

ранних етапах онтогенеза. Крім того, очерчені основні ознаки даного синдрому у сучасних дітей, знання яких мають важливе значення в процесі корекційної роботи з метою гармонізації їх стану та ефективної адаптації в суспільстві.

Виділені основні напрями корекційної роботи з дошкільниками для легкого, ефективного усунування симптоматики синдрому.

Намечені основні вимоги та рекомендації для батьків, маючих дітей з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю для адекватного спілкування та взаємодії з ними.

Ключові слова: синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, гіперактивність, імпульсивність, дефіцит уваги, інтелект, діти дошкільного віку.

Krotenko V.I., Filipenko D. O. Features of correctional work with children with attention deficit syndrome and hyperactivity.

This article contains information about the early detection and correction of attention deficit syndrome and hyperactivity in children of preschool age. To solve this problem the analysis of the literature has been made to identify possible causes of attention deficit syndrome hyperactivity, and their development and features of the early stages of ontogeny. Besides outlining the main features of the syndrome in nowadays (2015 year) children, knowledge of which are important in the process of correction work to harmonize their condition and effective social adaptation.

There are determined the main directions of correctional work with preschool children for easy, efficient removal of symptoms of the syndrome.

This text describes basic requirements and recommendations for parents with children with attention deficit hyperactivity disorder to adequately communicate and interact with them.

Keywords: attention deficit syndrome and hyperactivity, hyperactivity, impulsivity, attention deficit, intelligence, preschool children.

Стаття надійшла до редакції 20.10.2015 р.

Статтю прийнято до друку 25.10.2015 р.

Рецензент: д. психол. н., проф. Руденко Л. М.

УДК:37.012:159.922.76-056.264

**МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ТА ПРОЯВІВ МОВЛЕННЕВОЇ ТРИВОЖНОСТІ
У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ**

Мороз О. В. helga.moroz@gmail.com

Дослідження емоційно-вольової та особистісної сфер учнів молодшого шкільного віку із тяжкими порушеннями мовлення (далі – ТПМ) сьогодні в Україні залишається однією з найбільш складних і недостатньо вирішених логопсихологічних проблем.

На думку науковців (Н. Базима, Л. Белякова, Н. Власова, Г. Волкова, О. Захаров, В. Ковшиков, В. Кондратенко, І. Левченко, З. Ленів, І. Мартиненко, Т. Сак, В. Селіверстов, Н. Трауготт, Т. Флоренська, М. Хватцев, М. Шеремет та ін.), діти з різними видами мовленнєвих порушень є групою ризику стосовно розвитку тривожних станів, виникненні страху мовленнєвого спілкування з очікуванням мовленнєвих невдач, який, з'являючись, починає впливати на характер дітей у цілому, що проявляється у пасивності, байдужості, неухважності, невпевненості, замкнутості, сором'язливості, тривожно-недовірливих якостях характеру та ін..

Особливі вираженості зазначені явища можуть набувати у молодшому шкільному віці, який вважається досить емоційно насиченим для дитини. Це пов'язано з тим, що вступ дитини до школи розширює коло потенційно тривожних ситуацій, перш за все, за рахунок оцінок дорослих, що супроводжуються фактором публічності (вихід і відповідь біля дошки, контрольні роботи та ін.) Саме в цьому віці у дітей з'являється усвідомлення свого мовленнєвого порушення, боязнь справити на

співрозмовника несприятливе враження, звернути увагу сторонніх на свій мовленнєвий дефект, не зуміти висловити думку внаслідок судомних запинок і т.д. Діти починають відчувати труднощі під час відповідей на уроках у класі, хвилюються при розмові з незнайомими особами [2].

З часом потреба і необхідність мовленнєвого спілкування збільшується, а ускладнення взаємин з однолітками, наростання вимог щодо комунікації в підлітковому віці, призводять до того, що для переважної більшості дітей мовлення стає джерелом постійної психічної травматизації. Це, в свою чергу, викликає підвищену виснаженість (як психічну, так і власне мовленнєву), стомлюваність і сприяє розвитку патологічних рис характеру [2].

У дітей із ТПМ за даними вчених (В. Кондратенко, І. Левченко, І. Марченко, Г. Юсупова та ін.) можуть спостерігатися страхи, хвилювання, тривога, недовірливість, загальна напруженість, схильність до тремтіння, пітливість, почервоніння та інші прояви.

Проаналізувавши дослідження науковців [1-4, 6, 8], можна припустити, що у дітей із ТПМ може спостерігатися мовленнєва тривожність, яка є видом ситуативної тривожності, що виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію та характеризується помітними порушеннями фізіологічних, особистісних, комунікативних параметрів,

характерних для звичайного психічного стану людини, та пов'язана з психічними та емоційними особливостями таких дітей.

У зв'язку з цим виникла необхідність у розробці і проведенні спеціального експериментального психолого-педагогічного дослідження стану та проявів мовленнєвої тривожності у молодших школярів із ТПМ.

Метою констатувального етапу дослідження було вивчення стану та проявів мовленнєвої тривожності у дітей молодшого шкільного віку з ТПМ у порівнянні з ровесниками без мовленнєвих порушень.

Відповідно були поставлені завдання: здійснити обстеження молодших школярів із ТПМ молодшого шкільного віку з метою визначення у них стану та проявів мовленнєвої тривожності; здійснити порівняльний аналіз стану та проявів мовленнєвої тривожності у молодших школярів з ТПМ та їх ровесників з нормальним розвитком мовлення; визначити особливості мовленнєвої тривожності в учнів молодших класів зазначеної категорії, узагальнити одержані результати.

У процесі розробки методики констатувального етапу дослідження ми опиралися на науково-теоретичні положення: теорія поліморфності структури дефекту (Л. Виготський, М. Певзнер, Ж. Піаже та ін.); положення про індивідуально-диференційований підхід у структурі педагогічного вивчення дітей (В. Бондар, І. Єременко); наукові висновки про єдність вікових закономірностей при нормальному та аномальному психічному розвитку (О. Агавелян, Л. Божович, В. Бондар, Л. Виготський, Т. Власова, В. Давидов, В. Лебединський, В. Лубовський, В. Синьов, В. Тарасун, Л. Фомічова, М. Шеремет та ін.); діяльнісний підхід до розуміння спілкування (Б. Ананьєв, Л. Виготський, Д. Ельконін, О. Леонтьєв, О. Леонтьєв, М. Лісіна, Л. Петровська, С. Рубінштейн та ін.); нормативні показники і критерії мовленнєвого розвитку дитини дошкільного віку (Є. Соботович).

Для реалізації мети та завдань даного етапу експерименту використовувались наступні методи: бесіди з молодшими школярами; тестування; опитування вчителів та логопедів; вивчення особових справ дітей; спостереження; психолого-педагогічний експеримент, спрямований на вивчення мовленнєвої тривожності в учнів з ТПМ молодшого шкільного віку.

Експериментальною базою виступили спеціальна школа-інтернат №7 I-II ступенів міста Києва та спеціалізована школа III ступенів №139 з поглибленим вивченням математики Шевченківського району міста Києва. Усього експериментом було охоплено 38 дітей молодшого шкільного віку: 19

дітей з ТПМ та 19 дітей з нормальним мовленнєвим розвитком.

У відповідності із загальним задумом експериментального дослідження для діагностики емоційних проявів у процесі мовленнєвого спілкування нами було відібрано та адаптовано 4 методики, спрямовані на виявлення стану, проявів, ступеню, особливостей та причин мовленнєвої тривожності з урахуванням мовленнєвих та вікових особливостей дітей з ТПМ, а саме: методика діагностики тривожності, що включає спостереження; шкала оцінки комунікативних навичок; проективна методика для діагностики шкільної тривожності; методика «Незавершені речення».

В основі вибору діагностичних методик ми опирались на критерії, відповідно до яких і здійснювався їх підбір: методична обґрунтованість; висока валідність; можливість співставлення результатів у різних групах досліджуваних; можливість встановлення зв'язку й залежності між явищами різного роду.

Нами було виділено 3 критерії мовленнєвої тривожності:

1.фізіологічний (почервоніння, блідіння, переривчасте поверхнєве дихання, прикривання рота руками, відведення очей, опускання голови, зміна гучності голосу і т.п.);

2.особистісний (скутість, вразливість, нерішучість, пасивність, недовірливість, плаксивість, невпевненість і т.п.);

3.комунікативний (незацікавленість у контакті, відсутність додаткових запитань, відсутність емоційного забарвлення висловлювання, використання простих синтаксичних структур і т.п.).

Фізіологічний критерій мовленнєвої тривожності ми виявляли з допомогою адаптованої методики діагностики тривожності, що включає спостереження. Дані адаптованої проективної методики діагностики шкільної тривожності дали змогу дослідити особистісний критерій мовленнєвої тривожності. Адапована шкала оцінки комунікативних навичок та методика «Незавершені речення» були спрямовані на дослідження комунікативного критерія мовленнєвої тривожності.

При цьому виконання діагностичних завдань дітьми з нормальним розвитком слугувало показником вікової норми, адже під час експериментального психолого-педагогічного вивчення особистості дитини з порушеннями у розвитку відправним пунктом, який дозволяє порівнювати норму з відхиленням, необхідно використовувати вікову норму розвитку дитини (відповідно до біологічного віку досліджуваної дитини з порушеннями у розвитку).

У констатувальному дослідженні була використана методика діагностики тривожності, що включає спостереження. Ця методика спрямована на виявлення психофізіологічних особливостей, що проявляються у процесі комунікації молодшого школяра з ТПМ, особливо при відповідях з місця чи біля дошки. В основі цієї методики ми опиралися на дані вчителя молодших класів або логопеда та власні спостереження за дитиною.

Оригінальна методика діагностики тривожності, що включає спостереження за поведінкою дитини, була розроблена Р. Сирсом і містить 16 психофізіологічних ознак. Для нашого дослідження методика була адаптована. В ній передбачалося виділення із поведінки дітей молодшого шкільного віку та фіксування у бланках обстеження 8 характерних властивостей: часте напруження, скутість; часте гризіння нігтів або смокання пальця; легка лякливість; прояви надчутливості, вразливості; прояви легкого почервоніння або блідості при відповідях з місця або біля дошки; виникнення труднощів при потребі говорити перед класом чи біля дошки; метушливість та наявність багатьох зайвих жестів; надмірно голосні або надмірно тихі відповіді на запитання. Психофізіологічні зміни фіксувалися протягом усього процесу спілкування з дитиною в спеціальному бланку. Наявність 1-2 зазначених ознак була показником низького рівня тривожності 3-5 ознак – середнього рівня тривожності, 6 і більше ознак – високого рівня тривожності.

Наступною проводилася методика оцінки комунікативних навичок, яка дозволяє виявити ступінь фіксації на своєму мовленнєвому дефекті. Шкала була створена Р. Еріксоном спеціально для оцінки комунікативних можливостей осіб із заїканням на підставі відомостей про те, що їх основні проблеми лежать в діапазоні міжособистісних реакцій і відносин. Дана методика дозволяє оцінити індивідуальну схильність до мовленнєвої тривожності, що виходить за межі середніх нормативних показників. Вона побудована на показниках самооцінки, що дає можливість контролювати і коригувати свою власну мовленнєву поведінку.

Оригінальна шкала містила 24 твердження, що сформульовані в позитивному і негативному планах по відношенню до тривоги. Для нашого дослідження ми відібрали та адаптували формулювання 12 запитань, а саме: 1) коли я розмовляю, мене приємно слухати; 2) я легко дивлюся на людей, коли говорю з ними; 3) мені важко розмовляти з моїм учителем; 4) я боюся розмовляти в класі; 5) моє мовлення турбує моїх друзів, вчителів; 6) я легко контролюю свій голос,

коли розмовляю; 7) мені не подобається, як я розмовляю; 8) коли я розмовляю, то відчуваю себе впевнено; 9) я часто нервую, коли розмовляю; 10) я важко розмовляю з новими людьми; 11) я хочу, щоб моє мовлення було, як у інших; 12) я часто не можу відповісти, бо боюся заговорити.

Методика проводилася індивідуально, у формі опитування, приблизний час проведення 7-10 хвилин з кожною дитиною. Учням пропонувалася наступна інструкція: «Послухай речення і скажи, «так», якщо ти погоджуєшся з твердженням, «ні», якщо не погоджуєшся». Відповіді учнів фіксувалися на спеціальному бланку. У процесі проведення діагностичної методики передбачалися такі рівні допомоги: повторення інструкції; перефразування інструкції або додаткові запитання. При позитивному оцінюванні позитивних пунктів та негативному оцінюванні молодший школяр отримував один бал за кожен пункт так, що максимальний можливий бал відповідає кількості пунктів шкали - 12.

Підраховувався сумарний бал відповідно до ключа: 1) ні; 2) ні; 3) так; 4) так; 5) так; 6) ні; 7) так; 8) ні; 9) так; 10) так; 11) так; 12) так. За один бал вважалася відповідь, що співпала з ключем. Пункти шкали поділялися на три субшкали, відповідно спрямованості тривоги на: мовлення – 1, 5, 7, 11; спілкування – 2, 3, 4, 10; упевненість – 6, 8, 9, 12.

Сумарні показники вище 6-7 балів розцінюються як прогностичні, що свідчать про низький рівень комунікативних навичок, 3-5 – середній рівень комунікативних навичок, 1-2 – низький рівень комунікативних навичок. Нульові показники інтерпретуються як результати завищеної самооцінки.

Наступною проводилася методика діагностики шкільної тривожності. Оригінальна методика була розроблена в 1980-1982 рр. А. Прихожан на підставі методики Е. Амен, N. Renison (1954). Адаптована проєктивна методика для діагностики шкільної тривожності дозволила виявити якість впливу шкільного середовища на розвиток та закріплення мовленнєвої тривожності школярів. Методика передбачала почергове заповнення молодшими школярами 12-ти картинок із зображенням знайомих для них ситуацій. Обличчя дитини на малюнку не промальовано, а поданий лише контур голови.

Картинки пред'являлись у суворій послідовності, одна за одною. Перед пред'явленням картинок № 2, 3, 5, 6, 10 дитині попередньо пропонувалося вибрати одного з персонажів-дітей і розповісти про нього. Учневі пропонувалася наступна інструкція: «Поглянь на картинку. Як ти вважаєш, яке обличчя у дівчинки (хлопчика): веселе чи сумне? Чому?». У процесі проведення

діагностичної методики передбачалися такі рівні допомоги: повторення інструкції; перефразування інструкції або додаткові запитання.

У нашому дослідженні ми враховували відповіді дітей на всі картинки. Проте найбільш інформативними та значимими для дітей виявилися картинки №4 («спілкування з дорослим наодинці»), №7 («ситуація перерви у класі»), №9 («взаємодія з дітьми»), №10 («відповідь біля дошки»). Всі відповіді занотовувалися в спеціально підготовленому бланку, зверху на якому проставлялись необхідні дані про дитину: ім'я, вік, дата проведення тестування. Оцінювалися відповіді на 10 картинок (№2-11). Картинка №1 – тренувальна, №12 – виконує «буферну» функцію і призначена для того, щоб дитина закінчила виконання завдання позитивною відповіддю.

Кількісний аналіз проводиться на основі даних протоколів: 10-12 балів – низький рівень шкільної тривожності; 7-9 балів – середній рівень шкільної тривожності; 0-6 балів – високий рівень шкільної тривожності;

Якісний аналіз дослідження полягав у тому, що кожна відповідь дитини аналізувалася окремо. Це дало змогу виявити ті ситуації, у яких дитина відчуває труднощі.

Картинка № 1 – спілкування з батьками. Аналізуються відносини дитини з батьками, бажання спілкуватися, проводити разом час.

Картинка № 2 – дорога до школи. Виявляється бажання дитини ходити до школи, бажання або небажання вчитися.

Картинка № 3 – взаємодія з дітьми. Ставлення дитини до ігрової діяльності. Виявляються проблеми в спілкуванні та взаємодії з групою дітей.

Картинка № 4 – спілкування з дорослим (вчителем) наодинці. Виявляється вміння дитини спілкуватися з дорослим, а також підкорятися його вимогам, проблеми у взаєминах дитини і вчителя, дитини і мами.

Картинка № 5 – спілкування з дорослим (вчителем) у групі однолітків. Ситуація аналогічна попередній. Виявляється вміння дитини взаємодіяти в групі дітей і підкорятися правилам, вимогам дорослого.

Картинка № 6 – ситуація уроку. Виявляється настрій дитини на уроці, її бажання вчитися, виконувати запропоновані вчителем завдання; крім того, можна виявити проблеми в навчанні. Потрібно звернути увагу, кого дитина обирає: хлопчика за першою партою із записами в зошиті або хлопчика за другим партою, у якого зошит порожній.

Картинка № 7 – ситуація перерви у класі. Виявляються взаємини учня з учителем і з дітьми. Крім цього, можна зрозуміти, як дитина оцінює свої знання і себе. Наприклад, дитина каже: «Він радіє, бо йому поставили» 5 або «Йому сумно, він отримав 2». Картинка дає можливість також виявити порушення в поведінці. Наприклад, дитина говорить: «Його поставили в куток, він балувався».

Картинка № 8 – ситуація вдома. Виявляється настрій і самопочуття дитини вдома та бажання виконувати домашнє завдання.

Картинка № 9 – взаємодія з дітьми. Ситуація особистісного спілкування дитини з дітьми. Виявляються проблеми в спілкуванні, налагодженні дружніх контактів, ставлення дитини до сварки.

Картинка № 10 – відповідь біля дошки. Виявляється страх дитини відповідати перед усім класом, виконувати завдання на дошці, допомагає оцінити проблеми у взаєминах дитини і вчителя.

Картинка № 11 – ситуація вдома. Дана картинка не виявляє шкільної тривожності, але допомагає прояснити ставлення дитини до гри наодинці.

Картинка № 12 – повернення зі школи. Аналізується загальне ставлення дитини до школи, а також її бажання чи небажання йти зі школи.

Допускалося задавання молодшим школярам додаткових уточнюючих запитань. Якісний аналіз окремо взятої ситуації здійснювався відповідно до заповнення картинок веселими або сумними виразами обличчя зображених дітей, у ході якого ми прийшли до висновку, що визначення рівня шкільної тривожності за кількістю негативних відповідей дитини з'ясувати складно, тому що ці відповіді не завжди вказують на тривожність.

Найбільш тривалою за часом та показовою для якісного аналізу була проєктивна методика «Незавершені речення». Передбачається, що при проведенні даної методики виникає своєрідний ефект екрану, коли людина «проєктує» свої внутрішні особистісні особливості. Іншими словами, в невизначеній ситуації людина вдається до найбільш звичних для неї форм поведінки. Отже, ця методика спрямована на розкриття суб'єктивного компоненту мовленнєвого розладу. Дуже важливою обставиною, зокрема, при обстеженні дітей, є відсутність прямого звернення з тим чи іншим питанням, яке сприймається найчастіше дитиною як своєрідна вимога потрібної відповіді.

Оригінальна методика була розроблена Д. Саксом, відноситься до вербального проективного тесту і дозволяє визначити суб'єктивне ставлення дитини до різних сфер життя, зокрема, ставлення до себе та свого мовлення та пропонує 60 незавершених речень, що відображають різноманітні відносини із дитини з такими 13 об'єктами. Адаптована методика «Незавершені речення» передбачала 16 запитань та 4 основні сфери, в яких переважають позитивні установки (позитивний досвід, позитивне сприйняття, позитивні очікування), і області, у яких переважають установки близькі до негативних або негативні (негативний досвід, негативне сприйняття, негативні очікування): ставлення до себе та свого мовлення; нереалізовані можливості та бажання; відношення до шкільного оточення; страхи і побоювання. Кожній з цих сфер присвячено 4 незакінчених речення, що відображають різноманітні відносини дитини з різними об'єктами, а саме: 1) Я хочу, щоб...; 2) Я соромлюся, коли...; 3) Дорослі думають, що я розмовляю...; 4) Думаю, що я можу ...; 5) У школі мої вчителі ...; 6) Мені буває страшно, коли...; 7) Коли я говорю неправильно, то...; 8) Мої товариші не знають, що я боюся...; 9) Коли до мене підходить мій учитель, то...; 10) Я хочу перестати боятися...; 11) Найбільше в житті я хочу...; 12) Коли мене немає, мої друзі ...; 13) Краще всього я...; 14) Мені часто сниться, що...; 15) Мені не подобається, коли...; 16) Коли я відповідаю біля дошки, то...

Методика проводилася індивідуально. Процедура дослідження полягала в тому, що експериментатор просив дитину продовжити розпочате ним речення. Учням пропонувалася наступна інструкція: «Я почну читати речення, а ти його продовж». У процесі проведення діагностичної методики передбачалися такі рівні допомоги: повторення інструкції; перефразування інструкції або речення; надання зразка відповіді.

Відповідь дитини фіксувалася експериментатором на спеціальному бланку, після чого проводився якісний та кількісний аналіз отриманого матеріалу. Кількісний аналіз передбачав попередню експертну оцінку емоційної насиченості кожного речення.

Для оцінки відповідей випробуваного пропонується наступна шкала: "+1" - позитивне ставлення; "0" - нейтральне ставлення до того, про що йде мова, відсутність вираженості будь-яких емоцій; "-1" - негативне ставлення.

Кількісний показник підраховувався відповідно до ключа для кожної сфери окремо у вигляді загальної сумарної оцінки кожного з 4-х речень, які до неї входять: ставлення до себе та свого мовлення – 2, 3, 4, 7; нереалізовані

можливості та бажання – 1, 11, 13, 14; відношення до шкільного оточення – 5, 9, 12, 16; страхи та побоювання – 6, 8, 10, 15. Його величина розташовувалася в межах від "+4" до "-4", могла бути нульовою. Якісний (змістовний) аналіз проводився, перш, за все, для виявлення можливих причин сфер, що мають негативні індекси.

В результаті аналізу і зіставлення результатів констатувального етапу дослідження, відповідно до виділених критеріїв, ми виділили три рівні мовленнєвої тривожності у молодших школярів із ТПМ та нормальним мовленнєвим розвитком: низький, середній та високий. Показники рівня мовленнєвої тривожності серед учнів молодшого шкільного віку з нормальним мовленнєвим розвитком розподілились наступним чином: низький рівень – 75,9%; середній рівень – 19,8%; високий рівень – 5,2%. Серед молодших школярів із ТПМ показники рівня мовленнєвої тривожності становлять: низький рівень – 40,8%; середній рівень – 29,8%; високий рівень – 29,4%.

Низький рівень мовленнєвої тривожності спостерігався у молодших школярів, у яких вегетативні прояви відсутні у процесі спілкування. Діти відчувають себе впевнено під час розмови, легко контролюють свій голос, власне мовлення не викликає у них негативних переживань. Вони з радістю ходять до школи, люблять виходити до дошки за проханням вчителя, вирішувати запропоновані завдання на уроці, відповідати на уроках перед однокласниками. Учні зацікавлені у спілкуванні, легко вступають в діалог, задають додаткові запитання, наводять свої приклади з життя, у них переважає позитивний настрій. У мовленні діти оперують складними синтаксичними конструкціями.

Середній рівень мовленнєвої тривожності виявлено у дітей, у яких спостерігається скутість, напруженість під час розмови. Такі діти зазвичай вразливі, їм важко говорити перед класом або біля дошки, їм не завжди подобається відповідати біля дошки, проте це не позначається на їхньому бажанні вчитися, виконувати домашнє завдання. Дітям не подобається власне мовлення, через що вони відчувають труднощі у спілкуванні з однолітками та вчителями. Учні не виявляють стійкого інтересу до спілкування в силу власного мовленнєвого порушення, хоча відчувають потребу у спілкуванні з однолітками. У висловлюванні уникають довгих пояснень, користуються переважно простими реченнями.

Високий рівень мовленнєвої тривожності було відмічено у дітей, які не зацікавлені у співбесіді, часто відмовляються давати відповідь на питання або довго зосереджуються на ній.

Мовлення дітей переважно тихе, а дихання переривчасте. Серед психофізіологічних змін спостерігається почервоніння шкіри обличчя, пітніння долонь. Часто можна виявити рухові «уловки», наприклад, прикривання рота руками, опускання голови вниз під час відповіді. Молодші школярі відчувають себе невпевнено під час розмови, нервують, намагаються уникати зорового контакту зі співрозмовником, часто не можуть відповісти, бо бояться заговорити, тобто відчувають страх перед мовленням. Таких дітей бентежить власне мовлення, їм важко розмовляти зі своїм учителем та однокласниками. У дітей переважають негативні очікування з приводу власного мовлення. Такі діти самостійно діалог не ініціюють, часто на запитання відповідають декількома словами.

Запропонований комплекс методик дозволив встановити наступні особливості мовленнєвої тривожності у молодших школярів із ТПМ: наявність вегетативних проявів (почервоніння, блідніння, пітніння) та рухових «уловок» (прикривання рота руками, перебирання пальців рук, відвертання голови в бік), зниження гучності мовлення, труднощі підтримування зорового контакту зі співрозмовником, переважання однослівних відповідей на запропоновані запитання, надання переваги пасивній позиції у діалозі; відсутність живого емоційно насиченого спілкування, усвідомлення неповноцінності власного мовлення, наявність відчуття суб'єктивної неприємності голосу, надмірна скутість, сором'язливість, невпевненість під час розмови, бажання уникнути мовленнєвих відповідей у ситуації спілкування, страх публічного висловлювання, незацікавленість у розмові, наявність болісного переживання оцінки мовлення оточуючими людьми; власні труднощі у навчанні учні пов'язують з мовленнєвим порушенням.

Також було встановлено, що мовленнєва тривожність є непостійною, тобто в знайомій ситуації вона може не проявлятися; особливе значення у процесі формування та закріплення мовленнєвої тривожності для дітей має оцінка дорослим мовлення дитини; мовленнєва тривожність впливає на різні сфери особистості та на навчання, що негативно позначається на соціалізації дитини; діти, усвідомлюючи свою нездатність в правильній вимові слів та побудові логічного висловлювання, надають перевагу пасивній позиції в діалозі, використовують прості синтаксичні конструкції. Тому важливою є своєчасна діагностика мовленнєвої тривожності, а також спеціальна корекційна, психологічна допомога, спрямована на її зниження, що сприятиме успішній соціалізації, адаптації в навколишньому середовищі, покращенню психоемоційного стану учня та підвищенню успішності у навчанні.

Таким чином, результати проведених досліджень дозволили нам встановити, що діти з ТПМ молодшого шкільного віку мають вищий рівень мовленнєвої тривожності у порівнянні з ровесниками без мовленнєвих порушень; з'ясувати особливості емоційного стану під час спілкування з оточуючими у дітей молодшого шкільного віку із ТПМ та у дітей з нормальним мовленнєвим розвитком, виділити основні ознаки тривожності у дітей та співвіднести їх між собою, виділити рівні мовленнєвої тривожності на основі зазначених критеріїв.

Після того, як ми досліддили стан та прояви мовленнєвої тривожності у молодших школярів із ТПМ, ми приступили до формувального етапу дослідження, спрямованого на корекцію мовленнєвої тривожності у молодших школярів із ТПМ засобами арттерапії у процесі групової діяльності. Методику його проведення буде висвітлено у наступних публікаціях.

Література

1. Астапов В. М. Тревожность у детей. – М.: ПЕР СЭ, 2008. – 160 с.
2. Белякова Л. И., Дьякова Е. А. Заикание. Учебное пособие для студентов педагогических институтов по специальности "Логопедия" – М.: В. Секачев, 1998. – 304 с.
3. Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков: Анамнез, этиология и патогенез. – Л.: Медицина, 1988. – 244 с.
4. Конопляста С. Ю., Сак Т. В. Логопсихология: навч. посіб. /С. Ю. Конопляста, Т. В. Сак; за ред. д-ра пед. наук проф. М. К. Шеремет. – К.: Знання, 2010. – 293 с.
5. Левченко И. Ю., Забрамная С. Д., Добровольская Т. А., Психолого-педагогическая диагностика М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 320 с.
6. Мартиненко И. В. Логопсихология: курс лекцій. Навчальний посібник. – К.: ДАІ. – 2014. – 100с.
7. Марченко І. С. Діагностика комунікативних здібностей дітей із ТПМ//Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. – Серія 19. – Випуск 21. – 2012. – с. 172-176.
8. Прихожан А. М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. СПб.: Питер, 2007. – 192 с.
9. Психологія особистості: Словник – довідник / За ред. П. П. Горностая, Т. М. Титаренко. – К.: Рута, 1991. – 319с.
10. Склярєнко О. М. психологічні особливості дитячих страхів в контексті психокорекційної діяльності шкільного психолога // Психологія. – Київ, 2003. – Вип. 20. – с. 133 – 141.

References

1. Astapov V. M. Trevozhnost' u detej. – M.: PER SJe, 2008. – 160 s.
2. Beljakova L. I., D'jakova E. A. Zaikanie. Uchebnoe posobie dlja studentov pedagogicheskikh institutov po special'nosti "Logopedija" – M.: V. Sekachev, 1998. – 304 s.
3. Zaharov A. I. Nevrozy u detej i podrostkov: Anamnez, jetiologija i patogenez. – L.: Medicina, 1988. – 244 s.
4. Konopljasta S. Ju., Sak T. V. Logopsihologija: navch. posib. /S. Ju. Konopljasta, T. V. Sak; za red. d-ra ped. nauk prof. M. K. Sheremet. – K.: Znannja, 2010. – 293 s.
5. Levchenko I. Ju., Zabramnaja S. D., Dobrovol'skaja T. A., Psihologo-pedagogicheskaja diagnostika M.: Izdatel'skij centr «Akademija», 2003. – 320 s.
6. Martinenko I. V. Logopsihologija: kurs lekcij. Navchal'nij posibnik. – K.: DAI. – 2014. – 100s.
7. Marchenko I. S. Diagnostika komunikativnih zdbnostej ditej iz TPM//Naukovij chasopis NPU imeni M. P. Dragomanova. – Serija 19. – Vipusk 21. – 2012. – s. 172-176.
8. Prihozhan A. M. Psihologija trevozhnosti: doshkol'nyj i shkol'nyj vozrast. SPb.: Piter, 2007. – 192 s.
9. Psihologija osobistosti: Slovník – dovidnik / Za red.P.P.Gornostaja, T. M.Titarenko. – K.: Ruta, 1991. – 319s.
- 10.

Skljarenko O. M. psihologichni osoblivosti ditjajich strahiv v konteksti psihokorekcijsnoi dijajal'nosti shkil'nogo psihologa // Psihologija. – Kiiv, 2003. – Vip.20. – s. 133 – 141.

Мороз О. В. Методика дослідження стану та проявів мовленнєвої тривожності у молодших школярів із тяжкими порушеннями мовлення

У статті подано методику дослідження стану та проявів мовленнєвої тривожності у молодших школярів із тяжкими порушеннями мовлення. Зауважено, що у дослідженнях значна увага приділяється теоретичному аналізу страхів та тривожності, зокрема мовленнєвої тривожності, а також її прояви у дітей з мовленнєвими порушеннями. Виявлено, що мовленнєва тривожність впливає на характер дітей у цілому та, відповідно, негативно позначається на поведінці дитини під час навчально-виховного процесу та може проявлятися у вигляді соціальної дезадаптації, що відображається на успішності. Підкреслено важливість своєчасної діагностики мовленнєвої тривожності, а також спеціальної корекційної, психологічної допомоги, спрямованої на її зниження, що сприятиме успішній соціалізації, адаптації в навколишньому середовищі, покращенню психоемоційного стану учня та підвищенню успішності у навчанні.

Ключові слова: мовленнєва тривожність, молодші школярі, тяжкі порушення мовлення.

Мороз О. В. Методика исследования состояния и проявлений речевой тревожности у младших школьников с тяжелыми нарушениями речи

В статье представлена методика исследования состояния и проявлений речевой тревожности у младших школьников с тяжелыми нарушениями речи. Отмечается, что значительное внимание уделяется теоретическому анализу страха и тревожности, в частности речевой тревожности, а также ее проявлениям у детей с речевыми нарушениями. Описано, что речевая тревожность влияет на характер детей в целом и, соответственно, негативно сказывается на поведении ребенка во время учебно-воспитательного процесса и может проявляться в виде социальной дезадаптации, отражается на успеваемости. Подчеркнута важность своевременной диагностики речевой тревожности, а также специальной коррекционной, психологической помощи, направленной на ее снижение, что будет способствовать успешной социализации, адаптации в окружающей среде, улучшению психоэмоционального состояния ученика и повышению успеваемости в учебе.

Ключевые слова: речевая тревожность, младшие школьники, тяжелые нарушения речи

Moroz O. V. Methods of the diagnosis of speech anxiety of pupils with speech disorders

The article deals with methods of the diagnosis of speech anxiety of pupils with speech disorders. A lot of attention is paid for clearing up the manifestations of fear and anxiety in this category of children. Described in detail the concept of speech anxiety and its manifestations among children with speech disorders. Found that speech anxiety affects the nature of children in general and, accordingly, affects the child's behavior during the educational process and may manifest as social exclusion, which is reflected in the success. Emphasized the importance of timely diagnosis of speech anxiety, and special remedial, psychological assistance to reduce it to facilitate the successful socialization and adaptation in the environment, improve emotional state and improve student success in learning.

Keywords: speech anxiety, pupils, speech disorders.

Стаття надійшла до редакції 03.11.2015 р.

Статтю прийнято до друку 10.11.2015 р.

Рецензент: д. п. н., проф. Шеремет М. К.

УДК: 376-056.26-053.4

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

Мугаль С.О. Sveta_Mugal@mail.ru

За останні роки спостерігається різке зростання частоти виникнення психосоматичних розладів (ПСР) у дітей та відмічається тенденція зростання кількості дітей з відхиленнями психофізичного розвитку, які зумовлюються біологічними, соціально-психологічними, екологічними та іншими чинниками, а також їх комплексними поєднаннями. Велику кількість серед цих дітей займають діти із затримкою психічного розвитку (ЗПР), яких стає дедалі більше на фоні погіршення дитячого здоров'я в цілому.

У вітчизняній та зарубіжній психології, спеціальній психології та педагогіці поняття «затримка психічного розвитку» використовується по відношенню до дітей зі слабо вираженою органічною недостатністю мозку. До цієї групи відносяться діти з церебралістичними станами, з психофізичними та психічним інфантізмом, а також діти, які перенесли у ранньому дитинстві тяжкі

та довготривалі соматичні захворювання, які призвели до функціональної недостатності центральної нервової системи (К.С. Лебединська, Т.А. Власова, М.С. Певзнер).

Однією з найбільш актуальних та важливих проблем у спеціальній психології є проблема діагностики психосоматичних розладів у дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР). Також є актуальним вивчення проблеми впливу психосоматичних розладів на розвиток особистісних якостей дітей із ЗПР, на навчання, виховання та їх соціалізацію.

Актуальність даного питання можна пояснити не тільки інтересом до психосоматичних співвідношень у дітей із ЗПР з боку психологів та медиків, але й тому, що ця категорія дітей менш адаптована до ситуацій, що можуть спричинити виникнення хвороби та потребує до себе більшої уваги у плані психологічної допомоги.