

УДК 372.8

Антоніна АНІСТРАТЕНКО,  
ВДНЗ України “Буковинський державний  
медичний університет”, Чернівці (Україна),  
oirak@bsmu.edu.ua

Antonina ANISTRATENKO,  
Higher State Educational Establishment  
of Ukraine «Bukovinian State  
Medical University», Chernivtsi (Ukraine)  
ORCID ID 0000-0003-1984-4441

ІСТОРІЯ ФОРМУВАННЯ ТА ПРАКТИЧНА  
ЛІНГВОДИДАКТИЧНА РОБОТА У  
КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ  
НЕЧУЮЧИХ (СЛАБОЧУЮЧИХ) ДІТЕЙ  
РАНЬОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ В ЧОНРЦ №1

HISTORY OF THE DEVELOPMENT AND PRACTI-  
CAL LINGUODIDACTIC WORK IN COMPLEX RE-  
HABILITATION OF DEAF CHILDREN IN EARLY  
SCHOOL AGE IN CHRERC №1

**Ключевые слова:** лингводидактика; речь; украинский язык; комплексная реабилитация; нейросенсорная глухота; глухонмота; ЗППР; ранний дошкольный возраст.

Анистратенко А. История формирования лингводидактической работы в комплексной реабилитации глухих (слабослышащих) детей раннего дошкольного возраста в ЧОУРЦ №1.

Статья посвящена проблемам украинской лингводидактики в комплексной реабилитации детей с сенсорными патологиями. Автор учитывает специфику речевой деятельности в кругу ежедневных действий мультидисциплинарной команды специалистов, направленных на коррекцию психоречевого, когнитивного, бихевиористического, психофизического развития ребенка раннего дошкольного возраста.

**Вступ.** Чернівецький обласний навчально-реабілітаційний центр №1 – це єдиний у Чернівецькій області заклад типу НРЦ, де здійснюється медична та психолого-педагогічна реабілітація дітей від 1,5-річного віку до 18 років, що мають сенсорні патології та допомога сім'ям, що мають дітей з вадами розвитку. Переважну кількість основного контингенту складають нечуючі та слабочуючі діти зі збереженням інтелектом та психосоматичними вадами. Найважливішим пріоритетом діяльності центру є комплексний підхід до вирішення проблеми: мультидисциплінарна команда фахівців одночасно, планово працює з дитиною і батьками, не відриваючи її від виховання, навчання (діти від старшого дошкільного віку), лікування (змінний контингент від 1,5 року з індивідуальною програмою послуг). Такий підхід являється єдиною можливістю для реабілітації дітей з комбінованими вадами.

**Метою статті** є з'ясування причин, алгоритмів та значення лінгводидактичної роботи у комплексній реабілітаційній діяльності. **Завдання статті** ґрунтуються на потребі виявити слабкі місця в існуючих підходах до розвитку мовлення нечуючих дітей раннього дошкільного віку та розглянути ефективні моделі лінгводидактичного планування, ролі роботи з батьками в цьому питанні. **Джерельна база теоретичної частини дослідження:** праці українських, російських, польських медиків, сурдологів, сурдопедагогів, спецпедагогів, лінгвістів. **Джерельна база практичної частини:** матеріали катamnестичного спостереження дітей з різними вадами здоров'я у змінному контингенті ЧОНРЦ №1, матеріали доповіді, виголошеної автором на науково-практичній

конференції з міжнародною участю «Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина: перспективи розвитку та інноваційні технології медичної допомоги новонародженим» 10-11 вересня 2015 року (м. Чернівці, Україна).

**З історії закладу.** Комунальний загальноосвітній навчальний заклад «Чернівецький обласний навчально-реабілітаційний центр №1» (ЧОНРЦ №1) функціонує вже понад століття. За цей значний термін заклад, що займався соціально-педагогічною допомогою дітям з органічними ураженнями ЦНС, пройшов різні стадії розвитку та пережив усі історичні та соціальні події Буковини.

Відповідно до рішення магістрату від 10 липня 1907 року на околиці міста Чернівці була виділена земельна ділянка під будівництво «Інституту для сліпих і глухонімих дітей». Восени 1908 року збудовано одноповерховий будинок для навчання 30-40 учнів, а у 1910-1912 роках надбудували ще 2 поверхи. Засновником школи став Іоан Бошняк. Навчання проводилось то румунською, то німецькою мовами, залежно від того, до складу якої держави входила Буковина.

У 1933 році навчалось вже 110 дітей, з яких 93 – глухих. З 1934 року «Інститут» став «Державною спеціальною школою для сліпих і глухонімих». Освіта була 4-х класною. Навчання глухонімих проводилось чистим усним методом. Дактильна мова та міміка суворо заборонялися.

За Чернівецьким «Інститутом» було закріплене колишнє панське господарство з ділянкою землі, фермою та садами. Сади збереглися до цього часу.

У 1940 році Буковина возз'єдналась з Україною. Почали впроваджуватись українські програми та на-

вчальні плани. Міністерство направило з Київської школи глухих групу педагогів для організації навчального процесу. Директором призначають Масюк Г.О. Під час війни навчання було перервано, а в 1944 році обласний відділ народної освіти відновлює діяльність школи і директором призначають Лозинського В.Д., який керував школою до 1967 року. Щорічно зростає кількісний склад учнівського та педагогічного колективів.

У кінці 60-х років школу очолив молодий сурдопедагог Ключник В.М., який був беззмінним директором до 2002 року. До 90-х років учні навчалися 12 років і отримували повну середню освіту. З 1998 року заклад іменувався як «Чернівецька спеціальна загальноосвітня школа-інтернат №1 для глухих дітей»<sup>1</sup>.

Враховуючи побажання батьків та за сприянням обласного управління освіти і науки, з 2001 року в закладі почали навчатися та проходити реабілітацію діти зі складними порушеннями у розвитку (синдромом Дауна, помірною розумовою відсталістю, аутизмом). Згідно рішення сесії Чернівецької обласної ради № 162-39/10 від 19 серпня 2010 року «Про реорганізацію комунального закладу «Чернівецька спеціальна загальноосвітня школа-інтернат № 1» 12 квітня 2011 року на базі закладу був відкритий Чернівецький обласний навчально-реабілітаційний центр № 1. На сьогодні заклад приймає на реабілітацію дітей з помірними та тяжкими порушеннями розвитку, в т. ч. з комбінованими вадами, хоча переважають у контингенті центру нечуючі та слабочуючі діти зі збереженим інтелектом та / або легкими чи помірними вадами психо-мовного розвитку. Щодо географії – у ЧОНРЦ №1 до навчання та медико-соціальної реабілітації приймаються діти із західного регіону України.

**Комплексна реабілітація дітей з вродженими вадами психофізичного характеру.** У теперішній реабілітаційній практиці ми все частіше стикаємося з комбінованими вадами здоров'я дитини. Відтак, на першій сходинці реабілітаційної програми часом складно з'ясувати, яка з поставлених перед мультидисциплінарною командою фахівців проблема є домінуючою та буде в більшій мірі активаційною для розвитку дитини.

Треба сказати, що серед медичних працівників та спецпедагогів немає однаковості навіть у загальних засадах реабілітаційної діяльності. Вітчизняні школи спецпедагогіки та дитячої реабілітології сходяться на тому, що «починати слід із найбільш виразних та наглядних порушень, які передусім хвилюють батьків та заважають нормальному функціонуванню самої дитини»<sup>2</sup>. Засаднича криза такого підходу, на нашу думку, походить із помилкового уявлення про те, що дитина повинна «нормально функціонувати». В той час, як закордоном - у Польщі, Великобританії, Франції вважається, - що «...розвивати у дитині найперше необхідно ті її вміння та навички, які їй легко даються і такі, що не перешкоджаються вродженими вадами...»<sup>3</sup>. Так, вважається, що компенсаторний розвиток та комплексна робота з дитиною (медична реабілітація без відриву від психолого-педагогічної, адаптивної, розв'язкової) дають на перших порах кра-

щий результат, як для самої дитини, так і для її батьків. Результативність реабілітації дає надію на якісний результат, а в найкращому прогнозі – інклюзію.

На підтвердження ефективності останнього підходу, наведемо випадок із практики. У ЧОНРЦ №1 звернулися батьки з дитиною, що має комбіновані вади розвитку: Поліна (2 роки) з діагнозом *органічне ураження ЦНС, вестибуло-атактичний синдром, кондуктивна глухота, аутичні прояви, ЗНМ І рівня* (див. табл. 1). У віці 1,5 року їй було слухопротезовано.

Отже, на час старту індивідуального реабілітаційного планового втручання в центрі, окрім скарг, які вже були наявні (затримка психомовного розвитку, затримка загального розвитку, соматичні скарги (вроджені вади серця, порушення метаболізму та ін.), порушення особистісного розвитку, пов'язані з аутичними проявами, неврологічні порушення, пов'язані з вегето-судинною дистонією та ін.), дитина дістала ще емоційні розлади (тривожність, страх, розлади сну), які, можливо, пов'язані зі звуками, що стали їй доступними, проте не можуть стати зрозумілими на рівні сигнальної системи.

Для реабілітації цієї дитини спеціалісти центру, під керівництвом лікаря, що веде пацієнтку, розробили поетапний річний план. В цей час, коли пишеться стаття, половина його реалізована і досягнуті певні успіхи: у медичній реабілітації – покращено загальний стан дитини, у психолого-педагогічній реабілітації – щоденно ведеться робота над покращенням соціальної комунікативності дитини, розвитком сприймання-відтворення подій та емоцій, розвитком уваги та зосередженості, асоціацій предметно-символьного ряду, розвитком дрібної моторики та ін. Проте, сам випадок у реабілітаційній практиці, демонструє, що глухота, яка в певний момент катанестичного спостереження дитини була прийнята лікарем-педіатром за домінуючу нозологію (точніше таку, що перешкоджає якісному переходу дитини до комунікації зі світом і вже згаданого «нормального функціонування дитини»), була для неї захисним фактором особистості. При тих, вроджених вадах, які наявні у пацієнтки, що дозованіше і обережніше буде подана інформація (зокрема й кількість відкритих сенсорних каналів), то більше можливостей отримати від дитини адекватний комунікаційний відклик.

Наразі, в реабілітаційній діяльності фахівців у напрямку допомоги Поліні, прийнято другий підхід – розвиток «сильних сторін» дитини, залучення видів діяльності та примітивної комунікації, які викликають позитивні емоції, тренування тих, навичок і вмінь, які порівняно легко закріпилися і поступовий перехід від «легкодосяжного» до складніших потреб розвитку та адаптації.

У ЧОНРЦ №1 для досягнення позитивного результату у порівняно стислий термін і задля здійснення допомоги дітям раннього дошкільного віку (від 1,5 року), формуються різновікові мобільні групи для медико-соціальної реабілітації ( в т. ч. з комбінованими вадами психосоматичного характеру).

**Приклад: Вибірка дітей, що проходять реабілітаційну програму в ЧОНРЦ№1 на умовах мобільних груп. Інформація подана за реєстром 2015/2016 н. р.**

## Інформація про деяких дітей, що проходять реабілітацію на умовах змінного контингенту

Контингент	Вік	Стать	Нозології	Період реабілітації	План реабілітаційних заходів	Медицина реабілітація
Станіслав, Група раннього дошкільного віку	1,8	Чол.	СНТ, двохстороння нейросенсорна глухота, затримка психомовного розвитку	7 місяців	Спеціальні корекційні психолого-педагогічні заходи, групові та під групові заняття	Слухопротезування
Олександра, Різновікова мобільна група	2,5	Жін.	СНТ, двостороння нейросенсорна глухота, затримка психомовного розвитку	7 місяців	Індивідуальний план надання послуг з психолого-педагогічної корекції	Кохлеарний імплант (Medel)
Серафім, Змінний контингент	23	Чол.	РДА, затримка психомовного розвитку (1 рівня)	6 місяців	Індивідуальний план надання послуг з психолого-педагогічної корекції	-
Поліна, Змінний контингент	3	Жін.	Органічне ураження ЦНС, вестибуло-атактичний синдром, кондуктивна глухота, аутичні прояви, ЗНМ (1 рівня)	2,5 роки	Індивідуальний план надання послуг з психолого-педагогічної корекції	Масаж, ЛФК

За угодою батьків та ЧОНРЦ №1, дітям надається планова корекційно-розвиваюча допомога мультидисциплінарною командою фахівців: лікарі (педіатр, психіатр, фізіотерапевт, лікар з лікувальної фізкультури), молодший медичний персонал (медичні сестри, масажисти, інструктор ЛФК), які планують та здійснюють лікувально-відновлювальні та лікувально-профілактичні заходи, фізичну реабілітацію на базі обладнаних фізіотерапевтичного, масажного, кабінетів, залів лікувальної фізкультури тощо; спеціалісти корекційно-виховної та адапційної роботи: психологи, педагоги, сурдопедагоги, логопеди, дефектологи, спецпедагоги, вихователі). По закінченню терміну першого етапу індивідуальної програми реабілітації, буде опубліковано дані про результати роботи з дітьми зі змінного контингенту.

**Методика навчання мови.** Уже понад століття розвивається лінгводидактика (методика навчання мови) як наука в Україні, хоча термін з'явився в 1969-р. завдяки російському вченому М. Шанському. Існує таке визначення лінгводидактики, як «термін, що вживається на позначення функціональної частини методики, в якій досліджуються закономірності засвоєння мови, розв'язуються питання змісту курсу на основі лінгвістичних досліджень, вивчаються труднощі засвоєння мовного матеріалу та їх причини, визначаються принципи і методи навчання, шляхи і засоби формування комунікативної компетенції»<sup>4</sup>.

Також важливо, що цей термін вживається переважно на позначення методики вивчення рідної мови, тобто особливостей процесу опанування мови мислення. Когнітивний принцип мовлення та функції

мови, який виходить на перший план, створює відповідні моделі та закономірності пізнавальної функції мови. Головним постулатом лінгводидактики як науки є рівняння мовного розвитку: **щоб пізнавати – маємо інструмент мови, щоб засвоїти мову – маємо когнітивний досвід**. Алгоритм вивчення української мови дітьми та формування мовлення, коли українська є рідною вивчений досить слабо (окремі згадки в теорії мовознавства та педагогіки, що здійснили М. Кочерган, О. Караман, Т. Мельник, А. Нікітіна, С. Омельчук, Т. Окунович, Г. Передрій, Л. Скуратівський, В. Тихоша, Г. Шелехова)<sup>5</sup>.

На сьогоднішній день, ані загальна теорія мовознавства, ні філософія мови, ні практичне лінгвознавство не можуть дати відповідь на запитання, що ж домінує, що знаходиться на першому щаблі: мова, як інструмент пізнання світу, чи пізнавальна база, як основа і причина вивчення мови, для понятійної номінації та подальшої реалізації мовних функцій. Знову таки, когнітивну функцію мови вивисше над іншими вітчизняна наукова школа. Відтак, втрата слухового каналу сприйняття практично означає крах української лінгводидактики для нечуючих (слабочуючих), тому що освітня програма для дітей з сенсорними патологіями дидактично майже не відрізняється від програми для здорових дітей, тому прогноз невтішний: «При ранній глухоті усне мовлення формується хіба що штучно, зусиллями логопеда і сурдопедагога. Якщо таких спеціальних зусиль немає, в наявності - глухонімота. Швидше за все, рідною мовою для глухонімого стане не національна словесна, а жестова [мова, - авт.], словесна ж буде сприйматися як іно-

земна. Словесна мова залишиться на рівні набору окремих слів, представлена не усно, чи не мовленнєво, а дактильно - за допомогою особливого пальцевого (дактильного) алфавіту»<sup>6</sup>. Отже, вивчення української мови для нечуючих дітей організується тепер за лінгводидактичною моделлю іноземної мови для чуючих. На практиці це виглядає, як предметно-понятійне заучування, за допомогою наочного матеріалу та компаративне вивчення, де когнітивним ґрунтом є українська жестова мова. Щоправда в сензитивний період (від 0 до 3-х років), компаративний підхід є неможливим або майже відсутнім (частково застосовується для навчання української словесної мови у сім'ї нечуючих батьків, де дитина з народження вивчає жестову мову).

Починаючи з двох років, розвиток мовлення відбувається:

- на заняттях з розвитку мовлення,
- на спеціальних корекційних заняттях,
- на кожному занятті будь-якого напрямку,
- під час повсякденного спілкування у різних побутових, ігрових та навчальних ситуаціях. «Рекомендується проводити заняття, які носять інтегрований характер (напр.: діти говорять, читають, малюють, рахують і таке інше)»<sup>7</sup>.

Мовленнєва компетентність перш за все передбачає «вирішення соціальних (налагодження розгалужених соціальних контактів) питань, а також спрямована на розв'язання завдань морально-етичного (уміння налагоджувати взаємини та спільну діяльність, гармонізувати стосунки, висловлювати свою позицію) та пізнавального (знання мови як універсального засобу передачі інформації та вміння використовувати цей комунікативний засіб з метою отримання знань) характеру»).

Очікуваний результат цієї роботи полягає не у кількості слів та речень, заучених дитиною, а у мірі їх використання їх з комунікативною метою. Навіть обмежена кількість мовленнєвих одиниць при їх недосконалому фонетичному та граматичному оформленні за умови їх активного використання у повсякденні визнається більш значущим показником дитячого розвитку, ніж велика кількість вивчених, правильно оформлених слів та речень, які не стали для дитини інструментом спілкування та пізнання.

Використовуються методи навчання словесного мовлення, які різняться за кількома ознаками:

на базі якої форми мовлення (усної, писемної, дактильної, змішаної) відбувається опанування словесного мовлення,

який вид сприймання словесного мовлення превалює (зорове, слухо-зорове, слухове),

яка мінімальна мовна одиниця береться за основу під час навчання (звук, склад, слово, речення),

чи розкладаються на елементи мовленнєві одиниці,

за принципами добору мовленнєвого матеріалу (фонетичний, семантичний, діяльнісний),

за мірою наближення до природного шляху опанування мовлення та залученням „обхідних шляхів”,

за використанням додаткових засобів комунікації (національної жестової мови, калькованої жестової

мови, дактилювання), а також

за наявністю та способами взаємодії засобів комунікації у навчальному процесі (чи взаємодіють мовні системи під час навчання; якщо взаємодіють, то у який спосіб - здійснюється паралельний переклад чи кожна з мов має свою сферу застосування)»<sup>9</sup>.

Загальна дидактична спрямованість мовленнєвої лінії підпорядкована реалізації основної мети – формуванню словесного мовлення дітей зі зниженим слухом як засобу спілкування та пізнання. Розвиток мовленнєвих навичок у дошкільному віці передбачає: удосконалення пізнавальної діяльності дитини як підґрунтя для опанування нею мовлення, сприймання й розумінням зверненого мовлення в усній (говоріння) та писемній формах (глобальне та аналітичне читання), продукування власного мовлення в усній (говоріння) та писемній формах (письмо).

Мовленнєвий розвиток дитини зі зниженим або відсутнім слухом має специфічні особливості, ступінь прояву яких суттєво різняться і залежить від:

- наявності, своєчасності та адекватності слухо-протезування (індивідуальними слуховими апаратами або імплантування),

- своєчасності та якості сурдопедагогічної допомоги,

- міри участі батьків як перших вчителів мовлення дитини,

- стану слухової функції дитини.

Серед вказаних чинників стан слуху є важливим, але не має виключного, вирішального значення. Також спеціалісти уникають переліку мовленнєвих одиниць, які потрібно вивчити за певний час. Вони не розглядаються як предмет вивчення на тому чи іншому етапі навчання. Предметом засвоєння є способи передачі інформації мовленнєвими засобами.

**Висновки.** Отже, протягом викладення матеріалу та розглянувши різні аспекти реабілітаційної допомоги дітям раннього дошкільного віку, вдалось з'ясувати першочергову важливість ефективності лінгводидактичної роботи з дітьми раннього дошкільного віку, адже успіхи у засвоєнні української мови у цей – сензитивний – період або їх відсутність суттєво вплинуть на всі аспекти медико-соціальної реабілітації. Знання мови не тільки стимулює процес комунікації з дитиною, що є основоположним фактором у адаптаційній та розвитковій діяльності, але й забезпечує розвиток практично всіх зон головного мозку, чим забезпечує формування і гармонійний розвиток особистості. Також володіння мовою є чи не найважливішим маркером розвитку інтелекту. Затримка психічного розвитку дитини розглядається медиками та спецпедагогами в нерозривній єдності з розвитком мовлення. Всі спроби подолання інтелектуального відставання дитини пов'язані з зусиллями розвитку мовлення і сприйняття мови. Діяльність медичного кола фахівців у комплексній реабілітаційній роботі тісно пов'язана з мовленням дитини і її успіхами у засвоєнні мови – діагностування, спостереження і корекція певних вад – всі етапи пов'язані зі спілкуванням і їх точність, доречність, актуальність визначається в більшості

випадків емпіричним шляхом за допомогою комунікації.

## References:

- <sup>1</sup>Savchuk O. O. Reabilitacijni poslugy` Chernivecz`kogo oblasnogo navchal`no-reabilitacijnogo centru [Elektronny`j resurs]. – Rezhym dostupu: [http://kts-osvita.org.ua/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1179&Itemid=2](http://kts-osvita.org.ua/index.php?option=com_content&task=view&id=1179&Itemid=2)
- <sup>2</sup>Metody`ka navchannya ukrajins`koyi movy` v serednix osvithnix zakladax / Za red. I. M. Penty`lyuk. K.: Lenvit, 2009. S. 7.
- <sup>3</sup>Yakovleva L. M. Psy`xologichny`j suprovid ditej-auty`stiv / L. Yakovleva. – K.: Redakciyi zagal`noped. gazet, 2013. – 120 s.
- <sup>4</sup>Ly`sty` pro vy`xovannya ditej z vadamy` sluxu. Poradny`k dlya bat`kiv najmolodshy`x ditej. – Ly`st III. – John Tracy clinic & L`viv, 2007. – 28 s.
- <sup>5</sup>Suvorov A. V. Pry`chy`ny zaderzhky` rechevogo razvy`ty`ya pry` rannej gluxote /A. V. Suvorov // Matery`aly konferency`y` «Rech` v obshheny`y` psy`xology`chesky`e, psy`xology`ngvy`sty`chesky`e, defektology`chesky`e y` psy`xoterapevty`chesky`e aspekty». – M.: Psy`xology`chesky`j y`nstytut Rossy`jskoj akademiy` obrazovany`ya, 2009. – S. 70-72.
- <sup>6</sup>Il`yana V. Vy`vchennya stanu sformovanosti fonematy`chny`x procesiv u ditej iz porushennyamy` movlennyevogo rozvy`tku v konteksti poperedzhennya dy`sleksij // Osobly`va dy`ty`na: navchannya i vy`xovannya. - # 4 (72), 2014. – S. 31-39.
- <sup>7</sup>Dity` z porushennyam sluxu: krok za krokom vid diagnosty`ky` do inklyuziyi : posib. Dlya faxivciv ta bat`kiv / [avt. : B. S. Moroz, V. P. Ovsyany`k, O. M. Borysenko ta in. ; za red.: A. A. Kolupayevoyi, B. S. Moroz]. – K. : O. T. Rostunov, 2013. – 104 s.
- <sup>8</sup>Osobly`vosti rozvy`tku, vy`xovannya ta navchannya ditej z porushennyamy` sluxu doshkil`nogo viku: naukovy`metody`chny`j posibny`k / Za red.. Ly`tovchenko S. V.. – K. : Pedagogichna dumka, 2011. – 128 s.
- <sup>9</sup>Anistratenko A. «Rannye vtruchannya» u sy`stemi navchal`no-vy`xovny`x ta medy`ko-reabilitacijny`x zahodiv u roboti z dit`my` rann`ogo doshkil`nogo viku z organichny`my` urazhennyamy` nervovoyi sy`stemy` / A. Anistratenko // Materialy` naukovy`-prakty`chnoyi konferencyi z mizhnarodnoy uchastyu «Neonatologiya, xirurgiya ta pery`natal`na medy`cy`na:perspekty`vy` rozvy`tku ta innoivcijnij tehnologiyi medy`chnoyi dopomogy` novonarozheny`m» (Chernivci, 10-11 veresnya 2015 r.). [Elektronny`j resurs]. – Rezhym dostupu: [https://drive.google.com/a/bsmu.edu.ua/file/d/0B\\_9-xIeUR0KzZTktQUNub2ZMM28/view](https://drive.google.com/a/bsmu.edu.ua/file/d/0B_9-xIeUR0KzZTktQUNub2ZMM28/view).

**Anistratenko A. History of the development and practical linguodidactic work in complex rehabilitation of deaf children in early school age in CHRERC №1.** This article is devoted to the problems of Ukrainian linguistics in rehabilitation of children with sensory abnormalities. Autor pay attention for specifics of speaking practice for deaf children in daily activities of the multidisciplinary team of experts aimed at correcting phycological space and speaking ability of the deaf

person, its cognitive, mental and physical development in early school age.

In the current rehabilitation practice take place combined disabilities in 30 % of all cases. That why, the first step of the rehabilitation program have to find the dominant disease for getting development activation and start the early intervention by multidisciplinary team of specialists.

In CHRERC №1 multidisciplinary team of specialists work to achieve positive results in a relatively short period of time and to move early school age children medical care (1.5 -3 years old). For realize this program there was formed mobile groups for medical and social rehabilitation (it combined disabilities psychosomatic nature etc).

By agreement of parents and CHRERC №1, is given to children the planned remedial help by the multidisciplinary team of specialists: doctors (pediatrician, psychiatrist, physical therapist, doctor of physical therapy), nurses stuff (nurses, massage therapists, exercise instructor) who plan and carry out medical rehabilitation and medical preventive measures, based on physical rehabilitation equipped physiotherapy, massage, surgeries, physical therapy etc; Correctional, educational work si made by psychologists, teachers, tutors, speech therapists, pathologists, educators).

Study of Ukrainian language for deaf children is organized in linguodidactic model for foreign language. In practice it looks like the subject-conceptual learning, using visual aids and comparative study and there is Ukrainian as a soil cognitive sign language. But during sensitive period (0 to 3 years) comparative model is impossible or could be partly used for training Ukrainian verbal language in deaf parent families).

The expected result of this work is not the quantity of words and sentences child`s knowlage, but the extent of their using in communicative purposes. Even a limited number of speech units in their imperfect phonetic and grammatical design subject is more meaningful indicator of child development than a large number of studied properly processed words and sentences that were not an instrument of communication and studing.

The development of speech skills in early childhood provides: improving learning of the child as a basis for mastering by speech perception and understanding of facing broadcasting in oral (speaking) and writing (global and analytical reading), production of own speech in verbal (speaking) and writing (writing skills).

**Key words:** *linguodidactics, speech, Ukrainian language, comprehensive rehabilitation, sensorineural deafness, deaf, delay of mental and speech development, early preschool age.*

*Аністратенко Антоніна* – кандидат філологічних наук, викладач кафедри суспільних наук та українознавства Буковинського державного медичного університету. Коло наукових інтересів: літературознавство, мовознавство, викладання української мови як іноземної, соціальна реабілітація дітей з психофізичними вадами. Автор 70 наукових праць, статей, розвідок, у тому числі 2 монографій.

*Anistratenko Antonina* – PHD, lecturer of the Department of Social Sciences and Ukrainian Studies, Bucovinan State Medical University. Research interests: literary criticism, linguistics, teaching Ukrainian as a foreign language, social rehabilitation of children with mental and physical disabilities. Author of 70 scientific publications including 2 monographs.

Received: 14-06-2016

Advance Acces Publischer: July 2016

© A. Anistratenko, 2016