектуального розвитку й труднощів у навчанні. С.в. здійснюється шляхом педагогічного керівництва процесом засвоєння суспільного сенсорного досвіду (еталонів, звуковисотної шкали музичних звуків, системи геометричних форм, кольорів). Сенсорні дії - розглядання, обмацування, слухання - формуються у процесі дій із предметами. Особливо продуктивним є відтворення за зразком: малювання, ліплення, спів.

*Корнієнко В. Сенсорна депривація як психофізіологічний феномен // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія». – 2010. – № 915, вип. 44. – С. 67–71.*

**СИЛА НЕРВОВИХ ПРОЦЕСІВ** - одна з основних властивостей нервової системи, що відображає межу працездатності клітин кори головного мозку, тобто їх здатність витримувати, не переходячи в гальмівний стан, дуже сильне або тривале збудження. С.н.п. є одним з трьох параметрів (сила, рухливість, урівноваженість) класифікації типів вищої нервової діяльності. С.н.п. протиставляється слабкості нервових процесів, яка характеризує низьку працездатність нервових клітин. Останнім часом доведено, що С.н.п. характеризується також чутливістю аналізаторів: менша С.н.п. є чутливішою, тобто здатна реагувати на стимули нижчої інтенсивності. Ці дані змінили ставлення до слабкої нервової системи (яке існувало раніше) як до цілком негативної властивості. І у силі, і у слабкості нервових процесів є позитивні та негативні (з біологічної точки зору) аспекти.

Слабкість нервових процесів як типологічному властивість слід відрізняти від патологічного зниження С.н.п. Внаслідок органічного

ураження ЦНС змінюється функціональний стан нервових клітин кори головного мозку в цілому, їх працездатність знижується, після незначних навантажень вони переходять у стан охоронного гальмування («фазовий стан» за І.Павловим). Під час стану охоронного гальмування розумова працездатність дітей різко знижується. Це тимчасовий, мінущий стан, однак його тривалість залежить від схильності організму до охоронного гальмування.

*Невропатологія: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / В.М. Шевага, А.В. Паєнок, Б.В. Задорожна. — 2-е вид., переробл. і допов. 455с*

**СИМУЛЬТАННІСТЬ СПРИЙМАННЯ** - миттєве впізнання. Можливість С.с. з'являється тоді, коли завершується процес порівняння предмета з «відкладеним» у пам'яті еталоном. Процес співставлення різко скорочується за рахунок відсіву зайвої інформації та виділення опорних ознак. Кількість таких точок опор може бути зведена до мінімуму після неодноразових повторень. Це створює можливість впізнавати предмет без руху очей. Рухи ока (чи руки) починають виконувати функцію не побудови образу, а співставлення сформованого образу з пред'явленим об'єктом. Відтак з'являється можливість симультанного, тобто миттєвого впізнавання відомого.

*Мартинюк І. А. Патопсихологія. Навчальний посібник. — К.: Центр учбової літератури, 2008. - 208 с.*

**СИМУЛЬТАННІ ЗВ'ЯЗКИ** — це тип зв'язків у психіці, діяльності чи мовленні, коли елементи сприймаються або виконуються одночасно, а не послідовно. Симультанні фактори: пов'язані з правою півкулею головного мозку, відповідають за одночасне сприймання та обробку інформації.

*Рібцун Ю. В. Роль сукцесивних і симультанних факторів у психомовленнєвому розвитку дітей. Матеріали XIX-ої Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми спеціальної педагогіки та психології. 2022 р. Вільнюс, Литва. С.284–285*

**СИНАПСИ** (від грец. *synapsis* - з'єднання, поєднання) - утворення, за допомогою яких нервові клітини зв'язуються одна з одною (міжнервові С.) або з тканинами, що вони інервують (органні С.). С. забезпечують передачу нервових імпульсів з одних відділів

нервової системи до інших і регулюють діяльність органів та тканин. Кожний нейрон (клітина з відростками, що відходять від неї) має від 500 до 3500 С., які пов'язують його з сусідніми. Під впливом хвиль збудження в С. відбувається виділення біологічно активних речовин, що передають збудження від одного нейрона до іншого або від нейрона до м'язів та внутрішніх органів. С. мають здатність стримувати та накопичувати імпульси, що передаються до клітин або м'язів. Для захворювань нервової та м'язової, систем пов'язаних з діяльністю С., в медицині застосовують препарати, що впливають на швидкість і характер проведення імпульсів через С.

*Невропатологія: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / В.М. Шевага, А.В. Паєнок, Б.В. Задорожна. — 2-е вид., переробл. і допов. 455с*

**СИНДРОМ** (від грец. *syndrome* - збіг) - сполучення (комплекс) симптомів хвороби, пов'язаних єдністю походження.

*Невропатологія: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / В.М. Шевага, А.В. Паєнок, Б.В. Задорожна. — 2-е вид., переробл. і допов. 455с*

**СИНЕСТЕЗІЇ** (від грец. *syn* - разом, *aisthesis* - почуття, відчуття) - несправжні відчуття дотику, що виникають у хворого в здорових ділянках тіла у відповідь на подразнення певних ділянок, що мають легке порушення чутливості. Такі відчуття виникають у точках, симетричних тим, що подразнюються.

*Невропатологія: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / В.М. Шевага, А.В. Паєнок, Б.В. Задорожна. — 2-е вид., переробл. і допов. 455с*

**СИНКИНЕЗІЇ** (від грец. *syn* - разом, *kinesis* - рух) - додаткові рухи, що мимовільно додаються до довільних. Наприклад, при ходінні рухи ніг та тулуба доповнюються рухами рук. У патологічних випадках нормальна С. зникає і з'являється патологічна. Наприклад, при ураженні підкіркових вузлів, мозочка можуть зникнути співдружні рухи рук при ходінні. При центральних паралічах з'являються С. у пошкоджених кінцівках: під час згинальних і розгинальних рухів пальцями здорової руки хвора рука повторює ті ж самі рухи. Це пояснюється ірадіюванням збудження на другу півкулю мозку.

*Невропатологія: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / В.М. Шевага, А.В. Паєнок, Б.В. Задорожна. — 2-е вид., переробл. і допов. 455с*

**СУКЦЕСИВНІ ЗВ'ЯЗКИ** — (від лат. *successio* — «послідовність») — це такий тип міжаналізаторних або внутрішньоаналізаторних зв'язків у психіці та діяльності, коли елементи сприймання, руху чи мовлення здійснюються послідовно, один за одним, у певній часовій послідовності. Сукцесивні фактори: пов'язані з лівою півкулею головного мозку, відповідають за послідовне сприймання та обробку інформації.

*Рібцун Ю. В. Роль сукцесивних і симультанних факторів у психомовленнєвому розвитку дітей. Матеріали ХІХ-ої Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми спеціальної педагогіки та психології. 2022 р. Вільнюс, Литва. С.284–285*

## Т

**ТАХІЛАЛІЯ** (від грец. *tachys* - швидкий, *lalia* - мова) - патологічне прискорення темпу мовлення. Центральною ланкою в патогенезі Т. є розлад темпу зовнішнього і внутрішнього мовлення за рахунок переваги патологічного процесу збудження над процесом гальмування.

Т. робить мовлення незрозумілим, що потребує значної напруги при її сприйманні. Поряд із порушенням темпу мовлення в клініці Т. спостерігається прискорений темп загальної моторики й усіх психічних процесів, підвищена емоційність і гіперактивність. Т., ускладнена психогенією, може сприяти виникненню заїкання (особливо в дошкільному віці).

У зв'язку з цим, корекція Т. в ранньому дитячому й підлітковому віці є особливо актуальною. Велике значення в логопедичній роботі має привертання уваги таких осіб до власного мовлення, впорядкування його темпу виховання логічного мислення. Вся робота проводиться на фоні зниження загального психомоторного збудження, перебудови патологічних особливостей дитини шляхом використання спеціальних логопедичних прийомів, лікувальної фізкультури, медикаментозного й фізіотерапевтичного впливу.

*Шеремет М. К., Мартиненко І. В., Хрестоматія з логопедії : навч. посіб. — К. : КНТ, 2006. — 360 с.*

**ТЕМП МОВЛЕННЯ** (від лат. *tempus* - час) - швидкість вимовляння звуків, складів, слів. Т.м. вимірюється кількістю звуків, складів тощо, які вимовляються за певну одиницю часу (напр., за секунду), або їхньою середньою тривалістю звучання. Т.м. залежить від швидкості вимовляння мовленнєвих звуків, частоти й довжини пауз між словами і реченнями, індивідуальних особливостей людини, її емоційного стану, ситуації спілкування, стилю вимовляння.

Нормальний Т.м. - 9-14 звуків/с. За умов прискорення Т.м. можливе вимовляння 15-20 звуків/с, коли не втрачається розбірливість і чіткість. При патологічно прискореному темпі за 1 с вимовляється від 20 до 30 звуків.

Т.м. - один із компонентів інтонацій. Уповільнення темпу наприкінці висловлювання допомагає створенню його інтонаційної цілісності. Порушенням Т.м. є надмірне уповільнення або прискорення мовлення. Більшість дітей дошкільного віку говорить швидко.

*Шеремет М. К., Мартиненко І. В., Хрестоматія з логопедії : навч. посіб. — К. : КНТ, 2006. — 360 с.*

## У

**УРАНОПЛАСТИКА** (відгрец. *uranos* - піднебіння) - операція, яка ліквідує дефекти твердого піднебіння, що виникли через наявність вроджених незрощень. Полягає у пластичному усуненні дефекту за допомогою імплантації клаптиків м'яких тканин, узятих із сусідніх ділянок. Слизово-окисні клапті, відокремлені від бічних частин твердого піднебіння, наближають і зшивають по середній лінії, затуляючи кістковий дефект.

Операція усуває незрощення (розщілину) твердого піднебіння і значною мірою нормалізує дихання, харчування, вимову. Однак після операції можуть залишитися значні дефекти мовлення, які потребують спеціального логопедичного впливу. До операції, а також у випадках, коли хірургічне втручання неможливе для усунення незрощень твердого піднебіння використовуються obturatori.

*Гаврилова Н. С., Методика корекції вад вимови фонем у дітей з дислалією, ринолалією та дизартрією. — Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2009. — 308 с.*

**УРІВНОВАЖЕНІСТЬ НЕРВОВИХ ПРОЦЕСІВ** - властивість нервової системи, що виражається у взаємодії, рівновазі між основними нервовими процесами - збудженням та гальмуванням. Поняття У.н.п. запроваджене І. Павловим і розглядалось ним як одна із самостійних властивостей нервової системи, що у поєднанні з іншими (силою та рухливістю) утворюють тип вищої нервової діяльності.

Органічне ураження кори головного мозку часто призводить до порушення рівноваги між основними нейродинамічними процесами збудження і гальмування.

Найчастіше це спостерігається у олігофренів. За особливостями кіркової нейродинаміки М. Певзнер виділила три групи дітей: діти з інтелектуальними порушеннями, у яких гальмівні процеси переважають над процесами збудження, характерним станом яких є загальмованість; діти з інтелектуальними порушеннями, у котрих збудження переважає над гальмуванням, що проявляється у збудливості, імпульсивності; діти, у яких порушення кіркової нейродинаміки характеризується слабкістю обох нервових процесів. ІН властива схильність до охоронного гальмування.

*Невропатологія: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / В.М. Шевага, А.В. Паєнок, Б.В. Задорожна. — 2-е вид., переробл. і допов. 455с*

## Ф

**ФРУСТРАЦІЯ** (від лат. *frustratio* - марне сподівання, невдача, обман) - психічний стан, що виникає внаслідок реальної чи уявної перешкоди, яка заважає досягненню мети. Проявляється у відчуттях гнітючої напруги, тривоги, гніву тощо. Сила Ф. залежить від ступеня значущості блокованої поведінки. Захисні реакції при Ф. пов'язані з появою агресивності, ухиленням від важкої ситуації, зниженням складності поведінки. Ф. може призвести до змін характеру, невпевненості в собі, фіксації твердих форм поведінки. Часто вона є

причиною неврозів. Профілактика Ф. у дітей з психофізичними порушеннями пов'язана з організацією особливого режиму, створенням необтяжливих ситуацій, нейтралізацією негативних емоційних переживань, формуванням вольових зусиль.

*Мирослав Савчин. Загальна психологія. Академія, 2025, 352с.*

## Х

**ХЕЙЛОПЛАСТИКА**(відгрец. *cheilos* - губа) – загальна назва пластичних операцій з усунення дефектів та деформацій губи. Переважно застосовується при вроджених розщілинах верхньої губи та піднебіння.

*Спеціальна психологія. Тексти: навч. посіб. / за ред. М.П. Матвєєвої, С.П. Миронової. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Поділ. держ. пед. ун-т, інформ.-вид. від., 1999. Ч. 1. 158 с.*

**ХІТИЗМ** (від назви грец. букви) - порушення вимовляння задньо-язикового звука [х].

Заміна звука [х] іншими звуками називається паракітизмом (заміна [х] на [к]). Дефектне вимовляння звука [х] зустрічається рідко.

*Логопедія : підручник / М. К. Шеремет, В. В. Тарасун, С. Ю. Конопляста ; за ред. М. К. Шеремет. – К. : Видавничий Дім „Слово”, 2010. – 376 с.*

**ХОРЕЯ** (від грец. *choreia* - танок) - захворювання нервової системи, основними симптомами якої є посмикування: мимовільні, аритмічні, некоординовані скорочення м'язів, що бувають як у стані спокою, так і під час рухів, зникають під час сну.

Одна з форм Х., що трапляється у дітей - мала Х. або танок св. Вітта інфекційне захворювання. Збудник невідомий. На малу Х. захворюють діти у 5-15 років, найчастіше - дівчата.

Розвиткові малої Х., передують загальне інфекційне захворювання, найчастіше - ревматична інфекція, ангіна, грип. Хвороба розвивається поступово. З перших днів відмічаються зміни у психіці: дратівливість, сльозливість, упертість, немотивована зміна настрою, кволість. У хворого з'являється рухова збудженість, незграбність рухів, письмо

стає неохайним, дитині стає важко стояти, ходити, сидіти, з'являється кривляння, мовлення стає нечітким.

Хореїчні насильні рухи швидкі, стрімкі, не піддаються вольовій затримці, підсилюються при емоційних переживаннях, зовнішніх подразненнях. Насильні рухи відбуваються без будь-якого напруження, тонус м'язів значно знижений.

Х. - довготривале захворювання (від 1,5-3 місяців, у важких випадках - до 8).

*Невропатологія: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / В.М. Шевага, А.В. Паєнок, Б.В. Задорожна. — 2-е вид., переробл. і допов. 455с*

## Ц

**ЦЕНТРАЛЬНА НЕРВОВА СИСТЕМА** – основна частина нервової системи людей і тварин, що складається із накопичення нервових клітин (нейронів) та їх відростків. До складу ЦНС входять головний і спинний мозок. Функція ЦНС – виконання простих і складних високо-диференційованих відображувальних реакцій, так званих рефлексів.

*Невропатологія: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / В.М. Шевага, А.В. Паєнок, Б.В. Задорожна. — 2-е вид., переробл. і допов. 455с*

**ЦЕРЕБРАСТЕНІЯ** ( від лат. *cerebrum* – головний мозок, грец. *apensia*–безсилля) – ослаблення діяльності ЦНС під впливом різних зовнішніх несприятливих факторів( соматичних інфекцій, легких травм або дуже незначних уражень головного мозку, тривалих і тяжких психічних переживань, перевтоми тощо). Можуть викликати функціональні порушення психічної діяльності. У дітей з'являється підвищена стомлюваність, знижена працездатність. Вони погано зосереджуються при виконанні завань, запам'ятовують пройдений матеріал. Часто бувають занадто збуджені, неспокійні, рухливі, дратівливі, плаксиві, нервові, напружені, або дуже повільні, загальмовані, недовірливі.

Ц. частіше зумовлена порушенням циркуляції рідини в мозку. Внаслідок хворобливих процесів кількість спинно-мозкової рідини збільшується, а її циркуляція порушується.

При своєчасній педагогічній і лікувальній допомозі більшість дітей успішно долає утруднення в навчанні.

*Невропатологія: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / В.М. Шевага, А.В. Паєнок, Б.В. Задорожна. — 2-е вид., переробл. і допов. 455с*

## Ч

**ЧИТАННЯ** - складний психофізіологічний процес, спрямований на розшифрування й розуміння писемного повідомлення, якому властиві технічна й смислова складові. Технічна передбачає сформованість способу, швидкості, правильності й виразності читання. Смислова складова більш значима, передбачає розуміння читаного матеріалу з його усвідомленням. Основне завдання Ч. - розуміння смислу письмового повідомлення. Залежно від мети, Ч. здійснюється вголос чи мовчки. Ч. вголос забезпечує поетапне формування й автоматизацію усіх технічних операцій.

Обов'язковою умовою оволодіння навичкою читання є вміння запам'ятовування усіх букв алфавіту. При читанні, знаки графічного коду співвідносяться з усномовленним кодом, після чого відбувається розуміння прочитаного. Ч. проявляється як опосередковане друкованим текстом знакове спілкування автора й читача, спрямоване на сприймання та розуміння інформації, що призводить до поглиблення знань читача, формування його особистісних смислових новоутворень. Є необхідною складовою індивідуальної навчально-пізнавальної діяльності як її орієнтувальна основа. Етапи Ч.: декодування (розпізнавання) окремих слів; порівняння їх з еталонами, що зберігаються в довготривалій пам'яті, уточнення їхнього значення залежно від контексту; встановлення семантичних і синтаксичних зв'язків між окремими словами, словосполученнями, реченнями та більшими текстовими утвореннями (надфразові єдності, смислові віхи тощо) і співвіднесення із системою

знань читача. Керівництво Ч. - істотний елемент педагогічного процесу, систематичного, цілеспрямованого впливу на зміст і характер Ч., на вибір літератури й засвоєння прочитаного.

*Дефектологічний словник: навч. посіб. / за ред. В.І. Бондаря, В.М. Синьова. Київ : МП Леся, 2011. 528 с.*

**ЧИТАННЯ З ГУБ** - зорове сприймання усного мовлення: розпізнавання артикуляційних образів фонем; кількість фонем, які мають чіткі артикуляційні ознаки, обмежена; рухові реалізатори фонем, які доступні зору, недостатньо відбивають звукову палітру мовлення, що обумовлює значні труднощі Ч. з г.

Ч. з г. не знаходиться у безпосередній залежності від рівня розвитку мовлення конкретної особи, як де традиційно прийнято вважати. Встановлена сильна і стійка залежність якості Ч. з г. від швидкості перебігу психічних процесів у конкретної особи, таких як сприймання, виділення значущих смислових сигналів, їхня інтерпретація, здатність встановлення асоціативних зв'язків між словами тощо, а також від вродженого домінуючого способу сприймання: зоровий, слуховий, тактильний тощо.

Формування Ч. з г. доцільне у поєднанні з удосконаленням власного мовлення особи, котра має порушення слуху. Ч. з г. ефективно у зв'язку з розвитком слухового тактильно-вібраційного сприймання звукових сигналів.

*Засенко, В.В. Навчання глухих в теперішній час. Сучасна система освіти для осіб з вадами слуху: стан, проблеми, перспективи. Перша Всеукраїнська конференція з питань навчання глухих в Україні, 09-10.VI.2000. Вилучено з <http://onp-ua.narod.ru/news/2012-04-12-222>.*

### Ш

**ШКІРНИЙ АНАЛІЗАТОР** - складна анатомо-фізіологічна система організму, що відбиває та диференціює шкірні подразнення, трансформує їх у тактильні відчуття. Ш.а.міститься в товщі шкіри. Провідник складається з трьох нейронів. Мозковий центр знаходиться у задній центральній звивині (поля1, 2, 3). Ш.а. є істотним джерелом

правильного орієнтування людини у навколишньому середовищі, зокрема щодо відчуття тепла, холоду, болю тощо.

Ш.а. дітей відіграє велику роль у пізнанні навколишнього світу. Розвиток тактильних відчуттів може компенсувати дефекти в роботі зорового і слухового аналізаторів. Ці відчуття дають змогу сліпим сприймати більшість властивостей предметів, доступних зору: форму, розмір тощо. Читання й письмо незрячих відбувається за допомогою рельєфного шрифту, що сприймається через Ш.а. Вібраційні відчуття мають особливе значення при навчанні словесному мовленню нечуючих, незрячих та складними порушеннями.

*Невропатологія: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / В.М. Шевага, А.В. Паєнок, Б.В. Задорожна. — 2-е вид., переробл. і допов. 455с*

**ШКІРНА ЧУТЛИВІСТЬ** - сприймання людиною і тваринами за допомогою кінцевих утворень чутливих нервів у шкірі (рецепторів) дотику, тиску, вібрації, тепла, холоду, болю. Шкірні рецептори різноманітні за своєю формою та будовою. У шкірі існують вільні оболонки, нервові закінчення, які можуть утворювати різноманітні види сплетінь та інкапсульовані утворення. Виявлено також велику кількість проміжних форм будови рецепторів. Поділ рецепторів на тактильні, теплові, холодкові та больові є умовним, оскільки рецепторні утворення здатні реагувати на різноманітні впливи. Так, відчуття болю може з'явитися при подразненні будь-якої нервової структури залежно від сили подразнення. Кількість чутливих елементів, які функціонують у певний момент, постійна; вона залежить від попередніх впливів і функціонального стану ЦНС. Ш.ч. може підвищуватися внаслідок тренування. Рецепторам шкіри властиві явища адаптації, що виражаються у зниженні збуджуваності під впливом діючого подразника постійної сили. Адаптація до температурних і тактильних подразнень (доторкувань) значна. Адаптація до больових подразнень вкрай слабка.

Ш.ч. поділяється на дві форми - протопатичну чутливість (для сприймання больових і сильних температурних впливів) і епікритичну чутливість (для сприймання тонких тактильних і температурних впливів).

*Невропатологія: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / В.М. Шевага, А.В. Паєнок, Б.В. Задорожна. — 2-е вид., переробл. і допов. 455с*

## Щ

**ЩОДЕННА КОРЕКЦІЙНА РОБОТА** (основний принцип логопеда/дефектолога) це систематична, цілеспрямована діяльність логопеда чи дефектолога, спрямована на виправлення або пом'якшення мовленнєвих, психічних і пізнавальних порушень у дітей з особливими освітніми потребами. Вона передбачає регулярність занять, тісний зв'язок із навчально-виховним процесом і побутовими ситуаціями дитини, інтеграцію зусиль педагога, сім'ї та медичних фахівців.

*Логопедія : підручник / М. К. Шеремет, В. В. Тарасун, С. Ю. Конопляста ; за ред. М. К. Шеремет. – К. : Видавничий Дім „Слово”, 2010. – 376 с.*

## Ю

**ЮРИДИЧНИЙ СТАТУС ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ** — це сукупність прав, свобод, обов'язків і гарантій, які закріплені у національному та міжнародному законодавстві, спрямовані на забезпечення рівних можливостей у сфері освіти, праці, охорони здоров'я, соціального захисту й участі в суспільному житті.

*Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» (1991, чинна редакція).*

*Чорненький В.І. Конституційно-правовий статус осіб з інвалідністю в Україні / Монографія./- Право, 2017. 232с.*

## Я

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ-** це інтегральна характеристика фізичного, психологічного, соціального й освітнього благополуччя, яка відображає, наскільки задоволені її базові потреби, забезпечені умови

для розвитку, навчання та соціалізації відповідно до індивідуальних можливостей. У дефектології поняття «якість життя дитини з ООП» використовується як критерій ефективності корекційно-педагогічної роботи: головне не лише подолати мовленнєве чи когнітивне порушення, а й забезпечити дитині повноцінне життя, соціальну інтеграцію і відчуття щастя.

*Інклюзивна школа: особливості організації та управління: Навчально методичний посібник / Кол. авторів: Колупасва А. А., Софій Н. З., Най да Ю. М. та ін. За заг. ред. Даниленко Л. І., — К.: 2007. — 128 с.*

*Прохоренко Л. Психологія Інклюзії: Освіта та соціалізація дітей з особливими потребами.. Особлива дитина: навчання і виховання, 115(3),2024. 7-20. <https://doi.org/10.33189/ectu.v115i3.181>*

## ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК

Абазія  
Абетка для сліпих  
Абілітація  
Абсанс  
Абстракція  
Абулія  
Автоматизація дій  
Аглосія  
Агнозія  
Аграматизм  
Аграфія  
Агресивна поведінка  
Адаптація  
Адаптація слухова  
Адаптивні комп'ютерні програми для незрячих  
Акалькулія  
Акінезія  
Акомодація  
Акустична обробка приміщення  
Алалія  
Алексія  
Аналізатори  
Анамнез  
Анізометрія  
Анкета  
Анкетування  
Аномальні діти  
Анорексія  
Анофтальм  
Апраксія  
Артикуляція  
Арттерапія  
Асинергія

Астигматизм  
Астереогнозія  
Асфіксія  
Атака звука  
Атетоз  
Атрезія  
Атрофія  
Атрофія зорового нерва  
Аудитори  
Аудіологія  
Аудіометр  
Аудіометрія  
Аутизм  
Аутистична діяльність  
Аутистичний розлад  
Аутистичний спектр порушень  
Аутистичний спектральний розлад  
Аутистичні психічні порушення розвитку у дітей  
Аутистичні психологічні маркери  
Афазія  
Афонія  
Брадикінезія  
Брадилалія  
Брадифразія  
Брайлівський прилад  
Брайля шрифт  
Брока центр  
Булімія  
Бувальбарний параліч  
Вегетативна нервова система  
Вербальний  
Верніке центр  
Виховання дітей з особливостями розвитку  
Внутрішнє мовлення

Втомлюваність  
Втомлюваність зору (астенопія)  
Вузечка коротка  
Геміплегія  
Гідроцефалія  
Гіперкінези  
Глаукома  
Глибока розумова відсталість  
Глухота  
Голос  
Гучність звуку  
Дактилографія  
Дактилологія  
Далекозорість  
Дальтонізм  
Дауна синдром  
Деградація  
Деменція  
Дефект  
Дефектологія  
Дефіцитарний розвиток  
Децентрація  
Дзеркальне письмо  
Дизонтогенез  
Дисграфія  
Дизартрія  
Дискінезія  
Дислалія  
Дистрофія  
Дитячий церебральний параліч  
Дихання мовленнєве  
Екзогенний  
Експресивне мовлення  
Екстраверсія

Електроенцефалографія  
Ендогенний  
Енцефалопатія перинатальна  
Епілепсія  
Етіологія  
Ехолалія  
Єдність педагогічного процесу  
Жести  
Загальний недорозвиток мовлення  
Заїкання  
Ігрова терапія  
Імпресивне мовлення  
Інклюзивна педагогіка  
Інклюзивне навчання  
Інфантилізм  
Йотацізм  
Класифікація аутизму  
Корекційна освіта  
Корекційна психопедагогіка  
Корекційна спрямованість  
Корекція мовлення  
Логоневроз  
Логопед (учитель-логопед)  
Мікроцефалія  
Мінімальна мозкова дисфункція  
Мовленнєва карта  
Мовлення  
Мозок головний  
Мозок спинний  
Моторика дітей  
Неврози  
Неврологія  
Невропатологія  
Нервова система

Оглушення приголосних  
Олігофренія  
Онтогенез  
Онтогенез дитячого мовлення  
Палілалія  
Параліч  
Парастезії  
Парафазія  
Парез  
Патогенез  
Патологія  
Патопсихологія  
Патофізіологія нервової діяльності дітей  
Порушення голосу  
Постнатальний  
Пренатальний  
Реабілітаційний центр  
Рефлекс  
Рефлекторна дуга  
Сенсорна депривація  
Сенсорне виховання  
Сила нервових процесів  
Симультанність сприймання  
Симультанні зв'язки  
Синапси  
Синдром  
Синестезії  
Синкинезії  
Сукцесивні зв'язки  
Тахілалія  
Темп мовлення  
Уранопластика  
Урівноваженість нервових процесів  
Фрустрація

Хейлопластика

Хітизм

Хорея

Центральна нервова система

Церебрастенія

Читання

Читання з губ

Шкірна чутливість

Щоденна корекційна робота

Юридичний статус осіб з інвалідністю

Якість життя дитини з особливими освітніми потребами

**Електронне довідкове видання**

**Укладачі**

**Мар'яна ГРИНЦІВ, Тетяна ЛОГВИНЕНКО, Марія ЗАМІЩАК,**

**Термінологічний словник**

**Дрогобицький державний педагогічний університет  
імені Івана Франка**

**Редактор**

*Ірина Невмержицька*

Підписано до друку 01.07.2026. Формат 60x84 1/8

Ум. Друк. арк. 1,3

Гарн. Times New Roman

Папір офс. Друк різнографічний

Тираж 300 прим.

Друк ТзОВ «Трек ЛТД»

м. Дрогобич, вул. Д.Галицького,1

Тел. 0970111011

druksv@gmail.com