

Міністерство освіти і науки України
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка
Факультет спеціальної освіти, психології і соціальної роботи
Кафедра логопедії та спеціальних методик

Кваліфікаційна робота
магістра

з теми: **“ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЛЯЛЬКО-ТЕРАПІЇ ПРИ
КОРЕКЦІЇ ЗАЇКАННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ”**

Виконала здобувач 2 курсу
групи SoL4-M22z
ОП Спеціальна освіта (Логопедія)
спеціальності 016 Спеціальна освіта
спеціалізації 016.01 Логопедія
Вероніка ПАЧЕВСЬКА

Керівник: **Олексій ГАВРИЛОВ**,
кандидат психологічних наук, професор

Рецензент: **Ірина РУДЗЕВИЧ**,
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психолого-медико-педагогічних
основ корекційної роботи

ЗМІСТ

ВСТУП	3
--------------------	----------

РОЗДІЛ I. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ТЕМПО-РИТМІЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	8
--	----------

1.1. Заїкання як сучасна медико-біологічна та психолого-педагогічних проблема	8
--	----------

1.2. Методики, техніки та прийоми організації корекційної роботи з виправлення заїкання у дітей15
--	------------

1.3. Особливості використання ляльки як арт-терапевтичного напрямку допомоги особистості	24
---	-----------

Висновки до першого розділу	32
--	-----------

РОЗДІЛ II. ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЛЯЛЬКО-ТЕРАПІЇ У ЛОГОПЕДИЧНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАЇКАННЯМ	33
--	-----------

2.1. Обґрунтування методики дослідження психічних процесів у дітей дошкільного віку із заїканням	33
---	-----------

2.2. Результати дослідження порушень психічного розвитку у дітей	55
---	-----------

2.3. Техніка використання лялько-терапії у логопедичній роботі з дітьми дошкільного віку із заїканням	61
--	-----------

2.4. Аналіз використання лялько-терапевтичних методик у процесі проведення логопедичних занять з дітьми із заїканням68
---	------------

Висновки до другого розділу	77
--	-----------

ВИСНОВКИ	79
-----------------------	-----------

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	84
---	-----------

ВСТУП

Актуальність дослідження. Заїкання належить до тяжких психофізичних розладів мовлення, частіше виникає у період інтенсивного становлення комунікативних компетенцій і при відсутності або недостатності необхідної логопедичної і психологічної допомоги і хроніфікації процесу може зберігатися практично протягом усього життя. Заїкання проявляється через порушення ритму та плавності мовлення і характеризується різними перериваннями, продовженням або повторенням окремих звуків та складів. Це обумовлюється внаслідок судом м'язів мовленнєвого апарату, супроводжуються порушенням дихання, змінами просодичного боку вимови: висоті та силі звуку, темпі мовлення. Такі розлади порушують повноцінний процес комунікації, призводять до певних психологічних змін, які викликають дезадаптацію.

За дослідженнями Британської асоціації заїкання (British stammering association) різними видами невротичних мовленнєвих розладів страждає від 1% до 3% жителів Європи [66]. Аналогічна ситуація спостерігається і в Україні [5]. Проте, не дивлячись на всю актуальність цієї проблеми, етіологія та патогенез заїкання залишаються недостатньо вивченими. Цей висновок стосується також механізмів його патогенетичної і педагогічної корекції.

Проблемою організації корекції темпо-ритмічних порушень мовлення у вітчизняній логопедії посідали значне місце у дослідженнях таких науковців, як Л. Бегас, Л. Гуцал, О. Журавель, Т. Когновіцька, В. Кондратенко, С. Конопляста, А. Кравченко, В. Ломоносов, С. Меньшикова, Т. Морозова, Т. Набієва, В. Сильченко, Р. Юрова та інші.

Заїкання – це порушення темпо-ритмічної організації мовлення, обумовлене судорожним станом м'язів артикуляційного апарату і являє на теперішній час одну з гострих проблем логопедії [43]. З урахуванням цього відбувається постійний пошук найбільш ефективних методів корекції даного порушення як в у логопедії, так і в інших наукових школах – психології, неврології, психолінгвістиці, невропатології тощо. Все частіше

організовується комплексний вплив з метою подолання заїкання і поряд з традиційними методами включаються нетрадиційні техніки, що дозволяють як безпосередньо, так і опосередковано впливати на психоемоційний стан осіб із заїканням, створюючи сприятливий фон для усунення даного мовленнєвого відхилення.

Кількість хворих з синдромом заїкання має тенденцію до збільшення. Причому науковці відмічають, що воно є резистентним до терапії і рецидив його відновлення можливі впродовж усього життя. Найчастіше рецидив захворювання припадає на час включення суб'єкта у середовище як закладу дошкільної, так і загальної середньої освіти. Це обумовлюється зростанням психічного навантаження на нервову систему, несприятливим впливом оточуючого середовища, виникнення фобічних реакцій на комунікування під впливом усвідомлення оцінювання себе як суб'єкта соціальних стосунків, нездатності регулювання власної поведінки та іншими несприятливими факторами [35].

На думку багатьох дослідників, таких як Л. Журавльова, З. Ленів, В. Макаускене, С. Меньшикової, Ю. Орзекаускене, Р. Юрова нетрадиційні методи впливу у діяльності логопеда стають все більш перспективним засобом корекційно-розвиваючої роботи з дітьми, які мають порушення мови.

Крім таких традиційних для логопедичної практики методів корекції як логопедичні гімнастика, вправи, ритміка, можна виділити і такий нетрадиційний метод лікування як лялько-терапія. Лялько-терапія – це метод комплексного впливу на дітей для збагачення і закріплення знань. В основі цього підходу лежать дані нейропсихологічних досліджень, згідно з якими активне мовлення дитини залежить від розвитку дрібної моторики, тому різноманітні рухи пальців руки при роботі з лялькою сприяють впорядкуванню та узгодженості мовлення дитини, яка заїкається. Таким чином, лялька відволікає увагу дитини від мовних труднощів, що і обумовило вибір теми кваліфікаційної роботи “Особливості використання лялько-терапії при корекції заїкання у дітей дошкільного віку”.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Кваліфікаційна робота виконана відповідно до науково-дослідної теми кафедри логопедії та спеціальних методик факультету спеціальної освіти, психології і соціальної роботи Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка "Інноваційні технології в дослідженні і розвитку дітей з порушеннями інтелекту та мовлення в сучасних умовах становлення спеціальної та інклюзивної освіти".

Мета кваліфікаційної роботи – вивчити ефективність використання лялько-терапії у процесі логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку із заїканням.

Об'єкт дослідження – мовленнєва діяльність дітей дошкільного віку із заїканням.

Предмет дослідження – особливості організації логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку із заїканням з використанням лялько-терапевтичних технік.

Завдання кваліфікаційної роботи.

1. Здійснити аналіз науково теоретичних джерел з проблеми дослідження.
2. Провести дослідження психічних процесів у дітей дошкільного віку із заїканням та з нормотиповим розвитком.
3. Обґрунтувати техніку використання лялько-терапії у логопедичній роботі з дітьми дошкільного віку із заїканням.
4. Проаналізувати використання лялько-терапевтичних методик у процесі проведення логопедичних занять з дітьми дошкільного віку із заїканням.

Методи дослідження, використані в роботі: *Теоретичні*: вивчення та аналіз психолого-педагогічної і методичної літератури за проблематикою дослідження; методики експериментального дослідження вербального мовлення у дітей дошкільного віку із заїканням; *емпіричні*: констатувальний

експеримент; спостереження; аналіз особових справ дітей даної групи; кількісний і якісний аналіз результатів експериментального дослідження.

Теоретична значущість кваліфікаційної роботи дозволяє прослідкувати ефективність використання лялько-терапевтичних технік у процесі організації логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку із заїканням. Запропонована методика обстеження вербального мовлення дає можливість провести його аналіз і визначити рівні порушень психічного розвитку у дітей даної групи. Проведений аналіз отриманих результатів використання лялько-терапевтичних методик у процесі логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку із заїканням дозволяє використовувати їх спеціалістам і оптимізувати цю роботу з з урахуванням специфічності порушень у них психічних процесів.

Кваліфікаційна робота дозволяє використати результати дослідження у **практиці** індивідуальної і групової роботи вчителів-логопедів з дітьми дошкільного віку із заїканням, які перебувають у закладах дошкільної освіти з інклюзивною формою навчання, працюють у альтернативних організаціях, діяльність яких спрямована на виправлення порушень темпо-ритмічної організації мовлення. Також адаптована методика використання техніки лялько-терапії у процесі логопедичної роботи процесі вдосконалення програм для дітей із заїканням, під час створення методичних посібників для логопедів-практиків.

Дослідження проводилось на базі закладу дошкільної освіти “Сонечко” та інклюзивно-ресурсного центру с. Радівка, а також закладу дошкільної освіти “Сонечко” с. Нападівка, Хмільницького району Вінницької області. У ньому приймали участь 9 дітей дошкільного віку із заїканням і 24 дитини з нормотиповим розвитком. Всього у дослідженні приймали участь 33 дитини дошкільного віку від 4-х до 6-и років. Експериментальне дослідження проводилося протягом 2022-2023 н. р.

Апробація результатів дослідження. Матеріали кваліфікаційної роботи апробовані на науковій конференції студентів і магістрантів

Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка у 2023 році. Результати роботи висвітлено у статі "Особливості дослідження пам'яті у дітей з фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення" // *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Корекційної педагогіка і психологія* : зб. наук. праць. Вип. 13. Кам'янець-Подільський: Видавець Ковальчук О.В., 2023. С. 23-28.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, переліку використаних джерел, який нараховує 82 позиції.

РОЗДІЛ I. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ТЕМПО-РИТМІЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

1.1. Заїкання як сучасна медико-біологічна та психолого-педагогічних проблема

Категорія дітей з тяжкими порушеннями мовлення, до якої відносяться діти з афазією, алалією, дизартрією, ринолалією, заїканням достатньо різноманітна. Як зазначають Х. Барна і Л. Кашуба загальною їхньою особливістю є стійке комплексне порушення мовлення, яке у більшості випадків чітко поєднується з неврологічною та психопатологічною симптоматикою, з різними відхиленнями психічної діяльності [2].

Безпосередньо проблема виникнення порушень темпо-ритмічної організації мовлення вивчається і висвітлюється у наукових дослідженнях протягом усього ХХ століття і не зупиняється і дотепер. Заїкання у дослідженнях спеціалістів розглядається з точки зору клінічних, психологічних і педагогічних позицій. Для розуміння структури мовленнєвого порушення при заїканні дослідники у різний час і різними методами вивчали механізм його виникнення, причини та характер протікання, особливості прояву і вплив на психічний розвиток особистості. Для усвідомлення сучасного розуміння структури цього мовленнєвого відхилення необхідно врахувати різні підходи до даного порушення. При цьому заїкання є одним із найскладніших мовленнєвих розладів, який приховує в собі ще багато нерозв'язаних проблем.

Науковці з різних галузей присвячують свої дослідження питанням діагностики і корекції. Так, у логопедії наукові пошуки спрямовані на постановку мовленнєвого дихання, відновлення темпу, ритму, інтонації, відпрацювання навичок чіткої дикції, уточнення значень слів, удосконалення граматичної складової частини, структурування зв'язного мовлення; у психології і психотерапії – на подолання психоемоційної напруги, фобічних

реакцій, зниження тривожності, формування адекватності самооцінки, підвищення емоційної стійкості, формування комунікативних компетенцій відповідно до ситуації; у неврології та фармакотерапії – на апробацію препаратів, які знижують патологічну активність мозку, зменшують м'язові спазми і водночас дозволяють нервовим імпульсам адекватно впливати на м'язову активність мовленнєвого апарату і голосових зв'язок; у фізіотерапії, лікувальної фізичної культури – на формування у процесі цілісного навчання адаптивних способів релаксації, зняття м'язового блокування, поліпшення м'язового тону тощо [53].

Заїкання як проблема комунікації вважається однією із найбільш давніх в історії розвитку вчення про розлади мовлення. Розуміння його суті обумовлене рівнем розвитку науки і позиціями, з яких дослідники підходили і підходять до вивчення цього мовленнєвого порушення. Гіппократ вважав заїкання хворобою, яка пов'язана з накопиченням рідини у головному мозку, Аристотель – у неправильному співвіднесенні частин артикуляційного апарату. Прибічники теорії про порушення у центральному або периферійному відділах мовленнєвого апарату при заїканні були Гален, Цельс, Авіценна. Достатньо активно причини виникнення заїкання вивчалися на межі XVII-XVIII ст. Х. Лагузен (1838) до причин, які зумовлюють заїкання відносив “переляк, гнів, сором, страх”, а також забої голови та наслідування неправильного мовлення батьків [29].

Наукова розробка заїкання як психолого-педагогічної проблеми розвитку особистості у вітчизняній логопедії пов'язана з такими дослідниками, як Л. Арутюнян, Х. Барна, Л. Бегас, Л. Гуцал, Л. Журавльва, Т. Іванова, Л. Кашуба, В. Кондратенко, С. Конопляста, А. Краченко, І. Ластовка, З. Ленів, В. Макаускене, С. Миронова, Т. Набієва, О. Потапенко, Ю. Рібцун, В. Сильченко, М. Шеремет, Р. Юрова і багато інших [1, 2, 3, 16, 20, 21, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 34, 35, 44, 45, 49, 51, 52, 56, 65, 66].

У сучасній логопедії заїкання – це одне з найбільш складних і тривалих мовленнєвих порушень, поліморфний хвороботворний стан, за якого судомне порушення мовлення є лише зовнішнім симптомом.

З медичної точки зору заїкання – це невроз, загальний, дитячий координаційний (дискоординація скорочень м'язів артикуляційного апарату), психічний, логоневроз.

З педагогічної точки зору заїкання – це розлад темпу, ритму і плавності мовлення судомного характеру.

З психологічної точки зору – це розлад мовлення з переважним його комунікативної функції. При цьому обов'язковим симптомом заїкання є мовна судома. Вона перериває мовленнєвий потік зупинками різного характеру. Судоми виникають при продуктивному мовленні [59, с. 136-137].

М. Шеремет та Ю. Коломієць у свої дослідженнях зазначали, що взаємозв'язок мозкових структур та психічних процесів і функцій в онтогенезі, як і будь-який інший зв'язок між органом та його функцією, має спіралеподібну природу. Тобто, наявність органу забезпечує можливість його функціонування, а безпосереднє функціонування цього органу впливає на його розвиток і розширює спектр можливостей. Вони позначили ці складні взаємостосунки використовуючи поняття “функціогенез – процес, де становлення функціональних органів психіки відбувається одночасно з формуванням вищих психічних функцій і розвитком функціональних органів мозку – стійких рефлексорних об'єднань чи систем, що слугують для здійснення певних актів” [63, с. 385]. Автори вказували, що становлення таких функціональних органів відбувається прижиттєво, діють як єдине ціле і їхня діяльність характеризується високим ступенем стійкості, має здатність до перебудови за рахунок заміни одних компонентів іншими. А по мірі оволодіння будь-якою дією кількість включених у її виконання функціональних органів зменшується, відбувається “стискання” системи [63].

Останнім часом все більшої популярності набуває теорія фізіологічного порушення або дефіциту як патогенетичної основи заїкання. Дослідники, які

підтримують дану теорію пов'язують заїкання з недостатністю латералізації, з порушеним мовленнєвою функцією головного мозку. Проведення нейропсихологічних та психофізіологічних досліджень дозволило з'ясувати, що заїкання не виступає ізольованим мовленнєвим порушенням. Воно тісно поєднується з синдромом специфічних, мнестичних, нейродинамічних та моторних відхилень, що відображають дисфункцію задньолобних та серединних структур головного мозку. (С. Конопляста, А. Кравченко) [27, 28, 31, 32].

Частина науковців у своїх дослідженнях відмічають різні особливості фізичного здоров'я і стану нервової системи осіб із заїканням. Вони зазначали цілий ряд захворювань центральної нервової системи, при яких заїкання виступає як симптом, тобто є наслідком її функціональних змін. Вони звертали увагу на хворобливо підвищену афективну лабільність, наявність вегетативних порушень, на порушення фізичного здоров'я, що проявляється у підвищеній дратівливості, образливості, плаксивості, негативізму, необгрунтовані порушення апетиту та сну, схильність до вірусних та інфекційних захворювань, фізичну ослабленість, енурез. У важких випадках порушення вегетативної нервової системи заїкання виступає на другий план, а на перший виходять страхи, хвилювання, тривога, недовірливість, загальна напруженість, схильність до агресії. Хвороботворна фіксованість на мовленнєвому порушенні погіршує та ускладнює механізм утворення мовленнєвого потоку [26, 27, 44, 45].

Заїкання обмежує соціальні можливості людини, що проявляється у моторній емоційно-вольовій сферах, помітно позначається на формуванні особистості суб'єкта та його характері. Заїкання як хвороба викликає різноманітні функціональні розлади моторного розвитку, негативно впливає на загальну та мовленнєву моторику, на фізичний розвиток та психофізичну активність. Логопедичний вплив спрямований на механічне тренування дітей, вироблення плавного, уповільненого, контрольованого мовлення. Тому частина дослідників підходять до проблеми виправлення заїкання з позиції

комплексного підходу, де одним із засобів виступає дихальна гімнастика як один із видів статико-динамічної гімнастики [33].

Психологічний аспект особливостей прояву заїкання як проблеми чітко проявляється у реакціях на порушення. На перших етапах ці реакції дитиною на порушення неусвідомлені, не носять емоційного забарвлення. Але через постійні випадки запинання у мовленні їхнє сприймання супроводжується розвитком усвідомлення дитиною проблем власного вербального мовлення. Запинки виникають раптово, нез'ясовано, тому стають предметом уваги оточуючих. При цьому вони не піддаються відразу виправленню, не зникають самостійно і поступово формують патологічний умовно-рефлекторний ланцюжок. У наукових дослідження відмічається, що тривала дія подразника у вигляді постійних затримок експресивного мовлення у одному випадку призводить до зниження чутливості до них суб'єкта, тобто виникають процеси адаптації, а в іншому – до загострення на цих проблемах уваги і поведінки в цілому, тобто виникає процес сенсibilізації. Відсутність фіксації на мовленнєвих проблемах відбувається, перш за все, під впливом сприятливих соціальних умов, доброзичливого та спокійного ставлення до прояву цих запинок. У цьому випадку запинки не заважають спілкуванню. Така картина переважно характерна для дітей із заїканням несудомного характеру, які зустрічаються у дітей досить часто і легко зникають, якщо немає ускладнень [1, 56].

Усвідомлена акцентуація уваги до власних мовленнєвих проблем спонукає дітей до виконання вольових дій щодо усунення порушення. Причому усвідомлені проблеми у його виправлення самостійно посилюють відчуттям власної неповноцінності. Стан яскраво вираженого хвилювання у процесі експресивного мовлення сприяє фіксації уваги на своєму порушенні, яка збільшується з віком. Поступово у кожної дитини із заїканням формується власна усвідомлена ієрархія комунікативних труднощів [28].

Усвідомлення дитиною власних труднощів у процесі використання експресивного комунікування, передбачення і очікування мовленнєвих

запинок у поєднанні з негативними емоціями у більшості випадків призводить до виникнення нав'язливих страхів мовлення, логофобії, звукофобії, зниження мовленнєвої активності. Розуміння свого мовленнєвого порушення, невдалі спроби самостійно виправити власне мовлення, спроби його приховати, уникнути, обійти часто формують у дітей, які заїкаються, певні психологічні особливості: сором'язливість, фобічні реакції, прагнення усамітнення, відчуття пригніченості, своєї неповноцінності, постійні переживання за своє мовлення, а іноді – до прямо протилежних рис у вигляді розгальмованості, показної розпущеності, різкості, агресивності за своє мовлення тощо [31].

В. Сильченко, В. Кордонець, А. Вахітова відзначали психологічну модель виникнення і розвитку феномена фіксованості на такому порушенні як заїкання. У дітей із заїканням поступово формується своє ставлення до власного порушення, що пов'язано з емоційними переживаннями і відображається у вольових зусиллях, спрямованих на самостійне і безуспішне його виправлення. Виділяють показники, що характеризують наростаючу ускладненість різних ступенів хворобливої фіксації на власному порушенні. Виділено три групи осіб із заїканням за відповідним рівнем хворобливої фіксованості на власному порушенні: нульовий, помірний і виражений [56].

При нульовому ступені фіксації на власному порушенні у цієї групи дітей не виникає практично жодних проблем під час використання експресивного мовлення. Свого порушення вони не помічають, не акцентують на ньому увагу, воно не заважає їм формувати соціальні зв'язки і вступати у мовленнєві контакти. Такі діти не пов'язують свої проблеми у встановленні соціальних контактів із наявним у неї порушенням мовлення.

При помірному ступені фіксації на власному порушенні у дітей частково виникають проблеми під час використання експресивного мовлення. Такі діти розуміють наявні у них проблеми комунікування, частково акцентують на ньому увагу, вони певною мірою впливають на формування соціальних зв'язків і перешкоджають вступу у мовленнєві контакти. Такі діти прагнуть певною мірою обмежити свої соціальні контакти тими особами, які мають з

ними безпосередні контакти – батьки, рідні, педагоги, однокласники, сусіди. При потребі використати вербальне мовлення стараються його контролювати, прагнуть виправити або не допустити запинки, концентрують на власному мовленні увагу і це часто призводить до виникнення складніших і триваліших затиань. Такі діти частково пов'язують свої проблеми встановлення соціальних контактів із наявними у них порушеннями мовлення.

При вираженому ступені фіксації на власному порушенні у дітей виникають значні проблеми під час використання експресивного мовлення. Такі діти чітко розуміють наявні у них проблеми комунікування, акцентують на цьому порушенні власну увагу і часто увагу оточуючих. При цьому у них формується думка, що заїкання значною мірою впливає на формування соціальних зв'язків і перешкоджає вступу у мовленнєві контакти. Такі діти значно обмежують свої соціальні контакти, відмовляються від спілкування з незнайомими або мало знайомими людьми, використовують для комунікації жести. При потребі використати вербальне мовлення стараються його контролювати, концентрують на ньому увагу, що призводить до виникнення ще складніших і триваліших порушень. Під час комунікації використовують штаповані, завчені на пам'ять фрази, односкладові або двоскладові речення, постійно заміняють вербальне мовлення жестами. Такі діти безпосередньо обумовлюють свої проблеми встановлення соціальних контактів, труднощі навчання наявними у них порушеннями мовлення.

Більшість вітчизняних науковців, які працювали над проблемами заїкання відносять його до категорії неврозів, керуючись ученням І. Павлова про вищу нервову діяльність людини і його поглядів про механізм неврозу. Вони відмічають, що заїкання, як і інші неврози, обумовлюється різними причинами, які призводять до перевантаження процесів збудження, або активного гальмування, або рухливості нервових процесів, або через утворення патологічного умовного рефлексу [16, 21, 26, 27, 30, 36, 38, 44, 46].

На підставі проведених досліджень науковці зазначають, що заїкання – це не симптом і не синдром, а захворювання центральної нервової системи в

цілому [36, 44]. Це дозволяє засвідчити, що на перший план причин, які призводять до виникнення заїкання, відносять порушення взаємодії нервових процесів через зміни патологічні стани перенавантаження їх сили й рухливості у корі головного мозку. Нервовий зрив, який виникає у діяльності великих півкуль, обумовлюється наявністю патологічних основ для виникнення порушень діяльності нервової системи, її готовністю до відхилень. Також на наявність передумов для виникнення заїкання як захворювання важливе значення має тип нервової діяльності людини. В іншому випадку нервовий зрив може бути безпосередньо обумовлений несприятливими екзогенними факторами [30, 44].

Заїкання як хвороботворний стан в основному виникає у період ще не сформованості у дитини у достатній мірі вироблених умовних рефлексів гальмівного порядку, що проявляється високою збудливістю суб'єкта і його надмірною іррадіацією, наявністю бурхливих емоційно-вольових та моторних реакцій, які зовсім не відповідають силі зовнішніх подразників. При цьому це посилюється присутністю стану готовності центральних відділів моторного апарату мовлення до судомного реагування. Нервове перевантаження може призвести до зриву діяльності великих півкуль кори головного мозку і може провокувати гострі або тривалі травми психічного або соматичного характеру [45].

Нервовий зрив найбільшою мірою негативно впливає і розлагоджує діяльність особливо уразливої й ранимої у дитячому віці сфери вищої нервової діяльності – її мовлення. При цьому на перший план виходять порушення координації мовленнєвих рухів з явищами аритмії і судомності.

Відповідно до сучасних поглядів науковців у галузі нейрофізіології функціональний стан нервової системи дитини, яка має заїкання, характеризується переважанням процесів збудження над процесами гальмування. Така перевага обумовлена наявністю конституційного порушення або перенесеною травмою центральної нервової системи. Такі порушення формують осередки інертного патологічно підсиленого процесів

збудження у відділах мовленнєво-рухової підсистеми, які виступають генераторами судомної активності. Крім того заїкання також може виникати через наявність дизонтогенез по типу асинхронного, затриманого розвитку або парціального психічного недорозвитку і поєднуватися з іншими формами мовленнєвих порушень у вигляді дизартрії, дислалії, різними варіантами порушеннями голосу, алалії і загального недорозвитку мовлення [16, 21, 26, 27, 30, 36, 38, 44, 46].

Науковці України, які вивчають заїкання як порушення, що потребує спеціально організованої логопедичної корекційної роботи, виділяють серед значної кількості причин його виникнення фізіологічні і психічні алгоритми, при цьому первинними вважають розлади фізіологічного характеру. Вони відмічають, що лише на основі наявності фізіологічних розладів формуються психологічні особливості особистості суб'єкта із заїканням, які, використовуючи психічні механізми відповідно до концепції наявності принципу зворотного зв'язку, негативно впливають і посилюють протікання заїкання. Але при цьому знову ж таки відмічається такий парадокс, що психічні зміни становлення суб'єкта формують особистість з певними ускладнюючи клінічну картину заїкання, часто виступають на перший план [42].

Всі науковці і спеціалісти-практики сходяться на думці, що основними і обов'язковими симптомами заїкання як хвороботворного стану є наявність запинок судомного характеру під час використання вербального мовлення. При цьому вони різняться за формою, місцем утворення й частотою.

За формою мовленнєві судоми можуть бути клонічними, тобто нав'язливе повторення стереотипних мовленнєвих рухів, тонічними, тобто значне, тривале сковування рухів м'язів артикуляційного апарату і супутньої мовленнєвої рухливості, змішаними, тобто коли спостерігається наявність одночасних тонічних і клонічних судом.

Залежно від місця виникнення порушення м'язової рухливості мовленнєвого апарату розрізняють артикуляційні, голосові, дихальні й змішані судоми.

При порушеннях артикуляційної моторики судомо вражає м'язи периферійного мовленнєвого апарату – губ, язика, м'якого піднебіння тощо, що призводить до проблем вільного мовленнєвого видиху. Зазвичай, це відбувається на поєднанні приголосних. Голосові судоми вражають м'язи гортані. Це призводить до того, що голосові складки, у першому випадку щільно змикаються, утримуючи вихід голосного звуку, у другому випадку голосові складки залишаються розімкнутими, тоді голосний звук промовляється пошепки. Наявність дихальних судом призводить до того, що через судоми у м'язах черевного преса, діафрагми або грудної клітки під час вербального мовлення повітря затримується у легенях і людина немов би завмирає з відкритим ротом. Або навпаки – повітря сильно і відразу виштовхується назовні і фраза вимовляється на явно недостатньому видиху. Ну, і, відповідно, змішані судоми включають у себе проблеми артикуляційної моторики на всіх перерахованих рівнях.

За місцем виникнення судоми мовленнєвого апарату бувають змішаними: артикуляційно-дихальні, артикуляційно-голосові та ін. Дуже своєрідним і характерним для заїкання є той факт, що частота мовленнєвих судом зазвичай залежить від цілого ряду причин. Наприклад, вони можуть виникати у дитини при вимові окремих звуків і поєднанні звуків -б-, -д-, -т-, -р- тощо. Також можуть залежати від форми мовлення людини, яка розмовляє. Наприклад, незалежно від складності заїкання практично завжди люди, що заїкаються, вільно користуються мовленням у парі з будь-ким або повторюють їх відображено. Частота виникнення мовленнєвих судом залежить від ступеня гучності мовлення, ритмічності, підготовленості [44].

Також необхідно відзначити, що частота виникнення судом у людей із заїканням залежить від умов навколишнього середовища, де їм доводиться спілкуватися. Так, людині, яка заїкається, значно легше спілкуватись у добре

знайомій, спокійній обстановці або на самоті і значно складніше – при наявності сторонніх, незнайомих людей, у громадських місцях, під час публічних виступів, у випадку, коли вони перебувають у центрі уваги.

Отже, відповідно до типових проявів заїкання – дуже неоднорідний розлад мовлення, в основі якого лежить порушення темпу і ритму, що обумовлюється наявністю проблем судомного характеру різних відділів мовленнєвого апарату. При цьому необхідно вказати, що воно стосується не лише мовленнєвої функції. При наявності такого порушення у суб'єкта спостерігається присутність розладів нервової системи, його фізичного здоров'я, загальної й мовленнєвої моторики, власне безпосередньо мовленнєвої функції, становлення психіки і особистісних якостей з акцентом на посилення невротичного типу. Перераховані відхилення психофізичного розвитку суб'єкта із заїканням у різних випадках проявляються по-різному. Проте необхідно відзначити взаємозалежність, взаємодоповнюваність, взаємопровокативність наявного комплексу психофізичних порушень суб'єкта із заїканням. Вони тісно пов'язане одне з іншим, живить один одного, ускладнення одного з перелічених відхилень безпосередньо збільшує інше. Тому організація корекційної логопедичної роботи з дітьми, які мають заїкання, має носити комплексний характер і впливати не лише на їхнє мовлення, а й на особистість і моторику, нервову систему і організм у цілому.

1.2. Методики, техніки та прийоми організації корекційної роботи з виправлення заїкання у дітей

Вітчизняні науковці у своїх дослідженнях відмічають, що діти з різними мовленнєвими порушеннями виступають основною групою ризику стосовно розвитку тривожних станів, виникненні різних фобічних реакцій, страху комунікації через очікування мовленнєвих проблем. Такі емоційні порушення мають негативний вплив на формування особистості дітей у цілому, що формує у них такі поведінкові прояви, як пасивність, байдужість, неуважність, невпевненість, замкнутість, сором'язливість тощо. Такі висновки є у працях

таких фахівців у галузі логопедії, як Н. Базима, Х. Барна, Н. Гаврилова, Т. Іванова, Л. Кашуба, Ю. Коломоєць, С. Конопляста, А. Кравченко, З. Ленів, Н. Пахомова, Ю. Рібцун, Т. Сак, В. Тарасун, В. Тищенко, М. Шермет та інші.

Розлади емоційно-вольової і особистісної сфер дітей із тяжкими порушеннями мовлення не лише значною мірою впливають на працездатність, знижуючи і погіршуючи її, але й можуть стати органічною або функціональною основою для виникнення порушень поведінки і формування соціальної дезадаптації. Страху і тривожність, які у більшості супроводжують дітей з тяжкими порушеннями мовлення, знижують соціальну значущість особистості і провокують утворення певних патопсихологічних особливостей, що вимагає організації крім логопедичної і додаткової спеціальної, корекційно спрямованої роботи з формування механізмів соціальної адаптації і реадaptaції [64].

Синдроми тривоги та страхів є одними з найбільш поширених психопатологічних симптомів у дитинстві і у більшості випадків є вторинними порушеннями у дітей з тяжкими розладами мовлення, зокрема із заїканням.

Акцентуючи на цьому увагу Ю. Рібцун відзначає, що заїкання (у закордонних наукових дослідженнях воно визначається по-різному – логоневроз, лалоневроз, логоктонія, баттаризм, бальбуціо) – це “порушення діяльності внутрішньої синхронізації природного мовленнєвого циклу, порушення темпо-ритмічної організації мовлення, що зумовлене судомним станом м’язів мовленнєвого апарату. За наявності в дитини вираженого заїкання завжди присутня тріада порушень: 1) мовленнєві судоми; 2) бажання приховати розлад, нав’язливі думки; 3) відчуття постійної тривоги у зв’язку з актом мовлення” [53, с. 73].

Як вже зазначалось раніше, проблема організації ефективного корекційного впливу на виправлення заїкання розглядається багатьма фахівцями – логопедами, психологами, психіатрами, психопатологами, невропатологами, нейролінгвістами, нейрологопедами, фізіотерапевтами, але єдиної точки зору та єдиного підходу до організації роботи

немає. При організації корекційної роботи з дітьми із заїканням необхідно враховувати те, що будь-яке мовленнєве відхилення від нормотипового розвитку може призвести до порушень поведінкового профілю, особистісного становлення, емоційно-вольових розладів різного спрямування, проблем комунікації з однолітками і дорослими.

Проблема заїкання виникає вже у дошкільному віці, у період розвитку активного фразового мовлення. Дослідження, проведені вітчизняними науковцями підтверджують факт необхідності організації корекційного впливу саме у періоді дошкільного віку, оскільки саме у цьому віці психіка дитини податливіша до зовнішнього впливу і процес корекції буде більш ефективним [28, 36, 38].

Провідним симптомом при заїканні виступає порушення темпоритмічної організації мовлення, але при цьому воно не виступає як ізольований мовленнєвий розлад. У таких дітей порушується вся структура особистості, і це формує проблеми під час стосунків із соціальним оточенням, страху мовлення, зниженню самооцінки, виникнення поведінкових порушень різної складності і протікання, при значних проблемах призводить до значної або навіть повної соціальної ізоляції. Але при цьому можливо не допустити розвитку таких вторинних психічних порушень, якщо правильно організувати логопедичну допомогу і корекційний процес в цілому [26].

Серед існуючих методик, які ефективно використовують логопеди у США доречно виділити методику Чарльза Ван Райпера, У своїй фундаментальній роботі він стверджував, що заняття з дітьми, які заїкаються, мають проводитись за таким розкладом: інтенсивна програма – 3-4 місяці мінімум. При цьому 1 год. 3 дні на тиждень має відводитись індивідуальним заняттям, 1 год. 3 дні на тиждень має бути відведена на групові заняття. Також мають проводитись щоденні самостійні заняття [69].

Також Ван Райпер виділив і охарактеризував фази корекції заїкання [69].

Фаза ідентифікації. Вона передбачає проведення дослідження з метою аналізу і класифікації видимих та прихованих проявів. У цій фазі логопед і

дитина спільно визначають наявність чітких зовнішніх і прихованих поведінкових проявів, які можна обумовити наявністю порушення мовлення. На цьому етапі вони спільно встановлюють стосунки на основі довіри і відповідальності, що дозволяє сформувати у дитини усвідомлене ставлення до власної поведінки і наявність мовленнєвих труднощів. Основою цієї фази виступає прийом ідентифікації – активного самодослідження і самоаналізу. Спільно з логопедом відбувається збирання і покроковий аналіз індивідуальних проявів, як поведінкових, так і комунікативних. Визначається ступінь прояву заїкання – скільки слів без заїкання, наявність коротких заїкань, тривалі заїкання. При цьому визначається, у яких саме випадках воно виникає і який стан дитини на цей момент – тривожність, страх, переживання, знервованість, втома, пригніченість тощо. Також відбувається дослідження відчуттів, які виникають у результаті заїкання – реакцій після заїкання, відчуттів фрустрації, сорому, агресивності, ворожості. Ця фаза дозволяє сформувати у дитини із заїканням усвідомлення себе та окреслити своє прагнення подолати заїкання.

Фаза десензитації. Її основний напрямок – це зниження мовленнєвої стурбованості і зменшення негативних емоційних реагувань на власне мовлення і на ставлення до нього інших дітей та дорослих. При організації логопедичної роботи на цій фазі відбувається формування зниження чутливості до комунікативного стресу і поступове зменшення аж до повного припинення насильницької боротьби з заїкуватим мовленням. Основна мета логопеда – це створення зони безпеки, контроль умов комунікації з метою встановлення стресового порогу, дозвіл дитині заїкатися і формування позитивного налаштування на наявні у неї мовленнєві проблеми. До прийомів десензитації автор відносить прийом “псевдозаїкання”, релаксація, емоційне прийняття.

Фаза модифікації. Її основна мета – це формування способів запобігання і боротьби із заїканням. На цій фазі відбувається навчання через використання

шляхів протиставлення, формування нового, плавного, менш категоричного способу заїкання. Головна ідея цієї фази – навчитися заїкатися плавно.

Структура фази :

- 1) використання психотерапевтичних прийомів з метою формування особистості дитини, яка заїкається;
- 2) використання логопедичних прийомів з метою модифікація мовлення.

Охарактеризуємо логопедичні прийоми, які використовуються на даній фазі:

- прийом “маскуючий шум”. Його використання полягає в тому, що під час мовлення встановлюється особливий шумовий ефект, завдяки якому дитина, яка заїкається, не сприймає зворотного аудіозв’язку. Неможливість чути власне мовлення призводить до зменшення заїкання;

- прийом з використанням запізненого аудіозворотного зв’язку (Delayed Audio Feedback). Його використання полягає в тому, що за допомогою спеціального аудіоприладу дитина, яка має заїкання, сприймає власне мовлення із незначним запізненням. Організація відсутності контролю за темпом мовлення, що лежить в основі цього прийому, дозволяє зменшенню заїкання;

- прийом пантоміми. У його основі лежить можливість використання складних за структурою слів, при вимовлянні яких відбувається постійні прояви заїкання, пантомімічно, концентруючись на моторних рухах та пропріоцептивному відчутті мовлення;

- прийоми “нулювання” (Cancellation). В його основі лежить ідея, що дитина із заїканням у більшості випадків наперед відчуває момент виникнення мовленнєвої проблеми і намагається запобігти цьому. Використання пауз для заспокоєння після моменту заїкання (3 сек. чи більше), після паузи це ж саме слово повторюється прийомом пантоміми та голосним шепітним мовленням;

- прийом завершення слова із заїканням до нулювання. Дитина із заїканням повинна навчитися з'єднувати слово, користуючись прийомом повільних рухів і еластизацією у вимові.

Фаза стабілізації. На цій фазі відбувається закріплення досягнень і автоматизація отриманих нових навичок. Тут логопедичній роботі і безпосередньо логопеду відводиться допоміжна роль. Логопедична робота організовується з метою автоматизації вивчених модифікаційних прийомів за умов наявності ускладнених комунікативних ситуацій і впровадження лінгвістичних стимулів, нормалізації темпо-ритмічної організації вербального мовлення, розвитку і удосконалення просодичного боку мовлення. Одним з ключових етапів цієї фази виступає робота над стабілізацією реінтегрованого самосприйняття і поступове завершення терапії.

Методика корекції заїкання Ван Райпера використовується практично у всьому світі. У серпні 1994 р. на Першому світовому конгресі розладів темпу мовлення, який проводився у Мюнхені шведським спеціалістом Андреасом Старком презентована програма Ван Райпера як концепція інтенсивної інтервальної терапії. З точки зору терапії вона обумовлена тим, що описана науковець вважає заїкання хворобою, яка потребує лікування. Інтервальна – через опис її з точки зору методики, які у собі містить блоковий розклад. Особливістю цих блоків або сегментів є їхня тривалість. Кожен з них розрахований на період 5 днів, від понеділка до п'ятниці, з перервою від шести до восьми тижнів між кожним сегментом. Через півроку вікенд-програма завершує корекційний процес. Методика називається інтенсивною тому, що заняття проводяться досить насичено протягом 8 год. на кожен день під час кожного сегменту [49].

Також за кордоном використовують метод корекції заїкання шляхом формування ритмічного мовлення з використанням метронома. При використанні цього методу спеціально адаптований метроном для його носіння за вухом як слухового апарату. Його особливість у тому, що дитина,

яка заїкається, через використання метронома користується ритмічним мовленням по складах без особливих технічних засобів [71].

Також одним з методів, який використовують закордонні фахівці, є методика корекції заїкання з прослуховуванням гучного маскуючого шуму. Для цього таким суб'єктам пропонують пристрої, які створюють маскуючий шум. Такі пристрої вони постійно носять з собою і мають подібність до слухового апарату. Вони забезпечуються вимикачем, який можна використовувати для включення шуму, якщо людина із заїканням очікує виникнення судоми. В іншому варіанті вони ускладнені пристроєм, який може активуватися голосом для створення маскуючого шуму. Цей метод корекції заїкання має назву поліпшення функціонування голосових зв'язок за Швартсом (1976), який вчив дітей контролювати потік повітря і починати пасивний видих до початку вимовляння фрази, попередньо визначивши, що діти із заїканням мають значні труднощі із мовленнєвим диханням [71].

Логотерапевтична програма Lidcombe відноситься до методики, метою якої є збільшенню плавності мовлення через використання підкріплення умовних рефлексів. Ця програма може використовуватись у процесі організації логокорекційної і терапевтичної роботи з маленькими дітьми. Вона була розроблена групою дослідників під керівництвом професора Онслоу. Відповідно до неї батьки виступають основними спеціалістами з корекції мовлення власних дітей. Основний напрямок – це коментування мовлення. Причому коментується як плавне мовлення дитини, так і її мовлення під час протікання заїкання. При цьому адекватне плавне мовлення має коментуватись у п'ять разів частіше, а ніж мовлення у процесі заїкання. Методика передбачає, що на перших етапах введення процесу коментування батьківські коментарі проводяться один раз на день під час 10-хвилинного діалогу, поступово, по мірі усвідомлення – протягом всього дня у різних ситуаціях. Крім того, батьки навчаються щодня вимірювати ступінь тяжкості заїкання власної дитини за шкалою від 1 (повна відсутність заїкання) до 10 (важка форма заїкання). Раз на тиждень батьки мають консультиватись з

логопедом, порівнюють результати минулого тижня, визначають ефективність лікування і обговорюють нові методи організації корекційної роботи з його подолання. Програма Lidcombe спеціально розроблена для організації корекційної роботи з дітьми молодше 6 років. Але її можна пропонувати і для організації логотерапевтичної роботи з дітьми молодшого шкільного віку. Логотерапевтична програма Lidcombe індивідуалізована для кожної родини. Під час реалізації цієї програми керівна роль відводиться батькам. Роль логотерапевта – просто сформувані у батьків правильну методику організації логотерапевтичного впливу і контроль за його проведенням і ефективністю [49, 64, 71].

Для дітей, у яких заїкання не викликає практично жодних проблем як порушення, що заважає їхньому життю і адекватному соціальному становленню, доцільно використовувати техніку десенсибілізація, яку запропонував американський спеціаліст у цій галузі Вупле (1958). Він зазначав, що десенсибілізація настає, коли людина заїкається відкрито і без почуття сорому і незручності. Її застосування полягає в тому, що після проведення з пацієнтом релаксаційних терапевтичних процедур логопед створює багаторазові ситуації, що не викликають у суб'єкта значного хвилювання. Коли людина з таким складом характеру перестає реагувати на ці ситуації, створюються наступні, більш емоційно для нього значимі. Організація таких занять проводиться до того часу, коли у такого суб'єкта практично не виникає тривожності навіть у найважчих, наближених до повсякденного життя ситуаціях. Одним із різновидів методики десенсибілізації виступає так званий парадоксальний намір – замість уникання заїкання пацієнтам пропонується заїкатися якомога більше. Прихована особливість такої техніки полягає в тому, що коли це їм вдається протягом тривалого часу, скорочується рівень тривожності при очікуванні заїкання [72].

Логотерапевтична методика “Емоційний потік” або вибухова терапія Стампфла і Левіса (1967) передбачає використати психотерапевтичних технік як основи логопедичної корекції. Дана технологія у своїй основі містить уявлення

людини про дуже неприємні ситуації. Її основна парадигма – формування ситуацій постійного стресу для людини, яка заїкається. В таких випадках даний суб'єкт відчуває подібні стреси постійно, що провокує емоційні вибухи, після яких рівень тривоги практично нівелюється. Але використання такої технології можливе лише спеціалістами високої кваліфікації, адже при недотриманні певних особливостей її проведення це може призвести до виникнення психоемоційних негативно спрямованих особистісних новоутворень, які ще більше посилять наявне мовленнєве відхилення.

Також у США використовують методики збільшення плавності мовлення, однією з яких є “Система Швидкого Мовлення” Холлінз. Основний напрямок корекційної роботи з використанням цієї програми – акцентування уваги на розвитку моторних навичок і емоційним аспектам заїкання через використання Fluency Net (“Мережа Плавного мовлення”). Це комп'ютерна система контролю за мовленням у режимі реального часу. Для цієї методики спеціально розроблений технічний пристрій, подібний до слухового апарату Speech Easy. Він виробляє зрушення частот до 2000 герц і затримку акустичного зворотного зв'язку до 128 мс. Використання у логотерапевтичній корекційній роботі Speech Easy з дітьми, які заїкаються, досягає поліпшення плавності мовлення на 80%. Цей ефект зберігається протягом початкових 4 місяців спостереження. Цей апарат не рекомендується використовувати дітям до 10 років [49].

Отже, проаналізувавши розроблені та впроваджені у практику логопедичної та логотерапевтичної допомоги дітям з порушеннями темпо-ритмічної організації мовлення методики, техніки та прийоми роботи можна зробити висновок, що більшість зарубіжних дослідників і практиків, які працюють над проблемою корекції заїкання, вважають необхідним організацію його комплексного вивчення у поєднанні з медикаментозним лікуванням та психотерапевтичною роботою. Це обумовлюється тим, що організація комплексної корекційної роботи з цією категорією дітей передбачає необхідність не лише працювати над нормалізацією всіх сторін

мовлення, але необхідність проведення комплексного розвитку рухової сфери, артикуляційної моторики, дихальної системи, працювати над розвитком практично всіх психічних процесів, емоційної та мотиваційної сфери, цілісним підходом до формування особистості і проведення оздоровлення організму в цілому.

1.3. Особливості використання ляльки як арт-терапевтичного напрямку допомоги особистості

Серед актуальних і цікавих сучасних видів арт-терапії науковці і практики виділяють лялько-терапію, яка вирізняється інтеграційним характером впливу на дітей, досить ефективна у процесі організації виховної, корекційної, навчальної, діагностичної роботи педагога. Лялько-терапія – це окремий вид ігрової діяльності дітей з лялькою, який сформувався як самостійний психолого-педагогічний напрямок корекційно-розвивальної роботи. Ігрова діяльність з використанням ляльок передбачає залучення специфічних методик і технологій, пов'язаних з усуненням негативного особистісного емоційно-чуттєвого дискомфорту. Мета організації ігрової діяльності дітей з лялькою як терапевтичного напрямку – допомогти їм ліквідувати проблемні переживання, зменшити або нівелювати фобічні стани, зміцнити психічне здоров'я, покращити соціальну адаптацію, розвинути самосвідомість, сформувати в емоційно-позитивному плані вирішувати конфліктні ситуації в умовах колективної творчої діяльності [11].

У контексті історії становлення використання ляльок у психокорекційній роботі необхідно повернутись практично на сто років назад. Початок умовно належить невропатологу Малколму Райт, який з 1926 році за допомогою театру ляльок лікував неврози. Надалі було відкрито ефективність використання лялько-терапії при реабілітації осіб з церебральним паралічем. На теренах України за часів існування радянської влади з 20-х років ляльки використовувались у процесі організації логопедичної роботи з дітьми, які мали заїкання. Також їх використовували у відновлювальних процесах після

сильних стресів і при обмеженні в русі. У 40-х роках у США Якоб Леві Морено заснував Інститут соціометрії і психодрами. У ньому через використання лялькового театру в умовах клініки він відтворював ті ситуації, які найбільш травмували його пацієнтів. Його технологія полягала в тому, що лікарі спільно з хворими та їхніми родинами писали прості сценарії і спільно ставили спектакль [49].

В Україні на тепер досить ефективно функціонує Українська Арт-терапевтична асоціація, яка своєю метою поставили об'єднання науковців і практиків нашої країни з метою пропагування арт-терапії як ефективного і екологічного шляху організації корекції особистості через використання мистецтва, а також виділення науково-методичних основ використання арт-терапії у різних сферах, в тому числі і у корекційній освіті [37].

Організація корекційної роботи з використанням арт-терапевтичних методик і технологій будується на основі принципу врахування структури порушення і потенційних можливостей дитини, тобто теорії Л. Виготського про "зони актуального і ближнього розвитку". Арт-терапевтичні корекційні логопедичні методики передбачає оптимально пропорцію врахування особистісних якостей і здібностей дитини і процесу співробітництва з дорослими, під час якого дитина може оволодівати і усвідомлювати нові способи дій з врахуванням наявних труднощів комунікації [23].

Основним етапом психічного і мовленнєвого розвитку дітей є період дошкільного віку. Цей період науковці відмічають як період гри, оскільки вона виступає провідною діяльністю. Невід'ємною, а можна сказати і провідною на певному етапі становлення дитячої особистості є іграшка, яка набуває особливої значущості за умови наявності у дітей тих чи інших проблем розвитку, оскільки містить у собі не лише соціально спрямовану, а й корекційну та розвивальну функції. Тому використання іграшок, зокрема ляльок, як одного зі способів корекційної роботи з дітьми з порушеннями мовлення враховує вікові і психологічні особливості дітей. Значний ефект використання ляльок відмічено під час організації корекційно-розвивальної

логопедичної роботи. Зокрема, значний позитивний ефект застосування ляльки-бібабо визначений при роботі з дітьми, які мають заїкання. Лялька, що одягається на руку, дозволяє ефективно впливати на м'язовий тонус, організовуючи його розслаблення [52].

Лялько-терапія – це розділ психотерапії, в основі якого лежить використання ляльки як основного прийому корекційного впливу, яка є проміжним об'єктом у взаємодії дитини і дорослого. Основна мета лялько-терапії – це допомога дитині ліквідувати хворобливі переживання, поліпшити психічне здоров'я, оптимізувати соціальну адаптацію, розвинути самосвідомість, знайти шляхи вирішення конфліктних ситуацій в умовах колективної творчої діяльності [23].

У основі лялько-терапії як методу лежать процеси ідентифікації себе з улюбленими героями казок, розповідей, мультфільмів, іграшок. Основним прийомом корекційної дії використовується лялька як основний об'єкт взаємодії дитини та дорослого. Пізнання реального світу, усвідомлення його соціальних зв'язків і стосунків відбувається через активне проектування досвіду, який сприймається, у специфічну ігрову ситуацію. Причому лялька виступає основним об'єктом такої соціальної проекції.

Лялько-терапія дозволяє об'єднати інтереси дитини і корекційні цілі логопеда, дає можливість організувати вплив на психіку з метою її психопрофілактики. Корекція протестної, опозиційної, демонстративної поведінки досягається через обігрування на ляльках разом з батьками або однолітками типових конфліктних ситуацій, які безпосередньо виникали у процесі життєдіяльності. Використання ляльки з метою корекційної роботи включає в себе два етапи: виготовлення ляльок і їх використання для корекції значущих емоційних станів [23].

У процесі організації корекційного впливу використовують різні типи ляльок: лялька-маріонетка, пальчикові ляльки, тіньові ляльки, мотузяні ляльки, площинні ляльки, лялька-рукавичка, лялька-костюм [36].

У процесі організації роботи перший етап – етап виготовлення ляльки, має значний корекційний вплив. А цьому етапі відбувається формування позитивної самооцінки, що має значний ефект під час корекції заїкання. Цей етап передбачає:

- розвиток дрібної моторики руки (“мануальний інтелект”);
- розвиток фантазування і образного мислення;
- розвиток вміння образного прояву особистісних характерних рис;
- розвиток здатності відчуття інших і оточуючої ситуації;
- розвиток здатності концентрувати увагу;
- зміцнення зв’язку дитина – логопед – батьки [53].

Характерним для першого етапу є те, що дитина часто персоніфікує себе з іграшкою, яку вона виготовляє, відображає себе, свої думки і проблеми, свої емоції та переживання. Принцип виготовлення простих ляльок-маріонеток був вперше запроваджений Вальдорфською школою. У таких простих ляльок є лише голова і плаття із зшитими рукавами. Вони дуже прості для показу: одна нитка служить для управління головою, інша – для керівництва руками. Лялька може мати одне обличчя або обличчя можуть змінюватись. Така зміна дозволяє дитині моделювати на неї свої різні емоції. При складніших розладах може використовуватись лялька без обличчя, що дозволяє дитині фантазувати і визначати настрій лялькового персонажу [60].

На другому етапі відбувається “оживлення” і знайомство з лялькою у контексті відпрацювання механізмів саморегуляції на образному рівні. Дитина вчиться контролювати і адекватно виражати власні емоції і почуття. Через емоційну децентрацію за допомогою ляльки дитина значно краще вступає у комунікативний контакт. Причому непосидючі, рухливі діти стають більш уважними і урівноваженими, а діти замкнуті, загальмовані, нетовариські, некомпанійські – стають більш відкритими та емоційними [64].

На другому етапі маніпулятивна робота дитини з лялькою дозволяє удосконалювати дрібну моторику руки і загальну координацію рухів, проявляти через ляльку власні емоції, відчуття, стани, які дитина з певних

причин не може або не дозволяє собі проявляти. “Ожививши” ляльку дитина починає навчатись дорослої відповідальності за її дії, за її “життя”, у неї формуються навички усвідомлення причинно-наслідкових зв’язків між своїми діями і змінами рухів ляльки. Також на цьому етапі діти навчаються знаходити адекватний тілесний вираз різним емоціям, відчуттям, станам, розвивати довільну увагу і формувати здатність до її концентрації [64].

Н. Хлопоніна зазначає, що у процесі використання лялько-терапії дитина через ляльку може образно висловити ті свої думки, власні позиції, переконання, які від себе без ігрової ситуації висловити не може. Різні види ляльок, які можна використовувати у процесі проведення лялько-терапії, дозволяють знайти найбільш адекватну для ситуації ідентифікацію. Наприклад, тіньові ляльки доречно використовувати у процесі проведення корекційної роботи з фобічними реакціями; з лялькою-костюмом або площинною лялькою діти з непевненістю в собі можуть заховатися, щоб почуватися у безпеці; оперування лялькою-маріонеткою або лялькою-рукавичкою сприяє формуванню навичок контролювати ситуацію і себе в ній [62].

Лялько-терапія як розділ арт-терапії використовує основний прийом психокорекційного впливу на корекцію тих чи інших порушень у дитини, зокрема заїкання, ляльку як об’єкт взаємодії з дорослими. Проводячи власну ідентифікацію себе через ляльку дитина в умовній ситуації проектує свій внутрішній світ і відчуває реальні почуття. При цьому Н. Довгаль відзначає, що один з головних принципів лялько-терапії полягає не у лікуванні окремого симптому або набору симптомів, окремого порушення або комплексу відхилень, а організації розвитку всієї дитячої особистості через комплексний, загальний обсяг прийомів, які використовуються для розуміння причин виникнення порушень, ви значення “поломки”, яка на даному конкретному етапі становлення дитини ускладнює її життя.

Лялько-терапія у своїй основі містить процес ідентифікації дитини з улюбленою іграшкою. Основний прийом корекційного впливу – лялька як

проміжний об'єкт взаємодії дитини і оточуючих. Дитина, пізнаючи реальний світ, наповненість соціальними зв'язками і стосунками, активно проектує власний досвід у специфічну ігрову ситуацію. Причому лялька виступає основним об'єктом такої соціальної проєкції.

Метою лялько-терапії у контексті організації логопедичної допомоги дітям із заїканням є ліквідація хворобливих переживань, нівелювання фобічних реакцій, формування позитивного налаштування на комунікативну взаємодію, використання соціальних стосунків у контексті адаптації до співжиття з іншими людьми, розвиток самосвідомості, вирішення конфліктних ситуацій в умовах колективної взаємодії.

Функції лялько-терапії :

- комунікативна – формування позитивного емоційного налаштування на соціальні контакти, на колективну діяльність, розвиток позитивної мотиваційної основи спілкування;

- релаксаційна – знання напруги у емоційно-вольовій сфері;

- виховна – організація корекції психічних процесів та особистісних якостей через використання ігрових моделей життєвих ситуацій;

- розвиваюча – формування і розвиток психіки та моторних компетенцій;

- навчальна – розвиток інтелектуального потенціалу через збагачення інформацією про навколишній світ [23].

Лялько-терапія як напрямок дозволяє об'єднати внутрішні прагнення і корекційні завдання логопеда, дає можливість організації природного і оптимального з точки зору становлення її психічних процесів втручання дорослого у особистісну сферу дитини з метою її корекції. Використовується з метою нівелювання дезадаптивної поведінки як однієї з основних причин виникнення заїкання. Корекція протестної, опозиційної, демонстративної поведінки проводиться шляхом розігрування на ляльках спільно з батьками або однолітками типових конфліктних ситуацій, які можуть виступати як передумови прояву м'язових спазмів артикуляційного апарату у процесі вербального спілкування [23].

Особливого значення необхідно приділяти процесу виготовлення ляльки, який дозволяє об'єднати дитину з дорослим. Під час спільної діяльності над створенням ляльки основна ідея-проект має належати дитині, а дорослому відводиться роль стимулятора дитячої фантазії допомога на технічному рівні для реалізації задуму [23].

Отже, лялько-терапія у контексті корекційної логопедичної роботи забезпечує: розслаблення; можливість проаналізувати конфліктну ситуацію в ігровій формі без наслідків для власної особистості і віднайти шляхи і способи виходу з неї або її уникнення у подальшому; формулювання бажаних позитивних сценаріїв майбутнього; становлення навичок адекватного прояву своїх емоцій і почуттів; уникнення або позбавлення негативних, депресивних почуттів шляхом їхнього уособлення з "поганою" лялькою і її подальшого знищення; поява талісмана-помічника для позитивного налаштування на спільну діяльність у подальшому; розвиток творчих здібностей, вміння висловлювати емоції, характер, а також емоційного і образного мислення.

Висновки до першого розділу

Заїкання як проблема вважається однією із найбільш давніх в історії розвитку вчення про розлади мовлення. Історичний аспект розуміння його сутності обумовлювався рівнем розвитку науки і позиціями, з яких дослідники підходили і підходять до вивчення цього мовленнєвого порушення. На сьогоднішній день у логопедії відзначається, що заїкання є одним із найбільш складних і тривалих мовленнєвих порушень. Причому у наукових дослідженнях не існує єдиного погляду на природу заїкання через широкий спектр причин та умов його виникнення. Тому постає необхідність постійного пошуку нових корекційних механізмів його подолання з урахуванням структури, етіології та патогенезу порушення з урахуванням особливостей прояву захворювання.

При цьому необхідно вказати, що дане захворювання впливає не лише на мовленнєву функцію. У дитини із заїканням спостерігається присутність

розладів нервової системи, фізичного здоров'я, загальної й мовленнєвої моторики, власне безпосередньо мовленнєвої функції, становлення психіки і особистісних якостей з акцентом на посилення невротичного типу. Перераховані відхилення психофізичного розвитку дитини із заїканням у різних випадках проявляються по-різному. Проте необхідно відзначити взаємозалежність, взаємодоповнюваність, взаємопровокативність наявного комплексу психофізичних порушень дитини із заїканням. Вони тісно пов'язані одне з одним, живлять одне одного, ускладнення одного з перелічених відхилень безпосередньо посилює і поглиблює інше. Тому організація корекційної логопедичної роботи з дітьми, які мають заїкання, має носити комплексний характер і впливати не лише на їхнє мовлення, а й на особистість і моторику, нервову систему і організм у цілому.

Аналіз розроблених і впроваджених у практику логопедичної та логотерапевтичної допомоги дітям з порушеннями темпо-ритмічної організації мовлення методик, технік та прийомів роботи дозволяє зробити висновок, що більшість зарубіжних дослідників і практиків, які працюють над проблемою корекції заїкання, вважають необхідним організацію його комплексного вивчення у поєднанні з медикаментозним лікуванням та психотерапевтичною роботою. Це обумовлюється тим, що організація комплексної корекційної роботи з цією категорією дітей передбачає необхідність не лише працю над нормалізацію всіх сторін мовлення, але й проведення комплексного розвитку рухової сфери, артикуляційної моторики, дихальної системи, роботу над розвитком практично всіх психічних процесів, емоційної та мотиваційної сфери, цілісним підходом до формування особистості і проведення оздоровлення організму в цілому.

Своєрідною формою логопедичної корекції заїкання виступає лялько-терапія, яка використовує в якості основного прийому психокорекційного впливу ляльку як проміжний об'єкт взаємодії дитини і дорослого. Ідентифікуючи себе через ляльку дитина в умовній ситуації проектує свій внутрішній світ і відчуває реальні почуття, що дозволяє оптимізувати

логопедичний вплив з урахуванням наявного порушення. Причому провідним принципом використання лялько-терапії у логопедичній роботі з дітьми із заїканням виступає не лікування окремого симптому або набору симптомів, а комплексна корекція “поломка особистості” з формуванням здатності до адекватного використання комунікації. Лялько-терапія дозволяє об’єднати інтереси дитини і корекційні завдання логопеда, дає можливість самого природного і адекватного зовнішнього втручання у психіку дитини з метою її корекції або психопрофілактики.

РОЗДІЛ II. ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЛЯЛЬКО-ТЕРАПІЇ У ЛОГОПЕДИЧНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАЙКАННЯМ

2.1. Обґрунтування методики дослідження психічних процесів у дітей дошкільного віку із зайканням

Особливого значення при організації корекційної логопедичної роботи з дітьми із таким порушенням мовлення, як зайкання, є проблема тривожності, яка супроводжує їхнє повсякденне життя. Мовленнєва тривожність, яка виникає у дітей із зайканням у ситуаціях наявності комунікативних порушень через невдалий вербальний досвід, є природною реакцією на ці проблеми. Причому необхідно зазначити, що мовленнєва тривожність виникає у дітей із зайканням на ранніх етапах вікового розвитку, адже у цьому випадку поряд із розумінням мови формується і ставлення до власного мовлення. Ускладнення способів вербальної комунікації супроводжується виникненням емоційної напруги, яка пов'язана з переживанням змісту спілкування, оцінкою комунікативної ситуації, вибором словесних засобів.

Хвилювання за протікання вербального мовлення у дітей із зайканням може змінюватись залежно від різних обставин. З віком, відповідно до зростання важливості вербального спілкування для особистісного розвитку хвилювання наростає, як наростає і рівень загальної тривожності. Ступінь прояву мовленнєвої тривожності залежить від ступеня прояву зайкання, і чим складніші прояви порушення темпо-ритмічної організації мовлення, тим більше і яскравіше проявляється хвилювання. Також у дітей із зайканням мовленнєва тривожність часто призводить до формування шкідливих поведінкових звичок невротичного характеру – вони гризуть нігті, обсмоктують пальці, роздирають рани, вискубують волосся тощо.

Мета емпіричного дослідження полягала у визначенні особливостей проявів тривожності і рівня його становлення у дітей дошкільного віку із зайканням. Дослідження проводилось на базі закладів дошкільної освіти та

інклюзивно-ресурсного центру з інклюзивним навчанням № 4 м. Хмельницького і с. Солобківці, Хмельницького району. У ньому приймали участь 9 дітей дошкільного віку із заїканням і 24 дитини з нормотиповим розвитком. Всього у дослідженні приймали участь 33 дитини дошкільного віку від 4-х до 6-и років.

Мета визначила завдання проведення дослідження, що включають у себе підбір методик відповідно до вікових особливостей дітей та наявному мовленнєвому порушенню; організацію психодіагностичного обстеження психічних процесів дітей дошкільного віку із заїканням та з нормотиповим розвитком і визначення її рівня за такими критеріями, як тривожність, страх, самооцінка, імпульсивність, агресивність; проведення аналізу та інтерпретації отриманих результатів.

У процесі проведення дослідження адаптовано кілька експериментальних методик, які спрямовані на визначення у дітей рівня тривожності.

На **першому етапі** зроблено анкетування батьків дітей дошкільного віку з нормотиповим розвитком і із заїканням для визначення наявності у них ознак психічного напруження та рівня тривожності. Для цього адаптовано батьківський тест О. Захарової через включення системи запитань для батьків. Відповідь містила три варіанти : “так” – оцінювалось у 2 бали; “інколи” – оцінка 1 бал; “ні” – оцінка 0 балів.

1. Легко засмучується, багато переживає навіть через незначні проблеми.
2. Часто плаче, скиглить, довго не заспокоюється.
3. Часто вередує, виникає дратівливість навіть через дрібниці.
4. Часто ображається, не терпить навіть незначних зауважень.
5. Виникають випадки агресивної поведінки до інших.
6. Заїкається.
7. Гризе нігті, смочає пальці, наявність інших неконтрольованих дій.
8. Відсутність апетиту, часті шлункові розлади.
9. Вибірковість під час вживання їжі, їсть лише визначені продукти.
10. Погано засинає.

11. Снить неспокійно, у ночі часто пробуджується.
12. Неохоче прокидається.
13. Часто кліпає, дуже пітніє, коли хвилюється.
14. Присутність неспокою, наявність імпульсивних рухів.
15. Розсіяність уваги, повільне зосередження, швидка відволікаємість.
16. Наявність спроби бути непомітним для оточуючих, тихим.
17. Страх темряви.
18. Потреба у присутності інших, страх самотності.
19. Страх виконання будь-яких дій через невдач, невпевненість у власних силах, нерішучість.
20. Наявність почуття неповноцінності, меншовартості.

Результати сумуються. Відповідно до кількості отриманих балів констатується наявність психоемоційних відхилень або прогнозується їхнє виникнення відповідно до психоемоційного напруження дитини. Відповідно до кількості балів виділяються групи дітей:

- 32-40 балів – дуже високий рівень психоемоційного напруження і тривожності, підозра на наявність неврозу;
- 23-31 бал – високий рівень психоемоційного напруження і тривожності, висока імовірність виникнення неврозу найближчим часом;
- 14-22 бали – середній рівень психоемоційного напруження і тривожності, поєднання вікових особливостей розладу із ситуативними неконтрольованими проявами тривожності, потреба в більш емоційному позитивному контакті з близькими, можливість виникнення неврозу при посиленні проблем нервового розладу;
- 0-13 балів – низький рівень психоемоційного напруження і тривожності, відхилення незначні і проявляються як вікові особливості розвитку дитини.

На цьому ж етапі проведено анкетування батьків з боку вихователів для визначення рівня тривожності дошкільників і проведенні порівняння результатів відповідей батьків і реальних спостережень педагогів (адаптація методики Г. Лаврентьєва, Т. Титаренко).

Метою проведення даного анкетування є оцінка тривожності дитини на основі спостережень. При цьому вихователь заповнює анкету самостійно. Якщо наявна у анкеті проблема присутня у дитини – оцінюється у 2 бали, інколи присутня – у 1 бал, не присутня – у 0 балів.

1. Не вміє працювати тривалий час, постійно вимагає перепочинку.
2. Важко концентрує увагу на діяльності.
3. Виконання будь-якої діяльності викликає тривожність.
4. Відчувається внутрішня напруженість, скованість під час діяльності.
5. Часто ніяковіє.
6. Часто висловлює думку про виникнення майбутніх проблем.
7. Червоніє у незнайомому соціальному оточенні.
8. Розповідає про страшні сни.
9. Постійна присутність холодних і вологих рук.
10. Часто виникаючі шлункові розлади.
11. Постійно пітніє, коли хвилюється.
12. Має поганий апетит.
13. Спить неспокійно, погано засинає.
14. Боязкий, наявні фобічні реакції навіть на незначні незнайомі сторонні впливи.
15. Постійно неспокійний, легко засмучується.
16. Не тримає слова.
17. Негативно реагує на процес очікування.
18. Не любить виконувати незнайому діяльність.
19. Не впевнена у собі, своїх силах.
20. Боїться труднощів.

Результати сумуються. Відповідно до кількості балів виділяються групи дітей:

- 32-40 балів – дуже високий рівень напруження і тривожності;
- 23-31 бал – високий рівень напруження і тривожності;
- 14-22 бали – середній рівень напруження і тривожності;

- 0-13 балів – низький рівень напруження і тривожності, відхилення незначні і проявляються як вікові особливості розвитку дитини.

На **другому етапі** проведено дослідження з використанням загальнозживаної методики “Страхи у будиночках” і адаптованої відповідно до дітей дошкільного віку з нормотиповим розвитком і з порушеннями мовлення. Її метою є виявлення наявності фобічних реакцій у дітей і їх визначення їхнього впливу на становлення психіки дітей.

Підготовка дослідження. Для дослідження страхів і їхнього впливу на дітей дошкільного віку з нормотиповим розвитком і із заїканням необхідно використати два будиночки – чорного і червоного кольорів. Бесіду необхідно проводити без поспіху і ґрунтовно, перераховуючи страхи і чекаючи відповіді “так” – “ні” або “боюся” – “не боюся”. Повторювати питання про те, боїться або не боїться дитина, слід лише час від часу, уникаючи мимовільного навіювання страхів. При стереотипному запереченні всіх страхів необхідно просити давати розгорнуті відповіді по типу “не боюся темряви”, а не “ні” або “так”. Дорослий повинен сидіти поруч, а не навпроти дитини, періодично підбадьорювати і хвалити дитину за те, що вона говорить правдиво. Краще, щоб дорослий перераховував страхи по пам’яті, лише інколи підглядаючи у список. Відповіді дітей фіксуються у відповідний протокол. У протоколі фіксується, у який будиночок (червоний або чорний) поселить дитина той або інший страх, а також її вільні висловлювання відповідно до того або іншого страху (якщо вони є). Тест проводиться з однією дитиною. Після виконання завдання дітям обов’язково пропонувалося закрити страшний будинок на замок, який вони самі малюють, а ключ викинути. Страхи у чорному будинку підраховуються і співвідносяться з віковими нормами.

Інструкція для проведення. “У червоний і чорний будинок треба розселити страхи. У якому будинку (червоному або чорному) житимуть страшні страхи, а в якому – не дуже страшні?”

Запитання для даного тесту.

Ти боїшся?

1. коли залишаєшся один;
2. нападу бандитів;
3. захворіти, заразитися;
4. померти;
5. того, що помруть твої батьки;
6. когось із дітей;
7. когось із людей;
8. мами чи тата;
9. того, що вони тебе покарають;
10. Инжи Баби, Кащика Невмирущого, Змія Горинича, чудовиська, страху казкових персонажів або війни;
11. засинати;
12. страшних снів (яких саме);
13. темряви;
14. вовка, ведмедя, собак, павуків, змій (страхи тварин);
15. машин, поїздів, літаків (страхи транспорту);
16. бурі, урагану, повені, землетрусів (страхи стихії);
17. коли дуже високо (страх висоти);
18. коли дуже глибоко (страх глибини);
19. тісної кімнати, підвалу, переповненого автобуса (страх замкнутого простору);
20. води;
21. вогню;
22. пожежі;
23. війни;
24. великих вулиць, площ;
25. лікарів (крім зубних);
26. крові (коли йде кров);
27. уколів;
28. болю (коли боляче);

29. несподіваних, різких звуків, коли щось раптово впаде, стукне, зірветься (боїшся, здригаєшся при цьому);

30. зробити що-небудь не так, неправильно;

31. що прийдуть вороги (росіяни).

У дітей 3 – 5 років вважається природнім наявність таких страхів:

1. смерть (діти усвідомлюють кінцівку життя);

2. страшні сни;

3. напад бандитів;

4. вогонь;

5. пожежа;

6. крові;

7. уколів;

8. природні стихії;

9. отруйні змії;

10. смерть близьких;

11. війни.

Визначити всю кількість і спектр страхів можна спеціальним опитуванням лише за умови встановлення емоційного контакту з дитиною, довірливих відносин і відсутності конфлікту. Результати, отримані під час тестування, записувались у таблицю.

Прізвище, ім'я дитини				
№ за/п	Фобія	Червоний будиночок	Червоний будиночок	Вагається, до якого віднести
1	коли залишаєшся один			
2	нападу бандитів			
3	захворіти, заразитися			
4	померти			
5	того, що помруть твої батьки			

6	когось із дітей			
7	когось із людей			
8	мами чи тата			
9	того, що вони тебе покарають			
10	Инжи Баби, Кащика Невмирущого, Змія Горинича, чудовиська, страху казкових персонажів або війни			
11	засинати			
12	страшних снів (яких саме)			
13	темряви			
14	змії, вовка, ведмедя, собак, павуків, змії (страхи тварин)			
15	машин, поїздів, літаків (страхи транспорту)			
16	бурі, урагану, повені, землетрусів (страхи стихії)			
17	коли дуже високо (страх висоти)			
18	коли дуже глибоко (страх глибини)			
19	тісної кімнати, підвалу, переповненого автобуса (страх замкнутого простору)			
20	води			
21	вогню			
22	пожежі			
23	війни			
24	великих вулиць, площ			
25	лікарів (крім зубних)			
26	крові (коли йде кров)			
27	уколів			
28	болю (коли боляче)			

29	несподіваних, різких звуків, коли щось раптово впаде, стукне, зірветься (боїшся, здригаєшся при цьому)			
30	зробити що-небудь не так, неправильно			
31	що прийдуть вороги (росіяни)			

Метою даного тесту була оцінка наявності фобічних реакцій у дітей з нормотиповим розвитком і із заїканням. Експериментатор заповнює таблицю самостійно. Із 31 запропонованого стару відкидаємо 11, які вважаються для дітей дошкільного віку природними. Інші страхи оцінюються. Якщо фобічна реакція відноситься до чорного будиночка – оцінюється у 2 бали, воли дитина вагається – у 1 бал, коли до червоного – у 0 балів.

Результати сумуються. Відповідно до кількості балів виділяються групи дітей:

- 32-40 балів – дуже високий рівень напруження і тривожності;
- 23-31 бал – високий рівень напруження і тривожності;
- 14-22 бали – середній рівень напруження і тривожності;
- 0-13 балів – низький рівень напруження і тривожності, відхилення незначні і проявляються як вікові особливості розвитку дитини.

На третьому етапі була використана адаптована версія проєктивної методика “Кактус” (за М. Панфіловою) з метою виявлення проявів агресивності і тривожності, з’ясування їхньої направленості й інтенсивності. У процесі її проведення враховувалось, що вона є проєктивною і від дітей вимагається достатній рівень фантазії і вміння зображувати образ у вигляді малюнку. Специфічним у ній є те, що зображений малюнок значною мірою пов’язаний не лише з дитячими емоціями, а й з соціальними та особистісними проблемами, які прослідковуються у дітей із заїканням.

Інструкція: “На аркуші паперу намалюй кактус – такий, яким ти його собі уявляєш”. Питання та додаткові пояснення не допускаються. Крім того, враховуються специфічні показники, характерні саме для даної методики:

1. характеристика “образу кактуса” – дикий, домашній, жіночий, квітучий, тощо;

2. характеристика манери малювання – промальований, схематичний, з пропусками тощо;

3. характеристика голок – їхній розмір, розташування, кількість тощо.

За результатами опрацьованих даних по малюнку можна діагностувати якості особистості дитини.

Агресивність – наявність значної кількості голок. Стирчать у різні боки, довгі, близько розташовані одна від одної виступають свідченням високого ступеня агресивності.

Імпульсивність – уривчасті лінії, сильний натиск.

Егоцентризм, прагнення до лідерства – великий малюнок, розташований у центрі аркуша.

Невпевненість у собі, залежність – маленький малюнок, розташований внизу аркуша.

Демонстративність, відкритість – наявність виступаючих відростків на кактусі, химерність форм.

Скритність, обережність – наявність кривих ліній, зигзагів по контуру або всередині кактуса.

Оптимізм – зображення “веселих” кактусів, використання яскравих кольорів у варіанті з кольоровими олівцями.

Тривожність – переважання внутрішнього штрихування, переривчасті лінії, використання темних кольорів у варіанті з кольоровими олівцями.

Екстравертність – наявність на малюнку інших кактусів або квітів.

Інтровертірованість – на малюнку зображено лише один кактус.

Прагнення до домашнього прихистку, почуття сімейної спільності – наявність квіткового горщика на малюнку, зображення домашнього кактуса.

Відсутність прагнення до домашнього захисту, почуття самотності – зображення дикоростучого, пустельного кактуса.

Після закінчення малювання експериментатор висловлює схвалення незалежно від отриманих результатів. Процес малювання відображався у загальних та індивідуальних протоколах. Базуючись даними протоколів складалися відповідні висновки щодо особливостей емоційного стану обстежуваних дітей.

Для визначення рівня агресивності і тривожності у дітей з нормотиповим розвитком і із заїканням використано числові показники відповідно до наявності або відсутності елемента на малюнку. Інтерпретація результатів відбувається за трьома рівнями відповідно до критеріїв та показників:

Дуже високий рівень – у дитини чітко прослідковується та визначається збуджена, у більшості випадків асоціальна поведінка, вона перебуває у стані агресії, яка має фізичний характер, але вербальний і непрямий характер теж присутні.

Високий рівень – у дитини чітко прослідковується наявність збудженої, у окремих випадках асоціальної поведінки з проявами агресії, яка деколи має фізичний характер, але у більшості випадків носить вербальний і непрямий характер. Відповідно до методики:

Середній рівень – прояв збудженої поведінки в основному у межах норми, інколи спостерігається роздратування, прояви агресії або тривожності частіше носять непрямий або вербальний характер;

Низький рівень – практично відсутні ознаки агресивності або тривожності, вони можуть носити максимум вербальний характер.

Опишемо підрахунок балів відповідно до параметрів.

Якщо кактус виглядає дуже загрозливим учень отримує 3 бали, якщо на малюнку загрозливих проявів більше половини – 2 бали, малюнку наявні лише часткові загрозливі елементи – 1 бал, якщо кактус добрий і не має загрозливих елементів – 0 балів.

Залежності від довжини голок: за довгі голки – 3 бали, за голки середньої довжини – 2 бали, за короткі голки учень отримуватиме 1 бал, якщо голки відсутні – 0 балів.

Якщо голки на малюнку розміщені щільно – учень отримуватиме 3 бали, якщо голки розміщені не дуже щільно, проте не рідко – 2 бали, якщо на кактусі зображені поодинокі голки, або вони лише зображені по зовнішньому контуру кактуса учень отримує 1 бал, якщо голки відсутні – 0 балів.

Відповідно до коментарів малюнку, якщо у коментарях домінують агресивні прояви, кактус повинен «атакувати», «знищувати» тощо – така відповідь оцінюється в 3 бали, якщо є агресія проявляється в окремих випадках – 2 бали, якщо агресивні прояви лише як елемент самозахисту – 1 бал, якщо вони відсутні, бо на кактус ніхто нападати не буде – 0 балів.

Таким чином, відповідно до отриманих числових показників еквівалентів аналізу малюнку визначено рівні наявності агресії і тривожності дітей дошкільного віку з нормотиповим розвитком і із заїканнями відповідно до методики:

- дуже високий рівень агресивності, напруження і тривожності – числові показники від 9 до 10 балів;

- високий рівень агресивності, напруження і тривожності – числові показники від 6 до 8 балів;

- середній рівень агресивності, напруження і тривожності – числові показники від 3 до 5 балів;

- низький рівень агресивності, напруження і тривожності – числові показники від 0 до 2 балів.

Також було адаптовано і використано методику “Паротяг” у контексті тестів Люшера. Дана методика дозволяє визначити особливості емоційного стану дітей: нормальний або знижений настрій, наявність стану тривожності, фобічних реакцій, задовільну або низьку адаптацію до нового або звичного соціального середовища.

Обладнання: паротяг білого кольору і 8 різнокольорових вагончиків (червоний, жовтий, зелений, синій, фіолетовий, сірий, коричневий, чорний). Вагончики хаотично розміщуються на білому тлі.

Інструкція для виконання: “Розглянь всі вагончики. Давай складемо незвичайний поїзд. Першим постав вагончик, який для тебе найкрасивіший. Тепер постав з решти найкрасивіший, і так далі. Необхідно, щоб дитина утримувала всі вагончики в полі зору. Інструкцію потрібно повторювати стільки разів, скільки це потрібно для дитини. Одночасно показувати рукою на ті вагончики, які залишилися. Проводиться фіксування позицій кольору вагончиків і супровідні висловлювання дитини.

Обробка результатів тестового дослідження. Бали виставляються відповідно до послідовності розміщення кольорових вагончиків (див. таблиці).

Таблиця 2.1

Бали	Колір вагончиків	Нумерація відповідно до розташування
1 бал	Фіолетовий	2
	Чорний	3
	Сірий	3
	Коричневий	3
	Червоний	6
	Жовтий	6
	Зелений	6

Таблиця 2.2

Бали	Колір вагончиків	Нумерація відповідно до розташування
2 бали	Фіолетовий	1
	Чорний	2
	Сірий	2
	Коричневий	2
	Червоний	7
	Жовтий	7

	Зелений	7
	Синій	8

Таблиця 2.3

Бали	Колір вагончиків	Нумерація відповідно до розташування
3 бали	Чорний	1
	Сірий	1
	Коричневий	1
	Синій	7
	Червоний	8
	Жовтий	8
	Зелений	8

1 бал виставляється, якщо дитина поставить вагончик фіолетового кольору на другу позицію; чорний, сірий, коричневий – на третю; червоний, жовтий, зелений – на шосту.

2 бали виставляється, якщо дитина поставить вагончик фіолетового кольору на першу позицію; чорний, сірий, коричневий – на другу; червоний, жовтий, зелений – на сьому, синій – на восьму.

3 бали виставляється, якщо чорний, сірий або коричневий вагончик поставлений на першу позицію; синій – на сьому; червоний, жовтий, зелений – на восьму позицію.

Таким чином, відповідно до отриманих числових показників тестового обстеження особливостей емоційного стану: нормальний або знижений настрій, наявність стану тривожності, фобічних реакцій, задовільну або низьку адаптацію до нового або звичного соціального середовища у дітей дошкільного віку з нормотиповим розвитком і із заїканнями відповідно до методики:

- дуже високий рівень або дуже високий негативний психічний стан – числові показники нарівні 9 балів;

- високий рівень або високий негативний психічний стан – числові показники від 6 до 8 балів;

- середній рівень або середній негативний психічний стан – числові показники від 3 до 5 балів;

- низький рівень або позитивний психічний стан – числові показники від 0 до 2 балів.

Отже, проведене обґрунтування методик дослідження психічного розвитку, зокрема агресивності, напруження, фобічних реакцій, тривожності, соціальних складових тощо у дітей дошкільного віку з нормотиповим розвитком і із заїканням. Визначення рівнів сформованості компонентів психічного розвитку дозволить провести паралелі з особливостями протікання заїкання у дітей дошкільного віку і порівняти з рівнями агресивності, напруження, тривожності, фобій у дітей з нормотиповим розвитком. Можливість використання даних діагностичних досліджень дозволить педагогам і логопедам сконцентрувати напрямки подолання порушення мовлення з урахування тих чи інших проблем становлення психіки дитини дошкільного віку і її особистості в цілому.

2.2. Результати дослідження порушень психічного розвитку у дітей

Дослідження проводилось на базі закладу дошкільної освіти “Сонечко” та інклюзивно-ресурсного центру с. Радівка, а також закладу дошкільної освіти “Сонечко” с. Нападівка, Хмельницького району Вінницької області. У ньому приймали участь 9 дітей дошкільного віку із заїканням і 24 дитини з нормотиповим розвитком. Всього у дослідженні приймали участь 33 дитини дошкільного віку від 4-х до 6-и років.

На першому етапі проводилось анкетування батьків і вихователів закладів дошкільної освіти. Результати анкетування батьків дітей дошкільного віку з нормотиповим розвитком (у дослідженні вони позначені як **X** члени групи) для

визначення наявності у них ознак психоемоційного напруження та психоемоційної тривожності відображені у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Визначення рівнів психоемоційного напруження та психоемоційної тривожності дітей з нормотиповим розвитком

X члени групи	Рівні психоемоційного напруження		Рівні психоемоційної тривожності	
X ₁	8	Н	7	Н
X ₂	14	С	18	С
X ₃	7	Н	8	Н
X ₄	16	С	17	С
X ₅	8	Н	8	Н
X ₆	9	Н	8	Н
X ₇	5	Н	7	Н
X ₈	15	С	15	С
X ₉	9	Н	9	Н
X ₁₀	10	Н	8	Н
X ₁₁	25	В	28	В
X ₁₂	17	С	18	С
X ₁₃	14	С	15	С
X ₁₄	16	С	18	С
X ₁₅	11	Н	11	Н
X ₁₆	25	В	30	В
X ₁₇	8	Н	10	Н
X ₁₈	28	В	29	В
X ₁₉	18	С	16	С
X ₂₀	9	Н	11	Н
X ₂₁	8	Н	10	Н
X ₂₂	7	Н	10	Н
X ₂₃	17	С	15	С
X ₂₄	7	Н	9	Н

Як бачимо з таблиці, дуже високого рівня психоемоційного напруження та психоемоційної тривожності у дітей дошкільного віку з нормотиповим розвитком не зафіксовано. Відповідно, високий рівень їхньої наявності зафіксовано у 12,5% досліджуваних, середній – у 33,3% респондентів, і низький – відповідно у 44,2% опитуваних. Ці результати можна чітко висвітлити на рисунку 2.1.



Тут також проводилось анкетування батьків дітей із заїканням (у дослідженні вони позначені як У члени групи) і вихователів закладів дошкільної освіти, де вони навчаються. Результати анкетування стосовно ознак психоемоційного напруження та психоемоційної тривожності у цих дітей відображені у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Визначення рівнів психоемоційного напруження та психоемоційної тривожності дітей із заїканням

Х члени групи	Рівні психоемоційного напруження		Рівні психоемоційної тривожності	
	Чисельність	Категорія	Чисельність	Категорія
У ₁	34	ДВ	32	ДВ
У ₂	24	В	30	В
У ₃	37	ДВ	35	ДВ

У ₄	17	С	15	С
У ₅	35	ДВ	37	ДВ
У ₆	39	ДВ	33	ДВ
У ₇	34	ДВ	35	ДВ
У ₈	30	В	25	В
У ₉	33	ДВ	35	ДВ

Відповідно, у дітей із заїканням низького рівня психоемоційного напруження та психоемоційної тривожності не зафіксовано. Середній рівень їхньої наявності відмічено у 11,1% досліджуваних, високий – у 22,2% респондентів, і дуже високий – відповідно у 66,4% опитуваних. Ці результати можна чітко висвітлити на рисунку 2.2.



На другому етапі використано адаптовано до дітей дошкільного віку методика “Страхи у будиночках” для дослідження у них страхів і їхнього впливу. Наведемо приклад заповнення картки цієї методики дитиною з нормотиповим розвитком (див. табл. 2.6) і дитиною із заїканням (див. табл. 2.7).

Таблиця 2.6

Результати дослідження фобічних реакцій у дитини з нормотиповим
розвитком

X₁₅ член групи				
№ за/п	Фобія	Червоний будиночок	Червоний будиночок	Вагається, до якого віднести
1	коли залишаєшся один			+
2	нападу бандитів	+		
3	захворіти, заразитися	+		
4	померти	+		
5	того, що помруть твої батьки	+		
6	когось із дітей		+	
7	когось із людей		+	
8	мами чи тата		+	
9	того, що вони тебе покарають		+	
10	Инжи Баби, Кащика Невмирущого, Змія Горинича, чудовиська, страху казкових персонажів або війни		+	
11	засинати		+	
12	страшних снів (яких саме)	+		
13	темряви			+
14	змії, вовка, ведмедя, собак, павуків, змій (страхи тварин)	+		
15	машин, поїздів, літаків (страхи транспорту)		+	
16	бурі, урагану, повені, землетрусів (страхи стихії)	+		
17	коли дуже високо (страх висоти)		+	
18	коли дуже глибоко (страх глибини)			+

19	тісної кімнати, підвалу, переповненого автобуса (страх замкнутого простору)		+	
20	води	+		
21	вогню	+		
22	пожежі	+		
23	війни	+		
24	великих вулиць, площ		+	
25	лікарів (крім зубних)		+	
26	крові (коли йде кров)	+		
27	уколів	+		
28	болю (коли боляче)	+		
29	несподіваних, різких звуків, коли щось раптово впаде, стукне, зірветься (боїшся, здригаєшся при цьому)		+	
30	зробити що-небудь не так, неправильно			+
31	що прийдуть вороги (росіяни)	+		

Це типова таблиця, яку заповнив експериментатор відповідно до вивчення фобічних реакцій у дітей дошкільного віку з нормотиповим розвитком. Як видно, 11 позитивних реакцій страху (страх смерті, страшних снів, нападу бандитів, вогню, пожежі, крові, уколів, бурі, отруйних змій, смерті близьких, війни) віднесено до фобічних реакцій, які є нормальними для дітей даного віку. Інші фобічні реакції (страху болю, приходу росіян, води, захворювання) у цієї дитини були присутні і віднесені нею до чорного будиночку. Ще чотири фобії (зробити щось неправильно, глибини, темряви, залишитись наодинці) дитина вагається, до якого будиночку віднести. Інші страхи віднесені нею до червоного будиночку, що є свідченням їхньої відсутності. Загальна кількість балів, які отримала – 12, що вказує на низький рівень фобії і в цілому не викликає у дитини проблем.

Загальні результати дослідження фобічних реакцій у дітей з нормотиповим розвитком дошкільного віку показані на рисунку 2.3.



Результати дослідження фобічних реакцій у дітей дошкільного віку з нормотиповим розвитком показують позитивну тенденцію їхнього формування. Так, низький рівень сформованості фобічних реакцій зафіксовано у більшості дошкільників – відповідно у 66,7%. Середній рівень відмічено у 33,3% респондентів, але у більшості цей рівень утворився через вагання дітей щодо віднесення тієї чи іншої фобії до червоного будиночку, що є свідчення скоріше їхньої відсутності, а ніж наявності.

Типові результати дослідження фобічних реакцій у дітей із заїканням показані у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Результати дослідження фобічних реакцій у дитини із заїканням

У3 член групи				
№ за/п	Фобія	Червоний будиночок	Червоний будиночок	Вагається, до якого віднести
1	коли залишаєшся один	+		

2	нападу бандитів	+		
3	захворіти, заразитися	+		
4	померти	+		
5	того, що помруть твої батьки	+		
6	когось із дітей	+		
7	когось із людей	+		
8	мами чи тата			+
9	того, що вони тебе покарають	+		
10	Инжи Баби, Кащика Невмирущого, Змія Горинича, чудовиська, страху казкових персонажів або війни	+		
11	засинати			+
12	страшних снів (яких саме)	+		
13	темряви			+
14	змії, вовка, ведмедя, собак, павуків, змії (страхи тварин)	+		
15	машин, поїздів, літаків (страхи транспорту)	+		
16	бурі, урагану, повені, землетрусів (страхи стихії)	+		
17	коли дуже високо (страх висоти)	+		
18	коли дуже глибоко (страх глибини)	+		
19	тісної кімнати, підвалу, переповненого автобуса (страх замкнутого простору)		+	
20	води		+	
21	вогню	+		
22	пожежі	+		
23	війни	+		
24	великих вулиць, площ	+		
25	лікарів (крім зубних)	+		

26	крові (коли йде кров)	+		
27	уколів	+		
28	болю (коли боляче)	+		
29	несподіваних, різких звуків, коли щось раптово впаде, стукне, зірветься (боїшся, здригаєшся при цьому)	+		
30	зробити що-небудь не так, неправильно	+		
31	що прийдуть вороги (росіяни)	+		

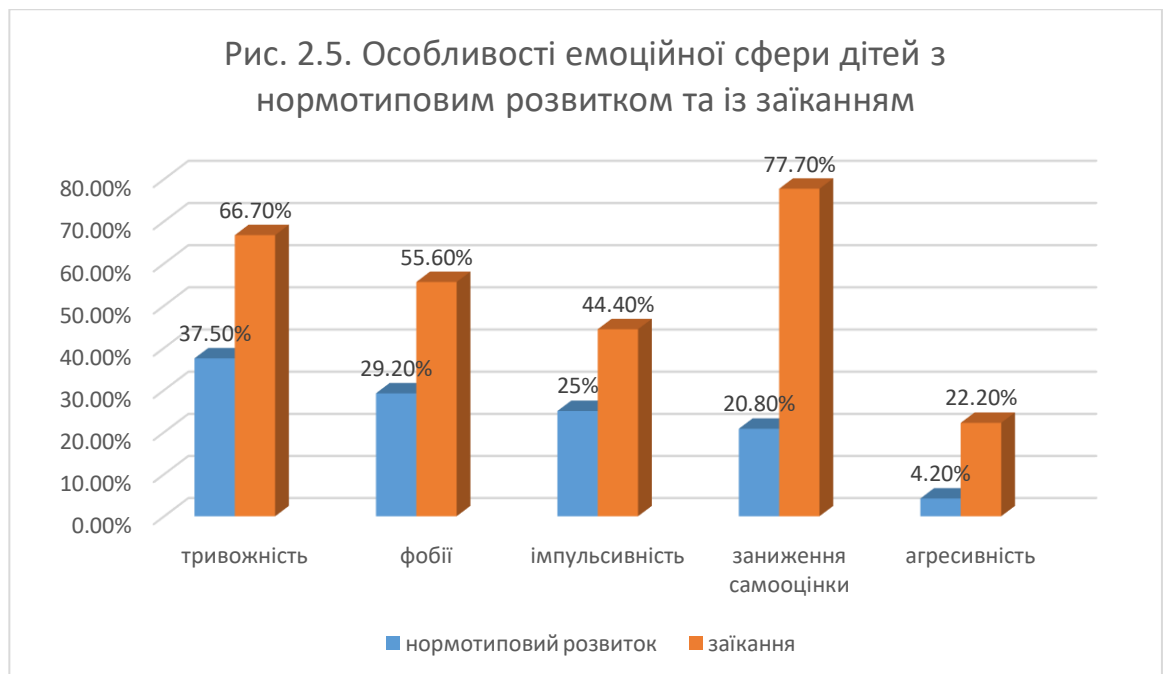
Це типова таблиця відповідей дітей із заїканням відповідно до вивчення у них фобічних реакцій. Так само, як і при нормотиповому розвитку, у дитини із заїканням присутні 11 позитивних реакцій страху (страх смерті, страшних снів, нападу бандитів, вогню, пожежі, крові, уколів, бурі, отруйних змій, смерті близьких, війни), які є нормальними для дітей даного віку. Але дуже мало фобічних реакцій (води і тісної кімнати) у цієї дитини були віднесені до червоного будиночку. Ще три фобії (страх мами чи тата, темряви і страх засинати) у неї викликали вагання. Інші страхи віднесені нею до чорного будиночку, що є свідченням концентрації на них. Загальна кількість балів, які отримала – 33, що вказує на дуже високий рівень фобії і викликає проблеми.

Загальні результати дослідження фобічних реакцій у дітей із заїканням дошкільного віку показані на рисунку 2.4.



Стосовно дослідження фобічних реакцій у дітей дошкільного віку із заїканням необхідно відмітити прямо протилежні результати. Дуже високий рівень сформованості фобічних реакцій зафіксовано у більшості дошкільників із заїканням – відповідно у 77,8%. Високий рівень відмічено у 22,2% респондентів. Ці показники свідчать про наявність високого рівня страху дітей, особливо це стосується проблем комунікування з оточуючими.

За допомогою методики “Кактус” провели уточнення рівня тривожності, з’ясували самооцінку, імпульсивність, агресивність, страх та особливості емоційної сфери дітей дошкільного віку із заїканням та з нормотиповим розвитком.



Аналіз результатів використання експериментальної методики дозволяє зазначити, що у дітей дошкільного віку з нормотиповим розвитком тривожність відзначено у 37,5% респондентів, наявність фобічних реакцій – у 29,2%, імпульсивності – у 25%, заниженої самооцінки – 20,8%, агресивності – у 4,2% досліджених.

У той же час результати використання даної методики при дослідженні дітей дошкільного віку із заїканням дозволили відзначити наявність тривожності у 66,7% досліджених, наявність реакцій страху – у 55,6%, імпульсивності – у 44,4%, заниженої самооцінки – у 77,7%, агресивності – у

22,2% респондентів. Як бачимо з порівняння результатів у дітей із заїканням проблеми тривожності, імпульсивності, наявність фобічних реакцій практично у два рази вища, наявність заниженої самооцінки практично у три рази вища, а прояви агресивності – майже у п'ять разів вищі, а ніж у дітей з нормотиповим розвитком. Це можна чітко прослідкувати на рисунку 2.5.

Отже, у дітей із заїканням наявні яскраво виражені порушення психічної діяльності у формі підвищеної тривожності, імпульсивності, зниження самооцінки, присутності різноманітних страхів та інших проблем. Це безпосередньо обумовлюється наявністю мовленнєвого порушення, труднощів комунікації, несприятливого фону під час вербального контакту з оточуючими, усвідомлення своїх проблем і незадоволенням власним мовленням.

Дуже високий і високий рівень тривожності у дітей із заїканням є свідченням їхньої недостатньої емоційної пристосованість до тих чи інших соціальних повсякденних ситуацій. Тривожність провокує негативні реакції на інших, а не лише на себе. Такі діти перебувають у постійному страху зробити якусь помилку. Страх переноситься і на процес спілкування, усвідомлено обмежуючи коло соціальних контактів, інколи до патологічної боязні вербальної комунікації. При цьому діти стають невпевненими у собі, при цьому ця невпевненість і недовіра переноситься на інших людей.

Саме невпевненість у собі, у своїх діях, у своєму мовленні призводить до формування заниженої самооцінки. Всі свої проблеми такі діти обумовлюють наявністю заїкання, воно немов би стає центром їхньої психічної напруги. Такі діти не критичні до поведінки інших, і в той же час патологічно критичні до власних проблем або неуспіхів. Саме заїкання стає центром їхнього переживання і основою побудови психічних процесів і формування особистості в цілому.

Дітям із заїканням присутня підвищена імпульсивність. Вони проявляють часто неадекватні реакції на зовнішні подразники, які ще більшою мірою підсилюються наявністю внутрішнього усвідомлення проблем

комунікації. Наявність заїкання призводить до немотивованих проявів страху, тривожності, збудливості, що виникають як емоційні реакції на стресову ситуацію під час спілкування та характеризується помітними порушеннями фізіологічних, особистісних комунікативних параметрів, що провокує виникнення психічних та емоційних особливостей таких дітей.

У дітей із таким порушенням мовлення, як заїкання, на відміну від дітей з нормотиповим розвитком, проблема вербальної комунікації і очікування власних мовленнєвих проблем може супроводжувати їх на всіх етапах їхнього життя. Це призводить до зниження їхньої соціальної значущості і провокує формування патопсихологічних особистісних рис, що вимагає організацію не лише логопедичного впливу, але корекційної психологічної складової, спрямованої на профілактику та зниження рівня порушень емоційно-мотиваційної складової, зниженні хворобливої фіксації на мовленнєвому порушенні, формування соціальної адаптивності дітей цієї групи.

2.3. Техніка використання лялько-терапії у логопедичній роботі з дітьми дошкільного віку із заїканням

До арт-терапевтичних театральних технік, спрямованих на досягнення психо-емоційної свободи, корекцію та подолання внутрішнього емоційного дискомфорту, що проявляється у наявності комплексів підвищеної тривожності, страхів, імпульсивності, зниженні самооцінки відносяться лялько-терапевтичні, які підтримують оволодіння новим досвідом вербальної активності через творче самовираження у постановочній дії. Дані техніки активно використовують в роботі з дітьми із заїканням дошкільного віку.

Мета використання лялько-терапії: розвиток індивідуальних здібностей дітей через використання лялькового театру, формування правильного мовлення, дихальні і м'язові гімнастики для артикуляційного апарату, подолання тривожності, фобічних реакцій, створення дружньої атмосфери терпимості до проблем інших, в тому числі і мовленнєвих, надбання нового соціального досвіду.

Дана мета реалізуються шляхом вирішення завдань:

- створення умов для творчого, комунікативного, інтелектуального і особистісного розвитку дітей;
- знайомство з основами лялькової театралізації (основи театральної майстерності, прийоми ляльководіння, сценічне мовлення, музичний супровід, підготовка декорацій тощо);
- створення передумов корекції проблем вербальної комунікації;
- розвиток індивідуальних здібностей і акцентуація уваги на позитивних аспектах особистості дітей із заїканням;
- зниження тривожності, імпульсивності, агресії, реакцій страху, в першу чергу вербального мовлення, формування позитивного налаштування на спільну комунікативну співпрацю через використання ляльок;
- розвиток стійкого інтересу до ігрової діяльності та організація змістовного дозвілля.

Театрально-постановочний рівень використання лялько-терапії складається з декількох напрямів.

Перший напрямок включає в себе знайомство з постановочним матеріалом. На цьому етапі діти мають познайомитись із ляльковим сюжетом, провести обговорення особливостей задіяних лялькових персонажів, визначитись з позитивними героями, обґрунтувати наявність негативних і чому та як вони мають виглядати, обговорити їхні характери і мовлення, визначити мораль даної постановки.

Оскільки діти у групі мають різний рівень розвитку і різні пізнавальні та мовленнєві можливості доцільно підбирати такі постановки для лялько-терапевтичної взаємодії, яку будуть легкі для запам'ятовування і не великі за обсягом.

Наступний напрямок – це розподіл ролей і робота над їхнім опануванням. Ролі між дітьми розподіляє логопед. Під час цього процесу він спілкується із дитиною із заїканням, яка старається самостійно проаналізувати власні можливості при виконанні тієї чи іншої ролі, порівнює характер

обраного героя зі своїм, визначає свої комунікативні можливості і використання мовлення героєм, визначає свої можливості для точної передачі характеру свого персонажа і його мовлення. На підсвідомому рівні із дитиною проводить аналітична робота над її мовленням і дається можливість переводу певних труднощів на особистість того лялькового персонажу, яким вона буде у процесі проведення гри. Зазначається необхідність використовувати власне мовлення у тому контексті, як вони сформоване у дитини і наголошення на тому, що неправильного мовлення у процесі лялькової вистави у героя не може бути. Таким чином діти із заїканням налаштовуються на те, що їхнє мовлення буде правильне, знімається певною мірою тривожність і страх вербальної комунікації, її мовлення є яскравим фактором у грі ляльки.

Для розвитку цих якостей доречно проведення спеціальних вправ: дихальна і артикуляційна гімнастика, робота над скоромовками, розвиваючі ігри, вправи і тренінги, робота над текстом, робота над виразністю мовлення. Такі вправи доречно організовувати на початку кожного заняття, обов'язково обґрунтовувати їхню необхідність через пояснення, що саме вони розвивають, навіщо ці якості потрібні ляльці, роль якої виконуватиме дитина, як ці навички можуть стати корисними у житті людей різних професій. Такі вправи дозволяють розвивати словниковий запас, формують правильне мовленнєве дихання, позитивно впливають на формування темпо-ритмічних навичок, удосконалюють рухова функція артикуляційного апарату.

Для тренування уяви організовуються вправи голосом і мовленням: проводиться формування вміння розмовляти повільно, голосно, швидко, тихо, басом. Мовленнєві вправи виконують пропедевтичну роль для використання плавного мовлення дітьми із заїканням. Також вони позитивно впливають на активізацію словникового запасу, закріплюється правильна вимова звуків, формуються навички використання прямої і непрямої мови, вдосконалюється інтонаційна виразність мовлення, розвивається пам'ять, увага, мислення, увага.

Заняття організовуються у порядку поступового ускладнення – від виконання окремих тренувальних вправ з механічного керування лялькою до

процесу включення ляльки у сюжет гри. Таким чином відбувається поступове формування у дітей навичок використовувати вербальну комунікацію для відпрацювання ролі, яка належить ляльці, дитина поступово оволодіває навичками правильного мовлення, причому її помилки не сприймаються неадекватно і не впливають на виконання нею ролі, відбувається перехід до нового через формування нових навичок. При плануванні роботи необхідно дотримуватись принципу взаємозв'язку розвитку пізнавальних і мовленнєвих навичок. Реалізація даного принципу дозволяє проводити корекцію і розвиток не лише навичок вербальної комунікації, але й пам'яті, уваги, сприйняття, уяви, мислення і поєднати ці процеси з розвитком їхньої творчості.

Велику роль у розвитку комунікативних навичок та пізнавальної сфери відіграє сюжетні тренування, які організуються на кожному занятті лялькового театру. Розкриття і пояснення логопедом сюжетів майбутньої лялькової вистави дозволяє дітям у ігровій формі навчитися висловлювати свої почуття, розуміти почуття інших людей, допомагають уникнути труднощів у спілкуванні з однолітками і з дорослими. Робота над сюжетом не лише спрямована на всебічний розвиток психіки дітей, але й формує необхідні навички участі у соціальному житті через використання лялькових вистав. Театралізовані діяльність, яку виконує дитина разом зі своєю лялькою у процесі гри (керування лялькою, робота над розвитком мовлення, розуміння характеру героїв, виступ перед глядачами, усвідомлення позитивного фіналу і суті прихованого за казкою сюжету тощо) сприяють розвитку словникового запасу, фонетико-фонематичного сприйняття, удосконалення вербального мовлення, зменшення страху його використання через віднесення певних помилок і труднощів до ляльки як основного провідника сюжету, через можливість приховати і перекласти проблеми власного мовлення на мовлення ляльки. Саме на таких особливостях комунікації логопед постійно наголошує, при цьому працюючи над правильним мовленням самої дитини через показ необхідних дій і формування правильних мовленнєвих, артикуляційних,

дихальних позицій, зниження тривожності, імпульсивності, фобічних реакцій, зменшення агресивного реагування на інших через проблеми мовлення.

Заняття з використанням лялько-терапії проводяться так, щоб була можливість зміни типу, темпу і ритму роботи, тобто чергувалися спокійна діяльність і рухова активність, робота у тиші і активне використання вербальної комунікації. На кожному занятті доцільно створювати емоційно-позитивне, комфортне середовище через використання принципів:

- навчання з опорою на співробітництво, наявність паритетних стосунків з дітьми, навчання без примусу, особистісно-орієнтований підхід;

- усунення причин емоційного дискомфорту через позитивні реакції на її мовленнєві проблеми;

- насичення заняття емоційно-позитивними стимулами: грою, інтелектуальними емоціями подиву, незвичайності, позитивними емоціями впевненості, успіху, досягнення мети.

Використання у роботі логопеди основи з даних принципів дозволяє досягнути максимально можливого результату організації корекційного логопедичного впливу на дітей із заїканням, які мають різний рівень тривожності, страхів та інших порушень емоційно-вольової сфери та особистісних відхилень в цілому.

Протягом усього періоду занять з використання лялько-терапевтичних технік у дітей формуються і закріплюються навички вільної і розкутої поведінки, в тому числі і мовленнєвої, вміння адекватно триматися під час лялькових виступів перед дорослими і однолітками. Комунікативні проблеми, які виникають у більшій частині дітей із заїканням через використання ляльки як "громовідводу", долаються через формування особистісних рис самоствердження і самовдосконалення. У процесі проведення лялько-терапії у дітей формуються навички вільної комунікації, вміння використовувати немовленнєві комунікативні навички виразності через міміку, жести, рухи, використовуючи силу і тембр голосу, коригуючи темп і ритм вербального мовлення з метою передачі образу лялькового героя, його емоцій і

переживань. Лялько-терапія і її використання вчителем-логопедом дозволяє не лише коригувати вербальне мовлення у дітей, але й виховувати у них вміння радіти, сумувати, співчувати героям, формувати у них такі позитивні якості особистості, як сміливість, доброта, турбота, бажання допомогти тощо.

Під час проведення логопедичних занять з використання лялько-терапії діти із заїканням відчують свою захищеність. По-перше, логопед може використовувати ширму, за якою можна сховати свій страх, свою тривожність, своє хвилювання, невпевненість; по-друге, дитина захищена лялькою-рукавичкою, яка є на руці і здається їй самостійною фігурою або особистістю, здатною взяти на себе її проблеми, що сприяє самовираженню і самопізнанню. Одягаючи на руку ляльку, дитина немов би “делегує” поряд зі своїми найкращими прагненнями і своїми проблемами і страхами, відкриваючи у собі приховані резерви.

Під час проведення репетицій на логопедичних заняттях відбувається формування навичок роботи над образом свого персонажу, поступово через внутрішні переживання і перевтілення відбувається зняття підвищеного рівня тривожності, подолання страхів. Крім того, колективна театралізована лялькова діяльність спрямована на формування позитивних установок на соціальну взаємодію, залучення до дитячого колективу, активізує наявні у дитини із заїканням комунікативні можливості, позитивно впливає на розвиток психічних процесів, створює умови для соціалізації, посилюючи при цьому його адаптаційні здібності, коригує комунікативні відхилення, допомагає усвідомленню почуття задоволення, радості, значущості, що виникають через залучення прихованого таланту і потенціалу.

Зробимо невелику характеристику деяких видів настільного театру, що використовувався на логопедичних заняттях у якості лялько-терапевтичних технік, які називаються відповідно до матеріалів, що були основою для створення саморобних ляльок-акторів.

Ляльковий театр смужок. Атрибути для театру смужок виготовляються із різнокольорових смужок кольорового паперу, наклеєного на картон.

Скручені різної величини кільця скріплюємо залежно від форми фігури, а з інших смужок вирізаємо вушка, вусики, хвости, очі і розміщуємо їх на коробках.

Ляльковий театр овочів. Використовуємо фарби та інші предмети оздоблюємо овочі (кабачок, гарбуз, кавун, персик, абрикос, яблуко, баклажан, перець тощо). Можна залучати батьків. Після проведення вистави смачні інгредієнти можна з'їсти всім разом, наприклад кавун.

Ляльковий театр шишок. У основі – ляльки і звичайних соснових або ялинкових шишок. З'єднуються більші шишки з меншими, тулуб з головою, для ніг і лапок краще використати дріт або трубочки для коктейлю. За таким принципом створюється театр жолудів, каштанів.

Ляльковий театр квітів. В його основі – живі і штучні квіти та зелень. На серцевинку або квітковий бутон прикріплюють очі, ротик, ніс, до листочків прив'язується цупка нитка. Коли нитку натягують і пускають – листочки починають рухатися і промовляти слова персонажа, квітка “оживає”.

Ляльковий пальчиковий театр. Його доречно використовувати під час показу декількох персонажів і використання прихованого сюжету, наприклад як у казках “Колобок”, “Ріпка”, “Солом'яний бичок”. Оперування надітою на палець лялькою доступне вже молодшим дошкільникам. При цьому можна використовувати ширму, або можна вільно рухатися по кімнаті. Найпростіші атрибути – це паперові ляльки, приклеєні до картонних бочечках, які можна надіти на палець.

Ляльковий театр на олівцях. Тут використовуються звичайні олівці, які виступають основою для маніпулювання персонажем. На олівці закріплюється сірникова коробочка, на якій зображені герої казок. Також на олівці можна кріпити ляльки пальчикового театру. Такі ляльки легко тримати у руках, водночас рухати двома героями. Ширмою може виступати спинка звичайного дитячого стільчика, розгорнута книга і навіть плече.

Ляльковий театр іграшок. Для розігрування сюжетів можна використовувати звичайні іграшки ведмідь-тато, ведмедик-син, сім'я їжачків та інші.

Ляльковий театр рукавичок. Зі старих рукавичок виготовляють оригінальні персонажі для лялькового театру. Наприклад, одягнена на руку рукавичка з одним пальцем може зображувати голову, де палець, нещільно набитий поролоном, буде носом, а очі можна зобразити, пришивши до рукавички кольорові гудзики, волосся можна виготовити з грубих ниток. Якщо іграшки-рукавички одягнути на пляшечки, то вони легко перетворюються на персонажів настільного театру.

Ляльковий театр картинок. Діти дошкільного віку дуже люблять розглядати малюнки у книжках. Тому можна використати показ картинок "у русі". Для цього вибравши будь-яку казку логопед розкладає картинки на столі зображенням донизу або виставляє за ширму. Картинку-персонаж показують плавно, коли озвучується герой, необхідно зробити рухи вперед, вбік. Діти визначають, який саме герой зараз розмовляє.

Правильно побудована робота протягом усього часу реалізації програми, використання різноманітних форм і видів лялькового театру дозволяють зробити висновок, що лялько-терапія на логопедичних заняттях дає позитивні результати корекції заїкання у дітей дошкільного віку.

2.4. Аналіз використання лялько-терапевтичних методик у процесі проведення логопедичних занять з дітьми із заїканням

Узагальнений аналіз одержаних результатів анкетування батьків дітей із заїканням (у дослідженні вони позначені як У члени групи) і вихователів закладів дошкільної освіти, де вони навчаються. Результати анкетування стосовно ознак психоемоційного напруження та психоемоційної тривожності у цих дітей після проведення логопедичних занять з використанням лялько-терапевтичних технік відображені у таблиці 2.8.

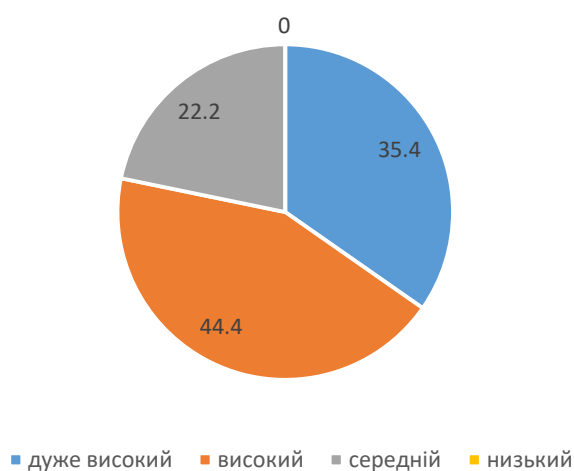
Таблиця 2.8

Визначення рівнів психоемоційного напруження та психоемоційної тривожності дітей із заїканням після використання лялько-терапевтичних технік

Х члени групи	Рівні психоемоційного напруження		Рівні психоемоційної тривожності	
У ₁	29	В	26	В
У ₂	18	С	16	С
У ₃	37	ДВ	35	ДВ
У ₄	17	С	15	С
У ₅	30	В	30	В
У ₆	39	ДВ	33	ДВ
У ₇	27	В	29	В
У ₈	30	В	25	В
У ₉	33	ДВ	35	ДВ

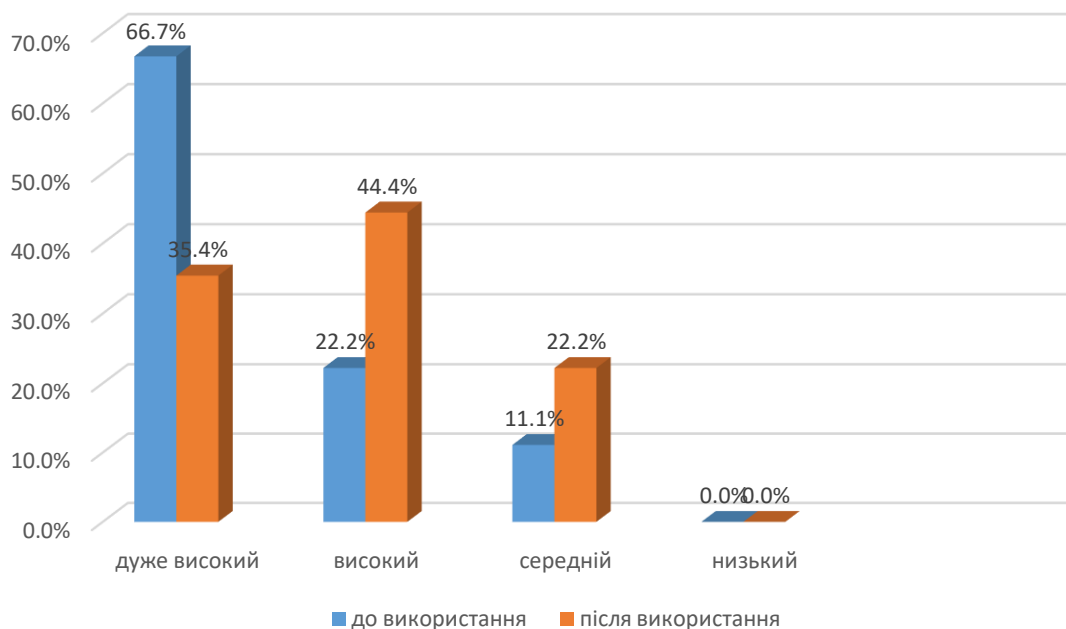
Відповідно, як і до використання лялько-терапевтичних технік під час логопедичних занять у дітей із заїканням низького рівня психоемоційного напруження та психоемоційної тривожності не зафіксовано. У той же час необхідно зазначити на збільшення дітей із середнім рівнем їхньої наявності – відповідно у 22,2% респондентів, збільшилось дітей і з високим рівнем – відповідно у 44,4% опитуваних, а кількість дітей із дуже високим рівнем зменшилась – їх стало 35,4%. Ці результати можна чітко висвітлити на рисунку 2.6.

Рис. 2.6. Кількість дітей із заїканням відповідно до рівнів психоемоційного напруження та тривожності після використання лялько-терапевтичних технік



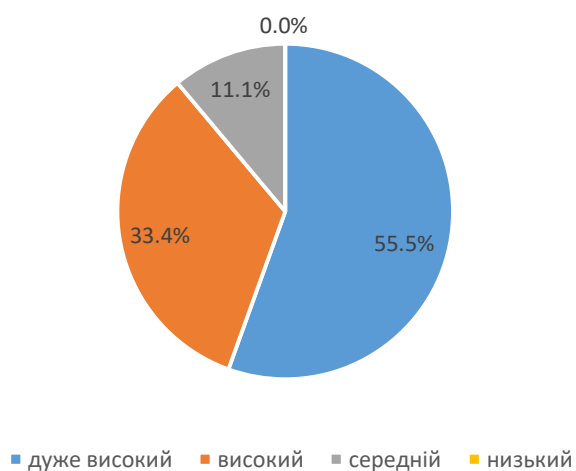
Результати дослідження рівнів психоемоційного напруження та психоемоційної тривожності до і після використання лялько-терапевтичних технік під час логопедичних занять у дітей із заїканням відображені на рисунку 2.7. На ньому чітко видно, що кількість дітей із заїканням з дуже високим рівнем психоемоційної тривожності та психоемоційного напруження зменшилась практично у два рази – з 66,7% до 35,4% респондентів. Це вказує на позивну тенденцію стосовно використання лялько-терапевтичних технік у процесі проведення логопедичних занять. Хоч в той же час низького рівні сформованості цих компонентів у дітей із заїканням зафіксовано не було, що свідчить про необхідно продовжувати корекційну роботу.

Рис. 2.7. дослідження рівнів психоемоційного напруження та психоемоційної тривожності до і після використання лялько-терапевтичних технік у дітей із заїканням

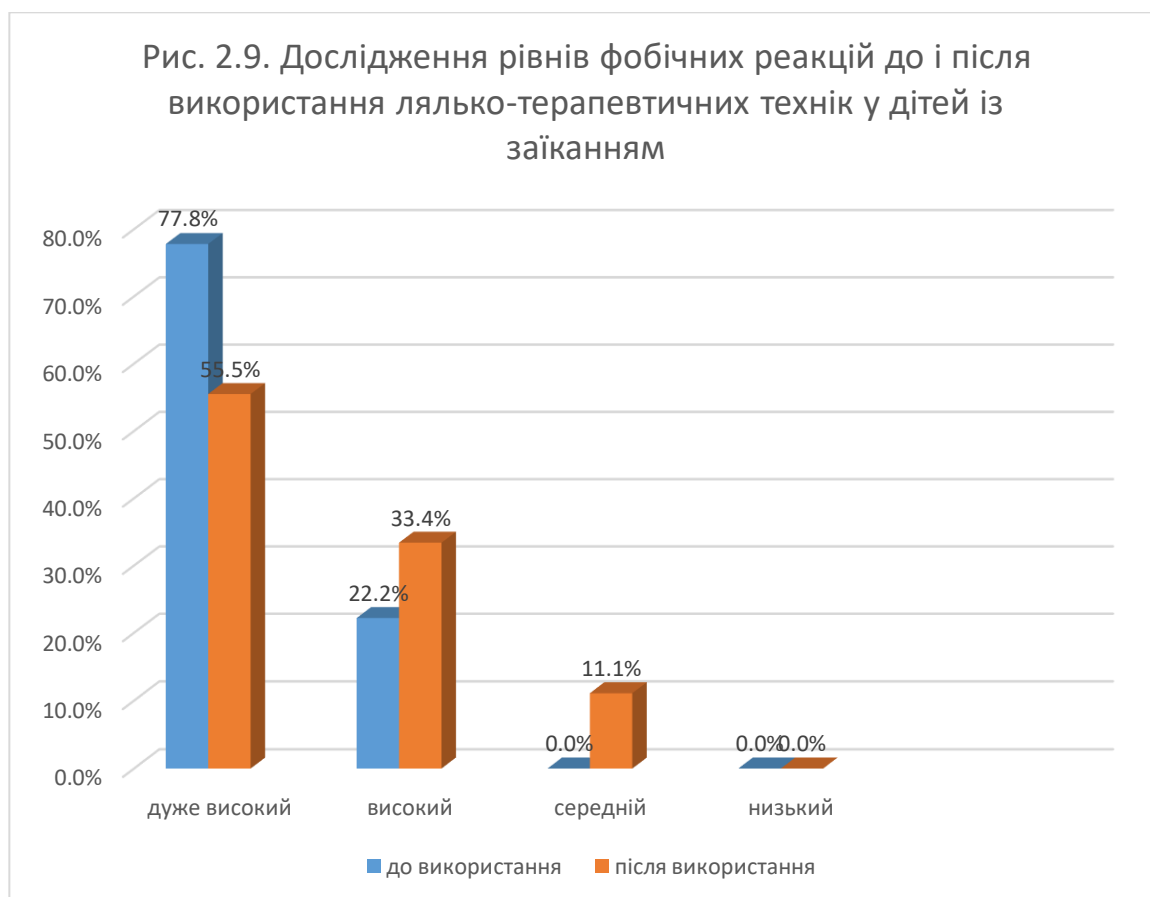


На другому етапі використана проведено порівняння наявності фобічних реакцій у дітей дошкільного віку після використання лялько-терапевтичних технік на логопедичних заняттях (див. рис. 2.8).

Рис. 2.8. Кількість дітей із заїканням відповідно до рівнів наявності фобічних реакцій після використання лялько-терапевтичних технік



Результати дослідження рівнів фобічних реакцій до і після використання лялько-терапевтичних технік під час логопедичних занять у дітей із заїканням відображені на рисунку 2.9.



Порівняння показників сформованості фобічних реакцій у дітей дошкільного віку із заїканням до і після використання лялько-терапевтичних технік у процесі проведення логопедичних занять вказує на зменшення дітей з дуже високим рівнем страхів і, відповідно, збільшення з високим і середнім рівнями. У той же час дітей з низьким рівнем сформованості фобічних реакцій навіть після використання лялько-терапевтичних технік не зафіксовано.

На третьому етапі було проведено вивчення рівня тривожності, з'ясовано самооцінку, імпульсивність, агресивність, страх та особливості емоційної сфери дітей дошкільного віку із заїканням після використання лялько-терапевтичних технік.

Аналіз результатів дослідження після використання лялько-терапевтичних технік на логопедичних заняттях з дітьми дошкільного віку із

заїканням дозволив визначити, що наявність тривожності відмічена у 55,6% досліджених, наявність реакцій страху – у 44,4%, імпульсивності – у 22,2%, заниженої самооцінки – у 66,6%, агресивності – у 11,1% респондентів

На рисунку 2.10 показані результати дослідження емоційної сфери дітей дошкільного віку із заїканням до і після використання лялько-терапевтичних технік у процесі проведення логопедичних занять.



Провівши порівняння показників рівнів психоемоційного напруження і психоемоційної тривожності у дітей із заїканням до і після використання лялько-терапевтичних технік на логопедичних заняттях можна зробити певні висновки. Якщо до використання лялько-терапевтичних технік у дітей дошкільного віку із заїканням низького рівня їхнього сформованості зафіксовано не було, то і після їхнього проведення цей показник залишився незмінний. У той же час необхідно відмітити, що до експериментальної роботи дуже високий рівень спостерігався у 66,7% респондентів, високий – у 22,2% досліджених, а середній – у 11,1% дітей. Після включення у логопедичні заняття комплексу лялько-терапевтичних технік цей показник змінився. Так, дуже високий рівень сформованості рівнів психоемоційного напруження і

психоемоційної тривожності знизився 33,4% дошкільників із заїканням. Це практично у два рази менше, а ніж було до експериментального навчання. Відповідно у два рази збільшились високий і середній рівні сформованості цих аспектів у дітей із заїканням, що є свідченням позитивного впливу лялько-терапевтичних технік, які органічно включались у логопедичні заняття, на дітей із заїканням.

Порівняння показників сформованості фобічних реакцій у дітей дошкільного віку із заїканням до проведення експериментального навчання дозволяє відзначити відсутність низького і середнього рівнів їхньої сформованості. Це є свідченням наявності значних страхів у психічній сфері цих дітей, і в першу чергу страху вербального мовлення і всього процесу комунікації, що знижує соціальну взаємодію і призводить до виключення дитини із соціального оточення. У той же час дітей із заїканням із дуже високим і високим рівнями сформованості фобічних реакцій було відповідно 77,8% і 22,2% відповідно.

Після використання лялько-терапевтичних технік у процесі проведення логопедичних занять показники змінились. Значно зменшилась кількість дітей з дуже високим рівнем страхів – з 77,8% до 55,5% респондентів, а дітей з високим рівнем – з 22,2% до 33,4% досліджених. Також необхідно відмітити, що після експериментального навчання 11,1% дітей із заїканням мали середній рівень сформованості фобічних реакцій, що є ближчим до норми. У той же час дітей з низьким рівнем сформованості фобічних реакцій навіть після використання лялько-терапевтичних технік не зафіксовано.

Проведення комплексного обстеження емоційної сфери у дітей із заїканням до експериментального навчання дозволило відзначити наявність стану тривожності у 66,7% досліджених, наявність реакцій страху – у 55,6%, імпульсивності – у 44,4%, заниженої самооцінки – у 77,7%, агресивності – у 22,2% респондентів.

Після проведення експериментальної роботи з використанням лялько-терапевтичних технік на логопедичних заняттях у дітей із заїканням частково

зменшились: стан тривожності до 55,5%, фобічних реакцій – до 44,4%, заниженої самооцінки = до 66,6%. А наявність негативних станів агресивності і імпульсивності зменшилась практично на половину – відповідно до 11,1% і 22,2%.

Висновки до другого розділу

У дітей із заїканням наявні яскраво виражені порушення психічної діяльності у формі підвищеної тривожності, імпульсивності, зниження самооцінки, присутності різноманітних страхів та інших проблем. Це безпосередньо обумовлюється наявністю мовленнєвого порушення, труднощів комунікації, несприятливого фону під час вербального контакту з оточуючими, усвідомлення своїх проблем і незадоволенням власним мовленням.

Тривожність провокує негативні реакції на інших, а не лише на себе. Такі діти перебувають у постійному страху зробити якусь помилку. Страх переноситься і на процес спілкування, усвідомлено обмежуючи коло соціальних контактів, інколи до патологічної боязні вербальної комунікації. При цьому діти стають невпевненими у собі, при цьому ця невпевненість і недовіра переноситься на інших людей. Саме невпевненість у собі, у своїх діях, у своєму мовленні призводить до формування заниженої самооцінки. Такі діти не критичні до поведінки інших, і в той же час патологічно критичні до власних проблем або неуспіхів. Дітям із заїканням присутня підвищена імпульсивність. Вони проявляють часто неадекватні реакції на зовнішні подразники, які ще більшою мірою підсилюються наявністю внутрішнього усвідомлення проблем комунікації. У дітей із таким порушенням мовлення проблема вербальної комунікації і очікування власних мовленнєвих проблем може супроводжувати їх на всіх етапах їхнього життя. Це призводить до зниження їхньої соціальної значущості і провокує формування патопсихологічних особистісних рис, що вимагає організацію не лише логопедичного впливу, але корекційної психологічної складової, спрямованої

на профілактику та зниження рівня порушень емоційно-мотиваційної складової, зниженні хворобливої фіксації на мовленнєвому порушенні, формування соціальної адаптивності дітей цієї групи.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило зробити певні висновки.

1. На теперішній час у сучасних логопедичних дослідженнях відзначається, що заїкання є одним із найбільш складних і тривалих мовленнєвих порушень. У дитини із заїканням, крім порушень загальної й мовленнєвої моторики, спостерігаються розлади нервової системи, фізичного здоров'я, проблеми становлення психіки і особистісних якостей з наголосом на наявність невротичних відхилень. Порушення психофізичного розвитку у цих дітей проявляються по-різному. Проте науковці відмічають їхню взаємозалежність, взаємодоповнюваність, взаємопровокативність. Вони тісно переплітаються одне з одним, наявність ускладнень у процесі життєдіяльності суб'єкта одного порушення безпосередньо посилює і поглиблює інше. Науковці і практики, які працюють над проблемою заїкання, вказують на необхідність використання комплексної логопедичної роботи у тісній взаємодії з медикаментозним лікуванням та психотерапевтичною роботою. Організація комплексної допомоги передбачає необхідність проведення не лише корекції всіх сторін мовлення, але й розвиток рухової сфери, артикуляційної моторики, дихальної системи, практично всіх психічних процесів, емоційно-вольової сфери, включення цілісного підходу до формування особистості і проведення оздоровлення в цілому.

2. З урахуванням цього проведене обґрунтування методик дослідження психічного розвитку дітей із заїканням і з нормотиповим розвитком: агресивності, напруження, фобічних реакцій, тривожності, соціальних складових тощо. Метою було вивчення особливості впливу страхів і тривожності на цих дітей і вивчення ефективність лялько-терапії у логопедичній роботі з подолання заїкання. Визначення рівнів сформованості компонентів психічного розвитку дозволить провести паралелі з особливостями протікання заїкання і порівняти з рівнями агресивності, напруження, тривожності, фобій у дітей з нормотиповим розвитком. Це дозволить використовувати отримані результати на актуальних напрямках

подолання заїкання з урахування наявних проблем становлення психіки дітей дошкільного віку із заїканням.

3. Дослідження проводилось на базі закладу дошкільної освіти “Сонечко” та інклюзивно-ресурсного центру с. Радівка, а також закладу дошкільної освіти “Сонечко” с. Нападівка, Хмільницького району Вінницької області. У ньому приймали участь 9 дітей дошкільного віку із заїканням і 24 дитини з нормотиповим розвитком. Всього у дослідженні приймали участь 33 дитини дошкільного віку від 4-х до 6-и років. Експериментальне дослідження проводилося протягом 2022-2023 н. р.

Проведене дослідження дозволило констатувати, що у дітей із заїканням наявні порушення психічної діяльності, які проявляються через підвищену тривожність, імпульсивність, зниження самооцінки, наявність фобій тощо, що обумовлюється мовленнєвим порушенням, труднощами комунікації, проблем під час вербальної взаємодії з оточуючими, усвідомлення свого відхилення і невдоволенням власним мовленням. Підвищена тривожність у дітей із заїканням свідчить про недостатню емоційну пристосованість до повсякденних ситуацій. Вона провокує негативні реакції а не лише на себе, а й на інших. Діти із заїканням постійно чогось бояться. Страх переноситься на комунікацію, відбувається усвідомлене обмеження соціальних контактів, інколи до патологічної фобії вербальної комунікації. Вони невпевнені у собі, часто невпевненість і недовіру переносять на інших. На цьому фоні формується занижена самооцінка. Наявність проблеми обумовлюють порушенням мовлення, воно стає центром психічної напруги, переживання і основою побудови психічних процесів і формування особистості в цілому.

Діти із проявляють неадекватні реакції на зовнішні подразники, які ще більшою мірою підсилюються усвідомленням власних проблем комунікації. У них, на відміну від дітей з нормотиповим розвитком, проблема вербальної комунікації і очікування власних мовленнєвих проблем може стати центром всього їхнього життя. Відбувається зниження власної соціальної значущості і може призвести до утворення патопсихологічних особистісних рис, які

будуть потребувати не лише логопедичного впливу, але корекційної психологічної складової, спрямованої на профілактику та зниження рівня порушень емоційно-мотиваційної складової, хворобливої фіксації на власному порушенні, проблем формування соціальної адаптивності.

4. Мета використання у логопедичній роботі лялько-терапії: розвиток індивідуальних здібностей, формування правильного мовлення, дихальні і м'язові гімнастики для артикуляційного апарату, подолання тривожності, фобічних реакцій, створення позитивної атмосфери терпимості до проблем інших, в тому числі і мовленнєвих, ситуації успіху через можливість подолання вербальних проблем, отримання позитивної досвіду соціальної взаємодії.

5. Логопедичні заняття з використанням лялько-терапії проводяться так, щоб була можливість зміни типу, темпу і ритму роботи. Організовується чергувалися спокійної діяльності і моторної активності, праця в тиші та використання вербальної взаємодії. На кожному логопедичному занятті з використанням лялько-терапевтичних технік корекційна робота проводиться з опорою на співробітництво, наявність партнерської взаємодії з дітьми, відбувається навчання без примусу, використовується особистісно-орієнтований підхід. На заняттях усуваються причини дискомфорту шляхом позитивного реагування на її мовленнєві проблеми, відбувається його насичення емоційно-позитивними стимулами через використання ігор, інтелектуальних емоцій подиву, незвичайності, позитивними мотивами впевненості, успіху, досягнення мети.

6. Провівши порівняння показників рівнів психоемоційного напруження і психоемоційної тривожності у дітей із заїканням дошкільного віку до і після використання лялько-терапевтичних технік на логопедичних заняттях можна зробити певні висновки.

У дітей із заїканням низького рівня психоемоційного напруження і психоемоційної тривожності не зафіксовано як до їхнього використання, так і після. У той же час до експериментальної роботи дуже високий рівень

спостерігався у 66,7% респондентів, високий – у 22,2% досліджених, а середній – у 11,1% дітей. Після включення у логопедичні заняття лялько-терапевтичних технік цей показник змінився: дуже високий рівень знизився і зафіксовано у 33,4% дошкільників із заїканням. Це майже у два рази менше, а ніж було до їхнього включення у логопедичні заняття. Відповідно практично у два рази збільшились високий і середній рівні сформованості психоемоційного напруження і психоемоційної тривожності у дітей із заїканням. Ці свідчать про позитивний вплив лялько-терапевтичних технік, які органічно включались у логопедичні заняття, на дітей із заїканням.

Порівняння показників сформованості фобічних реакцій у дітей дошкільного віку із заїканням до проведення експериментального навчання дозволяє відзначити відсутність низького і середнього рівнів їхньої сформованості. Це є свідченням наявності у них страхів, і в першу чергу – вербального мовлення. Це знижує соціальну взаємодію і призводить до виключення із соціального оточення. У той же час дітей із заїканням із дуже високим і високим рівнями сформованості страхів зафіксовано відповідно 77,8% і 22,2%. Після включення лялько-терапевтичних технік у логопедичні заняття зменшилась кількість дітей з дуже високим рівнем страхів – з 77,8% до 55,5% респондентів, з високим рівнем – з 22,2% до 33,4% респондентів. Після експериментального навчання 11,1% дітей із заїканням мали середній рівень сформованості страхів, що наближається до норми. У той же час дітей з низьким рівнем страхів не зафіксовано.

Проведення комплексного обстеження емоційної сфери у дітей із заїканням до експериментального навчання дозволило відзначити наявність тривожності у 66,7% досліджених, наявність реакцій страху – у 55,6%, імпульсивності – у 44,4%, заниженої самооцінки – у 77,7%, агресивності – у 22,2% респондентів. Після включення у логопедичні заняття лялько-терапевтичних технік частково зменшились: стан тривожності – до 55,5% дітей, страху – до 44,4% обстежених, заниженої самооцінки – до 66,6% респондентів. А наявність негативних станів агресивності і імпульсивності

зменшилась практично на половину – відповідно до 11,1% і 22,2% дошкільників із заїканням.

Дане дослідження не претендує на унікальність, але дозволяє використовувати отримані результати логопедам та іншим спеціалістам для організації корекційного логопедичного процесу.

Список використаних джерел

1. Арутюнян Л.З. Міфи про рецидиви заїкання. *Логопед.* 2005. № 4. С. 53-57.
2. Барна Х.В., Кашуба Л.В. Особливості корекції з подолання фонетико-фонематичних порушень у дітей із заїканням. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): зб. наук. праць.* Вип. 17. 2021. С. 5-14.
3. Бегас Л.Д. Використання засобів театралізованої діяльності в корекційно-розвиваючій роботі з дітьми старшого дошкільного віку. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія соціально-педагогічна: зб. наук. праць.* Вип. ІХХ. У 2-х ч. 2012. Ч. 1. С. 310-317.
4. Бегас Л.Д. Використання нестандартних занять у вихованні заїкуватих дітей старшого дошкільного віку. *Педагогічні науки: зб. наук. праць.* Випуск 51. Херсон. Видавництво ХДУ, 2009. С. 129-133.
5. Бегас Л.Д. Комплексні системи реабілітації заїкання у старших дошкільників. *Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць.* 2009. № 14. С. 6-9.
6. Бегас Л.Д. Корекція заїкання дітей старшого дошкільного віку засобами театралізованої діяльності. Дис... канд. пед. наук. 13.00.03 – корекційна педагогіка. Київ. НПУ ім. М.П. Драгоманова. 2016. 206 с.
7. Бегас Л.Д. Корекція заїкання засобами театралізованої діяльності. *Логопедія. Науково-методичний журнал.* № 1. 2011. С. 11-14.
8. Бегас Л.Д. Науково-методичні засади корекції заїкання засобами театралізованої діяльності у старших дошкільників. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць.* 2009. № 13. С. 3-5.
9. Бегас Л.Д. Особливості театралізованої діяльності у дітей старшого дошкільного віку із заїканням. *Науковий часопис НПУ імені М.П.*

Драгоманова. Серія 19. *Корекційна педагогіка та спеціальна психологія* : зб. наук. праць. 2010. № 16. С. 7-10.

10. Богущ А.М. Методика організації художньо-мовленнєвої діяльності дітей у дошкільних навчальних закладах / А. Богущ, Н. Гавриш, Т. Котик. Київ. Слово. 2006. 304 с.

11. Бойчук Ю.Д., Казачінер О.С. Лялько-терапія в роботі з дітьми з особливими освітніми потребами. *Педагогіка та психологія* : зб. наук. праць. Харків. 2019. Вип. 61. С. 10-18.

12. Выготский Л.С. Игра и ее роль в психическом развитии детей. *Вопросы психологии*. 1966. № 6. С. 7-21.

13. Выготский Л.С. Мышление и речь // *Собрание сочинений*: в 6 т. Москва. Просвещение. 1982. Т. 2. С. 5-361.

14. Выготский Л.С. Проблема сознания // *Собрание сочинений*: в 6 т. Москва. Просвещение. 1982. Т. 1. С. 156-167.

15. Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. Москва. Изд-во АПН РСФСР. 1960. 598 с.

16. Гуцал Л.Л. Корекція заїкання у молодших школярів / Л.Л. Гуцал, С.П. Миронова. Київ. Шкільний світ. 2010. 119 с.

17. Дичківська І.М. Інноваційні педагогічні технології. Київ. Академвидав, 2004. 352 с.

18. Довгаль Н.В. Застосування лялькотерапії в логопедичній практиці. *Логопед*. 2009. № 3. С. 34-39.

19. Журавльова Л.С. Музика як засіб корекції. *Підвищення ефективності логопедичної роботи в умовах здійснення дошкільної та початкової освіти* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. 16-17 березня 2006 р. Херсон. 2006. С. 23-27.

20. Журавльова Л.С. Розвиток мовлення у старших дошкільників із заїканням засобами музично-дидактичних ігор: автор. дис... канд. пед. наук: 13.00.03 – корекційна педагогіка. Київ. НПУ ім. М.П. Драгоманова. 2009. 23 с.

21. Іванова Т. Комплексний вплив на дитину із заїканням. Київ. Шкільний світ. 2005. 216 с.
22. Іванова Т., Кваша Т. Корекція заїкання. Київ. Шкільний світ. 2015. 124 с.
23. Калініна Л.А. Використання лялькотерапії як напрямку корекційної педагогіки у роботі з дітьми з особливими потребами. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами* : зб. наук. праць. 2018. № 24. С. 353-561.
24. Калмикова Л.В. Психологічні особливості звуковимови осіб у різних психічних станах. Дис... канд. психол. наук. 19.00.08 – спеціальна психологія. Луцьк. Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки. 2017. 278 с.
25. Когновіцька Т.С. Подолання заїкуватості в школярів з урахуванням мелодики і темпу їх мови. Львів. Свічадо. 1990. 124 с.
26. Кондратенко В. Заїкання: феноменологія та основні напрями реабілітації / В. Кондратенко, В. Ломоносов. Київ. Вид-во КНТ. 2006. 70 с.
27. Конопляста С.Ю. Комплексний підхід до подолання заїкання у юнаків / С. Конопляста, Т. Морозова. Київ. НПУ ім. М. П. Драгоманова. 2005. 144 с.
28. Конопляста С.Ю. Логопсихологія / С.Ю. Конопляста, Т.В. Сак. Київ. Знання. 2010. 293 с.
29. Концепція “Нова українська школа”: Розпорядження Кабінету Міністрів від 14 грудня 2016 р. № 988-р “Про схвалення Концепції реалізації державної політики у сфері реформування загальної середньої освіти “Нова українська школа” на період до 2029 року”. URL: <http://www.mon.gov.ua>.
30. Кравченко А.І. З історії питання клініко-фізіологічної характеристики заїкання. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2014. № 9 (43). С. 28-36.
31. Кравченко А.І. Корекція заїкання у дітей молодшого та середнього шкільного віку засобами комплексної фізичної реабілітації: дис. канд. пед.

наук: 13.00.03 – корекційна педагогіка. Суми. СумДУ ім. А.С. Макаренка. 2003. 200 с.

32. Кравченко А. І. Корекція заїкання з використанням артикуляторної рефлексотерапії та аутогенного тренування. *Молода спортивна наука України* : зб. наук. праць. Львів. ЛДЦФК. 2000. Вип. 4. С. 292-294.

33. Кравченко А.І., Кравченко І.В. Використання дихальної гімнастики для дітей, які заїкаються. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*: зб. наук. праць. Вип. 19. 2022. С. 135-146.

34. Ленів З.П. Музикотерапія в системі корекції заїкання / З. П. Ленів, С. Проців. *Корекційна педагогіка*. 2008. №2. С. 24-30.

35. Ленів З.П. Корекція порушень усного мовлення у дітей старшого дошкільного віку засобами арттерапії. Дис... канд. пед. наук: 13.00.03 – корекційна педагогіка. Київ. НПУ ім. М.П. Драгоманова. 2010. 273 с.

36. Літовченко О.В. Заїкання у дітей: профілактика і корекція: навчальний посібник. Одеса: Видавництво ТОВ Лерадрук, 2021. 248 с.

37. Литвиненко В.А. Застосування арт-терапії у логопедичні роботі з дошкільниками та молодшими школярами. Суми. Вид-во Сум ДПУ ім. А. Макаренка. 2011. 112 с.

38. Логопедія / за ред. М.К. Шеремет. Київ. Слово. 2015. 776 с.

39. Макаускене В. Групова програма корекції мови в заїкуватих школярів В. Макаускене, Ю. Орзекаускене. *Дефектологія*. 2005. №2. С. 70-74.

40. Мартиненко І.В. Логопсихологія. Київ. ДАІ. 2014. 100 с.

41. Марченко І.С. Формування інтонаційної сторони мовлення у дошкільників із загальним недорозвитком мовлення / І.С. Марченко, Н.Ю. Василевська. *Корекційна педагогіка: вісник Української асоціації корекційних педагогів*. 2007. №3. С. 35-38.

42. Меньшикова С.В. Корекція заїкання у дітей: практичний посібник для логопедів і батьків. Київ. Ліана. 1999. 112 с.

43. Миронова С.П. Основи корекційної педагогіки / С.П. Миронова, О.В. Гаврилов, М.П. Матвєєва. Кам'янець-Подільський. Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка. 2010. 264 с.
44. Набієва Т.Н. Основні фактори ризику виникнення заїкання. *Дефектологія*. 2000. №1. С. 18-23.
45. Набієва Т.Н. Шляхи усунення м'язової патології при заїканнях. *Дефектологія*. 2000. №6. С. 28-36.
46. Павлов І.П. Фізіологія вищої нервової діяльності. Київ. Держмедвидав. 1951. 235 с.
47. Пахомова Н.Г. Стан комунікативної компетенції у дітей старшого дошкільного віку з важкими вадами мовлення. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету. Серія соціально-педагогічна* : зб. наук. праць. 2007. Вип. 7. С. 223-225.
48. Піроженко Т.О. Мовлення дитини: психологія мовленнєвих досягнень дитини. Київ. Главник. 2005. 112 с.
49. Потапенко О.М., Ластовка І.Р. Корекція заїкання у методичних підходах зарубіжних науковців. *Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія* : зб. наук. праць. 2016. № 27. С. 66-72.
50. Психомалюнкові методики у діагностично-корекційній роботі в системі інклюзивної освіти: інформаційно-методичний посібник / М.М. Махній. Чернігів: Видавництво «Десна Поліграф», 2021. 128 с.
51. Рібцун Ю.В. До питання диференційної діагностики заїкання. *Педагогіка та психологія: традиції та інновації*. Харків. Східноукраїнська організація "Центр педагогічних досліджень". 2012. С. 40-41.
52. Рібцун Ю.В. Логопедична лялька як важлива складова ігор-занять у спеціальному ДНЗ компенсуючого типу. *Дефектологія. Особлива дитина* : навчання і виховання. 2012. № 4. С. 20-25.

53. Рібцун Ю.В. Психолого-педагогічний супровід дітей із заїканням. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. У 3-х т. 2021. № 79. Т. 2. С. 72-76.
54. Рібцун Ю. Реалізація логопсихосинергетичного підходу у формуванні практичних функцій у дітей із заїканням. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*: зб. наук. праць. Вип. 12. 2019. С. 42-50.
55. Савченко М.А. Методика виявлення вад вимови у дітей. Київ. Освіта. 2020. 176 с.
56. Сильченко В.В., Кордонець В.В., Вахітова А.Б. Заїкання у дітей дошкільного віку, способи корекції та подолання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*: зб. наук. праць. Вип. 10. 2018. С. 24-32.
57. Скляр С. Особливості корекції заїкання в дітей дошкільного віку. *Актуальні питання гуманітарних наук*. Вип. 19, у 2-х т. 2018. Т. 1. С. 219-222.
58. Соботович Е.Ф. Методика виявлення речевих порушень у дітей и діагностика их готовності к школьному обучению. Киев. ПП "Компанія Актуальна освіта". 1998. 127 с.
59. Спеціальна педагогіка: Понятійно-термінологічний словник / за ред. В.І. Бондаря. Луганськ. Альма-матер. 2003. 436 с.
60. Федій О.А. Лялькотерапія у професійній діяльності педагога. *Постметодика*. 2009. № 1. С. 46-50.
61. Федій О. Зарубіжний досвід використання лялькотерапії у роботі з дітьми дошкільного віку. *Гуманітарний вісник ДВНЗ "Переяслав-Хмельницький державний педагогічний ун-т ім. Г. Сковороди"*: наук.-теор. зб. Вип. 14. 2008. С. 312-316.
62. Хлопоніна Н.Є. Лялькотерапія як метод психологічної корекції. *Науковий часопис. Корекційна педагогіка. НПУ імені М. П. Драгоманова*. URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/123456789/23223/1/Khloponina.pdf>
63. Шеремет М.К., Коломієць Ю.В. Нейропсихологічні засади формування мовлення у дітей із ТПМ. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*: зб. наук. праць. Вип. 3. 2012. С. 384-392.

64. Шеремет М.К., Базима Н.В., Мороз О.В. Мовленнєва тривожність дітей із тяжкими порушеннями мовлення проблема теорії і практики корекційної освіти. *Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія* : зб. наук. праць. 2015. № 25. С. 4-11.

65. Юрова Р.А. Заняття з логоритміки у групах для дітей із заїканням : методичні рекомендації / Укл. А.В. Щолокова, Р.А. Юрова. Київ. НМЦСО. 2000. 52 с.

66. Юрова Р.А. Диференційний підхід у подоланні заїкання. *Єдність навчання і наукових досліджень – головний принцип університету* : зб. наук. праць. Київ. НПУ ім. М.П. Драгоманова. 2012. С. 274-276.

67. Andrews G. Stuttering: speech pattern characteristics under fluency inducing conditions / G. Andrews // *J. Speech Hear. Res.* 1982. Vol. 25. P. 208-216.

68. Mahl G. F. The lexical and linguistic level in the expression of emotions/ Ed. by P. H. Knapp // *Expression of the Emotions in Man*. N. Y., 1963.

69. Van Riper C . The treatment of stuttering / C.V. Riper // USA.: 1972.

70. Patterson G. R. The aggressive child: victim and architect of a coercive system. *Behavior modification and families*. N. Y., 1976. 210 p.

71. Stuart A., Xia S., Jiang T., Kalinowski J., Rastatter M. The first self-contained in-the-ear device to deliver altered auditory feedback/A. Stuart, S.Xia,T. Jiang, J.Kalinowski,M. Rastatter // *Applications for stuttering. Annals of Biomedical Engineering*. 2003. С. 233-237.