

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
КАФЕДРА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ**

**Психолого-педагогічний супровід молодших школярів з  
логоневрозом**

**Кваліфікаційна робота (проєкт)**

на здобуття ступеня вищої освіти “магістр”

Виконав: студентка 2 курсу 291-м групи  
Спеціальності 016 Спеціальна освіта  
Освітньо-професійної (наукової)  
програми Логопедія  
Компанієць Валерія Віталіївна

Керівник канд. пед.наук, доцентка  
Кабельнікова Н.В.  
Рецензент директорка Херсонської  
загальноосвітньої школи І-ІІІ ступенів №41  
м. Херсона Наконечна С.В.

Херсон – 2021

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ 1. Теоретичний аналіз проблеми впливу психогенних розладів на психічний та особистий розвиток молодших школярів</b> ..	6
1.1. Психолого-педагогічна характеристика молодшого шкільного віку..	6
1.2. Загальна характеристика психогенних розладів.....	9
1.3. Специфіка логоневрозів та їх вплив на психічний й особистісний розвиток дітей молодшого шкільного віку.....	13
<b>РОЗДІЛ 2. Організація та зміст психолого-педагогічного супроводу молодших школярів із логоневрозом</b> .....	20
2.1. Методологічні аспекти організації психолого-педагогічного супроводу дітей із невротичними розладами.....	20
2.2. Емпіричне дослідження проявів логоневрозу у молодших школярів.....	23
2.3. Психолого-педагогічна допомога молодшим школярам із логоневрозом.....	32
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	40
<b>СПИСОК ВИКРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	43
<b>ДОДАТКИ</b> .....	46
Додаток А. Схема формування неврозів .....	46
Додаток Б. Тест «Дитячий опитувальник неврозів».....	47
Додаток В. Шкала невротизації батьків.....	50
Додаток Д. Методика діагностики батьківського ставлення.....	52
Додаток Е. Проективна методика «Дерево».....	57
Додаток Ж. Результати констатувальної діагностики.....	59
Додаток З. Результати констатувальної та контрольної діагностики в експериментальній групі.....	60
Додаток І. Кодекс академічної доброчесності здобувача вищої	

## ВСТУП

Тенденцією сучасності є неухильне зростання частоти нервово-психічних розладів, особливо таких, що відносять до межових станів, психогенних розладів. Серед найбільш уразливих у цьому відношенні вікових груп є діти, особливо школярі-початківці. Адже психіка дитини цього віку є особливо чутливою до впливу соціального оточення. Саме вони більш за всіх страждають від соціально-економічних негараздів суспільства, соціального неблагополуччя батьків.

Проблема психогенних захворювань має багато нерозв'язаних питань. Важливість вивчення таких станів обумовлена не тільки їх значною поширеністю, але головним чином тим, що без знання їх причин, механізмів виникнення, клініки неможливо їх ні виявляти, ні попереджувати, ні долати їх. Слід зауважити, що невротичні розлади часто приховані від зовнішнього споглядання, не завжди позначаються на поведінці дітей, тому часто залишаються непомітними. Однак, більш науковців дотримуються точки зору, що невротичні розлади у дітей не минають безслідно, вони змінюють особистість і можуть позначатися на подальшому житті. Ігнорування проблеми виникнення невротичних розладів може привести в подальшому до негативних наслідків, загрожувати психічному здоров'ю дітей.

Слід також зауважити, що складність дослідження невротичних розладів обумовлена тим, що вони можуть проявлятися як самостійні розлади, і як симптом інших психічних розладів.

**Актуальність дослідження** обумовлена збільшенням кількості дітей із невротичними розладами на початку систематичного навчання в школі.

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

Кваліфікаційна робота виконана відповідно до науково-дослідної теми кафедри спеціальної освіти ХДУ «Зміст та технології навчання в системі спеціальної освіти та інклюзивному освітньому середовищі» (0119U101727 від 22.11.2019.).

**Мета дослідження:** Обґрунтувати доцільність психолого-педагогічного супроводу молодших школярів із логоневрозом.

**Завдання дослідження:**

1. Визначити специфіку розвитку дітей молодшого шкільного віку.
2. Схарактеризувати причини, види та зміст невротичних розладів.
3. Розкрити особливості проявів логоневрозу в молодшому шкільному віці та визначити вплив невротичних розладів на розвиток дітей.
4. Проаналізувати напрями, стратегії дослідження та емпірично дослідити специфіку проявів логоневрозу у молодших школярів.
5. Схарактеризувати особливості організації та змісту психолого-педагогічного супроводу молодших школярів із логоневрозом.

**Об'єктом дослідження** є невротичний розвиток молодших школярів.

**Предмет дослідження:** психолого-педагогічний супровід молодших школярів із логоневрозом.

**Теоретико-методологічною основою** дослідження стали загальнотеоретичні уявлення про психогенні розлади (Карвасарський Б.Д., Ковальов В.В., Павлов І.П., Свядош А.М., Селецький А.І., Ушаков Г.К. та ін.), положення про вікові специфіку невротичних розладів (Александрова Н.В., Гарбузов В.І, Гур'єва В.А., Ісаєв Д.М., О.І. Захаров О.І., Сімпсон Т.П. та ін.); уявлення про специфіку логоневрозів у дітей на початку навчання в школі (Александрова Я.А., Гарбузов В.І., Гур'єва В.А., Мастюкова О.М. та ін.); положення про психолого-педагогічний

супровід, специфіку його організації та змісту ( Алексєєва О.Є., Коробко С.Л., Коробко О.І. та ін.); особливості психолого-педагогічного супроводу дітей з невротичними розладами ( Дубровіна І.В., Захаров О.І., Іванова Т.І., Кваша Т.І., Коробко С.Л., Мастюкова О.Є., Сухарева Г.Є., Терещенко Л.А. та ін.).

**Методи дослідження.** Для розв'язання поставлених завдань, досягнення мети, нами було застосовано методи теоретичного рівня (аналіз, порівняння, узагальнення наукових та експериментальних даних); інструменти емпіричного дослідження (методика В. Седнева, тест А. Варги і В. Століна, опитувальник схильності до неврозів батьків, проективна методика «Дерево» Лампен, показники ефективності навчальної діяльності молодших школярів) та методи математичної статистики (варіаційний та кореляційний аналіз).

**Теоретичне значення роботи** полягає у теоретичному аналізі проблеми ролі логоневрозів у розвитку молодших школярів та в обґрунтуванні змісту психолого-педагогічного супроводу молодших школярів із проявами логоневрозу.

**Практичне значення роботи** визначається емпіричним дослідженням впливу неврозу на розвиток молодших школярів, а також характеристикою системи заходів в контексті психолого-педагогічного супроводу для оптимізації розвитку школярів-початківців з ознаками логоневрозу.

**Апробація.** Зміст роботи висвітлений у публікації «Прояви логоневрозу у молодших школярів» (Альманах «Магістерські студії», 2021р.).

**Структура роботи.** Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, та додатків.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ВПЛИВУ ПСИХОГЕННИХ РОЗЛАДІВ НА ПСИХІЧНИЙ ТА ОСОБИСТІСНИЙ РОЗВИТОК МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ

### 1.1. Психолого-педагогічна характеристика молодшого шкільного віку

Вік від 6-7 років до 10-11 років є надзвичайно важливим для психічного і соціального розвитку. Кардинально змінюється соціальний статус – дитина стає школярем, що зумовлює перебудову всієї системи життєвих відношень. У дитини з'являються нові обов'язки, які визначаються не тільки дорослими, але й оточуючими однолітками. Якщо на попередньому етапі основним видом діяльності була гра, яка не була обов'язковою, а тепер на перше місце виступає цілеспрямована пізнавальна діяльність, в процесі якої дитини отримує та перероблює величезні об'єми інформації. На відміну від гри, навчальна діяльність стає обов'язковою. Суттєві зміни відбуваються у психічній сфері дитини.

Початок періоду знаменується кризою, пов'язаною із народженням соціального «Я». Причина цієї кризи полягає в тому, що дитина починає розуміти власні емоції, почуття та усвідомлювати наслідки своєї поведінки, яка стає менш імпульсивною. Характерним для цієї кризи є втрата дитячої безпосередності та неприродна удаваність поведінки. Дитина навчається підкорювати свої інтереси, бажання правилам, що сприяє формуванню соціальної компетентності. [20, с.97]. Основним протиріччям віку вважається те, що моральний розвиток відстає від інтелектуального.

Молодший шкільний вік, як і будь-який інший період визначається певними критеріями, серед яких соціальна ситуація розвитку, провідна діяльність та психологічні новоутворення.

Соціальна ситуація розвитку характеризується зміною соціального положення, набуттям нового соціального статусу – школяра. Серед стосунків з оточуючими, визначальними стають стосунки із вчителем, які є діловими за змістом і процедурно складаються в процесі навчальної діяльності. Змінюються стосунки з однолітками, які переважно регламентуються дорослими оцінками, в першу чергу, оцінками вчителя. Вчитель стає найбільш значущою дорослою людиною.

Розвиток дитини обумовлюється провідною діяльністю – навчальною діяльністю. Навчальна діяльність молодших школярів є більш складним видом діяльності, що детермінує ускладнення стосунків дитини з навколишнім світом. Ускладнення цих стосунків і забезпечує психічний розвиток дитини.

Навчальна діяльність молодших школярів характеризується вираженою суспільною значущістю як за змістом, так і за формою, це ставить дитину в нову ситуацію у стосунках з дорослими та однокласниками, позначається на самооцінці, взаємостосунках в родині.

Під час навчальної діяльності зазнає змін мотиваційна сфера школярів-початківців. Інтенсивно розвиваються пізнавальні мотиви, з'являється інтерес не тільки до процесу, а й до змісту навчання. Також усвідомлення й виконання обов'язкової навчальної діяльності сприяє розвитку довільності у дитини. У молодших школярів поступово змінюється зміст психічної саморегуляції - від мимовільної до довольної. Саморегуляція поступово перетворюється з неусвідомленої на усвідомлену. Підкорення правилам систематичного навчання в школі, обов'язкове виконання завдань в школі та поза школою детермінує розвиток здатності контролювати, регулювати діяльність та поведінку, підпорядковувати їх усвідомленій меті [20, с.75].

За змістом навчальна діяльність визначається пізнавальною, тому особливого значення набуває розвиток психічних пізнавальних процесів. У молодших школярів інтенсивно розвиваються процеси чуттєвого

пізнання: відчуття, сприймання, опосередкованого пізнання: увага, мислення і мовлення, суттєво підвищується роль пам'яті та уваги, які перетворюються з мимовільних на довільні. Наприкінці періоду когнітивні набувають властивостей вищих психічних функцій, які характеризуються довільністю та опосередкованістю.

Початковий період навчання в школі співпадає з розвитком особистості молодшого школяра, збільшуються можливості для усвідомлення власних особливостей. Початок навчання в школі впливає на становлення самооцінки, для якої властиві яка характеризується конкретність, ситуативність, залежністю від оцінки вчителя, який є безумовним авторитетом для дітей, навіть більш ніж батьки. Саме оцінки вчителя обумовлюють відносини перш за все з батьками [8,с.76].

Тому важливо, щоб оцінки вчителя стосувалися саме навчальних досягнень, а не особистісних властивостей. Існує думка, що розвиток дитини обумовлюється не самою навчальною діяльністю, а ставленням дорослих до показників навчання, особистісних властивостей школяра, пов'язаних із навчанням. Негативна оцінка успіхів дитини у навчанні може підштовхнути розвиток низької самооцінки.

Розвиток властивостей особистості молодшого школяра також залежить від розвитку їх емоційно-вольової сфери. Школярів-початківців можна охарактеризувати як жвавих, оптимістичних, енергійних, емоційних, імпульсивних. Проте систематичне навчання сприяє розвитку здатності керувати власними емоціями, поведінкою, усвідомлювати свої почуття.

З початком навчання в школі починають інтенсивно розвиватися соціальні емоції. У школярів з'являються почуття відповідальності, емпатія, з'являється довіра до людей. Одночасно молодші школярі схильні до афективних спалахів, причиною яких можуть бути проблеми у взаємостосунках з однолітками, дорослими, незадовільні оцінки у навчанні, неадекватність самооцінки, незадоволеність стосунками,



оцінками у навчанні, що, в свою чергу, може спричинити тривожність, грубість, агресивність. Названі ознаки, як правило, виконують захисну або компенсаторну функцію. На прояв афективних реакцій також впливають незрілість нервової системи молодших школярів, особливості соціального оточення.

Кожен віковий період характеризується новоутвореннями, які свідчать про нормативність розвитку. Молодший шкільний вік знаменується появою в кінці періоду наступних новоутворень, а саме довільність психічних процесів, внутрішній план дій, мотив досягнення успіху, рефлексія. Ці новоутворення обумовлюють необхідний рівень розвитку психіки молодшого школяра, забезпечуючи подальший його розвиток [30,с.173-174].

Таким чином, молодший шкільний вік є відповідальним періодом у житті дитини. Систематичне навчання в школі детермінує інтенсивний психічний і особистісний розвиток дитини. Соціальна ситуація розвитку обумовлена виконанням обов'язкової навчальної діяльності, яка є соціальною за змістом і за формою та спричинює інтенсивний розвиток дитини. В процесі провідної навчальної діяльності психічні процеси трансформуються у вищі психічні функції. Молодший шкільний вік характеризується появою новоутворень, серед яких довільність психічних процесів, рефлексія, внутрішній план дій, здатність організувати навчальну діяльність, поява яких є критерієм психічного розвитку дитини.

## **1.2. Загальна характеристика психогенних розладів**

Загальною ознакою психічних розладів, об'єднаних у велику групу психогенних захворювань, є їх зв'язок із психічною травмою, психогенністю. Психогенії є найбільш частими проявами психічних розладів. Психіка людини відрізняється значною витривалістю та стійкістю, однак існує межа її завантаженості. Перевищення цієї межі

може виникнути за межово гальмування в корі мозку із виключенням свідомості та розвитком психічної хвороби. У виникненні психогенній суттєву роль відіграє і ґрунт, на якому виникають наслідки психічних травм. Готовність до психічного спалаху залежить від стану організму після перенесеного захворювання, тривалого нервового напруження, особливостей нервової системи, особистості людини.

Психогенії визначають як виліковні, функціональні розлади психіки, які виникають у результаті психічної травми. Психічна травма може бути наслідком сильної, одномоментної травмуючої ситуації чи відносно слабкого, але тривалого травмування. У клініці психічних захворювань психогенії поділяються на дві групи: психореактивні стани та неврози [14, с. 437].

Реактивні стани розвиваються у відповідь на безпосередній емоційний стрес, який виникає у зв'язку із дією надсильної травми і супроводжується емоційними, афективними розладами (страхи, панічні атаки, депресії). [5, с.14].

Психозом вважають глибокий розлад психіки, який проявляється у поведінці та зміні ставлення до навколишнього, при цьому порушується пізнання та відображення реального світу [5, с. 43].

В структурі реактивних станів виділяють два механізми виникнення симптоматики. Один з них пов'язаний із безпосередньою дією сильних афектів на центральну нервову систему, інший є результатом психічного особистісного перероблення травматичного переживання чи ситуації. Чим більш неочікувано й тривало діє травма, тим сильнішим виявляється особистісний характер реакції.

Невроз є психогенним нервово-психічним розладом, в основі якого лежить невротичний конфлікт (порушення особливо значущих стосунків людини із дійсністю). Клінічні прояви неврозу пов'язані із психотравмуючою ситуацією та сильними переживаннями особистості, які проявляються афективними реакціями та патологічною фіксацією на

переживаннях. Невроз характеризується відворотністю патологічних порушень незалежно від тривалості. У проявах неврозу домінують емоційно-афективні та соматовегетативні розлади. До загальної симптоматики неврозів відносять емоційну нестійкість, підвищену втомлюваність, роздратованість, зниження працездатності, погіршення уваги та пам'яті, коливання настрою, порушення сну тощо [31, с. 314].

Сучасні уявлення про невроз визнають багатофакторний характер цього захворювання, підкреслюючи провідну роль психологічних аспектів у його виникненні та лікуванні. Детермінують невроз слабкий тип нервової системи, уроджена слабкість нервової системи, обумовлена впливом різноманітних шкідливостей під час вагітності, перенесені соматичні захворювання, ускладнення життєвої ситуації, неправильне виховання.

Поряд із поняттям «невроз» використовують і поняття «невротичні розлади». Невротичні розлади можуть бути спричинені психотравмуючою ситуацією, фізичними перенавантаженнями, можуть зустрічатися у здорової людини, але вони менш виражені, ніж при неврозах [31,с.314-315]. Невротичні розлади розглядають як стан передхвороби із ознаками, що властиві для початкових проявів неврозів.

В залежності від психопатологічної симптоматики виокремлюють різні види неврозу.

Моносимптоматичний невроз це стан, який характеризується переважанням ознак порушення якого-небудь окремого органу (при відсутності органічного ураження), внаслідок чого клінічна хвороби набуває характеру не психопатологічної симптоматики, а домінування соматичного синдрому. Моносимптоматичний невроз часто спостерігається у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, оскільки в цьому віці найбільш виражена реактивність. Серед найбільш поширених видів моносимптоматичного неврозу в дитинстві є анорексія (вибіркове ставлення чи відмова від їжі). Частоспостерігається розлади

дихання у вигляді нервового кашлю, при фіксації на ньому уваги дитини різко посилюється. Зустрічаються функціональні розлади діяльності серця, перебіг здійснюється за типом кардіоневрозу. Суб'єктивно дитина відчуває біль в області серця. Розлади рухової сфери у вигляді гіперкінезів, тиків проявляються стереотипним скороченням визначених м'язових груп (локалізовані рухові неврози).

Невроз нав'язливих станів. У мисленні переважають нав'язливі сумніви, пригадування, ідеї, потяги, часто безглузлого змісту. При цьому хворий (дитина, дорослий) ставиться до них критично, усвідомлюючи непотрібність. Нав'язливі стани різноманітні, роблять школяра невпевненим. Глибина нав'язливості може бути різною.

Невроз страху та тривожного очікування є найбільш поширеним проявів неврозу у дітей. Може розвинутися у дітей із різними типологічними особливостями. Наявність даної форми неврозу у дітей свідчить про переважання в них підкоркових структур при наявності гальмування в корі великого мозку.

Логоневроз (психогенне заїкування) є поширеним варіантом моносимтоматичного неврозом. В основі лежить психогенна травматизація. Сприяє появі логоневрозу і спадкова схильність. Логоневроз частіше зустрічається у хлопчиків, ніж у дівчаток. Також відомо, що психічна травма, яка діє на дорослого і на дитину, спричинює різний ефект. У дорослого ця травма не впливає на розвиток мовлення, а у дитини в результаті психологічної травми може виникнути логоневроз. Специфіка змісту розладу та особливості перебігу більш детально схарактеризовані у пункті 1.3.

Схема формування неврозів за Захаровим О.І. представлена у додатках (Додаток А).

Отже, психогенії визначають як функціональні розлади психіки, які детермінуються психічною травмою і . Найбільш поширеними формами психогенній є психореактивні стани та неврози. Психозом називається

значний розлад психіки, який позначається на поведінці та пізнавальній діяльності, проявляється у зміні ставлення до навколишнього, виникає як реакція на надмірну психічну травму. Неврозом вважається функціональний розлад психічної діяльності, який виникає внаслідок тривалої, хронічної травматизації в осіб із слабким типом нервової системи. Психогенії не супроводжуються деструктивними змінами тканин мозку, тому є відворотними.

### **1.3. Специфіка логоневрозів та їх вплив на психічний й особистісний розвиток дітей молодшого шкільного віку**

Розвиток дитини не відбувається рівномірно. Є вікові періоди, найбільш відповідальні для здоров'я дитини, для формування особистості дитини, коли відбувається перебудова вегетативної та ендокринної систем організму, змінюється нервово-психічна організація. Такі періоди науковці називають фізіологічними кризами.

Таких криз три: перша в 2-4 роки, третя – в 12-14 років, у шести-семирічному віці починається друга фізіологічна криза. В цьому віці спостерігається ендокринний зсув, який супроводжується бурхливим зростом тіла, збільшенням внутрішніх органів, вегетативною перебудовою. Фізіологічна криза вимагає від організму дитини значного напруження, мобілізації всіх її резервів, що, в свою чергу, спричинює підвищену втомлюваність та нервово-психічну уразливість. Початок систематичного навчання в школі знаменується перебудовою соціальних зв'язків дитини, збільшенням вимог, навантаженням знаннями, що може стати непосильним для дитини й спричинити невротичні реакції. Серед таких невротичних реакцій може бути логоневроз.

Логоневроз – невротичний розлад мовлення, проявляється у вигляді невротичного заїкання, що супроводжується порушенням ритму,

плавності, темпу мовлення, пов'язані із судомами м'язів, які беруть участь у мовленнєвому акті [38, с.264].

У дитини, що страждає на заїкання, судоми можуть виникати в різних ділянках організму – у м'язах губ, у м'язах язика, м'язах дихального апарату та в голосових зв'язках. Такі судоми спричинюють періодичне «застрявання» на окремих звуках, складах, словах. Порушується правильність чергування наголошених та ненаголошених складів (ритм), темп мовлення відрізняється нерівномірністю: сповільнюється чи прискорюється [12, с.7].

Невротичне заїкання виступає як синдром, який зустрічається як при неврозах, так і при інших нервово-психічних захворюваннях.

Логоневроз є порушенням мовлення, який має багато причин виникнення, складний симптомокомплекс і часто незначну ефективність лікування [12, с.5]. Заїкання зумовлює складнощі спілкування, що, в свою чергу, спричинює специфічні зміни особистості, ускладнює навчання, не дає можливості повною мірою виявити свої здібності, інтелектуальний потенціал.

За даними різних джерел, частота цього розладу коливається у межах від 1,5 до 2,6%. Частіше виникає в дитинстві, ризик виникнення посилюється у критичні періоди. Частіше виникає у хлопчиків. З віком прояви логоневрозу зменшуються чи зовсім зникають, але у деяких хворих залишаються [14, с.168].

Серед умов, які спричинюють логоневроз, провідне значення має нерівномірність розвитку мовленнєвих і моторних функцій, особливо у критичні періоди, у сполученні із конституційно-генетичними особливостями сомато-вегетативної та емоційної сфери. Ці особливості проявляються у вигляді підвищеної нервової збудливості. Серед зовнішніх умов особливу роль відіграє емоційне та мовленнєве перевантаження під впливом несприятливого оточення [18,с.92].

Іванова Т.І. поділяє причини виникнення невротичного заїкання віддалені, серед яких генетичний чинник, ускладнений процес вагітності й пологів у матері, соматичні захворювання раннього віку, що мають тяжкий перебіг і впливають на нервову систему, перевантаження мовленнєвим матеріалом, нервова обстановка в родині, неправильні виховні стратегії, статевий реформізм та ін. Серед найближчих причин, які безпосередньо викликають заїкання: вплив надсильного подразника (переляк), перенапруження процесу гальмування, одночасний вплив протилежних подразників, різке перенавчання з лівої руки на праву, наслідування заїкуватих. Поділ причин на віддалені і найближчі є умовним [12, с.9-11].

У синдромі заїкання представлені у різному співвідношенні моторні, мовнорухові порушення й виражені в тому чи іншому ступені психопатологічні розлади. Як правило, у дітей на перший план у клінічній картині виступають моторні порушення, з віком посилюється роль емоційно-афективних факторів.

Моторний компонент при логоневрозі представлений мовленнєвими судомами в артикуляційному, голосовому та дихальних апаратах. В залежності від переважного типу судом мова іде про артикуляторну, голосову чи дихальну форми заїкання. Судоми є найголовнішою ознакою заїкання. Судоми мовленнєвих м'язів можуть бути клонічними (декілька коротких повторюваних судом, що зумовлює повторення звуків, складів, іноді слів) і тонічними (у вигляді довготривалої затримки мовлення). У випадку більшої виразності того чи іншого виду судом говорять про тоноклонічне чи клонотонічне заїкання [14, с.169]. Поряд із судомами до фізичних симптомів заїкання відносять супроводжувальні рухи (скорочення не мовленнєвих м'язів під час мовлення) та вегетативні розлади (проявляються в нестабільному пульсі, коливаннях тиску, частому серцебитті, почервонінні обличчя тощо). Такі порушення вважаються вторинними. Слід зауважити, що такі симптоми

виникають мимовільно, незалежно від контролю свідомості та вольових зусиль [12, с.12].

Психопатологічний компонент при невротичному заїканні представлений перш за все логофобією (страх мовлення), до якого додаються нав'язливі думки про заїкання, а також іншими емоційно-афективними порушеннями, серед яких зниження настрою та захисні реакції. Доволі часто захисні реакції використовують саме молодші школярі, намагаючись таким чином замаскувати своє заїкання і полегшити мовленнєвий акт. Дитина використовує рухові хитрощі (поправляє волосся, застібає гудзика та ін.), помічаючи, що їй стало легше говорити. І надалі дитина вже усвідомлено виконує ці рухи. Також школярами використовуються мовленнєві хитрощі, а саме емболофразію (різні вставки, не пов'язані із змістом мовлення, які «розтягують» мовлення); свідому заміну лексико-граматичного складу мовлення (перестановка слів у фразі, зміна редакції, а іноді і змісту фрази); зміну самого характеру мовлення (зміна темпу, ритму, сили, інтонації). Також деякі діти, відчуваючи ускладнення у мовленні, починають уникати спілкування, контактів, занурюються в себе, грають наодинці [12, с.13]. Психопатологічні ознаки вторинні та усвідомлюються дітьми. Такі ознаки ускладнюють перебіг заїкання, утруднюють його корекцію.

Дітей із логоневрозом можна поділити на три групи:

1 група. В структурі особистості дитини не спостерігаються невротичні порушення, відсутній страх мовлення. В клінічній картині спостерігаються фізичні симптоми. Мовленнєвий дефект не впливає на соціальний статус дитини.

2 група. Спостерігаються значні невротичні порушення, в першу чергу страх мовлення, який поширюється на ситуації мовленнєвого спілкування. Заїкання в значному ступені позначається на соціальному статусі дитини.



3 група. Ступінь прояву судомного синдрому може бути різною, однак сильно виражений нав'язливий страх мовлення (логофобія) супроводжується невротичними порушеннями невпевненістю у собі, тривожністю, уразливістю, звуженням кола інтересів.

Для характеристики особливостей логоневрозу у молодших школярів слід проаналізувати форми заїкання.

Невротична форма заїкання може виникнути як після гострої психічної травми, так і внаслідок хронічної психічної травматизації. Дебют гострий. До початку розладів мовлення розвиток дитини відбувався відповідно до вікової норми. Однак, до появи заїкання для таких дітей характерна підвищена тривожність, страхи, плаксивість, можливий енурез, проблеми із сном. Початок навчання в школі може спричинити розвиток цієї форми заїкання. Судомні запинки залежать від емоційного стану дитини, який, в свою чергу, характеризується нестабільністю. Темп мовлення скоріше швидкий. Прогноз може бути сприятливий чи несприятливий [12, с.14-15]. При несприятливому перебігу невротичного заїкання іноді виникає загальний чи вибірковий мутизм – активна відмова від мовленнєвого спілкування. При усвідомленні дефекту змінюється поведінка дитини і формується логофобія, що негативно позначається на прогнозі [18, с.92].

Неврозоподібна форма заїкання частіше починається ще до школи без об'єктивно визначеної причини. Однак для дітей із неврозоподібним заїканням властивий ускладнений анамнез, а саме, спадкова схильність, асфіксія під час народження, затримка в ранньому онтогенезі як фізичного, так і мовленнєвого розвитку. Початок заїкання непомітний, поступовий. Неврозоподібне заїкання може сполучатися із невротичними проявами, а також часто властиве дітям із органічними ушкодженнями центральної нервової системи, при резидуальних нервово-психічних захворюваннях. Динаміка цієї форми заїкання не

визначається ситуативними моментами та станами емоційного напруження.

Для організації та змісту допомоги молодшим школярам із логоневрозом необхідно відмежовувати заїкання від подібних з ним форм мовленнєвої патології, які проявляються в порушенні темпу, ритму і плавності мовлення, часто із сполученням із дефектами звуковимовляння. Необхідно враховувати важливу ознаку логоневрозу – значну варіабельність проявів та специфіку перебігу даної форми мовленнєвої патології. Особливу складність у ряді випадків можуть представляти відмежування заїкання від клаттерінг-синдрому та від істеричних форм мовленнєвих розладів.

Клаттерінг-синдром характеризується нерозбірливим, квапливим мовленням із уривчастими та непередбачуваними паузами. Основною ознакою цієї патології є постійне прискорення темпу мовлення (тахіталія), що робить мовлення нерозбірливим. Тахіталія поєднується із своєрідним порушенням ритму мовлення, персевераціями та порушенням артикуляції. Ці ознаки часто сполучаються порушенням читання та письма, вираженою недостатністю активної уваги, гіперактивною поведінкою, труднощами навчання. На відміну від заїкання, всі ознаки не пов'язані із ускладненням ситуації мовленнєвого спілкування, відсутні справжні судомні затримки мовлення, відсутня логофобія. Дитина не усвідомлює свій дефект [18, с.94-95].

Визначені проблеми можуть виникати при відмежуванні заїкання від істеричних форм мовленнєвих розладів. Іноді при істеричному неврозі хвора дитина може імітувати заїкання, при цьому не соромиться хворобливого синдрому. Мовленнєві порушення сполучаються із плачем та дихальними порушеннями. Заїкання при істеричному неврозі часто формується як механізм психологічного захисту (відмова від розв'язання реально існуючих травматичних ситуацій).

Таким чином, логоневроз є невротичним розладом мовлення, який проявляється у вигляді невротичного заїкання, що супроводжується порушенням ритму, плавності, темпу мовлення, пов'язані із судомами м'язів, які беруть участь у мовленнєвому акті. Логоневроз має багато причин виникнення, складний симптомокомплекс і часто незначну ефективність лікування. Заїкання зумовлює складнощі спілкування, що, в свою чергу, спричинює специфічні зміни особистості, ускладнює навчання, не дає можливості дитині повною мірою виявити свої здібності, інтелектуальний потенціал. У синдромі заїкання представлені у різному співвідношенні моторні, мовнорухові порушення та виражені в тому чи іншому ступені психопатологічні розлади.

Прояви логоневрозу негативно позначаються на психічному й особистісному розвитку молодших школярів. У молодшого школяра із невротичним заїканням низький соціальний статус, усвідомлення дефекту спричинює занижену самооцінку. Страх усних відповідей сприяє формуванню шкільної тривожності, яка деструктивно впливає на навчальну діяльність знижуючи її ефективність.

## РОЗДІЛ 2

### ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЗМІСТ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ ЛОГОНЕВРОЗОМ

#### 2.1. Методологічні аспекти організації психолого-педагогічного супроводу молодших школярів із логоневрозом

Молодший шкільний вік вважається важливим та відповідальним періодом життя, а молодший школяр – особливий соціально-психологічний статус. Це період життя, коли дитина вперше виконує обов'язкову діяльність – навчальну діяльність, яка є суспільно значущою та суспільно оцінюваною. Зрозуміло, що особливого значення набуває підтримка розвитку молодшого школяра.

Останнім часом в освітній галузі набирає популярності парадигма супроводу.

Психолого-педагогічний супровід розвитку дитини – це комплексна технологія підтримки й допомоги дитині. Технологія спрямована на створення оптимальних умов для навчання й виховання та забезпечує соціально-особистісний розвиток дитини.

Технологія супроводу в освіті можна охарактеризувати як особливу науково-практичну галузь, яка базується на основі мультидисциплінарного підходу й спрямована на вирішення завдань гуманізації освіти, сприяння особистісно-орієнтованому навчанню і вихованню, створення умов для повноцінного розвитку молодших школярів, забезпечення їх психічного й соматичного здоров'я [15].

Основною задачею супроводу є забезпечення прав дитини на розвиток у відповідності зі своїми потенційними можливостями в реальних умовах її існування.

Метою психолого-педагогічного супроводу є сприяння соціалізації та адаптації кожного школяра шляхом оптимального розвитку

потенціалу кожної дитини. При цьому педагог повинен враховувати той факт, що кожна дитина має свої, специфічні індивідуальні особливості та має право на реалізацію свого потенціалу.

Завданням психолого-педагогічного супроводу є забезпечення прав дитини на розвиток у відповідності зі своїми потенційними можливостями в реальних умовах життя.

Психолого-педагогічний супровід спирається на традиції гуманістичної психології, змістом якої є абсолютне визнання цінності та унікальності особистості кожної дитини і права на реалізацію її властивостей і якостей. Виходячи з цього умовами реалізації психолого-педагогічного супроводу є:

1. Заборона підводити розвиток дитини під певні вікові стандарти. Стандарти потрібно використовувати як орієнтири.
2. Спиратися на позитивний внутрішній потенціал розвитку кожної дитини.
3. Орієнтуватися на оптимістичну перспективу кожної дитини. Така орієнтація об'єктивно орієнтована: за альтернатив розвитку кожна дитина має свій потенціал можливостей, які забезпечать їй оптимальну адаптацію в соціумі і, зокрема, у системі початкової освіти.
4. Психолого-педагогічний супровід повинен забезпечувати підтримку вже виявлених здібностей дитини і стимулювати ще невиявлені резерви та приховані схильності [15, с. 6-7].

Психолого-педагогічний супровід як метод роботи є системно організованою діяльністю, яка спрямована на оптимізацію розвитку кожного учня, збереження його психічного здоров'я. Складовим психолого-педагогічного супроводу є психодіагностика, психокорекція, профілактика, просвіта, консультування.

Засобами реалізації психолого-педагогічного супроводу є:

- вивчення особливостей психічного розвитку школяра, умов здійснення освітнього процесу;

- вплив на соціальне і освітнє оточення для створення таких умов розвитку, які є адекватні особливостям дитини;
- корекційна і розвивальна робота зі школярем відповідно до виявлених особливостей психічного розвитку.

Сутність психолого-педагогічного супроводу полягає в тому, щоб допомогти школяреві скористатися можливостями освітнього середовища для розвитку та пристосувати індивідуальні властивості особливості дитини до умов шкільного навчання.

Таким чином, психолого-педагогічний супровід є системно організованою діяльністю, яка спрямована на оптимізацію розвитку кожного учня, збереження його психічного здоров'я. Технологія супроводу спрямована на створення оптимальних умов для навчання й виховання молодших школярів та забезпечує їх соціально-особистісний розвиток. Головною задачею психолого-педагогічного супроводу є забезпечення прав дитини на розвиток у відповідності зі своїми потенційними можливостями в реальних умовах її існування.

## **2.2. Емпіричне дослідження проявів логоневрозу у молодших школярів**

Діти, у яких спостерігаються логоневроз, потребують особливого розуміння та підтримки дорослих, тому актуальним завданням є надання якісної та своєчасної допомоги дитині з боку дорослих. Для того, щоб організувати кваліфіковану допомогу дитині, необхідно провести якісну діагностику.

Діагностика невротичних розладів у молодших школярів, в тому числі і логоневрозу, є важливим компонентом надання їм психолого-педагогічної допомоги. Більшість фахівців, серед яких лікарі, психологи, педагоги, логопеди вважають, що неврози суттєво впливають на

психічний та особистісний розвиток дитини, позначаються на її майбутньому.

Логоневроз є клінічним діагнозом, тому пріоритетною є саме медична діагностика. Фізичні симптоми заїкання (судоми мовленнєвих м'язів, супроводжувальні рухи, вегетативні розлади) не потребують психолого-педагогічного дослідження, вони доступні зовнішньому спогляданню і є об'єктом медичної діагностики. Особливої уваги в контексті психолого-педагогічного супроводу є дослідження саме психічних симптомів заїкання (фобії, нав'язливі думки про заїкання, захисні прийоми, рухливі хитрощі та ін.), які суттєво позначаються на розвитку молодшого школяра.

*Характеристика процедури дослідження та психодіагностичного інструментарію*

Ситуація підбору адекватних методик дослідження невротичних проявів (логоневрозу) дитини ускладнюється тим, що молодших школярів не остаточно сформована здатність до самооцінки, самоопису, самоаналізу, внаслідок чого використання опитувальників є неефективним. Більшість стандартизованих опитувальників для діагностики розладів межового нервово-психічного характеру орієнтовані на дорослих, що обумовило залучення до діагностики батьків та педагогів.

Комплекс психодіагностичних методик повинен включати інструменти, які дозволять охарактеризувати клінічні ознаки та психологічні (вторинні) симптоми, які опосередковано впливають на психічний та особистий розвиток дитини.

Для дослідження логоневрозу, супутніх психоневрологічних розладів та психічних особливостей у молодших школярів нами було використано наступні методики:

*1. Аналіз анамнестичних відомостей про дитину.*

Анамнез повинен включати відомості про спадковість, про перебіг вагітності і пологів у матері, відомості про особливості раннього розвитку дитини, результати обстеження невропатолога, медичний діагноз. Обов'язково з'ясовується час виникнення логоневрозу, причина виникнення (гіпотетично), особливості перебігу. Важливою є інформація про мовленнєвий розвиток дитини, про мовленнєве оточення, особливості виховання дитини (стиль батьківського ставлення, схильність батьків до невротичних розладів).

### *2. Дослідження стану мовлення (Павлова А.А., Шустова Л.А.)*

Дитині пропонується прослухати й переказати оповідання. Необхідно проаналізувати переказ дитини з позиції наступних параметрів:

- розуміння прослуханого оповідання;
- можливість програмування дитиною тексту-переказу;
- лексичний склад мовлення;
- мовленнєва активність.

Максимальна оцінка кожного параметру 10 балів. Під час переказу оповідання важливо виявити форму мовленнєвих судом, вид судом, темп мовлення, наявність супутніх рухів, хитрощів, які використовує дитина для полегшення процесу мовлення, фобій. З'ясовується загальний рівень розвитку мовлення.

### *3. Дитячий опитувальник неврозів (В.В. Седнев).*

Тест орієнтований на дітей молодшого шкільного віку, метою якого є виявлення субклінічних, до нозологічних феноменів, що зумовлюють формування нервово-психічних і соматичних розладів [32, с.17-21]. Твердження тесту розподіляються на шість шкал невротичних розладів у дітей:

\* Шкала депресії – виявляє прояви депресивних розладів з молодших школярів, які проявляються у порушеннях вегетативних



функцій (зниження тону, низька самооцінка, відчуття суму, сповільненість мислення тощо).

\* Шкала астенії – досліджує розлади уваги, пам'яті, мислення, а також працездатність дітей.

\* Шкала порушень поведінки – визначає прояви порушення поведінки, які проявляються в недисциплінованості, негативізмі, агресії.

\* Шкала вегетативних розладів – діагностує наявність психосоматичних розладів у дітей.

\* Шкала порушення сну – виявляє проблеми засинання, панічні сновидіння, сонливість, почуття втомленості при пробудженні.

\* Шкала тривоги – характеризує рівень тривожності дитини. як показника психічного здоров'я дитини.

Тест доступний для виконання дітьми молодшого шкільного віку. Після заповнення відповіді співвідносяться з ключем і аналізуються. Текст опитувальника та ключі представлені в додатках (Додаток Б).

*4. Шкала невротизації особистості батьків дітей молодшого шкільного віку ( О. І. Захаров).*

Опитувальник є експрес – оцінкою схильності батьків молодших школярів до неврозу. Підраховуються позитивні відповіді, результат понад 20 балів свідчить про схильність батьків до неврозу [36,с.49]. Текст опитувальника представлений в додатках (Додаток В).

*5. Методики діагностики батьківського ставлення ( А. Варга, В. Столін). Модифікований варіант.*

Тест характеризує особливості батьківського ставлення за наступними шкалами:

- Шкала «Прийняття дитини» та шкала «Відторгнення дитини».
- Шкала «Кооперація».
- Шкала «Симбіоз».
- Шкала «Контроль».
- Шкала «Ставлення до невдач дитини».

Опитувальник призначений для батьків [36, с.43]. Текст опитувальника, опис шкал та ключі наведені в додатках (Додаток Д).

*6. Методика визначення самооцінки «Який Я» (С.Д. Максименко).*

Молодшому школяру пропонується перелік якостей особистості: гарний, добрий, розумний, акуратний, слухняний, уважний, ввічливий, здібний, працелюбний, чесний.

Наведені якості особистості відомі і зрозумілі молодшим школярам. Обстеження проводиться з кожним учнем індивідуально. Самооцінка дитини визначається за загальною сумою балів, набраною нею за всіма якостями особистості.

- 0-1 бал: занижена самооцінка;
- 2-3 бали: схильність до заниженої самооцінки;
- 4-7 балів: адекватна самооцінка;
- 8-9 балів: схильність до завищеної самооцінки;
- 10 балів: завищена самооцінка.

*7. Проективна методика «Дерево» (Д. Лампен).*

Методика дозволяє з'ясувати мотиви поведінки молодшого школяра, статус в класному колективі. Проводиться індивідуально. Дитині пропонується вибрати фігурку дитина, яка на неї схожа. Малюнок дерева, та інтерпретації позицій представлені в додатках (Додаток Е). Результати виконання методики співвідносять із результатами спостереження за дітьми.

*8. Результати навчальної діяльності молодших школярів.*

Показники успішності у навчанні – проаналізовані й представлені середньоарифметичні показники успішності за першу чверть.

Усі методики пов'язаний між собою єдиною теоретичною концепцією і дозволяють встановити вплив невротичного заїкання на психічний та особистісний розвиток молодших школярів

*Результати емпіричного дослідження проявів невротичних розладів у молодших школярів*

Для проведення емпіричного дослідження були залучені учні початкових класів ( $n=22$ ), серед яких 12 хлопчиків і 10 дівчаток, вік дітей 7-10 років. Серед досліджуваних учні без невротичних ознак у розвитку ( $n=14$ ), які увійшли до контрольної групи, і діти з ознаками неврозу і логоневрозу ( $n=8$ ), з яких була створена експериментальна група. Зарахування дітей до експериментальної групи здійснювалось на підставі зовнішніх діагностичних ознак, доступних до безпосереднього споглядання, й медичного діагнозу. Також до дослідження були залучені батьки молодших школярів.

Дослідження проводилось в три етапи.

Перший етап – підготовчий, на якому було здійснено теоретичний аналіз проблеми дослідження особливостей розвитку молодших школярів з невротичними розладами. Було визначено комплекс діагностичного інструментарію, який дозволив виявити психологічні особливості та схильність молодших школярів до невротичних розладів.

Другий етап – організація та проведення емпіричного дослідження особливостей психічного й особистісного розвитку молодших школярів з нормативним розвитком та ознаками логоневрозу.

Третій етап дослідження присвячений аналізу психолого-педагогічної підтримки молодших школярів із ознаками логоневрозу, впровадження психокорекційних заходів та перевірка ефективності проведеної роботи в групі молодших школярів з ознаками логоневрозу.

Результати констатувальної діагностики представлені в додатках (Додаток Ж).

Аналіз анамнестичних відомостей дозволив з'ясувати, що в основі невротичного заїкання дітей в більшості випадків обумовлений проблемами в родині (3 дитини виховуються в неповній родині, заїкання пов'язують із стресом внаслідок розлучення батьків), проблемами в школі і переляком. З'ясовано, що у 3х осіб логоневроз був спровокований в дошкільному віці і посилювався з початком відвідування

школи. У 3х досліджуваних ознаки логоневрозу проявились із початком шкільного навчання. Одна дитина із експериментальної групи отримала логоневроз внаслідок переляку. У всіх досліджуваних спостерігається залежність від емоційного стану (локалізується у шкільній сфері). Зі слів батьків діти характеризуються підвищеною вразливістю, плаксивістю, підвищеною тривожністю. Адаптація до школи проходила з ускладненнями. Інформація є суб'єктивною, отримана від батьків.

З метою визначення відмінностей у схильності до проявів неврозу було проведено частотний аналіз отриманих результатів в контрольній та експериментальній групах.

Показники рівня виразності схильності до неврозу у дітей контрольної групи та їх батьків представлені в таблиці 2.1

Таблиця 2.1

Рівні виразності схильності до неврозу (%)

Рівні	Діти (n=14)		Батьки (n=14)	
	n	%	n	%
Високий	2	14,3	5	35,7
Середній	7	50	7	50
Низький	5	35,7	2	14,3

Результати частотного аналізу схильності дітей контрольної групи свідчать, що 14,% продемонстрували високу ймовірність невротичних розладів, цих дітей можна віднести до групи ризику. 50% досліджуваних дітей продемонстрували середній рівень виразності схильності до неврозу, це означає ситуативну підвищену нервовість у конкретних, значущих для дитини ситуаціях. У 35,7% дітей низький рівень схильності до неврозу – досліджувані продемонстрували емоційну стабільність, адаптованість. Результати частотного аналізу дослідження схильності батьків до неврозу показали більш тривожні результати – 35.7% виявили ознаки неврозу.

Показники рівня виразності схильності до неврозу у дітей експериментальної групи та їх батьків представлені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Рівні виразності схильності до неврозу ( %)

Рівні	Діти (п=7)		Батьки (п=7)	
	п	%	п	%
Високий	6	85,7	5	71,4
Середній	1	14,3	1	14,3
Низький	0	0	1	14,3

Аналіз отриманих результатів показав наявність у дітей із логоневрозом виразних невротичних розладів (85,7% досліджуваних продемонстрували високий показник). Батьки заїкуватих дітей також виявились більш схильними до неврозу у порівнянні із батьками дітей контрольної групи.

Якісний аналіз результатів дослідження самооцінки показав, що половина досліджуваних виявили завищену і адекватні самооцінки, що відповідає віковій нормі. У дітей із ознаками логоневрозу є діти із завищеною, заниженою і адекватною самооцінками. Це означає, що усвідомлення своїх мовленнєвих проблем характерно не для всіх школярів із заїканням.

Аналіз показників проективної методики «Дерево» виявив, діти із логоневрозом надавали перевагу позиціям, які свідчать про їх відчуття неблагополуччя, а саме астеничність, втомлюваність, тривожність, відстороненість, криза, прагнення отримувати усіх без докладання зусиль. Ці результати свідчать, що у заїкуватих дітей мотивація залежить від рівня їх невротизації.

Аналіз результатів навчальної діяльності продемонстрував, що досліджувані із логоневрозом можуть бути успішними у навчанні.

Отримані результати дослідження психічних симптомів показали суттєві відмінності у досліджуваних без невротичних ознак і з проявами заїкання. Для доведення зв'язку між логоневрозом і психічними симптомами нами було використано кореляційний аналіз.

Нами було використано коефіцієнт кореляції Спірмена, який обчислюється за формулою:

$$P = 1 - \frac{6 * \Sigma d^2}{n^3 - n}$$

Де: n – об'єм групи (кількість учасників);

$\Sigma d^2$  - сума квадратів різниць між рангами.

Коефіцієнт кореляції обчислений окремо для контрольної та експериментальної груп досліджуваних. Результати кореляційного аналізу представлені в таблиці 2.3. і 2.4.

Таблиця 2.3.

Кореляції показників схильності до неврозу та показників психічного й особистісного розвитку в контрольній групі (n=14)

Показники	$\rho$
Депресія	+0,44
Астенія	+0,39
Поведінкові порушення	+0,64
Вегетативні розлади	+0,61
Порушення сну	+0,42
Тривожність	+0,68
Невротизація батьків	+0,69
Успішність у навчанні	+0,51
Самооцінка	+0,34

Ступінь узгодженості змін характеризує тіснота зв'язку – абсолютна величина коефіцієнта кореляції. Наявність кореляції між

двома результатами означає, що при зміні одного результату інший також змінюється, тобто між результатами існує і виявляється зв'язок.

Всі коефіцієнти кореляції в контрольній групі свідчать про наявність позитивного зв'язку між досліджуваними ознаками. Найбільш тісний зв'язок виявився між схильністю до неврозу і тривожністю та рівнем невротизації батьків. Кореляція із показниками «Успішність у навчанні» і «Самооцінка» не є статистичною, де кореляція не статистично значущою. Всі інші показники коефіцієнтів кореляції знаходяться на 0,05 і 0,01 рівнях значущості, що свідчить про їх статистичну достовірність. Коефіцієнти кореляції в контрольній групі показали, що ймовірність невротичних розладів у дітей може бути обумовлена тривожністю та невротизацією батьків.

Результати кореляційного аналізу в експериментальній групі представлені в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Кореляції показників схильності до неврозу та показників психічного й особистісного розвитку в експериментальній групі (n=7)

Показники	$\rho$
Депресія	+0,41
Астенія	+0,49
Поведінкові порушення	+0,64
Вегетативні розлади	+0,71
Порушення сну	+0,76
Тривожність	+0,89
Невротизація батьків	+0,89
Успішність у навчанні	+0,74
Самооцінка	+0,44

Всі коефіцієнти кореляції в експериментальній групі засвідчили більш тісний зв'язок між наведеними ознаками. Сильний зв'язок

схильності до неврозу виявився із показниками «Вегетативні розлади», «Порушення сну», «Тривожність», «Невротизація батьків». Зв'язок між схильністю до неврозу із «Депресією», «Астенією» та «Самооцінкою» виявився статистично незначущим. Коефіцієнти кореляції в експериментальній групі показали, що прояви логоневрозу у дітей пов'язані із тривожністю, невротизацією батьків. Невротичне заїкання у дітей супроводжується поведінковими порушеннями, вегетативними розладами, порушеннями сну, а також позначаються на успішності у навчанні.

Таким чином, проведене емпіричне дослідження підтвердило наявність клінічного діагнозу «логоневроз» (невротична форма) у досліджуваних експериментальної групи. Прояви невротичного заїкання посилюються схильністю до неврозу батьків, тривожністю дітей, локалізованою у шкільній сфері, супроводжується поведінковими порушеннями, вегетативними розладами, порушеннями сну, а також позначаються на успішності у навчанні. Кореляційний аналіз довів вплив проявів логоневрозу на психічний та особистісний розвиток молодшого школяра.

### **2.3 Психолого-педагогічна допомога молодшим школярам із логоневрозом**

Логоневроз (невротичне заїкання) суттєво погіршує якість життя дитини. Як довело проведене дослідження, прояви логоневрозу не обмежуються тільки фізичними симптомами, над ними надбудовуються психічні симптоми, які ускладнюють перебіг логоневрозу і впливають на психічний, особистісний та соціальний розвиток молодшого школяра. Отже, актуальним є психолого-педагогічний супровід таких дітей.

Невротичне заїкання є комплексним порушенням, проявляється в різних формах, зумовлює специфічні психологічні особливості та



поведінку школярів, що обумовлює комплексний підхід до подолання проявів заїкання.

В основі комплексного підходу до подолання заїкання лежить уявлення про логоневроз не про якесь локальне порушення, а як про складний розлад мовлення, що пов'язаний із нервовою системою, особливостями психіки дитини [12, с.20].

Психолого-педагогічний супровід молодших школярів із логоневрозом включає різні сполучення лікувального та психолого-педагогічного впливу на дітей із ознаками заїкання. Загальною метою таких заходів є усунення або послаблення мовленнєвих судом та супутніх розладів, оздоровлення організму й нервової системи, позбавлення дитини від неправильного ставлення дитини до своєї проблеми, від вторинних утворень. Особливо важливою є створення адекватного середовища, що буде сприяти оптимальному розвитку дитини. Важливим є також той факт, що робота з дітьми із логоневрозом не повинна бути вузько функціональною, а повинна орієнтуватися на розвиток особистості дитини в цілому.

Лікувальні заходи передбачають терапевтичне, хірургічне, ортопедичне втручання, яке є обов'язковою умовою впровадження психолого-педагогічної підтримки. Медикаментозне втручання спрямоване на нормалізацію діяльності нервової системи, мовленнєвого апарату, усунення судом, зняття психогенних нашарувань, є основою ефективної корекційної роботи з дитиною, що заїкається.

В аспекті психолого-педагогічного супроводу актуальними є лікувально-оздоровчі заходи, до яких відносять організацію режиму дня та раціонального харчування, гартувальні процедури, медикаментозне лікування, фізіотерапевтичні процедури. Важливою є раціональна організація навчального процесу та відпочинку дитини, чергування навантаження й розслаблення. Лікувальна фізкультура та фізичні вправи сприяють розвитку м'язової системи, нормалізують роботу органів і

систем організму, що, в свою чергу, є передумовою для кращого функціонування мовленнєвих органів дитини із логоневрозом.

Лікувальним й одночасно психологічним методом є психотерапія, яка означає використання різних методів психічного впливу з лікувальною чи профілактичною метою. У сучасні психотерапії виокремлюють два основних види:

- Рациональна (роз'яснювальна) психотерапія, яка полягає в організації бесід, пояснень, переконань, спрямованих на поясненні відворотності розладу, ролі поведінки самої дитини у подоланні розладу. Для раціональної терапії використовують різноманітні ігрові прийоми, різнокольоровий дидактичний матеріал, працю, музичні вправи тощо.
- Сугестивна терапія (гіпноз, аутогенне тренування). Навіювання з боку іншої людини та самонавіювання. Не зважаючи на те, що впровадження сугестивної терапії вважається невиправданим внаслідок незрілості психіки молодшого школяра, ефективним є аутотренінг [12, с.20-21; 36, с.62-63].

Актуальними для подолання логоневрозу є наступні прийоми: музикотерапія, світлотерапія, релаксація, казкотерапія, які повинні бути спрямовані на зняття емоційного напруження, зниження тривожності, зменшення нав'язливих станів, підвищення здатності до саморегуляції.

Педагогічна частина комплексного підходу має бути представлена системою логопедичних занять, виховних закладів, роботою з батьками. Логопедична робота є системою корекційно-педагогічних заходів, спрямованих на подолання чи компенсацію дефекту мовлення.

Логопедична робота проводиться у груповій та індивідуальній формах та у двох напрямках: прямому та опосередкованому. Заняття (безпосередній вплив) спрямовані на розвиток загальної та мовленнєвої моторики, нормалізацію темпу і ритму дихання й мовлення, активізацію мовленнєвого спілкування, розширення пасивного і активного словника, удосконалення граматичного оформлення фрази. Опосередкований

(непрямий вплив) представляє собою систему логопедизації всіх режимних моментів, особливо мовленнєвого режиму, що передбачає вибір дитиною мовленнєвих вправ, систематичні тренування навичок правильного мовлення в різних умовах. Зміст логопедичних занять змінюється в залежності від структури порушення, віку дитини, перебігу порушення, ставлення дитини до цього порушення.

Важливим аспектом логопедичної роботи є логопедична ритміка, яка представляє собою систему музично-рухових, мовленнєворухових, музично-мовленнєвих завдань і вправ. Такі завдання нормалізують просодію, рухову сферу, дитини із заїканням, що, в свою чергу, допомагає дитині перебудувати ставлення до спілкування, до оточуючого світу, а також до свого порушення. Логоритміка сприяє появі позитивних рис у характері школяра, а саме, у дитини з'являється впевненість у рухах, ініціативність у спілкуванні, самостійність у розв'язанні рухових і мовленнєвих проблем, переорієнтація до значущих життєвих ситуацій у зв'язку із зміною ставлення до мовленнєвого розладу.

Цікавою є також ідея використання технічних засобів для роботи із заїкуватими дітьми. Професійні логопеди часто використовують поліфонатор, який підвищує ефективність логопедичного впливу, викликає стійкий інтерес у дітей, оптимізує процес колекційного впливу. Робота із поліфонатором забезпечує комплексний підхід для подолання заїкання, оскільки задіяні різні аналізатори. Прилад дає можливість розрізняти звуки мовлення за акустичними ознаками, дозволяє побачити спектральні складові звуків (тривалість, гучність, висоту). Таким чином дитина може не тільки почути свій голос, а й «побачити» його. Також у дитини є можливість тактильно відчувати ритм, темп мовлення. Під час логопедичного заняття дитина має можливість порівняти власну вимову із еталонною вимовою логопеда і відповідно виправляти своє мовлення. М.С. Заплатна ілюструє

можливості використання поліфонатора в системі корекційного впливу на дитину із логоневрозом [10, с. 24].

Для доведення доцільності психолого-педагогічного супроводу з метою усунення чи пом'якшення проявів логоневрозу, формуванню соціально бажаних рис особистості нами було використано казкотерапію як компонент комплексного впливу на дитину із логоневрозом.

Ефективність й доступність використання казок у роботі із невротичними дітьми обумовлено рядом причин. Це метафоричність, яка актуалізує процес ідентифікації із необхідним персонажем, створення у дитини почуття комфорту й психологічної захищеності, усвідомлення дитиною своїх потенційних можливостей, розуміння нею причинно-наслідкових зв'язків подій та вчинків. Дієвість казки в структурі психолого-педагогічного супроводу дітей із логоневрозом полягає в тому, що в процес програвання казки дитина спостерігає різні варіанти взаємостосунків між героями. Дитина навчається створювати систему власної поведінки у відповідності із засвоєними через казку типами взаємодій та взаємостосунків між героями казок через мовлення. Таким чином, стосунки дитини із заїканням з навколишнім світом залежать від кількості моделей поведінки, які дитина засвоїла за допомогою казки. Під час використання «казкової» технології дитина опановує навички адекватного оцінювання казкових героїв через аналіз дій, особливостей експресивної поведінки та мовлення. Цінним є активна участь дитини в обговоренні ситуацій, у яких опинилися персонажі, рольове перевтілення в цих героїв.

Заїкання посилюється, коли дитина починає хвилюватися, в основі чого є хибне ставлення і до ситуації, і до себе. В процесі програвання ролі необхідно навчити дитину позбутися страху помилок, образливості, тривожності, незнайомих людей тощо. Корисно поза програванням ролі дитині нагадувати як ставився до проблемної ситуації герой казки. Важливим моментом казкотерапії є виконання дитиною ролі героя, яка

не властива дитині (наприклад, роль лідера зіграла сором'язлива дитина). Можна використовувати не відомі казки, а створювати власні, подібні до життєвих ситуацій, причому, корисно, щоб це робила дитина.

Крім загально організаційних методів нами також проводились спеціальні мовленнєві заняття. Заняття проводились два-три рази на тиждень по 15-20 хвилин. Заняття спрямовані на розвиток правильних мовленнєвих навичок, перш за все на розвиток неквапливого темпу й ритму мовлення, усунення недоліків мовлення, вироблення чіткої правильної артикуляції. Основною умовою проведення логопедичних занять є спокійне ставлення до дитини.

Для розслаблення, зняття напруження у дитини нами використовувались елементи психогімнастики, вправи якої допомагають скоригувати різні сфери психіки дитини, яка зазнає певні проблеми у спілкуванні з однолітками. Нами були використані етюди на виразність жесту, на тренування окремих груп м'язів, вираження основних емоцій, на відтворення окремих рис характеру.

Після впровадження елементів формувального експерименту була проведена контрольна діагностика, яка дозволила з'ясувати ефективність психолого-педагогічного супроводу дітей із логоневрозом. Для контрольної діагностики було використано опитувальник В. Седнева, саме невротичні розлади провокують прояви логоневрозу.

У контрольної діагностики було залучено досліджуваних експериментальної групи, у яких було діагностовано логоневроз і які під час констатувальної діагностики продемонстрували ознаки невротичних розладів. Результати констатувальної та контрольної діагностики представлені в додатках (Додаток 3).

Порівняння результатів констатувальної і контрольної діагностики в експериментальній групі продемонструвало зниження показників за шкалами опитувальника, що свідчить про впевнену тенденцію до покращення психоемоційного стану дітей з ознаками логоневрозу.

Середні показники та більшість окремих показників знизилися до середнього рівня, це є оптимістичним результатом, але не означає повного позбавлення проблеми. У дітей покращився психоемоційний стан, зменшилися

остаточним зрушенням, це також свідчить про зберігання тенденції до підвищення ознак невротичного розладу.

Відмінності у показниках констатувальної та контрольної діагностики в експериментальній групі наочно відображені на рисунку 2.1.

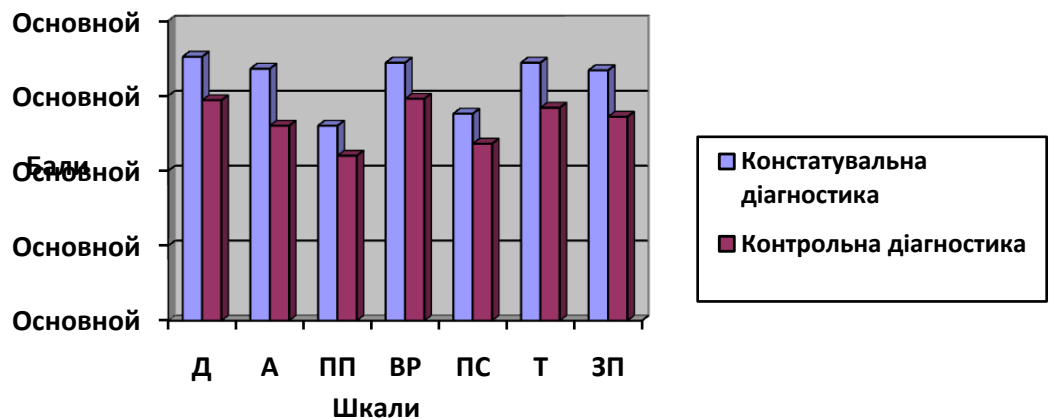


Рис. 2.1. Розподіл показників констатувальної та контрольної діагностики

Д – показники депресії;

А – показники астенії;

ПП – показники порушень поведінки;

ВР – показники вегетативних розладів;

ПС – показники порушення сну;

Т – показники тривоги;

ЗП – загальний показник.

Отже, невротичне заїкання є комплексним порушенням, проявляється в різних формах, зумовлює специфічні психологічні особливості та поведінку школярів, що обумовлює комплексний підхід

до подолання проявів заїкання. Психолого-педагогічний супровід молодших школярів із логоневрозом включає різні сполучення лікувального та психолого-педагогічного впливу на дітей із ознаками заїкання з метою усунення чи послаблення мовленнєвих судом, супутніх розладів, оздоровлення організму й нервової системи, позбавлення дитини від неправильного ставлення дитини до своєї проблеми, від вторинних утворень. Психолого-педагогічний супровід молодших школярів із логоневрозом повинен орієнтуватися на розвиток особистості дитини в цілому. Формувальний експеримент включав казко- та ігротерапію, елементи психогімнастики, логопедичні вправи. Проведена контрольна діагностика продемонструвала зниження показників невротичних розладів, що свідчить про тенденцію до покращення психоневротичного стану молодших школярів з ознаками невротичних розладів.

## ВИСНОВКИ

Аналіз теоретичних джерел та результатів емпіричних досліджень дозволив зробити наступні висновки:

1. Молодший шкільний вік є відповідальним періодом у житті дитини. Систематичне навчання в школі детермінує інтенсивний психічний і особистісний розвиток дитини. Соціальна ситуація розвитку обумовлена виконанням обов'язкової навчальної діяльності, яка є соціальною за змістом і за формою та спричинює інтенсивний розвиток дитини. В процесі провідної навчальної діяльності психічні процеси трансформуються у вищі психічні функції. Молодший шкільний вік характеризується появою новоутворень, серед яких доволість психічних процесів, рефлексія, внутрішній план дій, здатність організовувати навчальну діяльність, поява яких є критерієм психічного розвитку дитини.

2. Психогенії визначають як функціональні розлади психіки, які детермінуються психічною травмою і . Найбільш поширеними формами психогенній є психореактивні стани та неврози. Психозом називається значний розлад психіки, який позначається на поведінці та пізнавальній діяльності, проявляється у зміні ставлення до навколишнього, виникає як реакція на надмірну психічну травму. Неврозом вважається функціональний розлад психічної діяльності, який виникає внаслідок тривалої, хронічної травматизації в осіб із слабким типом нервової системи. Психогенії не супроводжуються деструктивними змінами тканин мозку, тому є відворотними.

3. Логоневроз є невротичним розладом мовлення, який проявляється у вигляді невротичного заїкання, що супроводжується порушенням ритму, плавності, темпу мовлення, пов'язані із судомами м'язів, які беруть участь у мовленнєвому акті. Логоневроз має багато причин виникнення, складний симптомокомплекс і часто незначну



ефективність лікування. Заїкання зумовлює складнощі спілкування, що, в свою чергу, спричинює специфічні зміни особистості, ускладнює навчання, не дає можливості дитині повною мірою виявити свої здібності, інтелектуальний потенціал. У синдромі заїкання представлені у різному співвідношенні моторні, мовнорухові порушення та виражені в тому чи іншому ступені психопатологічні розлади. Прояви логоневрозу негативно позначаються на психічному й особистісному розвитку молодших школярів. У молодшого школяра із невротичним заїканням низький соціальний статус, усвідомлення дефекту спричинює занижену самооцінку. Страх усних відповідей сприяє формуванню шкільної тривожності, яка деструктивно впливає на навчальну діяльність знижуючи її ефективність.

4. Невротичне заїкання є комплексним порушенням, проявляється в різних формах, зумовлює специфічні психологічні особливості та поведінку школярів, що обумовлює комплексну діагностику даного порушення. Комплекс психодіагностичних методик повинен включати інструменти, які дозволяють охарактеризувати клінічні ознаки та психологічні (вторинні) симптоми, які опосередковано впливають на психічний та особистий розвиток дитини.

Проведене емпіричне дослідження підтвердило наявність клінічного діагнозу «логоневроз» (невротична форма) у досліджуваних експериментальної групи. Прояви невротичного заїкання посилюються схильністю до неврозу батьків, тривожністю дітей, локалізованою у шкільній сфері, супроводжується поведінковими порушеннями, вегетативними розладами, порушеннями сну, а також позначаються на успішності у навчанні. Кореляційний аналіз довів вплив проявів логоневрозу на психічний та особистісний розвиток молодшого школяра.

5. Психолого-педагогічний супровід молодших школярів із логоневрозом включає різні сполучення лікувального та психолого-

педагогічного впливу на дітей із ознаками заїкання з метою усунення чи послаблення мовленнєвих судом, супутніх розладів, оздоровлення організму й нервової системи, позбавлення дитини від неправильного ставлення дитини до своєї проблеми, від вторинних утворень. Психолого-педагогічний супровід молодших школярів із логоневрозом повинен орієнтуватися на розвиток особистості дитини в цілому. Формувальний експеримент включав казко- та ігротерапію, елементи психогімнастики, логопедичні вправи. Проведена контрольна діагностика продемонструвала зниження показників невротичних розладів, мовленнєвих порушень, що засвідчило тенденцію до покращення психоневротичного стану молодших школярів з ознаками логоневрозу.

Впровадження технології психологічного супроводу сприяло оптимізації процесу повноцінного розвитку дітей, забезпеченню їх психічного й соматичного здоров'я. Було доведено, що психологічний супровід не може бути вузько функціональним, а повинен носити загальний, особистісно орієнтований характер, сфокусований на тих факторах оточення і характеристиках розвитку, які можуть бути причинами невротичних розладів. Проведена контрольна діагностика показала зниження показників за всіма шкалами, що свідчить про впевнену тенденцію до покращення психоемоційного стану дітей з ознаками невротичних розладів.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів порушеної проблеми. Усунення чи пом'якшення проявів логоневрозу у молодших школярів є довготривалим й систематичним процесом, тому отримання більш ефективних результатів потребує впровадження психолого-педагогічного супроводу в освітній процес.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Адаптація учнів до шкільного навчання. 1-10 класи / Упоряд. О.Є. Марінушкіна, Ю.О. Замазій. Х.: Ранок, 2011. 192с.
2. Александрова Я.А. Неврозы детей младшего школьного возраста. СПб.: Диля, 2001. 96с.
3. Гарбузов В. Нервные и трудные дети. М.: АСТ, 2005. 351с.
4. Гетьман Т.О. Психофізіологічні чинники збереження здоров'я молодших школярів// Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка. К., 2013. Том II. Психологія особистості. Вип. 8. С.215-226.
5. Гурьева В.А. Психогенные расстройства у детей и подростков. М.: КРОН-ПРЕСС, 1996. 208с.
6. Дога В.О. Казка як засіб психодіагностики і психокорекції психіки / В.О. Дога, Ю.С. Куліченко // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка. К., 2013. Том II. Психологія особистості. Вип. 8. С.310-322.
7. Дьяченко М.И., Кандыбович Л.А., Кандыбович С.Л. Психологический словарь-справочник. М.: ИД Куприянова, 2009. 456с.
8. Дуткевич Т.В. Дитяча корекційно-розвивальна психологія. Модульний навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2017. 304с.
9. Заброцький М.М. Основи вікової психології. Навч. посібник. Тернопіль: Навчальна книга Богдан, 2009. 112с.
10. Заплатна С.М. Методика роботи з поліфонатором на логопедичних заняттях. Корекційна педагогіка. 2007. №3. С.24-29.
11. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. СПб.: СОЮЗ, 2000. 196с.
12. Іванова Т.І., Кваша Т.І. Корекція заїкання. К.: Шкільний світ, 2015. 136с.

13. Казаннікова О.В. Психологічний супровід молодших школярів із невротичним розладом. Теорія та практика сучасної психології: зб. наук. праць. 2019. №5. Т.2. С.73-77.
14. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1990. 576с.
15. Коробко С.Л., Коробко О.І. Робота психолога з молодшими школярами: Метод. посібник. К.: Літера ЛТД, 2006. 416с.
16. Літовченко О.В. Заїкання у дітей: профілактика і корекція. Навчальний посібник. Одеса: Видавництво ТОВ Лерадрук, 2021. 248с.  
URL://<http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/11212/1/litovchenko%20Olga%20Vasylivna%202021.pdf> (дата звернення 04.10.2021)
17. Мамайчук І.І., Смирнова М.І. Діти з розладами поведінки: психологічна допомога. К.: Редакції загально педагогічних газет, 2012. 120.
18. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика. Советы педагогам и родителям. М.: ВЛАДОС, 1997. 304с.
19. Милюзина О.О. Психолого-педагогічні засади використання арт-терапії у психологічній служби школи // Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка. Т.IX, Ч.5. К., 2007. С.228-233.
20. Пісоцький В.П., Горянська А.М. Психічний розвиток та формування особистості в онтогенезі. Навч. посібник. К.: КНТ, 2019. 144с.
21. Пов'якель Н.І. Психологія дитячих страхів. К.: Шкільний світ, 2011. 128с.
22. Практична психологія у початковій школі / Упоряд. О.А. Атемасова. Х.: Ранок, 2010. 160.
23. Проблеми розвитку та корекція емоційної сфери молодших школярів / Упоряд. О.А. Атемасова. Х.: Ранок, 2010. 176с.
24. Психічне здоров'я дитини / Упоряд. Т. Гончаренко. К.: Ред. заг. пед. газет, 2003. 112с.
25. Психогімнастика. Молодший шкільний вік / Упоряд. О.А.

Атемасова. Х.: Ранок, 2012. 160с.

26. Психология детства. Учебник / Под ред. А.А. Реана. СПб.: Прайм-ЕВРО-ЗНАК, 2003. 368с.

27. Психологічний супровід школярів / Упоряд. Т. Гончаренко. К.: Ред. заг. пед. газет, 2005. 128с.

28. Психолого-педагогічна діагностика школярів / Упоряд. О.Л. Співак. Х.: Ранок, 2009. 160с.

29. Психопатология детского возраста / А.И. Селецкий. К.: Вища школа, 1987. 296с.

30. Савчин М.В., Василенко Л.П. Вікова психологія: Навчальний посібник. К.: Академвидав, 2005. 360с.

31. Свядощ А.М. Неврозы. М.: Медицина, 1982. 368с.

32. Седнев В.В. Диагностика невротических расстройств у детей младшего и среднего школьного возраста. // Практична психологія та соціальна робота. 1998. №2. С.17-21.

33. Скалько Є.В. Стрес у дітей. // Практична психологія та соціальна робота. К., 1998. №1. С.14-15.

34. Соловников Т.И. Социально-психологическая реабилитация. / Т.И. Соловников. М.: Прогресс, 2001. 65с.

35. Сучасні форми роботи з батьками молодших школярів / Упоряд. І.В. Васильченко. К.: Ред. Газет з дошкільної та початкової освіти, 2013. 120с.

36. Терещенко Л.А. Як зберегти здоров'я дітей 5-7 років. К.: Ред. газет з дошк. та почат. освіти, 2012. 104с.

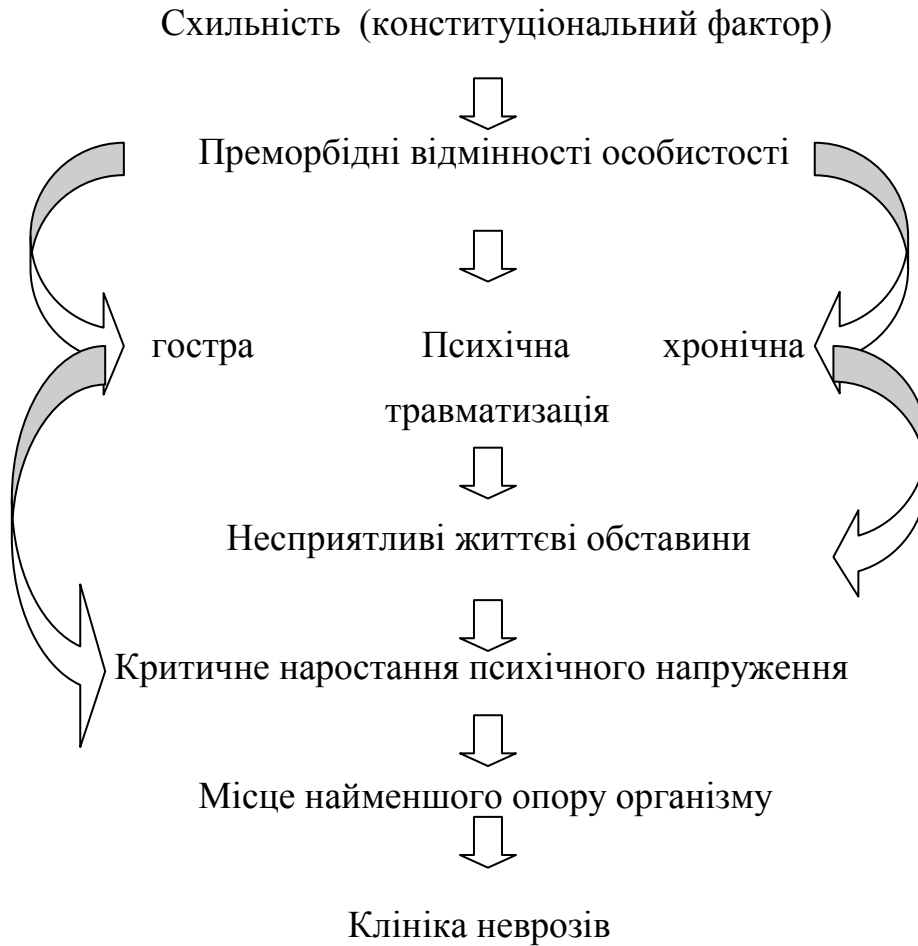
37. Турищева Л.В. Діти з особливостями розвитку у звичайній школі.– Х.: Основа, 2014. 111с.

38. Человек: анатомия, физиология, психология. Энциклопедический словарь / Под ред. А.С. Батуева, Е.П. Ильина, Л.В. Соколовой. – СПб.: Питер, 2007. – 672с.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

Схема формування неврозів (Захаров О.І.)



**Додаток Б****Тест «Дитячий опитувальника неврозів»**

В. Седнева

1. Тобі буває сумно.
2. Іноді тобі хочеться плакати без причини.
3. Тобі буває іноді страшно.
4. Ти спиш добре і спокійно.
5. твої однолітки не хочуть з тобою грати.
6. Часто тобі не хочеться їсти.
7. Тобі буває зовсім не цікаво грати, дивитися телевізор.
8. Ти відчуваєш себе сильним.
9. Часто у тебе болить голова чи живіт.
10. Ти втомлюєшся сильніше інших дітей.
11. Іноді ти буваєш поганим.
12. У школі тебе не люблять.
13. Учителя до тебе чіпляються.
14. З дітьми тобі не цікаво.
15. Іноді тобі сняться жахіття.
16. Ти веселий.
17. Ти боїшся школи та вчителів.
18. Тобі важко робити уроки.
19. Ти часто забуваєш те, що вивчив.
20. Тобі часто хочеться спати.
21. Ти часто відволікаєшся на уроках.
22. Тобі не подобається чекати.
23. Ти не можеш тривалий час бігати, боротися, грати.
24. Тобі кажуть, що ти погано запам'ятовуєш.
25. Тобі складно тривалий час дивитися телевізор чи читати.
26. Ти став менше гратися з дітьми ніж раніше.
27. Ти погано розумієш те, що читаєш.

28. У тебе холодні руки і ноги навіть у теплу погоду.
29. Тебе легко образити.
30. Іноді вранці почувашся втомленим, після сну болить голова.
31. Іноді у тебе паморочиться у голові.
32. Ти часто прокидаєшся вночі.
33. Ти втомлюєшся від ігор з дітьми.
34. У тебе часто пітніють долоні.
35. Тобі важко заснути від різних думок.
36. У тебе часто щось болить.
37. Буває так, що тебе нудить в транспорті.
38. Ти часто сваришся з батьками.
39. Тобі часто кажуть, що ти неслухняний.
40. Ти став гірше вчитися.
41. тебе іноді нудить.

Ключі до тесту:

Шкала депресії: коефіцієнт 1.

+1, 2,5,6,7,9,10,11,14,15,18,19,20,23,25,26,35,40;

- 8,6;

Шкала астенії: коефіцієнт 1.

+ 10,18,19,20,21,23,24,25,26,27,28,30,31,32,33,34,35,36,37,40;

Порушення поведінки: коефіцієнт 4.

+ 21,29,38,40;

Вегетативні розлади: коефіцієнт 2.

+ 2,6,9,20;28;31;34;36;37;41;

Порушення сну: коефіцієнт 4.

+ 15,20,30,32;

- 4.

Тривога: коефіцієнт 2.

+ 3,12,13,17,22,29,35,38,39.



Кількісна інтерпретація:

16-20 балів, характеризує високий рівень ризику наявності визначеного симптомокомплекса;

12-15 балів, характеризує середній рівень чи тенденцію до підвищення виявленого симптомокомплексу;

0-11 балів характеризується низьким рівнем ризику формування визначеного клінічного симптомокомплексу.

## Додаток В

### Текст шкали невротизації особистості батьків дітей молодшого шкільного віку

О. Захаров

1. Швидко втомлюється.
2. Швидко дратується.
3. У вас часто змінюється настрій.
4. Ви часто перебуваєте в схвильованому стані.
5. У вас часто болить голова через напруження і втому.
6. У вас під час напруження і хвилювання виникають спазми, болі в горлі.
7. Ви погано спите, прокидаєтесь вночі.
8. У вас спостерігається зниження сексуальної потреби.
9. У вас часто погіршується фізичне самопочуття.
10. Маєте незадовільні стосунки з дитиною.
11. Маєте незадовільні стосунки з дружиною (чоловіком).
12. Маєте незадовільні стосунки на роботі.
13. Ваша життєва енергія часто не має виходу.
14. Могли б бути активнішим (-ою), ніж ви є.
15. Вам доводиться часто стримувати себе.
16. Вам складно виражати свої почуття.
17. Вам важко зібрати думки до купи.
18. Вам важко наполягати на своєму.
19. Часто сумніваєтесь у своїх рішеннях.
20. Недостатньо впевнені в собі.
21. Вам важко чекати.
22. У інколи з'являються страхи.
23. З вами трапляється більше поганого, ніж хорошого.
24. У вас часто пригнічений настрій.
25. Часто відчуваєтеся самотнім.

26. Вам важко налагодити контакти з іншими людьми.
27. Ви собою незадоволені.
28. Ви відчуваєте внутрішнє хвилювання.
29. Ви постійно перебуваєте у стані внутрішнього напруження.
30. Стоїте перед вибором, який не можете зробити.
31. Відчуваєте внутрішні перешкоди під час реалізації окреслених планів.
32. Страждаєте від того, що не можете змиритися із певними вашими бажаннями.
33. Вам дошкуляє стан невизначеності, у якому перебуваєте.
34. Чи були у вас в дитячому віці проблеми з нервовою системою.
35. Оцінюєте свій теперішній стан як не зовсім природний, певною мірою хворобливий і хотіли б цього позбутися.

## Додаток Д

### Тест батьківського ставлення

А. Варга, В. Столін

#### Бланк для відповідей

1		7		13		19		25		31		37	
2		8		14		20		26		32		38	
3		9		15		21		27		33		39	
4		10		16		22		28		34		40	
5		11		17		23		29		35		41	
6		12		18		24		30		36		42	

#### Текст опитувальника

1. Моя дитина подобається мені такою, якою вона є.
2. Основна причина вередувань моєї дитини – егоїзм, впертість і лінь.
3. Я завжди зважаю на думку дитини.
4. Я завжди співчуваю своїй дитині.
5. Я мрію про те, щоб моя дитина досягла всього того, що мені не вдалося у житті.
6. Моя дитина зростає непристосованою до життя.
7. Я поважаю свою дитину.
8. Моя дитина часто здійснює такі вчинки, що заслуговують на осуд.
9. Батьки повинні не лише вимагати від дитини, але й самі пристосовуватись до неї, ставитися як до особистості з повагою.
10. Потрібно якомога довше тримати дитину осторонь від реальних життєвих проблем, якщо вони її травмують.
11. Дитину потрібно тримати у суворих рамках, тоді з неї виросте порядна людина.
12. Я часто невдоволена своєю дитиною.
13. Я охоче проводжу з дитиною свій вільний час.

14. Якщо проводити відпуски з дитиною, неможливо нормально відпочити.
15. Я завжди беру участь в іграх і справах дитини.
16. Гарні батьки захищають дитину від труднощів життя.
17. Жорстка дисципліна в дитинстві формує сильний характер.
18. Мені здається, що інші діти глузують з моєї дитини.
19. Я люблю, коли друзі моєї дитини приходять до нас до дому.
20. Коли я порівнюю свою дитину з її однолітками, вони здаються мені вихованішими й розсудливішими.
21. Я завжди цікавлюсь життям своєї дитини.
22. Я намагаюся виконувати всі прохання й побажання моєї дитини.
23. Я вважаю своїм обов'язком знати все, про що думає моя дитина.
24. Моя дитина, як губка, усмоктує в себе все найгірше.
25. Я відчуваю до дитини дружні почуття.
26. Моя дитина спеціально поводить себе погано, щоб дошкулити мені.
27. Діти рано починають розуміти те, що батьки можуть помилятися.
28. Я часто шкодую про те, що моя дитина дорослішає, і з ніжністю згадую той час, коли вона була ще зовсім маленька.
29. Дитина повинна дружити з тими, хто подобається її батькам.
30. До моєї дитини постійно «липне» все погане.
31. Я поділяю захоплення моєї дитини.
32. Виховання дитини - це суспільні нерви.
33. Я часто визнаю, що у своїх вимогах і претензіях дитина посвоєму має рацію.
34. Я захоплююся своєю дитиною.
35. Дитина не повинна мати секретів від батьків.
36. Я невисокої думки про здібності моєї дитини й не приховую цього від неї.
37. Переживання моєї дитини мені завжди зрозуміло.

38. Коли в компанії знайомих говорять про дітей мені трохи соромно, що моя дитина не така розумна і здібна, як хотілось би.
39. При прийнятті рішень у родині варто враховувати думку дитини.
40. Найголовніше, щоб у дитини було спокійне і безхмарне дитинство.
41. Подорослішавши, діти дякують своїм батькам за жорстке виховання.
42. Моя дитина не спроможна що-небудь зробити самостійно, а якщо і зробить, то обов'язково не так.

#### Оброблення результатів:

Підрахуйте кількість «+» в кожному рядку:

1. 7. 13. 19. 25. 31. 37.     *Прийняття дитини.*
2. 8. 14. 20. 26. 32. 38.     *Відторгнення дитини.*
3. 9. 15. 21. 27. 33. 39.     *Кооперація.*
4. 10. 16. 22. 28. 34. 40.    *Симбіоз із дитиною.*
5. 11. 17. 23. 29. 35. 41.    *Контроль.*
6. 12. 18. 24. 30. 36. 42.    *Ставлення до невдач.*

#### Інтерпретації:

*Шкала «Прийняття дитини» та шкала «Відторгнення дитини».*

В ідеалі шкала «Прийняття дитини» повинна набрати якнайбільше балів, а шкала «Відторгнення» — якнайменше або зовсім не набрати. Необхідно порівняти кількість балів, набраних за цією шкалою. Високі бали за шкалою «Прийняття» (6—7 балів) свідчать про те, що батько або мати мають виражене позитивне ставлення до дитини. Дорослий сприймає дитину такою, якою вона є, поважає і визнає її індивідуальність, схвалює її інтереси, підтримує плани, проводить із нею чимало часу й не шкодує про це. Високі ж бали за шкалою «Відторгнення» свідчать про те, що у дорослого стосовно дитини частіше переважають негативні почуття: роздратування, злість, досада. Такий дорослий частіше вважає дитину невдахою, не вірить у її

майбутнє, низько оцінює здібності і нерідко своїм ставленням травмує дитину.

*Шкала «Кооперація».* Високі бали за цієї шкалою (7-8 балів) є ознакою того, що дорослий виявляє щирий інтерес до того, чим цікавиться дитина, високо оцінює її здібності, заохочує самостійність та ініціативу, намагається бути з нею на рівних. Такі батьки, як правило, довіряють своїм дітям та намагаються зрозуміти їхню точку зору пуд час вирішення суперечливих питань. Низькі бали за цією шкалою (1—2 бали) свідчать про те, що поведінка дорослого стосовно дитини не так правильна і він не може претендувати на роль гарного педагога.

*Шкала «Симбіоз».* Високі бали за шкалою (6-7 балів) свідчать про те, що дорослий не встановлює психологічну дистанцію між собою і дитиною, намагається завжди бути ближчим до неї, задовольняти її потреби, захищати від неприємностей. Батько або мати нібито відчуває себе одним цілим із дитиною. У таких батьків тривога за дитину значно підвищується, коли вона починає обстоювати «власну автономію». Ця категорія батьків із власної волі ніколи не надасть дитині самостійності, чим, безумовно, заважатиме її розвитку. Низькі бали за цією шкалою (1—2 бали) є ознакою того, що дорослий, навпаки, встановлює значну психологічну дистанцію між собою і дитиною. Що це — повага до особистості дитини чи батьківська байдужість — зрозуміти допоможуть показники методики, що наведено нижче.

*Шкала «Контроль».* Високі бали за цією шкалою (6—7 балів) свідчать про те, що дорослий поводить стосовно дитини надто авторитарно, вимагаючи від останньої беззаперечної слухняності та задаючи дитині жорсткі дисциплінарні рамки. Він майже в усьому нав'язує дитині свою волю. Така поведінка батьків далеко не завжди може бути корисною для дітей, бо сприяє розвитку пасивності, психологічної загальмованості та інфантилізму. Низькі бали за цією шкалою (1—2 бали), навпаки, свідчать про те, що контроль за діями

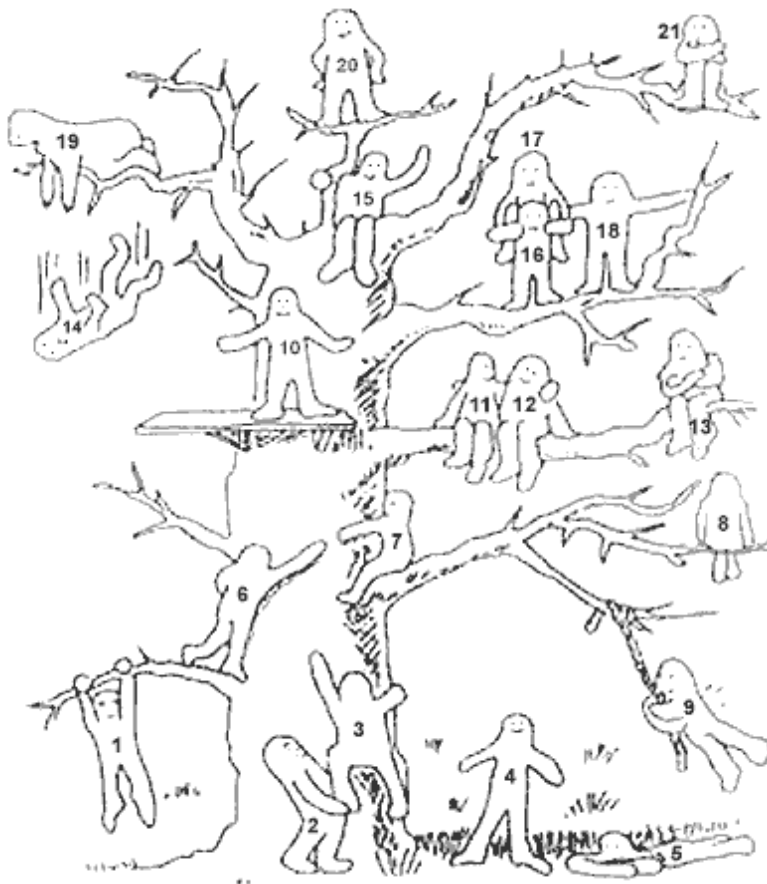
дитини з боку дорослого практично відсутній. Це може бути не дуже добре для навчання і виховання дітей. Найкращим варіантом оцінки педагогічних здібностей дорослої людини за цією шкалою є середні бали — від 3 до 5 балів.

*Шкала «Ставлення до невдач дитини».* Високі бали за цією шкалою (7-8 балів) є ознакою того, що дорослий вважає дитину маленькою невдахою і ставиться до неї як до нетямущої істоти. Інтереси, захоплення, думки й почуття дитини здаються дорослому несерйозними, і він ігнорує їх. Навряд чи такий дорослий може стати гарним учителем і вихователем для дитини. Низькі бали за цією ж шкалою (1—2 бали), навпаки, свідчать про те, що невдачі дитини дорослий вважає випадковими й вірить у неї. Ця віра, як правило, передається самій дитині. І навіть якщо були справді траплялися якісь негаразди—дитина, завдяки батьківській вірі та підтримці, обов'язково їх подолає.



**Додаток Е**  
**Проективна методика «Дерево»**

Д. Лампен



*Інтерпретація результатів виконання проєктивної методики «Дерево»  
(проводиться виходячи з того, яку позицію обирає дитина)*

Позиції №№ 1,3,6,7 характеризують установу на подолання перешкод.

Позиції №№ 2,11,12,18,19 означають комунікабельність, дружню підтримку.

Позиція №4 означає бажання отримувати успіх, не долаючи перешкод.

Позиція №5 свідчить про загальну слабкість, астеничність, втомлюваність.

Позиція №9 демонструє мотивацію на розваги.

Позиції №13, 21 означають замкненість, тривожність.

№8 характеризує відстороненість від діяльності.

Позиції №№ 10, 15 характеризують комфортний стан дитини.

Позиція № 14 – кризовий стан дитини.

Позицію №20 часто вибирають як перспективу діти з завищеною самооцінкою, установкою на лідерство.

Слід відзначити, що позицію №16 діти не завжди розуміють, як позицію «людини, що несе на собі людину № 17», а розуміють її як людину, яку обіймає №17.

## Додаток Ж

## Результати констатувальної діагностики

№	Стать	Опитувальник В. Седнева							Тест В. Століна						Само оцінка		Шкала невротизації багтьків	Методик а «Дерево »		Х
		Д	А	ПП	ВР	ПС	Т	ЗП	1	2	3	4	5	6	б	р		№ позиції		
																		І	Р	
1	Х	9	10	14	7	4	8	10,2	5	2	4	6	5	3	7	Зав	21	3	10	7,4
2	Х	16	17	12	17	17	16	18,3	3	5	4	3	6	6	3	Зан	31	9	15	6,2
3	Д	14	12	6	4	9	12	9,5	1	6	6	4	5	3	8	Зав	19	4	20	8,5
4	Х	13	11	13	8	4	14	10,5	3	4	5	4	4	2	8	Зав	17	9	11	10,1
5	Д	18	16	15	18	10	18	16	4	3	3	6	6	5	9	Вис	28	5	9	4,8
6	Д	19	16	8	17	13	17	15	2	6	5	6	6	6	3	Зан	17	14	10	9,4
7	Д	12	10	6	9	7	4	8	1	5	5	6	5	3	4	Зан	24	15	20	6,8
8	Х	17	18	19	17	15	19	17,5	3	3	2	3	6	6	9	Вис	26	8	12	7,1
9	Х	14	11	7	10	8	12	10,3	1	5	6	4	5	4	6	Ад	18	10	20	6,5
10	Д	13	12	8	7	4	9	8,8	2	6	6	4	5	4	8	Ад	16	11	17	9,4
11	Х	18	17	10	16	16	17	16,6	4	3	2	2	5	5	8	Зав	24	13	9	8,3
12	Д	11	10	8	6	9	7	8,5	1	6	6	4	5	2	6	Ад	19	18	20	6,5
13	Х	19	18	12	17	12	16	16,1	4	2	2	2	5	5	7	Ад	29	21	12	7,1
14	Х	14	10	17	9	11	15	12,7	1	5	5	4	3	3	9	Вис	21	20	20	5,8
15	Х	12	13	8	10	7	12	10,3	2	4	4	4	5	4	7	Ад	18	12	10	7,6
16	Д	17	16	12	18	14	17	16,6	2	6	6	5	6	5	5	Ад	32	4	9	5,3
17	Д	13	15	9	7	12	16	12	1	6	6	5	4	3	8	Зав	17	7	10	7,8
18	Х	12	7	12	4	6	14	9,2	2	5	6	5	5	4	7	Ад	16	4	15	6,5
19	Д	10	8	10	8	7	10	9,8	2	6	4	5	6	3	9	Вис	18	18	9	8,3
20	Х	14	12	8	10	9	4	9,5	2	5	4	4	5	5	9	Вис	19	11	20	7,2
21	Х	13	9	5	11	12	12	10,3	2	6	5	6	6	4	7	Ад	24	8	15	5,4
Х	-	14,2	12,7	10,5	10,8	9,8	12,6	12	2,3	4,7	4,6	4,3	5,1	4,1	7,8	-	21,5	-	-	7,2

Д – показники депресії;

А – показники астенії;

ПП – показники порушень поведінки;

ВР – показники вегетативних розладів;

ПС – показники порушення сну;

Т – показники тривожності;

ЗП – загальний показник невротизації;

1,2,3,4,5 – шкали методики В.Століна;

Б - бал; Р – рівень - самооцінка

### Додаток 3

#### Результати констатувальної та контрольної діагностики в експериментальній групі

№	Стать	Дитячий опитувальник неврозів В. Седнева													
		Д		А		ПП		ВР		ПС		Т		ЗП	
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	Х	16	14	17	16	12	11	17	12	17	10	16	15	18,3	13
2	Д	18	15	16	10	16	14	18	15	10	7	18	16	16	12,8
3	Д	19	14	16	12	8	7	17	15	13	13	17	15	15	12,7
4	Х	17	16	18	14	19	16	17	16	15	15	19	18	17,5	15,8
5	Х	18	14	17	13	12	10	16	15	16	14	17	12	16,6	13
6	Х	19	13	18	12	12	10	17	15	12	10	16	15	16,1	12,5
7	Д	17	17	16	14	12	10	18	16	14	13	17	15	16,6	14,2
Х		17,7	14,7	16,9	13	13	11,1	17,1	14,9	13,6	11,7	17,1	15,1	16,6	13,4

Де:

1 – показники констатувальної діагностики;

2 – показники контрольної діагностики.

Д – показники депресії;

А – показники астенії;

ПП – показники порушень поведінки;

ВР – показники вегетативних розладів;

ПС – показники порушення сну;

Т – показники тривоги;

ЗП – загальний показник.

## Додаток І

### КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Я, Компанієць Валерія Віталіївна, учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, **УСВІДОМЛЮЮ**, що академічна доброчесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

**ЗАЯВЛЯЮ**, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

– дотримуватися:

- вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
- принципів та правил академічної доброчесності;
- нульової толерантності до академічного плагіату;
- моральних норм та правил етичної поведінки;
- толерантного ставлення до інших;
- дотримуватися високого рівня культури спілкування;

– надавати згоду на:

- безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
- оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
- використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;

– самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;

– надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;

– не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;

– своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;

– не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;

– підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;

– поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;

– не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;

– відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;

– запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;

– не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;

- не підроблювати документи;
- не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;
- не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;
- не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;
- не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;
- не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;
- не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;
- не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

**УСВІДОМЛЮЮ**, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної доброчесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної доброчесності.

19.10.2021  
(дата)



\_\_\_\_\_  
(підпис)

Компанієць В.В.  
(ім'я, прізвище)