

УДК: 616.89-008.434

DOI 10.32626/2413-2578.2020-16.105-113

**А.А. Івахненко**

[annaivahnenko1@gmail.com](mailto:annaivahnenko1@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-4133-5400>

**І.В. Пущина**

[ivp-08@ukr.net](mailto:ivp-08@ukr.net)

[orcid.org/0000-0002-8070-8863](https://orcid.org/0000-0002-8070-8863)

## ВИДИ ПОРУШЕНЬ МОВЛЕННЄВОЇ ФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

**Відомості про авторів.** **Івахненко Анна**, кандидат педагогічних наук, завідувач кафедри спеціальної освіти Національного університету «Запорізька політехніка», Запоріжжя, Україна. У колі наукових інтересів: проблема корекції порушень мовлення у постінсультних хворих у ранньому відновлювальному періоді, різноманітність клінічної картини афазій у дорослих. E-mail: [annaivahnenko1@gmail.com](mailto:annaivahnenko1@gmail.com). **Пущина Ірина**, кандидат педагогічних наук, декан факультету управління фізичної культури і спорту Національного університету «Запорізька політехніка», Запоріжжя, Україна. У колі наукових інтересів: проблема професійної підготовки майбутніх фахівців зі спеціальної освіти у вищих навчальних закладах України. E-mail: [ivp-08@ukr.net](mailto:ivp-08@ukr.net)

**Contact: Ivakhnenko Anna**, Candidate of Pedagogic Sciences, Head of Department of Special Education of the National University «Zaporizhzhia polytechnic», Zaporizhzhia, Ukraine. Academic interests: the problem of speech therapy of post-stroke patients in the early rehabilitation period; different types of clinical picture of aphasia in adults. E-mail: [annaivahnenko1@gmail.com](mailto:annaivahnenko1@gmail.com). **Pushchina Irina**, Candidate of Pedagogic Sciences, Dean of Physical Culture and Sport Management Department of the National University «Zaporizhzhia polytechnic», Zaporizhzhia, Ukraine. Academic interests: the problem of professional training of future specialists in special education in higher educational establishments of Ukraine. E-mail: [ivp-08@ukr.net](mailto:ivp-08@ukr.net)

**Наявність матеріалів по темі дослідження.** **Івахненко А.А.** Особливості мовленнєвих розладів у хворих у постінсультний період / А.А. Івахненко // Тези доповідей науково-практичної конференції, Запоріжжя, 15-19 квітня 2019 р. [Електронний ресурс] / Редкол.: В.В. Наумик (відпов. ред.) Електрон. дані. Запоріжжя: ЗНТУ, 2019. С.84-86.

**Івахненко А.А., Пущина І.В. Види порушень мовленнєвої функції у пацієнтів після інсульту.** Стаття присвячена питанню диференціальної діагностики мовленнєвих порушень у дорослих хворих, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу. У статті розкрита актуальність

цієї проблеми в Україні на сьогоднішній день, наведена класифікація та характерні риси різних видів мовленнєвих порушень у пацієнтів, які перенесли інсульт. Розглядаються етіологія, локалізація ураження, патогенетичні механізми виникнення порушень мовленнєвої функції та клінічна картина трьох форм порушення експресивного мовлення (моторних афазій): аферентної (кінестетичної), еферентної (кінетичної) та динамічної афазії, а також трьох форм порушення імпресивного мовлення: сенсорної, семантичної та амнестичної афазій. Також указані особливості змішаної та тотальної афазій, які не увійшли у загальноприйнятту класифікацію за О.Р. Лурія. Крім того, у статті розглянута постінсультна дизартрія, як окрема форма ураження мовленнєвої функції після перенесеного інсульту. Описано характерні діагностичні симптоми бульбарної, псевдобульбарної, ексрапірамідної, мозочкової та коркової дизартрії. Наведено чотири ступені тяжкості порушення звуковимови при постінсультних дизартріях.

**Ключові слова:** інсульт, афазії, дизартрії, класифікація, діагностика.

**Ивахненко А.А., Пущина И.В. Анализ видов нарушений речевой функции у пациентов после инсульта.** Стаття посвящена вопросу дифференциальной диагностики речевых нарушений у взрослых больных, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения. В статье раскрыта актуальность этой проблемы в Украине на сегодняшний день, приведена классификация и характерные черты различных видов речевых нарушений у пациентов, которые перенесли инсульт. Рассматриваются этиология, локализация поражения, патогенетические механизмы возникновения речевых нарушений и клиническая картина трех форм нарушений экспрессивной речи (моторных афазий): афферентной (кинестетической), эфферентной (кинетической) и динамической афазий, а также трех форм нарушений импрессивной речи: сенсорной, семантической и амнестической афазий. Также указанные особенности смешанной и тотальной афазий, которые не вошли в общепринятую классификацию по А. Лурия. Кроме того, в статье рассмотрена постинсультная дизартрия, как отдельная форма поражения речевой функции после перенесенного инсульта. Описаны характерные диагностические симптомы бульбарной, псевдобульбарной, ексрапірамідної, мозжечкової и корковой дизартрии. Приведены четыре степени тяжести нарушения звукопроизношения при постинсультных дизартриях.

**Ключевые слова:** инсульт, афазии, дизартрии, классификация, диагностика.

**Ivakhnenko A., Pushchina I. Types of speech function disorders in patients after a stroke.** At present days in Ukraine speech disturbances are one of the most frequent reason of both invalidity and prolonged disability among the apoplectic population. The article is devoted to the differential diagnosis of speech disorders in adult patients after acute cerebrovascular accident. The article reveals the relevance of this problem in Ukraine, provides a classification

and characteristic features of various types of speech disorders in patients who have had a stroke.

The etiopathogenetic mechanisms of occurrence and the clinical picture of three forms of disorders of expressive speech (motor aphasia) are considered: afferent (kinesthetic), efferent (kinetic) and dynamic aphasia, as well as three forms of impaired speech: sensory, semantic and amnesic aphasia.

Both general types of aphasia and speech impairment agents were identified according to analysis of literary data. The oral memory, phonematic hearing, speech appreciation, writing, reading and others are the miscellaneous primarily damaged forms of language behavior under lying the basis of any aphasic disorder. In order to compile management program of recovery methods the grades of aphasic disorders were distinguished. All types of language behavior were arranged depending to form of aphasia. Also, these features of mixed and total aphasia, which were not included in the generally accepted classification according to A. Luria.

In addition, the article considers post-stroke dysarthria as a separate form of speech function impairment after a stroke. The characteristic diagnostic symptoms of bulbar, pseudobulbar, epi-pyramidal, cerebellar and cortical dysarthria are described. Four degrees of severity of sound disorders in post-stroke dysarthria are presented.

**Key words:** stroke, aphasia, dysarthria, classification, diagnosis.

Гострий мозковий інсульт посідає друге місце у переліку головних причин смерті та функціональної неспроможності в Україні. За офіційною статистикою в нашій країні щороку стається 100000-110000 інсультів (понад третина з них – у людей працездатного віку), 30-40% хворих на інсульт помирають упродовж перших 30 днів і до 50% – протягом року від початку захворювання; 20-40% хворих, що вижили, стають залежними від сторонньої допомоги (12,5% первинної інвалідності) і лише близько 10% повертаються до повноцінного життя (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 28.10.2019 р.). Гострий мозковий інсульт може спричинити параліч кінцівок, втрату зору, порушення ходи, мовлення та психічних функцій. Особливу тривогу викликає зростання частоти інсульту серед людей працездатного віку: близько третини всіх інсультів виникає у віці до 60 років, і лише невелика частка з тих, хто пережив інсульт, повертається до роботи.

Мовлення – це одна з вищих психічних функцій, яка організує і поєднує інші психічні процеси, такі як сприйняття, пам'ять, мислення, уява, довільна увага. Мовленнєва функція є складним психофізіологічним процесом тому, що вимагає в першу чергу одночасної роботи зорового, слухового і кінестетичного аналізаторів, узгодженої діяльності відразу декількох коркових центрів, повноцінної периферичної іннервації м'язів язика, гортані, м'якого неба, правильної координації дихання та ін. Саме тому у пацієнтів, які перенесли інсульт, порушення мовлення спостерігаються більш ніж в 30% випадків і є другим за значимістю і

поширеністю дефектом після рухових порушень. У результаті розладу мовленнєвої функції різко порушуються комунікативні здібності, що негативно впливає на можливість спілкування з близькими і медичним персоналом й веде до наростання фрустрації, депресії і, в підсумку, до соціальної депривації цих пацієнтів. Все вищезазначене загалом ускладнює і уповільнює лікувально-реабілітаційний процес і знижує якість життя пацієнта та його сім'ї. Тому своєчасна діагностика різних видів порушень мовлення у пацієнтів після інсульту є важливими складовими успішної корекційної програми.

**Мета дослідження:** аналіз різних видів порушень мовлення у пацієнтів після інсульту, а також їх класифікація за патогенетичним механізмом і характерними проявами.

Порушення мовленнєвої функції після інсульту можна розділити на дві великі групи: афазії та дизартрії.

Афазія (від грец. *a* – негативна частка; *phasis* – мовлення) – повна або часткова втрата мовлення, обумовлена локальним ураженням кори головного мозку при відсутності розладів артикуляційного апарату і слуху [3, с. 30]. Це системне порушення вже сформованого мовлення, яке охоплює різні рівні організації цієї функції, впливає на його зв'язки з іншими психічними процесами та призводить до дезінтеграції всієї психічної сфери індивіда. Афазія характеризується порушенням всіх сторін мовлення: фонетики, лексики, граматики.

При локальному порушенні мозкового кровообігу клінічна картина мовленнєвих порушень у більшості випадків збігається із зоною ураження. Якщо вогнище розташоване в передніх відділах головного мозку, то це призводить до порушення кінетичної моторної програми або планування та програмування мовленнєвого висловлювання. При локалізації вогнища в середніх (тім'яних) відділах спостерігається порушення кінетичної моторної програми. Вогнище у задніх відділах призводить до слабкості слухо-мовленнєвої пам'яті, порушення фонематичного сприйняття і / або семантики мови [5, с. 3].

На сьогоднішній день існує багато різних класифікацій афазій, але найбільш поширеною класифікацією є класифікація за О. Лурія, який виділив шість форм афазій, з яких три форми порушення експресивного мовлення (моторні афазії): аферентна (кінестетична), еферентна (кінетична) та динамічна афазія, а також три форми порушення імпресивного мовлення: сенсорна, семантична та амнестична афазія [2, с. 347-401].

*Моторна афазія аферентного типу* виникає внаслідок ураження вторинних зон постцентральної та нижньотім'яних відділів кори головного мозку, які розташовані позаду від центральної Роландової борозни переважно лівої півкулі. Центральним механізмом розладів при аферентній моторній афазії є порушення кінестетичних відчуттів (кінестетична апраксія). Цей механізм призводить до центрального

порушення – порушення тонких артикуляційних рухів, що проявляється у нездатності при вимові встановити необхідне положення артикуляційних органів: губ, язика. Провідним симптомом моторної афазії є порушення моторної сторони мовлення. Аферентна моторна афазія проявляється або у повній відсутності усного (експресивного) мовлення, або у великій кількості літеральних парафазій у всіх видах експресивного мовлення.

*Моторна афазія еферентної типу* характеризується ураженням нижніх відділів премоторної зони переважно лівої півкулі внаслідок локального порушення мозкового кровообігу. Ця область головного мозку відноситься до вторинних полів третього функціонального блоку і відповідальна за кінетичну мелодію мовленнєвого висловлювання, тобто забезпечує плавну зміну одного орального або артикуляційного акту іншим, що необхідно для злиття артикуляції в послідовні суцесивно організовані ряди – «кінетичні рухові мелодії». При вогнищевих ураженнях премоторної зони виникає патологічна інертність артикуляційних актів, з'являються персеверації, які перешкоджають вільному переключенню з однієї артикуляційної пози на іншу, порушується кінетична моторна програма. Тому мова стає розірваною, супроводжується застряганням на будь-яких фрагментах висловлювання. Це відбивається на читанні, письмі та розумінні мовлення.

*Динамічна афазія* обумовлена ураженням задньолобних відділів лівої півкулі, розташованих спереду від «зони Брока», які відносяться до префронтальної кори. Ця ділянка кори головного мозку відноситься до третинних полів третього функціонального блоку. Вона відіграє вирішальну роль у формуванні намірів і програм, а також в регуляції та контролі складних форм поведінки людини, тобто відповідає за формування активної поведінки, спрямованої в майбутнє. Відзначається мовна спонтанність й інактивність. Розрізняють два варіанти: перший характеризується порушенням функції мовленнєвого програмування (пацієнт користуються мовними штампами), мовлення збідніле і спостерігаються односкладові відповіді в діалозі; другий характеризується порушенням граматичного структурування, в мовленні наявні експресивний аграматизм «узгодження», «телеграфний стиль». В цілому дане мовленнєве порушення проявляється в труднощах побудови фрази і труднощі ініціації мови, висловлювання власних думок.

*Сенсорна афазія* обумовлена ураженням верхньоскроневих відділів («зона Верніке»). Первинне порушення – порушення фонематичного слуху (розпад здатності до акустичного аналізу звуків мови), що створює труднощі процесу звукорозрізнення. З'являється феномен «відчуження сенсу слова» (розшарування звукової оболонки і її предметної віднесеності; звуки втрачають своє стабільне звучання і кожен раз сприймаються спотворено). Це призводить до грубого порушення імпресивного мовлення. Хворий перестає розуміти звернене до нього мовлення, при цьому в результаті порушення слухового контролю у нього

спостерігається логорея, заміни одних слів і звуків іншими (вербальні і літеральні парафазії). Процес мовленнєвого спілкування в цілому стає недоступним.

*Семантична афазія* обумовлена ураженням тім'яно-скронево-потиличних областей лівої домінантної півкулі. Основний прояв мовленнєвої патології – порушення симультанного гнозиса і порушення зорово-просторового сприймання. Центральним мовленнєвим порушенням виступає неможливість розуміння складних логіко-граматичних конструкцій мовлення. Вторинним ускладненням є нерозуміння переносного значення слова і семантики мовлення в цілому, акалькулія, порушення схеми тіла.

*Амнестична афазія* обумовлена ураженням в середніх і задніх відділах скроневої області домінантної півкулі (поля 37 і 40 Бродмана). Порушення проявляється в слуховій мнестичній діяльності. Пацієнти втрачають здатність до утримування в пам'яті сприйнятої на слух інформації, проявляючи тим самим звуження обсягу мовно-слухової пам'яті, акустичного сприймання, порушення зорових предметних образів-уявлень. Отже, амнестична афазія характеризується порушенням номінативної функції мовлення, тобто труднощами називання предметів. При цьому підказка першого складу зазвичай допомагає згадати потрібне слово. Забуті назви предметів хворий в процесі бесіди прагне замінити описом їх призначення. Все це призводить до труднощів розуміння розгорнутого мовлення [2, с. 28- 30; 5, с. 12-42].

На сьогодні класифікація афазій за О. Лурія допомагає уточнити природу порушення та розробити програму реабілітації, але «чисті» види афазій зустрічаються рідко. Часто зустрічаються випадки, коли у одного пацієнта спостерігаються кілька різновидів порушення мовлення одночасно, що пов'язано з анатомічною близькістю зон контролю мовлення у головному мозку. Тоді говорять про змішану або комплексну афазію. Найбільш вираженою формою змішаної афазії є тотальна афазія, яка виникає при розлитих інсультах в басейні середньої мозкової артерії, коли зона ішемічного ушкодження охоплює як задньолобові, так і скроневі відділи домінантної півкулі головного мозку. Отже, страждає як ініціація мовлення, так і фонематичний слух, тобто пацієнт не розуміє зверненого до нього мовлення, і має порушення власного мовлення. Клінічна картина характеризується поєднанням симптомів сенсорної і моторної афазії (сенсомоторна афазія) [2, с. 30].

Крім того, принципово важливим питанням є визначення причин того, що одні і ті ж форми афазії проявляються по-різному у різних хворих з ідентичними осередками ураження, без значущих вікових та інших відмінностей, які могли б бути причиною розбіжності у них синдромів афазії. Про проблему варіабельності афазій вказувала Т. Візель у результатах власних досліджень. Нею були виділені синдроми, які не

укладаються в існуючі концепції афазій та були названі атиповими видами [1, с. 18-28].

Окремою формою ураження мовленнєвої функції після перенесеного інсульту є дизартрія. Це порушення вимови, яке виникає внаслідок органічного ураження центральної та периферійної нервової системи. При дизартрії порушується не тільки звуковимова майже усіх груп звуків, але і просодична сторона мовлення: голос, інтонація, темп, ритм. Ступінь вираженості порушення звуковимови залежить від характеру і тяжкості ураження нервової системи. При важких ураженнях мовлення стає неможливим через цілковитий параліч артикуляційних м'язів. Таке порушення мовленнєвої функції називається анартрія.

За рівнем локалізації ураженого відділу нервової системи розрізняють наступні форми дизартрій:

*Бульбарну*, пов'язану з ураженням ядер, коренів або периферійних відділів бульбарної групи черепно-мозкових нервів. Для бульбарної дизартрії характерні арефлексія, амімія, розлад смоктання, глотання твердої і рідкої їжі, жування, гіперсалівація, викликані атонією м'язів порожнини рота. Артикуляція звуків невиразна і вкрай спрощена. Типовими є назалізація тембру голосу, дисфонія або афонія.

*Псевдобульбарну*, пов'язану з ураженням корково-ядерних провідних шляхів. При псевдобульбарній дизартрії характер розладів визначається спастичним паралічем і м'язовим гіпертонусом. Найбільш чітко це проявляється в порушенні рухів язика: великі труднощі викликають спроби підняти кінчик язика вгору, відвести в сторони, утримати у зазначеному положенні. При псевдобульбарній дизартрії утруднений перехід з однієї артикуляційної позиції на іншу. Типові вибіркові порушення довільних рухів, поява сінкінезій; салівація, посилення глоткового рефлексу, захлинання, дисфагія. Мовлення хворих із псевдобульбарною дизартрією змазане, невиразне, має назальний відтінок, грубо порушено нормативне відтворення голосних звуків, свистячих і шиплячих.

*Екстрапірамідну* (підкіркову), пов'язану з ураженням підкіркових вузлів і їх зв'язків з різними відділами головного мозку. Для цієї форми дизартрії характерна наявність гіперкінезів – мимовільних насильницьких рухів м'язів, у тому числі мимічних і артикуляційних. Гіперкінези можуть виникати в спокої, однак зазвичай посилюються при спробі почати розмову, викликаючи артикуляційний спазм. Відзначається порушення тембру і сили голосу, просодичної сторони мовлення; іноді у пацієнтів виринаються мимовільні гортанні вигуки. При підкірковій дизартрії може порушуватися темп мовлення по типу браділалії, тахілалії або мовленнєвої дизаритмії (органічного заїкання).

*Мозочкову*, обумовлену ураженням мозочка і його провідних шляхів. Типовим проявом мозочкової дизартрії є порушення координації рухів м'язів, що беруть участь в мовленнєвому процесі, наслідком чого є тремор

язика, поштовхоподібне, скандоване мовлення. Відзначається знижений тонус м'язів язика і губ, темп рухів уповільнений, відзначаються труднощі утримання артикуляційних укладів і слабкість їхніх відчуттів, м'яке піднебіння провисає, жування послаблено, міміка млява.

*Коркову*, обумовлену вогнищевими ураженнями кори головного мозку. Коркова дизартрія за своїми мовленнєвими проявами нагадує моторну афазію і характеризується порушенням довільної артикуляційної моторики, але при цьому відсутні розлади мовленнєвого дихання і фонації.

Порушення звуковимови при дизартрії можуть бути виражені в різному ступені – від окремих фонетичних порушень за типом спотворення звуків до повного паралічу м'язів, при якому мовлення відсутнє повністю. Виділяють чотири ступені тяжкості дизартрії:

1- й ступінь (стерта дизартрія) – порушення звуковимови можуть бути виявлені тільки логопедом-афазіологом при спеціальному обстеженні;

2- й ступінь – порушення звуковимови помітні оточуючим, але в цілому мовлення залишається зрозумілим;

3- й ступінь – розуміння мовлення пацієнта з дизартрією є доступним тільки близькому оточенню і частково стороннім людям;

4- й ступінь – мовлення відсутнє або незрозуміле навіть найближчим людям (анартрія) [2, с. 30-28].

Отже, порушення мовленнєвої функції є другим за значимістю і поширеністю постінсультним порушенням після патологічних змін у руховій сфері. До порушень мовлення після інсульту відносять постінсультні афазії та дизартрії. Складність диференціальної діагностики постінсультних афазій та дизартрій полягає у варіативності їх клінічних проявів, які залежать від цілої групи факторів, таких як етіологія, локалізація та обсяг вогнища, механізму та структури порушення, а також характерних симптомів тощо.

### Бібліографія

**1. Визель Т.Г.** (2015). Вариативность форм афазии. Барнаул. АлтГПУ. **2. Курушина В.О.,** Барулин А.Е., Куракова Е.А., Ансаров Х.Ш. (2017). Нарушения речи и их коррекция у пациентов после инсульта (Москва). Научно-практический журнал для врачей. №5. С.28-32. **3. Селиверстов В.И.** (1997). Понятийно-терминологический словарь логопеда. Москва. ВЛАДОС. **4. Шеремет М.К.** (2017). Логопедия. Київ. Слово. **5. Щербакова В.В.,** Котов С.В. (2014). Программы восстановления речевого мышления у больных с последствиями инсульта. Москва. Моники.

### References

**1. Vazel T.G.** (2015). Variativnost form afazii. Barnaul. AltGPU. [in Russian]. **2. Kurushina O.V.,** Barulin A.E., Kurakova E.A., Ansarov H.Sh. (2017). Speech disorders and their correction in post-stroke patients. (Moscow). Scientific and practical journal for doctors. №5. С.28-32 [in Russian].

<https://rucont.ru/efd/390966>; 3. **Seliverstov V.I.** (1997). Ponyatijno-terminologicheskij slovar logopeda. Moskva. VLADOS [in Russian]. 4. **Sheremet M.K.** (2017). Speech Therapy. Kiev. Word. [in Ukrainian]. 5. **Sherbakova V.V., Kotov S.V.** (2014). Programmy vosstanovleniya rechevogo myshleniya u bolnyh s posledstviyami insulta. Moskva. Moniki [in Russian].

Авторський внесок: Івахненко А.А. – 50%, Пущина І.В. – 50%. 19.03.2020  
Дата відправлення статті 23.02.2020 р.

УДК 376

DOI 10.32626/2413-2578.2020-16.113-121

**В.А. Кисличенко**

[victoria.kislichenko@gmail.com](mailto:victoria.kislichenko@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-0684-1746>

## ІНТЕРАКТИВНА ВЗАЄМОДІЯ ЛОГОПЕДА З БАТЬКАМИ У ПРОГРАМІ ЛОГОПЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ

**Відомості про автора:** Кисличенко Вікторія, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри спеціальної освіти Миколаївського національного університету ім. В.О. Сухомлинського, Миколаїв, Україна. E-mail: [victoria.kislichenko@gmail.com](mailto:victoria.kislichenko@gmail.com).

**Contact:** Kyslychenko Viktoria, PhD, V.O.Sukhomlynskyi Mykolaiv National University, Mykolaiv, Ukraine. E-mail: [victoria.kislichenko@gmail.com](mailto:victoria.kislichenko@gmail.com)

**Відомості про наявність друкованих статей на дану тематику.**  
**Кисличенко В.А.** Логопедичний супровід сім'ї в умовах груп корекції мовлення // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць: вип. 7, у 2 т., т. 1 / за ред. В.М. Синьова, О.В. Гаврилова. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори-2006, 2016. С.176-185. **Кисличенко В.А.** Логопедичний супровід сім'ї дитини із затримкою психічного розвитку URL: <http://www.ikpp.npu.edu.ua/nch19kpsp/arkhiv/139-naukovyi-chasopys-npu-imeni-m-p-drahomanova-seriia-19-korektsiina-pedahohika-ta-spetsialna-psykholohiia-zbirnyk-naukovykh-prats-28>

**Кисличенко В.А.** Розвиток словника засобами образотворчої діяльності у дітей із загальним недорозвитком мовлення URL: <http://www.ikpp.npu.edu.ua/nch19kpsp/arkhiv/139-naukovyi-chasopys-npu-imeni-m-p-drahomanova-seriia-19-korektsiina-pedahohika-ta-spetsialna-psykholohiia-zbirnyk-naukovykh-prats-36>