

**Kartavaya Y.O. Comparative analysis of the components of the musical development of preschool children with reduced and normal vision.**

The article is filed comparative analysis of the levels of development of the components of musical development of visually impaired preschool children and their healthy peers. Method of research components of musical development includes three blocks of tasks: to determine the level of development of musical and sensory functions (conscious understanding of music, Dynamic Hearing, tempo-rhythmic feeling), psychomotor (motor memory, spatial orientation, static and dynamic coordination of movements with the music) musical creativity and motor (motor skills musical improvisation and musical expressiveness-motor image created by children).

Comparative analysis of the components studied musical development of preschool children 5-6 years with low vision and their peers with normal vision showed that children in the experimental group have significantly poorer quantitative and qualitative indicators as compared to control children. The obtained results of the study indicate the need for targeted remedial work. Violations and features musical development should be targeted exposure correction by means of musical art during music lessons, and various kinds of musical activity.

*Keywords:* musical development, preschool children with low vision, comparative analysis, musical and sensory functions, psychomotor functions, musical and motor creativity.

Стаття надійшла до редакції 05.11.2014

Статтю прийнято до друку 15.11.2014

Рецензент д. п. н, проф. Куненко Л.О.

УДК: 376.

**ЛОГОПЕДАГОГІЧНИЙ СУПРОВІД СІМ'Ї ДИТИНИ З РУХОВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

**Кисличенко В.А.**

кандидат педагогічних наук

В останні роки статистичні дані засвідчують постійне зростання кількості дітей з руховою патологією. Частіше за все чинником ризику виникнення у дитини рухової патології є перинатальні ураження ЦНС, що об'єднують різні патологічні стани, зумовлені впливом на плід шкідливих факторів у внутрішньоутробному періоді, під час пологів та в ранні терміни після народження. За даними різних авторів, в даний час ПЕП зустрічається в 83,3% випадків [2]. У дітей з перинатальною церебральною патологією поступово з дозріванням мозку виявляються ознаки пошкодження або порушення розвитку різних ланок рухового аналізатора, а також психічного, домовленнєвого та мовленнєвого розвитку. Перинатальна патологія є однією з основних причин рухових розладів, що ускладнюють навчання дітей у загальноосвітніх школах, а в подальшому і їх соціалізацію.

Основну масу дітей з руховою патологією складають діти з церебральним паралічем (89%). Однак на першому році життя діагноз «дитячий церебральний параліч» ставиться тільки тим дітям, у яких виражено важкі рухові розлади: порушення тону м'язів, обмеження їх рухливості, патологічні тонічні рефлекси, мимовільні насильницькі рухи (гіперкінез та тремор), порушення координації рухів і т.д. Іншим дітям, як правило, ставиться діагноз «перинатальна енцефалопатія; синдром церебрального паралічу (або синдром рухових розладів)».[6]

Рухові порушення несприятливо впливають на формування психічних і мовленнєвих функцій. У більшості дітей з церебральним паралічем відзначаються затримка темпів і якісні відхилення у розвитку психіки. У структурі мовленнєвого дефекту провідною ланкою є мовнорухові (дизартричні) розлади, які проявляються у всіх дітей раннього віку з ДЦП та мають різний ступінь вираженості. У багатьох дітей вони поєднуються з затримкою домовленнєвого та мовленнєвого розвитку, що надалі проявляються у вигляді різних форм дизартрії.

Сучасний етап розвитку корекційної педагогіки і психології внаслідок постійного збільшення дітей з фізичними і психічними недоліками, характеризується пошуком нових шляхів їх соціальної адаптації. Ми переконані, що соціалізація дитини з особливими потребами не може бути досягнута без залучення до цього процесу сім'ї, і в першу чергу, батьків уже на самих перших етапах життя дитини.

Дослідженнями (О.М.Вінарська, І.І.Мамайчук, О.М.Мастюкова, О.Б.Половинкіна, В.І.Козьявкін) доведено, що якомога ранній початок корекційної роботи, в разі раннього виявлення в перші місяці життя, сприяє значним успіхам та подоланню перинатальної патології. Дослідження Л.О.Бадаляна, О.М.Мастюкової, К.А.Семенової показують, що за умови ранньої діагностики (не пізніше 4 - 6-місячного віку дитини) і раннього початку адекватного систематичного медико-педагогічного впливу практичне одужання і нормалізація різних функцій можуть бути досягнуті в 60 - 70% випадків до 2 - 3-річного віку.

Як відомо, діти від народження до 3 років не здатні до довільної самоорганізації поведінки. Виокремлюючи етапи розвитку першого року життя дитини, Л.С.Виготський підкреслював, що досягнення кожного вікового періоду не зникають безслідно, а втрачають тільки самостійне існування і стають складовими частинами, підпорядкованими нервовим та психічним утворенням більш високого порядку. Психічне життя кожного періоду

вносить свої типові риси психологічних новоутворень у розвиток дитини. У всіх періодах психічне життя дитини вплетене у соціальне життя оточуючих людей, а соціальне життя є водночас її психічним життям. Вся діяльність немовляти здійснюється через дорослого. Шлях через інших, через дорослих - основний шлях діяльності дитини в цьому віці. Тому саме сім'я має розглядатися як основний стабілізуючий фактор розвитку дитини.

Узагальнюючи дані вивчення дітей раннього віку з перинатальною патологією, можна констатувати, що у них не відбувається завершеності у жодному з етапів, характерних для нормального розвитку, до кінця першого року життя при різному характері первинного порушення спостерігаються подібні, хоча і викликані різними причинами, вторинні відхилення в емоційному, сенсорному та моторному розвитку.[1] Одними з найбільш істотних вторинних відхилень є:

1) несформованість (або відсутність) способів засвоєння суспільного досвіду (вміння діяти за вказівним жестом, готовність до спільних дій, наслідування та дії за мовленнєвою інструкцією), 2) несформованість невербальних форм і засобів спілкування (емоційно-особистісного, експресивно-мімічного).

За дослідженнями О.Б.Половинкіної, діти з перинатальною патологією, які не пройшли комплексну реабілітацію, в 100% випадків до року мали яскраво виражені відхилення в соматичному, емоційному, сенсорному і моторному розвитку. Було втрачено шанс відновити їх соматичне і психічне здоров'я і своєчасно включити в систему корекційних занять.[6]

Традиційним у лікуванні рухової патології є корекція сформованого патологічного рухового стереотипу. У той же час педагогічна робота з розвитку психічних і мовленнєвих функцій та корекції їх порушень починається, як правило, занадто пізно (тільки після 3 - 5 років), коли сензитивний період розвитку психіки й мовлення упущений. Батьки не розуміють важливості проведення одночасної корекційно-розвивальної роботи всіх функціональних систем. З цієї точки зору на сьогоднішній день надзвичайно актуальним є питання логопедичного супроводу сім'ї дитини з мовноруховими порушеннями.

У межах нашої програми логопедичного супроводу сім'ї ми передбачали не тільки традиційні форми роботи логопеда, але й форми превентивної роботи з широким колом сімей у період очікування, раннього та молодшого дошкільного віку дитини: логоінформування та логоконсультування. Під логоінформуванням ми розуміємо надання батькам інформації щодо закономірностей типового та нетипового мовленнєвого розвитку, причин та наслідків мовленнєвих порушень, проявів порушень мовлення.[4]

Передбачуване прогнозування дизартрії можна спостерігати з самого народження дитини. В анемнезі дитини з симптомами псевдобульбарної дизартрії, як правило, згадуються надмірне рухове занепокоєння, постійний і безпричинний плач, стійкі порушення сну, слабкість крику, відмова від грудного годування, труднощі утримання соска, млявість акту смоктання, рясні зригування, швидка стомлюваність.[2]

Показники психомоторного розвитку дітей коливаються від норми до вираженої затримки. Діти, як правило, соматично ослаблені, іноді у них відзначається судомний синдром.

У значної частини дітей з дизартрією мовленнєвий розвиток сповільнений. Перші слова з'являються у віці 1,5 - 2 роки. Фразове мовлення з'являється у 2 - 3 роки, а в деяких випадках - в 4. При цьому мовлення дітей залишається фонетично несформованим.[3]

При дизартрії присутня неврологічна симптоматика, яка виявляється в ході спеціального обстеження із застосуванням функціональних навантажень. Загальномоторна сфера дітей з дизартрією характеризується уповільненими, незграбними, скутими, недиференційованими рухами. Іноді рухливість надмірна, рухи є непродуктивними і безцільними. Також характерні порушення дрібної моторики, які проявляються переважно в порушенні точності, швидкості і координації рухів. [3]

Всі ці симптоми при дизартрії у дітей без порушень опорно-рухового апарату проявляються у менш вираженій формі.

Особливості мовленнєвої моторики у дошкільників з дизартрією обумовлені порушенням функціонування тих рухових нервів, які беруть участь в артикуляції.[5] Особливо часто порушуються диференційовані рухи губ, кінчика і спинки язика. В одних випадках спостерігаються деяка скутість рухів, неможливість виконання складних рухів, в інших - рухове занепокоєння, гіперкінези язика і мускулатури обличчя, труднощі або неможливість знаходження та утримання заданих артикуляційних поз, синкінезія (рухи нижньої щелепи при підніманні язика вгору і т.д.). Змінюється швидкість перемикання мовленнєвих рухів, виникають персеверації і перестановки, що викликано порушенням сприйняття рухового ряду. [2]

У дітей з дизартрією страждає не тільки рухова ланка ФСММ. Мають місце розлади кінестетичного сприйняття артикуляційних поз і рухів. Порушення зворотної кінестетичної афференції може затримувати інтеграцію різних функціональних систем, що мають безпосереднє відношення до мовленнєвого процесу (рухово-кінестетичної, слухової і зорової систем).

Як зазначала О.В. Правдіна, порушення мовленнєвої моторики є провідною патологічною ланкою при дизартрії. Розлад рухової сфери призводить до порушень фонетичної сторони мови: страждає артикуляція, голос

та інші просодичні компоненти мови.

Мовленнєве дихання тісно пов'язане з голосоутворенням, тому мелодико-інтонаційні розлади, викликані порушенням дихання, є найбільш стійкою ознакою дизартрії. Ці розлади впливають на розбірливість і емоційну виразність мовлення. Можуть відзначатися недостатня сила голосу (голос слабкий, тихий, виснажуваний у процесі мовлення), порушення тембру голосу (глухий, немодульований, хрипуватий, монотонний, напружений, переривчастий і т.д.), слабка вираженість голосових модуляцій. Також спостерігаються порушення формування інтонаційної структури речення. Можуть зустрічатися порушення координації дихання, фонації та артикуляції.

Ураження рухових механізмів мовлення в домовленнєвому періоді, особливо в поєднанні з сенсорними розладами, може призводити до складної дезінтеграції та патології всіх ланок мовленнєвого розвитку. [3]

Неперервність логопедичного супроводу сімей забезпечується розподілом обсягу та змісту роботи на періоди, що відповідають віковим особливостям розвитку дитини: I період — період очікування; II період — від народження до 3-х років; III період — від 3-х до 4-х років; IV період — від 4-х до 6-ти років.

Основними складовими логопедичного супроводу сім'ї ми визначили: інформування, консультування та логопедичну допомогу. У межах сімейно-центрованого підходу найбільш важливою складовою логопедичного супроводу є узгоджена робота логопеда та сім'ї дитини, починаючи з раннього віку.

Відповідно до основних напрямів та завдань розробленої нами програми логопедичного супроводу, зміст роботи у кожному періоді складається з наступних блоків: інформаційного, діагностичного, консультативного, теоретичного, практичного. Зміст роботи логопеда має свою специфіку не тільки у зв'язку з віковим періодом, але й з наявними передумовами мовленнєвих порушень. [4]

**I-й період** включає інформування майбутніх матерів щодо закономірностей домовленнєвого періоду у житті дитини, типового та нетипового психофізичного та мовленнєвого розвитку. Основне завдання – створити логоінформаційне поле з метою викликати у батьків бажання контролювати перебіг розвитку мовлення дитини, починаючи з домовленнєвого періоду, яке б допомагало батькам співвіднести норми мовленнєвого розвитку та стан мовлення власної дитини, звертатися за консультацією до логопеда.

Інформаційний блок у **II-му періоді** включає інформування батьків дітей від народження до 3-х років щодо норм мовленнєвого розвитку, причин та наслідків мовленнєвих порушень, стратегій оволодіння дитиною мовленням, шляхів інтенсифікації розвитку мовлення.

У випадку наявності ПЕП, у II періоді батькам необхідно надати інформацію щодо основних напрямків корекційно-розвивальної роботи з дитиною у домовленнєвий період:

1. Розвиток емоційного спілкування з дорослим (стимуляція «комплексу пожвавлення», включення спілкування в практичну співпрацю дитини з дорослим).
2. Розвиток сенсорних процесів (зорового і слухового зосередження, локалізації звуку в просторі, рухово-кінестетичних відчуттів).
3. Формування підготовчих етапів розуміння мови. Підготовка починається з розвитку сприйняття різних інтонацій голосу дорослого та адекватної реакції на них (усмішки, сміху або образи, плачу).
4. Формування рухів рук та дій з предметами.
5. Нормалізація тону м'язів і моторики артикуляційного апарату (зменшення ступеня прояву рухових дефектів мовленнєвого апарату - спастичного парезу, гіперкинезів, атаксії, тонічних порушень керування за типом ригідності). Розвиток рухливості органів артикуляції.
6. Корекція годування, стимуляція рефлексів орального автоматизму, а потім їх загальмовування.
7. Розвиток дихання та голосу (вокалізація видиху, збільшення обсягу, тривалості і сили видиху, вироблення ритмічності дихання і рухів дитини). [1]

Важливою складовою частиною корекційно-педагогічної роботи з дитиною з перинатальною патологією є процес включення матері в адекватну взаємодію зі своєю дитиною, що, в свою чергу, нормалізує соціальну ситуацію її розвитку; ранній початок комплексної реабілітації дітей з перинатальною патологією дозволяє досягти максимально можливого для кожної дитини загального рівня розвитку та активної позиції батьків у вихованні дитини з особливими освітніми потребами;

Логопедичний супровід сімей, що виховують дитину з руховими розладами, має особливості у всіх вікових періодах. Завданням III періоду є адекватна оцінка батьками мовлення власної дитини, що досягається ознайомленням батьків з нормами мовленнєвого розвитку у даному віці, причинами та наслідками мовленнєвих порушень.

Дослідження психолого-педагогічних особливостей дошкільнят з важкими руховими порушеннями дозволило визначити основні напрями корекційно-педагогічної роботи [6], спрямованої на підвищення рівня соціально-побутової орієнтації та підготовку до шкільного навчання цих дітей:

1. Розвиток і корекція рухових навичок, в тому числі формування функціональних можливостей кістей рук для розширення навичок самообслуговування, формування графічних навичок і підготовки руки до письма.

2. Формування конструювання та образотворчої діяльності.
3. Розвиток усіх сторін мовлення та корекція мовленнєвих порушень.
4. Формування пізнавальної діяльності і комунікативних навичок.
5. Профілактика і корекція порушень особистісного розвитку.

Завданням роботи логопеда є не тільки робота з корекції мовлення, а й вивчення особливостей кожної дитини і визначення оптимальних умов для нормалізації її емоційного та психічного стану. У IV періоді інформаційний блок представлений роботою логопеда з інформування батьків щодо проявів виявлених мовленнєвих порушень. Також необхідними є індивідуальні заняття логопеда з дитиною у присутності матері, консультування сім'ї та найближчих рідних. Якщо характер порушень дозволяє, дитину направляють до групи мовленнєвої корекції, де створюються спеціальні умови для формування у дитини вікових психологічних новоутворень, провідної та типових видів діяльності, проводиться корекція вторинних відхилень у розвитку.

Робота у перші три періоди носить превентивно-консультативний характер і передбачає забезпечення підґрунтя для ефективного подолання проблем у мовленнєвому розвитку дитини.

Включення дітей раннього віку у спеціально організований спільно з батьками корекційно-розвивальний простір забезпечує підвищення енергетичного, емоційного та сенсомоторного потенціалу, розширення сенсорного досвіду, дозволяє попереджати виникнення важких порушень мовлення, ефективніше компенсувати порушення в психофізичному розвитку дитини і тим самим попереджати порушення в її пізнавальній діяльності та емоційно-вольовій сфері.

#### Література

**1. Архипова Е.Ф.** Корекційна робота з дітьми з церебральним паралічем. Домовленнєвий період: Книга для логопеда. - М., 1989. **2. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В.** Дитячі церебральні паралічі. - Київ, 1988. **3. Журба Л.Т., Мاستюкова Е.М.** Порушення психомоторного розвитку дітей першого року життя. - М., 1981. **4. Кисличенко В.А.** Логопедичний супровід сім'ї, в якій виховується дитина з порушеннями мовлення. : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / В.А. Кисличенко. - К., 2011. - 20 с.; **5. Корекційно-логопедична робота з дітьми, що страждають на церебральний параліч, на першому році життя: Методичні рекомендації / Упоряд. К.А.Семенова, Е.Ф. Архипова.** - М., 1982. **6. Левченко І.Ю., Приходько О. Г.** Технологія навчання і виховання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. - М., 2001. **7. Ткачова В.В.** Про деякі проблеми сімей, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку // Дефектологія. - 1998. - №9- 4. **8. Шипицина Л.М., Мамайчук І.І.** Дитячий церебральний параліч. - Спб., 2001.

#### References

**1. Arhipova E.F.** Korektsiynna robota z ditmi z tserebralnim paralichem. Dorechevoy period: Kniga dlya logopeda. - M., 1989. **2. Badalyan L.O., Zhurba L.T., Timonina O.V.** Dityachi tserebralni paralichi. - Kiyiv, 1988. **3. Kyslychenko V.A.** Logopedichnui suprovod sim'i, v yakiy vuhovuetsya dutuna z porushennamu movlenna. : avtoref.dis. ...kand.ped.nauk : 13.00.03 / V.A.Kyslychenko. - K., 2011. - 20 s.; **4. Korektsiyno-logopedichna robota z ditmi, scho strazhdayut na tserebralniy paralich, na pershomu rotsi zhittya: Metodichni rekomendatsiyi / Uporyad. K.A.Semenova, E.F. Arhipova.** - M., 1982. **5. Levchenko I.Y., Prihodko O. G.** Tehnologiya navchannya i vihovannya ditey z porushennyami oporno-ruhovogo aparatu. - M., 2001. **6. Tkachova V.V.** Pro deyaki problemi simey, yakі vihovuyut ditey z vidhilennyami u rozvitku // Defektologiya. - 1998. - №9 -4. **7. Shipitsina L.M., Mamaychuk I.I.** Dityachiy tserebralniy paralich. - Spb., 2001. **8. Zhurba L.T., Mastyukova E.M.** Porushennya psihomotornogo rozvitku ditey pershogo roku zhittya. - M., 1981.

#### **Кисличенко В.А. Логопедичний супровід сім'ї дитини з руховою патологією.**

У статті розкриваються особливості логопедичного супроводу сімей, що виховують дітей з руховою церебральною патологією. Розглядається науково-методичне забезпечення нових форм співпраці батьків та логопеда для подолання тяжких порушень мовлення у дітей з мовленнєворуховими порушеннями. Розкрито принципи та основні напрямки корекційно-розвивальної роботи з даною категорією дітей та визначено можливості батьків у попередженні виникнення вторинних дефектів.

Порушення базових складових фонологічної підсистеми функціональної системи мови та мовлення, підсистем регуляції мовленнєвих актів в період інтенсивного розвитку мовленнєвої функції призводить до складної дезінтеграції та патології мовлення у подальшому. Розглянуто необхідність перенесення корекційних занять на ранній та дошкільний вік. Використання програми логопедичного супроводу сім'ї у випадку рухових порушень ґрунтується на інтеграції декількох ланок процесу логопедичної допомоги та є організованим безперервним освітнім процесом, основний зміст якого складає взаємодія логопеда та сім'ї. Загальними завданнями логопедичного супроводу визначено: розвиток логопедичної компетентності (педагогічної культури) батьків, профілактика виникнення проблем розвитку дитини; допомога (сприяння) дитині у вирішенні актуальних завдань розвитку, зокрема, мовленнєвого.

*Ключові слова:* рухова церебральна патологія, логопедичний супровід, онтогенез мовлення, механізми порушення, комплексний підхід, дизонтогенез, корекційно-розвивальні програми.

#### **Кисличенко В.А. Логопедическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с двигательной патологией.**

В статье раскрываются особенности логопедического сопровождения семей, воспитывающих детей с двигательной церебральной патологией. Рассматривается научно-методическое обеспечение новых форм сотрудничества родителей и логопеда для преодоления тяжелых речевых нарушений у детей с речедвигательными нарушениями.

Розкрито принципи і основні напрями корекційно-розвиваючої роботи з даною категорією дітей, а також розглядаються можливості батьків у запобіганні виникненню вторинних дефектів.

Нарушення базових складових фонологічної підсистеми функціональної системи мови і мовлення, підсистеми регуляції мовних актів в період інтенсивного розвитку мовної функції призводить до складної дезінтеграції і патології мовлення в подальшому.

Розглянуто цілеспрямованість перенесення основного змісту корекційної технології на ранній і дошкільний вік. Використання програми логопедичного супроводження родини, виховуючої дитину з порушенням мовлення, застосовано до проблеми мовно-рухових порушень, ґрунтується на інтеграції декількох ланок процесу логопедичної допомоги і є організованим неперервним освітнім процесом, основним змістом якого є взаємодія логопеда і родини.

Найбільш важливою складовою логопедичного супроводження є узгоджена робота логопеда і родини дитини, починаючи з раннього віку, що дозволяє досягти високих показників динамічного зростання рівня психомовного розвитку, демонструючи ефективність корекційної системи.

*Ключові слова:* рухова церебральна патологія, логопедичне супроводження, онтогенез мовлення, механізми порушення, комплексний підхід, дизонтогенез, корекційно-розвиваючі програми.

**Kyslychenko V.A. Speech therapy support families raising children with motor cerebral pathology.**

The article describes the features of speech therapy support families raising children with motor cerebral pathology. We consider the scientific and methodological support for new forms of cooperation of parents and speech therapy to overcome severe speech disorders in children with speech motor disorders. Discloses the principles and guidelines of correctional and development work with this category of children, and also considered the possibility of parents in the prevention of secondary defects.

Violations of the basic components of the phonological system of functional subsystems of language and speech subsystems regulation of speech acts in the period of intensive development of speech function leads to the disintegration of the complex and speech pathology in the future.

The expediency of transferring the main content of the correctional technologies for early and pre-school age. Using speech therapy support families raising children with speech impairments, in relation to the problem of speech-motor disorders, based on the integration of several process units and speech therapy care is to establish an ongoing educational process, the essence of which is the interaction of a speech therapist and the family.

The most important part of speech therapy support is coordinated work speech therapist and the child's family, from an early age, which allows to achieve high performance dynamic growth levels psychoverbal development, proving the effectiveness of the correctional system.

*Keywords:* logopedic support, child language acquisition, mechanisms of speech disorders, integrated approach, developmental disorder, correction and development programs

Стаття надійшла до редакції 31.10.2014 р.

Статтю прийнято до друку 10.11.2014 р.

Рецензент: д.п.н., проф. Конопляста С.Ю.

УДК 376(477)(092)

**НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ Р.Г. КРАЄВСЬКОГО**

**Козинець О.В.**

Реформування системи спеціальної педагогічної освіти сприяють тому, що все більш актуальними стають питання вивчення історичного досвіду становлення та розвитку вітчизняної дефектології, навчання та виховання осіб з психофізичними порушеннями. У зв'язку із цим особливий інтерес викликає наукова робота й педагогічний досвід окремих вітчизняних вчених-дефектологів, чия активна наукова й творча діяльність відбувалася протягом ХХ століття. Звернення до означеного періоду значною мірою обумовлено тим, що саме в цей час відбувався інтенсивний пошук оригінальних вітчизняних теоретичних та практичних розробок у спеціальній освіті, вироблялося нове бачення вирішення актуальних на той час психолого-педагогічних проблем, спостерігалось загострення інтересу до науково-дослідної роботи.

Яскравим представником плеяди вчених-дефектологів, які жили й працювали у ХХ столітті є кандидат педагогічних наук, доцент Рудольф Генріхович Краєвський. Більша частина життя Рудольфа Генріховича була тісно пов'язана із Києвом, а найвагоміші наукові здобутки – з Київським державним педагогічним інститутом імені О.М. Горького (далі – КДПІ імені О.М. Горького). Та перш ніж стати провідним фельдшером, сурдопедагогом та логопедом, Р.Г. Краєвський пройшов кілька визначальних етапів, які й вплинули на його наукове становлення.

Першим закладом, який почав плекати у Рудольфа Генріховича любов до науки стала класична гімназія-пансіонат «Святих Отців» ієзуїтів в м. Бонковіце (територія сучасної Львівської області). Висока педагогічна майстерність, яка була у вчителів-вихователів, дуже вплинула на світогляд Р.Г. Краєвського, адже «...там не було завуча, не було «окремо» вчителів та «окремо» вихователів. Вони одночасно виконували усі функції, тому