

Ім'я користувача:
Полтавський інститут економіки і права Полтавськи...

ID перевірки:
1014295193

Дата перевірки:
10.03.2023 09:05:43 EET

Тип перевірки:
Doc vs Internet + Library

Дата звіту:
10.03.2023 09:09:27 EET

ID користувача:
100011298

Назва документа: Попович магістерська

Кількість сторінок: 38 Кількість слів: 7998 Кількість символів: 64550 Розмір файлу: 69.80 KB ID файлу: 1014026506

31% Схожість

Найбільша схожість: 29.4% з Інтернет-джерелом (<http://ekhsuir.kspu.edu/bitstream/handle/123456789/16340/Companie>).

30.8% Джерела з Інтернету 160 Сторінка 40

1.09% Джерела з Бібліотеки 81 Сторінка 40

0% Цитат

Вилучення цитат вимкнене

Вилучення списку бібліографічних посилань вимкнене

0% Вилучень

Немає вилучених джерел

ВСТУП

Сучасною тенденцією є неухильне зростання частоти нервово-психічних розладів, особливо пов'язаних з прикордонними станами, психогенними розладами. Серед найбільш уразливих вікових груп у цьому відношенні діти, особливо учні початкової школи. Адже психіка дитини цього віку особливо чутлива до впливу соціального середовища. Саме вони як ніхто інший страждають від соціально-економічних негараздів суспільства, соціальної знедоленості своїх батьків.

Проблема психогенних захворювань має багато невирішених питань. Важливість вивчення таких станів визначається не тільки їх значною поширеністю, але головним чином тим, що без знання їх причин, механізмів виникнення і клініки неможливо їх виявити, попередити або подолати. Слід зазначити, що невротичні розлади часто приховані від зовнішнього спостереження, не завжди позначаються на поведінці дітей, а тому часто залишаються непомітними. Однак все більше вчених дотримуються тієї точки зору, що невротичні розлади у дітей не проходять безслідно, змінюють особистість і можуть вплинути на подальше життя. Ігнорування проблеми виникнення невротичних розладів може призвести до негативних наслідків і поставити під загрозу психічне здоров'я дітей.

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

Актуальність дослідження характеризується обумовленістю збільшення кількості дітей із невротичними розладами на початку систематичного навчання в школі.

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

Завдання дослідження:

1. Визначити специфіку розвитку дітей з логоневрозом молодшого шкільного віку.
2. Схарактеризувати причини, види та зміст невротичних розладів.

2

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 (Алексеева 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 вирішення поставлених завдань і досягнення мети використовувалися методи теоретичного рівня (аналіз, порівняння, узагальнення наукових та експериментальних даних); інструментарій емпіричного дослідження (методика В. Седнева, тест А. Варги та В. Століна, опитувальник схильності до неврозів батьків, проективна методика «Дерево» Лампена, показники ефективності навчальної діяльності молодших школярів) та методи математичної статистики (варіаційний та кореляційний аналіз).

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

3

Практична цінність роботи визначається емпіричним дослідженням впливу неврозу на розвиток молодших школярів, а також характеристикою системи заходів у контексті психолого-педагогічної підтримки оптимізації розвитку школярів-початківців з ознаки логоневрозу.

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

РОЗДІЛ 1**СУЧАСНІ АСПЕКТИ 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 надзвичайно важливий для психічного та соціального розвитку. Докорінно змінюється соціальний статус - дитина стає школярем, що призводить до перебудови всієї системи життєвих відносин. У дитини з'являються нові обов'язки, які визначаються не тільки дорослими, а й оточуючими однолітками. Якщо на попередньому етапі основним видом діяльності була гра, яка не була обов'язковою, то тепер на перше місце виходить цілеспрямована пізнавальна діяльність, під час якої дитина отримує і переробляє величезні обсяги інформації. На відміну від гри, навчальна діяльність стає обов'язковою. Значні зміни відбуваються в психічній сфері дитини.

Початок періоду ознаменований кризою, пов'язаною з народженням соціального "Я". Причина цієї кризи в тому, що дитина починає розуміти власні емоції, почуття та усвідомлювати наслідки своєї поведінки, яка стає менш імпульсивною. Ця криза характеризується втратою дитячої безпосередності та неприродною удаваністю поведінки. Дитина вчиться підпорядковувати свої інтереси та бажання правилам, що сприяє формуванню соціальної компетентності. [20, с.97]. Головне протиріччя віку полягає в тому, 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 і психологічні новоутворення.

Соціальна ситуація розвитку характеризується зміною соціального статусу, набуттям нового соціального статусу – школяра. Серед стосунків з оточуючими визначальними стають стосунки з учителем, які є діловими за

змістом і процесуально сформованими в процесі навчальної діяльності. Змінюються стосунки з однолітками, які в основному регулюються оцінками дорослих, перш за все, оцінками вчителя. Учитель стає найважливішою дорослою людиною.

Розвиток дитини визначається провідною діяльністю – навчальною. Навчальна діяльність молодших школярів є більш складним видом діяльності, що зумовлює ускладнення взаємин дитини з навколишнім світом. Ускладнення цих відносин забезпечує психічний розвиток дитини.

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

Під час навчальної діяльності у початківців школярів зазнає змін мотиваційна сфера. Інтенсивно розвиваються пізнавальні мотиви, з'являється інтерес не тільки до процесу, а й до змісту навчання. Також усвідомлення та виконання обов'язкових навчальних дій сприяє розвитку довільності волі дитини. У молодших школярів зміст психічної саморегуляції поступово змінюється - від мимовільної до довільної. Саморегуляція поступово трансформується з несвідомої в усвідомлену. Дотримання правил систематичного навчання в школі, обов'язковість виконання завдань у школі та поза школою зумовлює розвиток уміння контролювати, регулювати діяльність і поведінку, підпорядковувати їх усвідомленій меті [20, с.75].

За змістом навчальну діяльність визначають як пізнавальну, тому особливого значення набуває розвиток психічних пізнавальних процесів. У молодших школярів інтенсивно розвиваються сенсорні процеси пізнання: відчуття, сприйняття, опосередковане пізнання: уява, мислення та мова, значно зростає роль пам'яті та уваги, які з мимовільних перетворюються на довільні. Наприкінці періоду пізнавальні набувають властивостей вищих психічних функцій, які характеризуються довільністю та опосередкованістю.

Початковий період навчання в школі збігається з розвитком особистості молодшого школяра, збільшуються можливості усвідомлення власних особливостей. Початок шкільного навчання впливає на формування

самооцінки, яка характеризується конкретністю, ситуативністю, залежністю від оцінки вчителя, який є для дітей безумовним авторитетом навіть більше, ніж батьки. Саме оцінки вчителя визначають стосунки, насамперед, з батьками [8, с. 76].

Тому важливо, щоб оцінки вчителя стосувалися навчальних досягнень, а не особистих якостей. Існує думка, що розвиток дитини визначається не самою масовою діяльністю, а ставленням дорослих до показників навчання, до особистісних якостей школяра, пов'язаних з навчанням. Негативна оцінка успішності дитини в навчанні може сприяти розвитку низької самооцінки.

Розвиток якостей особистості молодшого школяра залежить також від розвитку його емоційно-вольової сфери. Школярів-початківців можна охарактеризувати як жвавих, оптимістичних, енергійних, емоційних, імпульсивних. Проте систематичні заняття сприяють розвитку вміння керувати власними емоціями, поведінкою, усвідомлювати свої почуття.

З початком навчання в школі починають інтенсивно розвиватися соціальні емоції. У школярів формується почуття відповідальності, співпереживання, довіри до людей. У той же час молодші школярі схильні до емоційних спалахів, причиною яких можуть бути проблеми у стосунках з однолітками, дорослими, незадовільні оцінки в навчанні, неадекватна самооцінка, незадоволеність стосунками, оцінки у навчанні, що, у свою чергу, може викликати хвилювання, грубість, агресивність. Зазначені ознаки, як правило, виконують захисну або компенсаторну функцію. На прояв афективних реакцій впливає також несформованість нервової системи молодших школярів, особливості соціального середовища.

Для кожного вікового періоду характерні новоутворення, що свідчать про нормативність розвитку. Молодший шкільний вік характеризується появою в кінці періоду наступних новоутворень, а саме довірливості психічних процесів, внутрішнього плану дій, мотиву досягнення успіху, рефлексії. Ці новоутворення визначають необхідний рівень психічного розвитку молодшого школяра, забезпечуючи його подальший розвиток [30, с. 173-174].

Отже, молодший шкільний вік – відповідальний період у житті дитини. Систематичне навчання в школі зумовлює інтенсивний психічний і особистісний розвиток дитини. Соціальна ситуація розвитку визначається виконанням обов'язкових навчальних дій, які є соціальними за змістом і формою і викликають інтенсивний розвиток дитини. У процесі провідної навчальної діяльності психічні процеси трансформуються у вищі психічні функції. Молодший шкільний вік характеризується появою новоутворень, серед яких доцільність психічних процесів, рефлексія, внутрішній план дій, уміння організувати навчальну діяльність, поява якої є критерієм розумового розвитку дитини.

1.2. Загальна характеристика психогенних розладів у дітей

Загальною ознакою психічних розладів, об'єднаних у велику групу психогенних захворювань, є їх зв'язок з психічною травмою, психогенністю. Психогенія є найчастішим проявом психічних розладів. Психіка людини характеризується значною витривалістю і стійкістю, але є межа її навантаження. Перевищення цієї межі може виникнути стороннє гальмування в корі головного мозку з виключенням свідомості і розвитком психічних захворювань. У виникненні психогенії істотну роль відіграє ґрунт, на якому виникають наслідки психічних травм. Готовність до психічного спалаху залежить від стану організму після хвороби, тривалого нервового напруження, особливостей нервової системи, характеру людини.

Психогенія визначається як виліковні функціональні психічні розлади, які виникають внаслідок психічної травми. Психічна травма може бути наслідком сильної одноразової травмуючої ситуації або відносно слабкої, але тривалої травми. У клініці психічних захворювань психогенії поділяють на дві групи: психореактивні стани та неврози [14, с. 437].

Реактивні стани розвиваються у відповідь на пряме емоційне напруження, яке виникає у зв'язку з дією екстремальної травми і супроводжується емоційними, афективними розладами (страх, панічні атаки, депресія). [5, с. 14].

Психозом вважається глибокий психічний розлад, який проявляється в поведінці та зміні ставлення до навколишнього середовища, при цьому порушується пізнання та відображення реального світу [5, с. 43].

У структурі реактивних станів виділяють два механізми симптоматики. Один з них пов'язаний з безпосереднім впливом сильних афектів на центральну нервову систему, інший є результатом психічної особистісної обробки травматичного досвіду або ситуації. Чим несподіваніша і триваліша травма, тим сильніший особистісний характер реакції.

Невроз – психогенний нервово-психічний розлад, в основі якого лежить невротичний конфлікт (порушення особливо значущих стосунків людини з дійсністю). Клінічні прояви неврозу пов'язані з психотравмуючою ситуацією і сильними особистісними переживаннями, які проявляються афективними реакціями і патологічною фіксацією на переживань Невроз характеризується оборотністю патологічних розладів незалежно від тривалості. У проявах неврозу переважають емоційно-афективні та соматовегетативні розлади. Загальні симптоми неврозів включають емоційну нестабільність, підвищену стомлюваність, дратівливість, зниження працездатності, погіршення уваги та пам'яті, перепади настрою, порушення сну тощо [31, с. 314].

Сучасні уявлення про невроз визнають багатофакторність цього захворювання, наголошуючи на провідній ролі психологічних аспектів у його виникненні та лікуванні. Невроз визначається слабким типом нервової системи, вродженою слабкістю нервової системи, викликаній впливом різних шкідливих впливів під час вагітності, перенесеними соматичними захворюваннями, ускладненнями життєвої ситуації, неправильним вихованням.

Поряд з поняттям «невроз» використовується також поняття «невротичні розлади». Невротичні розлади можуть бути викликані психотравмуючою ситуацією, фізичним перевантаженням, можуть виникати і у здорової людини, але вони менш виражені, ніж при неврозах [31, с.314-315]. Невротичні розлади розглядаються як передхворобний стан з ознаками, характерними для початкових проявів неврозів. Залежно від психопатологічної симптоматики розрізняють різні види неврозів.

Моносимптомний невроз - це стан, що характеризується переважанням ознак порушення діяльності одного органу (при відсутності органічного ураження), внаслідок чого клінічна картина захворювання набуває характеру не психопатологічної симптоматики, а домінування соматичного синдрому. Моносимптомний невроз часто спостерігається у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, оскільки в цьому віці реактивність найбільш виражена. Серед найбільш поширених видів моносимптомного неврозу в дитячому віці є анорексія (вибіркове ставлення або відмова від їжі). Часто спостерігаються розлади дихання у вигляді нервового покашлювання, при фіксації на ньому уваги дитини різко посилюється. Є функціональні розлади серця, курс проводять за типом кардіоневрозу. Суб'єктивно дитина відчуває біль у ділянці серця. Розлади рухової сфери у вигляді гіперкінезів, тиків проявляються стереотипним скороченням окремих груп м'язів (локалізовані рухові неврози).

Нав'язливий невроз. У мисленні переважають нав'язливі сумніви, спогади, ідеї, потяги, часто безглузлого змісту. При цьому пацієнт (дитина, дорослий) ставиться до них критично, усвідомлюючи їх непотрібність. Нав'язливі стани різноманітні, роблять учня невпевненим у собі. Глибина одержимості може бути різною.

Невроз страху і тривожного очікування є найбільш частим проявом неврозу у дітей. Може розвиватися у дітей з різними типологічними особливостями. Наявність цієї форми неврозу у дітей свідчить про переважання у них підкіркових структур при наявності гальмування в корі головного мозку.

Логоневроз (психогенне заїкання) є поширеним варіантом моносимптомного неврозу. В основі лежить психогенна травматизація. Сприяє виникненню логоневроза і спадкова схильність. Логоневроз частіше зустрічається у хлопчиків, ніж у дівчаток. Відомо також, що психічна травма, яка зазнає дорослого і дитини, викликає різні наслідки. У дорослої людини ця травма не впливає на розвиток мовлення, а ось у дитини в результаті психологічної травми може виникнути логоневроз. Більш детально специфіка змісту розладу та особливості перебігу описані в пункті 1.3.

Схема формування неврозів за О.І. Захаров. представлені в додатках (Додаток А).

Отже, під психогенією розуміють функціональні розлади психіки, які зумовлені психічною травмою та найпоширенішими формами психогенності є психореактивні стани та неврози. Це називається психозом значний психічний розлад, що впливає на поведінку та пізнавальну діяльність, проявляється у зміні ставлення до оточення, виникає як реакція на надмірну психічну травму. Неврозом вважається функціональний розлад психічної діяльності, що виникає внаслідок тривалої хронічної травми у осіб зі слабким типом нервової системи. Психогенії не супроводжуються деструктивними змінами мозкової тканини, тому мають оборотний характер.

1.3. Особливості логоневрозів та їх вплив на психічний особистісний розвиток дітей молодшого шкільного віку

Розвиток дитини нерівномірний. Існують вікові періоди, найбільш відповідальні за здоров'я дитини, за формування особистості дитини, коли відбувається перебудова вегетативної та ендокринної систем організму, змінюється нервово-психічна організація. Такі періоди вчені називають фізіологічними кризами.

Таких криз три: перший — у 2—4 роки, третій — у 12—14 років, друга фізіологічна криза починається в 6—7 років. У цьому віці спостерігається ендокринне зрушення, яке супроводжується швидким ростом тіла, збільшенням внутрішніх органів, вегетативною перебудовою. Фізіологічна криза вимагає від організму дитини значного напруження, мобілізації всіх його резервів, що, у свою чергу, викликає підвищену стомлюваність і нервово-психічну вразливість. Початок систематичного навчання в школі знаменується перебудовою соціальних стосунків дитини, підвищенням вимог і тягарем знань, які можуть стати непосильними для дитини і викликати невротичні реакції. До таких невротичних реакцій можна віднести логоневроз.

Логоневроз - невротичний розлад мови, що проявляється у вигляді невротичного заїкання, що супроводжується порушенням ритму, плавність, темп мови, пов'язаний зі спазмами м'язів, які беруть участь у мовленнєвому акті [38, с.264].

У дитини, яка страждає заїканням, судоми можуть виникати в різних частинах тіла - в м'язах губ, в м'язах язика, в м'язах дихальної системи і на голосових зв'язках. Такі судоми викликають періодичне «залипання» на окремих звуках, складах, словах. Порушується регулярність чергування наголошених і ненаголошених складів (ритм), темп мови нерівномірний: то сповільнюється, то прискорюється [12, с. 7].

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

Логоневроз – це мовленнєвий розлад, який має багато причин, складний симптомокомплекс і часто малоефективне лікування [12, с.5]. Заїкання призводить до труднощів у спілкуванні, що, у свою чергу, викликає специфічні зміни в особистості, ускладнює навчання, не дає можливості повною мірою розкрити свої здібності та інтелектуальний потенціал.

За різними даними, частота цього розладу коливається від 1,5 до 2,6%. Частіше зустрічається в дитячому віці, ризик появи зростає в критичні періоди. Частіше зустрічається у хлопчиків. З віком прояви логоневрозу зменшуються або повністю зникають, але у частини хворих вони залишаються [14, с. 168].

Серед станів, що зумовлюють логоневроз, провідне значення має нерівномірний розвиток мовних і моторних функцій, особливо в критичні періоди, у поєднанні з конституціонально-генетичними особливостями сомато-вегетативної та емоційної сфер. Ці особливості проявляються у вигляді підвищеної нервової збудливості. Серед зовнішніх умов особливу роль відіграють емоційно-мовленнєві перевантаження під впливом несприятливого середовища [18, с.92].

Іванова Т.І. поділяє віддалені причини невротичного заїкання, серед яких генетичний фактор, ускладнений процес вагітності та пологів у матері, соматичні захворювання раннього віку, що мають важкий перебіг і вражають

нервову систему, перевантаження мовленнєвим матеріалом, нервова обстановка в родині, неправильні виховні стратегії, статевий реформізм і т. д. Серед найближчих причин, які безпосередньо викликають заїкання: вплив сильного подразника (страху), перенапруження процесу гальмування, одночасний вплив протилежних подразників, раптове перенавчання з лівої руки на праву, наслідування заїкуватих. Поділ причин на віддалені та безпосередні є умовним [12, с.9-11].

У синдромі заїкання в тій чи іншій мірі виражені рухові і мовно-моторні розлади і психопатологічні розлади представлені в різній пропорції. Як правило, у дітей на перший план у клінічній картині виступають рухові порушення, з віком зростає роль емоційно-афективних факторів.

Руховий компонент при логоневрозі представлений мовними судомами в артикуляційній, голосовій і дихальній системах. Залежно від переважного типу нападу мова йде про артикуляційної, голосової або дихальної форм заїкання. Судоми є найважливішим симптомом заїкання. Судоми мовної мускулатури можуть бути клонічними (кілька короткочасних повторних судом, що викликають повторення звуків, складів, іноді слів) і тонічними (у вигляді тривалої затримки мовлення). У разі більшої виразності того чи іншого виду судом говорять про тоноклонічне або клонотонічне заїкання [14, с. 169]. Поряд з судомами до фізичних симптомів заїкання відносяться супутні рухи (скорочення немовних м'язів під час мови) і вегетативні розлади (проявляються в нестабільному пульсі, коливаннях тиску, частому серцебитті, почервонінні обличчя та ін.). Такі порушення вважаються вторинними. Слід зазначити, що такі симптоми виникають мимовільно, незалежно від свідомого контролю та вольових зусиль [12, с.12].

Психопатологічний компонент невротичного заїкання представлений насамперед логофобією (страхом говорити), до якої додаються нав'язливі думки про заїкання, а також інші емоційні та афективні розлади, включаючи перепади настрою та захисні реакції. Досить часто саме молодші школярі використовують захисні реакції, намагаючись замаскувати своє заїкання та полегшити мовленнєвий акт. Дитина використовує рухові прийоми (поправляє зачіску, застібає гудзика тощо), помічаючи, що їй стало легше

говорити. І надалі дитина вже свідомо виконує ці рухи. Також школярі використовують мовленнєві прийоми, а саме емболофразію (різні вставки, не пов'язані зі змістом мовлення, які «розтяжна» мова); навмисна заміна лексико-граматичної будови мовлення (перестановка слів у фразі, зміна формулювання, а іноді й змісту фрази); зміна самого характеру мовлення (зміна темпу, ритму, сили, інтонації). Також деякі діти, відчуваючи труднощі в мовленні, починають уникати спілкування, контактів, занурюватися в себе, грати наодинці [12, с.13]. Психопатологічні ознаки є вторинними і розпізнаються дітьми. Такі ознаки ускладнюють перебіг заїкання і ускладнюють його корекцію.

Дітей з логоневрозом можна розділити на три групи:

1 група. У структурі особистості дитини немає невротичних розладів, немає страху говорити. У клінічній картині спостерігаються фізичні симптоми. Дефект мовлення не впливає на соціальний статус дитини.

2-а група. Спостерігаються значні невротичні розлади, насамперед страх мови, який поширюється на ситуації мовленнєвого спілкування. Заїкання сильно впливає на соціальний статус дитини.

1 група. Ступінь прояву судомного синдрому може бути різною, але сильно виражений нав'язливий страх мови (логофобія) супроводжується невротичними розладами, невпевненістю в собі, тривожністю, вразливістю, звуженням кола інтересів.

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

Невротична форма заїкання може виникнути як після гострої психічної травми, так і внаслідок хронічної психічної травми. Дебют різкий. До виникнення мовленнєвих порушень розвиток дитини відбувався відповідно до вікової норми. Однак до появи заїкання для таких дітей характерна підвищена тривожність, страхи, плаксивість, можливий енурез, проблеми зі сном. Початок навчання в школі може стати причиною розвитку цієї форми заїкання. Напади залежать від емоційного стану дитини, яке, в свою чергу, характеризується нестабільністю. Темп мови досить швидкий. Прогноз може бути сприятливим і несприятливим [12, с.14-15]. При несприятливому

перебігу невротичного заїкання іноді виникає загальний або вибірковий мутизм - активна відмова від мовного спілкування. При усвідомленні дефекту у дитини змінюється поведінка і формується логофобія, що негативно впливає на прогноз [18, с.92].

Невротична форма заїкання часто починається ще до школи без об'єктивно визначеної причини. Проте діти з невротичним заїканням мають ускладнений анамнез, а саме спадкову схильність, асфіксію при народженні, затримку раннього онтогенезу як фізичного, так і мовленнєвого розвитку. Початок заїкання непомітний, поступовий. Невротичне заїкання може бути пов'язане з невротичними проявами, а також часто характерно для дітей з органічним ураженням центральної нервової системи, із залишковими нервово-психічними захворюваннями. Динаміки у цієї форми заїкання немає визначається ситуативними моментами та станами емоційної напруги.

Для організації і змісту допомоги молодшим школярам з логоневрозом необхідно відрізнити заїкання від подібних форм мовленнєвої патології, які проявляються в порушенні темпу, ритму і плавності мовлення, нерідко поєднуються з дефектами мови. Необхідно враховувати важливу особливість логоневрозу - значну варіативність проявів і специфіку перебігу цієї форми мовної патології. Відрізнити заїкання від синдрому клацання та від істеричних форм мовленнєвих розладів у деяких випадках буває особливо важко.

Синдром безладу характеризується невиразною, поспішною мовою з різкими та непередбачуваними паузами. Основною ознакою цієї патології є постійне прискорення темпу мови (тахілалія), що робить мову нерозбірливою. Тахілалія поєднується зі своєрідним порушенням мовного ритму, персевераціями та артикуляцією. Ці ознаки часто поєднуються з порушенням читання та письма, вираженою недостатністю активної уваги, гіперактивною поведінкою, труднощами в навчанні. На відміну від заїкання, всі ознаки не пов'язані з ускладненням ситуації мовленнєвого спілкування, немає справжніх судомних затримок мови, відсутня логофобія. Дитина не усвідомлює свого дефекту [18, с.94-95].

Певні проблеми можуть виникнути при відрізненні заїкання від істеричних форм мовних розладів. Іноді при істеричному неврозі хвора дитина може імітувати заїкання, при цьому не соромлячись больового синдрому. Порушення мови пов'язані з плачем і порушенням дихання. Заїкання при істеричному неврозі часто формується як механізм психологічного захисту (відмова від вирішення реальних психотравмуючих ситуацій).

Таким чином, логоневроз - це невротичний розлад мови, який проявляється у вигляді невротичного заїкання, що супроводжується порушенням ритму, плавності, темпу мови, пов'язаним зі спазмами м'язів, які беруть участь у мовному акті. Логоневроз має багато причин, складний симптомокомплекс і часто незначну ефективність лікування. Заїкання призводить до труднощів у спілкуванні, що, у свою чергу, зумовлює специфічні зміни особистості, ускладнює навчання, не дає дитині можливості повною мірою розкрити свої здібності та інтелектуальний потенціал. У синдромі заїкання в тій чи іншій мірі виражені рухові, мовленнєві та рухові розлади і психопатологічні розлади представлені в різних пропорціях.

Прояви логоневрозу негативно позначаються на психічному та особистісному розвитку молодших школярів. Молодший школяр із невротичним заїканням має низький соціальний статус, усвідомлення дефекту викликає низьку самооцінку. Страх перед усними відповідями сприяє формуванню шкільної тривожності, яка деструктивно впливає на навчальну діяльність, знижуючи її ефективність.

РОЗДІЛ 2**МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ****2.1. Методи дослідження**

Діти з логоневрозом потребують особливого розуміння та підтримки з боку дорослих, тому надання якісної та своєчасної допомоги дитині з боку дорослих є актуальним завданням. Щоб організувати кваліфіковану допомогу дитині, необхідно провести якісну діагностику.

Діагностика невротичних розладів у молодших школярів, у тому числі логоневрозів, є важливою складовою надання їм психолого-педагогічної допомоги. Більшість фахівців, серед яких лікарі, психологи, педагоги, логопеди, вважають, що неврози суттєво впливають психічний і особистісний розвиток дитини, впливають на її майбутнє.

Логоневроз - це клінічний діагноз, тому медична діагностика є пріоритетною. Соматичні симптоми заїкання (судоми мовних м'язів, супутні рухи, вегетативні розлади) не потребують психолого-педагогічного дослідження, вони доступні зовнішньому спостереженню і є об'єктом медичної діагностики. Особливої уваги в контексті психолого-педагогічного супроводу приділяється вивченню психічних симптомів заїкання (фобій, нав'язливих думок про заїкання, захисних прийомів, рухливих хитрощів тощо), які істотно впливають на розвиток молодшого школяра. Характеристика методики дослідження та психодіагностичного інструментарію:

1. Ситуація вибору адекватних методів дослідження невротичних проявів (логоневрозу) дитини ускладнюється тим, що у молодших школярів не повноцінно сформована здатність до самооцінки, самоопису, самоаналізу, внаслідок чого використання опитувальників малоефективне. Більшість стандартизованих опитувальників для діагностики прикордонних нервово-психічних розладів орієнтовані на дорослих, що зумовило залучення до діагностики батьків та вчителів.

2. Комплекс психодіагностичних методів повинен включати засоби, що дозволяють охарактеризувати клінічні ознаки та психологічні (вторинні) симптоми, які опосередковано впливають на психічний та особистісний розвиток дитини.
3. Для вивчення логоневрозів, супутніх психоневрологічних розладів і психічних особливостей у молодших школярів ми використовували наступні МЕТОДИКИ:

Аналіз анамнестичних відомостей про дитину.

В анамнезі повинні бути дані про спадковість, про перебіг вагітності та пологів у матері, відомості про особливості раннього розвитку дитини, результати огляду невролога, медичний діагноз. Необхідно з'ясувати час виникнення логоневрозу, причину виникнення (гіпотетично), особливості перебігу. Важливими є відомості про мовленнєвий розвиток дитини, про мовленнєве середовище, особливості виховання дитини (стиль ставлення батьків, схильність батьків до невротичних розладів).

9. Дослідження стану мови (А.А. Павлова, Л.А. Шустова)

Дитині пропонується послухати і переказати казку. Аналізувати перенесення дитини необхідно з позиції наступних параметрів:

- розуміння прослуханої розповіді;
- можливість програмування тексту-переказу дитиною;
- лексичний склад мовлення;
- мовленнєва діяльність.

Максимальна оцінка за кожним параметром – 10 балів. При переказі важливо виявити форму мовних нападів, вид нападів, темп мови, наявність супутніх рухів, прийомів, які використовує дитина для полегшення процесу мовлення, фобії. Визначається загальний рівень розвитку мовлення.

10. Дитячий опитувальник неврозів (В.В. Седнев).

Тест орієнтований на дітей молодшого шкільного віку, метою якого є виявлення субклінічних, аж до нозологічних явищ, що призводять до формування нервово-психічних і соматичних розладів [32, с.17-21]. Тестові твердження поділяються на шість шкал невротичних розладів у дітей:

- * Шкала депресії - виявляє прояви депресивних розладів у молодших школярів, які проявляються у вегетативних розладах функцій (зниження тонусу, занижена самооцінка, почуття смутку, сповільненість мислення тощо).
- * Шкала астенії – досліджує порушення уваги, пам'яті, мислення, а також працездатності дітей.
- * Шкала розладів поведінки - визначає прояви розладів поведінки, які проявляються в недисциплінованості, негативізмі, агресивності.
- * Шкала вегетативних розладів – діагностує наявність у дітей психосоматичних розладів.
- * Шкала порушень сну – виявляє проблеми із засипанням, панічні сни, сонливість, відчуття втоми після пробудження.
- * Шкала тривожності - характеризує рівень тривожності дитини. як показник психічного здоров'я дитини.

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

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

Анкета є експрес-оцінкою схильності батьків молодших школярів до неврозів. Зараховуються позитивні відповіді, результат більше 20 балів свідчить про схильність батьків до неврозів [36, с.49]. Текст анкети подано в додатках (Додаток Б).

12. Методика діагностики батьківського ставлення (А. Варга, В. Столін). Модифікована версія. Тест характеризує характеристики батьківського ставлення за такими шкалами:

- Шкала «Прийняття дитини» та шкала «Відмова від дитини».
- Шкала «Співпраця».- Шкала «Симбіоз».
- «Контрольна» шкала.
- Шкала «Ставлення до невдач дитини».

Анкета призначена для батьків [36, с. 43]. Текст анкети, опис шкал і ключів наведені в додатках (Додаток Г).

13. Методика визначення самооцінки «Який я» (Максименко С.Д.).

Молодшому школяреві пропонується перелік якостей особистості: добрий, добрий, розумний, охайний, слухняний, уважний, чемний, здібний, працьовитий, чесний.

Дані якості особистості відомі і зрозумілі молодшим школярам. Опитування проводиться з кожним студентом індивідуально. Самооцінка дитини визначається сумарною кількістю балів, набраних нею за всіма якостями особистості.

0-1 бал: низька самооцінка;

2-3 бали: схильність до низької самооцінки; 4-7 балів: адекватна самооцінка;

8-9 балів: схильність до завищеної самооцінки;

10 балів: завищена самооцінка.

14. Проективний метод «Дерево» (Д. Лампен).

Методика дає змогу з'ясувати мотиви поведінки молодшого школяра, статус у класному колективі. Проводиться індивідуально. *Результати навчальної діяльності молодших школярів.*

Проаналізовано та наведено показники успішності навчання – середньоарифметичні показники успішності за I чверть.

Всі методи пов'язані єдиною теоретичною концепцією і дозволяють встановити вплив невротичного заїкання на психічний і особистісний розвиток молодших школярів.

Результати емпіричного дослідження проявів невротичних розладів у молодших школярів

В емпіричному дослідженні були залучені учні початкової школи (n=22), серед яких 12 хлопчиків і 10 дівчаток, віком 7-10 років. Серед досліджуваних учні без невротичних ознак у розвитку (n=14), які увійшли до контрольної групи, та діти з ознаками неврозу та логоневрозу (n=8), з яких була створена експериментальна група. Відбір дітей в експериментальну групу здійснювався за зовнішніми діагностичними ознаками, доступними безпосередньому спостереженню, та медичним діагнозом. До дослідження були залучені й батьки молодших школярів.

Дослідження проводились у три етапи.

Перший етап – підготовчий, під час якого проведено теоретичний аналіз проблеми дослідження особливостей розвитку молодших школярів з невротичними розладами. Визначено комплекс діагностичних засобів, які дозволили виявити психологічні особливості та схильність молодших школярів до невротичних розладів. Другий етап – організація та проведення емпіричного дослідження особливостей психічного та особистісного розвитку молодших школярів з нормальним розвитком і ознаками логоневрозу. Третій етап дослідження присвячений аналізу психолого-педагогічного супроводу молодших школярів з ознаками логоневрозу, реалізації психокорекційних заходів та перевірки ефективності проведеної роботи в групі молодших школярів з ознаками логоневрозу.

Результати констатуючої діагностики представлені в додатках (Додаток Ж).

Аналіз анамнестичних даних дозволив з'ясувати, що в основі невротичного заїкання у дітей у більшості випадків лежать проблеми в сім'ї (3 дітей виховуються в неповній сім'ї, заїкання пов'язане зі стресом через розлучення). батьків), проблеми в школі та страх. Встановлено, що логоневроз спровокований у дошкільному віці у 3 осіб і загострився з початком відвідування школи. У 3 досліджуваних ознаки логоневрозу з'явилися з початком навчання в школі. Одна дитина дослідної групи на тлі переляку захворіла на логоневроз. У всіх предметах простежується залежність від емоційного стану (локалізована в шкільній сфері). За словами батьків, діти відрізняються підвищеною вразливістю, плаксивістю, підвищеною тривожністю. Адаптація до школи проходила з ускладненнями. Інформація суб'єктивна, отримана від батьків.

З метою визначення відмінностей у схильності до проявів неврозу проведено частотний аналіз отриманих результатів у контрольній та дослідній групах. Показники рівня вираженості схильності до неврозів 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)	
	п	%	п	%
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 показують, що у 14,% виявлена висока ймовірність невротичних розладів, цих дітей можна віднести до групи ризику. У 50% досліджуваних дітей спостерігався середній рівень вираженості схильності до неврозів, що означає ситуативну підвищену нервозність у конкретних, значущих для дитини ситуаціях. 35,7% дітей мають низький рівень схильності до неврозів - випробовувані продемонстрували емоційну стійкість і адаптивність. Результати частотного аналізу дослідження схильності батьків до неврозів 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 (n=7)		Батьки (n=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 виражених невротичних розладів у дітей з логоневрозом (85,7% обстежених показали високий бал). Батьки дітей, що заїкаються, також були більш схильні до неврозів порівняно з батьками дітей контрольної групи.

Якісний аналіз результатів дослідження самооцінки показав, що половина досліджуваних мала завищену та адекватну самооцінку, що відповідає віковій нормі. У дітей з ознаками логоневрозу є діти із завищеною, заниженою та адекватною самооцінкою. Це означає, що не всі школярі із заїканням усвідомлюють свої проблеми з мовленням.

Аналіз показників проєктивної методики «Дерево» виявив, що діти з логоневрозом надають перевагу положенням, які свідчать про відчуття дискомфорту, а саме астеничність, втома, тривожність, відстороненість, кризовість, прагнення прийняти всіх, не докладаючи зусиль. Ці результати свідчать про те, що мотивація дітей, що заїкаються, залежить від рівня їх невротизації.

Аналіз результатів навчальної діяльності показав, що хворі на логоневроз можуть бути успішними у навчанні.

Отримані результати дослідження психічної симптоматики показали достовірні відмінності у випробовуваних без невротичних симптомів і тих, хто має заїкання. Ми використали кореляційний аналіз, щоб довести зв'язок між логоневрозом і психічними симптомами.

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

$$r = 1 - \frac{6 \cdot \sum d^2}{n^3 - n}$$

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

$\sum d^2$ - 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	ρ
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 характеризується тісністю зв'язку - абсолютним значенням коефіцієнта кореляції. Наявність кореляції між з двома результатами означає, що коли один результат змінюється, інший також змінюється, тобто між результатами існує зв'язок.

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

Усі коефіцієнти кореляції в експериментальній групі довели більш тісний зв'язок між наведеними ознаками. Міцний зв'язок з'явилася схильність до неврозів з показниками «Вегетативні розлади»,

«Порушення сну», «Тривожність», «Батьківський невротизм». Зв'язок схильності до неврозів з «Депресією», «Астенією» і «Самооцінкою» був статистично незначущим. Коефіцієнти кореляції в дослідній групі показали, що прояви логоневрозу у дітей пов'язані з тривогою, невротизмом батьків. Невротичне заїкання у дітей супроводжується розладами поведінки, вегетативними розладами, розладами сну, а також впливає на успішність.

Таким чином, проведене емпіричне дослідження підтвердило наявність клінічного діагнозу «логоневроз» (невротична форма) у обстежуваних експериментальної групи. Прояви невротичного заїкання посилюються схильністю батьків до неврозів, дитячою тривожністю, локалізованою в шкільній сфері, що супроводжується розладами поведінки, вегетативними розладами, розладами сну, а також впливає на успішність. Кореляційним аналізом доведено вплив проявів логоневрозу на психічний та особистісний розвиток молодшого школяра.

2.2. Організація дослідження

В емпіричному дослідженні були залучені учні початкової школи (n=22), серед яких 12 хлопчиків і 10 дівчаток, віком 7-10 років. Серед досліджуваних учні без невротичних ознак у розвитку (n=14), які увійшли до контрольної групи, та діти з ознаками неврозу та логоневрозу (n=8), з яких була створена експериментальна група. Відбір дітей в експериментальну групу здійснювався за зовнішніми діагностичними ознаками, доступними безпосередньому спостереженню, та медичним діагнозом. До дослідження були залучені й батьки молодших школярів.

Дослідження проводилось у чотири етапи. Експериментальною базою дослідження став Опорний заклад Сторожинецький ліцей Сторожинецької міської ради Чернівецького району Чернівецької області.

Перший етап передбачав аналіз сучасних літературних джерел вітчизняних і зарубіжних авторів, що дозволив оцінити загальний стан проблеми; встановити об'єкт, предмет, мету, завдання дослідження; визначити програму досліджень; узгодити терміни проведення дослідження.

На *другому етапі* дослідження мали місце організація та проведення констатувального експерименту для отримання нових теоретичних і експериментальних даних стосовно визначення рівня функціонального стану психолого-педагогічного супровід молодших школярів із логоневрозом.

На *третьому етапі* було проведено обґрунтування розробки та оцінки ефективності психолого-педагогічного супроводу молодших школярів із логоневрозом. шляхом порівняння вихідних і кінцевих результатів досліджуваних дітей експериментальної та контрольної груп.

Четвертий етап включав у себе обробку отриманих результатів методами математичної статистики, оформлення роботи, апробацію основних положень дослідження на наукових конференціях; впровадження результатів дослідження у практику.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ СУПРОВІД МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ ЛОГОНЕВРОЗОМ.

3.1. **Методологічні аспекти організації психолого-педагогічного супроводу молодших школярів із логоневрозом**

Молодший шкільний вік вважається важливим і відповідальним періодом життя, а молодший школяр – особливим соціально-психологічним статусом. Це той період життя, коли дитина вперше виконує обов'язкову діяльність - навчальну, суспільно значущу і суспільно цінувану. Зрозуміло, що підтримка розвитку молодшого школяра має особливе значення.

Останнім часом в освітній сфері набуває популярності супровідна парадигма.

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

Технологію супроводу в освіті можна охарактеризувати як особливий науково-практичний напрямок, який ґрунтується на мультидисциплінарному підході та спрямований на вирішення завдань гуманізації освіти, сприяння особистісно орієнтованому навчанню та вихованню, створенню умов для повноцінного навчання та виховання. розвиток молодших школярів, забезпечення їх психічного та соматичного здоров'я [15].

Основним завданням супроводу є забезпечення прав дитини на розвиток відповідно до її потенційних можливостей у реальних умовах її існування.

Метою психолого-педагогічного супроводу є сприяння соціалізації та адаптації кожного учня шляхом оптимального розвитку потенціал кожної дитини. При цьому вчитель повинен враховувати те, що кожна дитина має свої, специфічні індивідуальні особливості і має право реалізувати свій потенціал.

Завданням психолого-педагогічного супроводу є забезпечення прав дитини на розвиток відповідно до її потенційних можливостей у реальних життєвих умовах.

Психолого-педагогічний супровід ґрунтується на традиціях гуманістичної психології, змістом якої є абсолютне визнання цінності й неповторності особистості кожної дитини, права на реалізацію її властивостей і якостей. Виходячи з цього, умовами здійснення психолого-педагогічного супроводу є:

1. Заборона підведення розвитку дитини до певних вікових норм. Стандарти слід використовувати як орієнтири.

2. Спирагися на позитивний потенціал внутрішнього розвитку кожної дитини.

3. Зосередьтеся на оптимістичній перспективі кожної дитини. Ця орієнтація є об'єктивно орієнтованою: відповідно до альтернатив розвитку кожна дитина має свій потенціал можливостей, які забезпечать їй оптимальну адаптацію в суспільстві і, зокрема, в системі початкової освіти.

4. Психолого-педагогічний супровід має передбачати підтримку вже розкритих здібностей дитини та стимулювати ще нерозкриті резерви та приховані схильності [15, с. 6-7].

Психолого-педагогічний супровід як метод роботи – це системно організована діяльність, спрямована на оптимізацію розвитку кожного учня та збереження його психічного здоров'я. Психодіагностика, психокорекція, профілактика, освіта, консультування є складовою психолого-педагогічного супроводу. Засобами реалізації психолого-педагогічного супроводу є:

- вивчення особливостей психічного розвитку школяра, умов навчально-виховного процесу;

- вплив на соціально-виховне середовище для створення таких умов розвитку, які адекватні особливостям дитини;

- корекційно-розвиткова робота з учнем відповідно до виявлених особливостей психічного розвитку.

Сутність психолого-педагогічного супроводу полягає в тому, щоб допомогти учневі використати можливості освітнього середовища для розвитку та

адаптувати індивідуальні особливості дитини до умов навчання в школі. Отже, психолого-педагогічний супровід – це системно організована діяльність, спрямована на оптимізацію розвитку кожного учня, збереження його психічного здоров'я. Технологія супроводу спрямована на створення оптимальних умов для навчання і виховання молодших школярів, забезпечує їх соціально-особистісний розвиток. Основним завданням психолого-педагогічного супроводу є забезпечення прав дитини на розвиток відповідно до її потенційних можливостей у реальних умовах її існування.

3.2. Дослідження психолого-педагогічного супроводу молодших школярів із логоневрозом.

Логоневроз (невротичне заїкання) значно погіршує якість життя дитини. Як показало дослідження, прояви логоневрозу не обмежуються фізичними симптомами, на них надбудовуються психічні симптоми, які ускладнюють перебіг логоневрозу та впливають на психічний, особистісний і соціальний розвиток молодшого школяра. Тому психолого-педагогічний супровід таких дітей є актуальним.

Невротичне заїкання є складним розладом, проявляється в різних формах, обумовлює специфічні психологічні особливості та поведінки школярів, що визначає комплексний підхід до подолання проявів заїкання.

В основі комплексного підходу до подолання заїкання лежить уявлення про логоневроз не як про локальне порушення, а як про комплексне мовленнєве порушення, пов'язане з нервовою системою та особливостями психіки дитини [12, с. 20].

Психолого-педагогічний супровід молодших школярів з логоневрозом включає різні поєднання лікувального та психолого-педагогічного впливу на дітей з ознаками заїкання. Загальна мета таких заходів - усунути або послабити мовні судоми і пов'язані з ними порушення, оздоровити організм і нервову систему, позбавити дитину від неправильного ставлення дитини до своєї проблеми, від вторинних утворень. Особливо важливо створити адекватне середовище, яке сприятиме оптимальному розвитку дитини. Важливо також, що робота з дітьми з логоневрозом має бути не

вужькофункціональною, а спрямованою на розвиток особистості дитини в цілому. Лікувальні заходи включають терапевтичне, хірургічне, ортопедичне втручання, що є обов'язковою умовою для здійснення психологічної та педагогічний супровід. Основою ефективної корекційної роботи з дитиною, яка заїкається, є медикаментозне втручання, спрямоване на нормалізацію діяльності нервової системи, мовного апарату, усунення судом, зняття психогенних нашарувань.

В аспекті психолого-педагогічного супроводу актуальними є лікувально-оздоровчі заходи, які включають організацію режиму дня та раціонального харчування, загартовуючі процедури, медикаментозне лікування, фізіотерапевтичні процедури. Важливо раціонально організувати навчальний процес і відпочинок дитини, чергуючи навантаження і відпочинок. Лікувальна фізкультура і фізичні вправи сприяють розвитку м'язової системи, нормалізують роботу органів і систем організму, що, в свою чергу, є передумовою для кращого функціонування мовних органів дитини з логоневрозом.

Психотерапія - це лікувальний і водночас психологічний метод, що означає застосування різноманітних методів психічного впливу з лікувальною або профілактичною метою. У сучасній психотерапії виділяють два основних види:

- Раціональна (роз'яснювальна) психотерапія, яка полягає в організації бесід, роз'яснень, переконань, спрямованих на пояснення оборотності розладу, ролі власної поведінки дитини в подоланні розладу. Для раціональної терапії використовуються різноманітні ігрові прийоми, барвистий дидактичний матеріал, праця, музичні вправи тощо.

- Сугестивна терапія (гіпноз, аутогенне тренування). Навіювання іншою людиною і самонавіювання. Незважаючи на те, що впровадження сугестивної терапії вважається невиправданим через незрілість психіки молодшого школяра, ефективним є аутотренінг [12, с.20-21; 36, стор. 62-63].

Для подолання логоневрозу актуальні такі методи: музикотерапія, світлотерапія, релаксація, казкотерапія, які мають бути спрямовані на зняття

емоційної напруги, зниження тривожності, зменшення нав'язливих станів, підвищення здатності до саморегуляції.

Педагогічна частина комплексного підходу повинна бути представлена системою логопедичних занять, навчальних закладів, роботи з батьками. Логопедія – це система корекційно-педагогічних заходів, спрямованих на подолання або компенсацію мовленнєвого дефекту.

Логопедична робота проводиться в груповій та індивідуальній формах і за двома напрямками: прямим і опосередкованим. Заняття (безпосередній вплив) спрямовані на розвиток загальної та мовленнєвої моторики, нормалізацію темпу і ритму дихання та мови, активізацію мовленнєвого спілкування, розширення пасивного та активного словника, удосконалення граматичного оформлення фраз. Посередницький (опосередкований вплив) являє собою систему логопедичної роботи з усіх режимних моментів, особливо мовленнєвого, яка передбачає вибір дитиною мовленнєвих вправ, систематичне формування навичок правильного мовлення в різних умовах. Зміст логопедичних занять варіюється в залежності від структури порушення, віку дитини, перебігу порушення, ставлення дитини до цього порушення.

Важливим аспектом логопедичної роботи є логопедична ритміка, яка являє собою систему музично-рухових, мовленнєво-рухових, музично-мовленнєвих завдань і вправ. Подібні завдання нормалізують просодіку і рухову сферу дитини із заїканням, що, в свою чергу, допомагає дитині перебудувати своє ставлення до спілкування, до навколишнього світу, до свого порушення. Логоритміка сприяє появі позитивних рис у характері школяра, а саме у дитини розвивається впевненість у рухах, ініціатива у спілкуванні, самостійність у вирішенні рухових і мовленнєвих завдань, переорієнтація на значущі життєві ситуації у зв'язку зі зміною ставлення до мовленнєвого розладу.

Цікава також ідея використання технічних засобів для роботи з дітьми, що заїкаються. Професійні логопеди часто використовують поліфонатор, що підвищує ефективність логопедичної роботи, викликає стійкий інтерес у дітей, оптимізує процес колективного впливу. Робота з поліфонатором забезпечує комплексний підхід до подолання заїкання, оскільки задіяні різні

аналізатори. Прилад дає можливість розрізняти звуки мови за акустичними характеристиками, дозволяє бачити спектральні складові звуків (тривалість, гучність, висоту). Таким чином дитина не тільки чує власний голос, а й «побачити» його. Також дитина має можливість тактильно відчути ритм і темп мови. Під час логопедичного заняття дитина має можливість порівняти власну вимову зі стандартною вимовою логопеда та відповідно відкоригувати своє мовлення [10, с. 24].

Для підтвердження доцільності психолого-педагогічного супроводу з метою усунення або пом'якшення проявів логоневрозу, формування соціально бажаних якостей особистості ми використали казкотерапію як складову комплексного впливу на дитину з логоневрозом.

Ефективність і доступність використання казки в роботі з невротичними дітьми зумовлена низкою причин. Це метафора, яка актуалізує процес ідентифікації з необхідним персонажем, створює у дитини відчуття комфорту та психологічної захищеності, усвідомлення дитиною своїх потенційних можливостей, розуміння причинно-наслідкових зв'язків подій і вчинків. Ефективність казки в структурі психолого-педагогічної підтримки дітей з логоневрозом полягає в тому, що в процесі розігрування казки дитина спостерігає різноманітні варіанти взаємин героїв. Дитина вчиться створювати систему власної поведінки відповідно до засвоєних через казку типів взаємодії та стосунків між героями казки через мовлення. Таким чином, відносини дитини, що заїкається, з навколишнім світом залежать від кількості поведінкових патернів, які дитина засвоїла завдяки розповіді. Під час використання технології «казка» дитина набуває навичок адекватної оцінки казкових героїв через аналіз вчинків, особливостей експресивної поведінки та мовлення. Цінною є активна участь дитини в обговоренні ситуацій, в які потрапили герої, ролі-перевтілення цих героїв.

Заїкання посилюється, коли дитина починає хвилюватися, в основі якого лежить неправильне ставлення як до ситуації, так і до себе. У процесі виконання ролі необхідно навчити дитину позбавлятися від страху помилок, образливості, хвилювання, незнайомих тощо. Крім виконання ролі корисно нагадати дитині, як герой твору казка трактувала проблемну ситуацію.

Важливим моментом казкотерапії є виконання дитиною ролі героя, який невластивий дитині (наприклад, роль лідера виконувала сором'язлива дитина). Можна використовувати не відомі казки, а створювати власні, схожі на життєві ситуації, і дитині це корисно робити.

Крім загальноорганізаційних прийомів ми проводили й спеціальні мовленнєві заняття. Заняття проходили два-три рази на тиждень по 15-20 хвилин. Заняття спрямовані на розвиток навичок правильного мовлення, насамперед на вироблення неквапливого темпу і ритму мовлення, усунення вад мовлення, розвиток чіткої та правильної артикуляції.

Для розслаблення та зняття напруги у дитини ми використовували елементи психогімнастики, вправи з якої сприяють корекції різних сфер психіки дитини, яка відчуває певні проблеми у спілкуванні з однолітками. Етюди ми використовували для виразності жесту, для тренування окремих груп м'язів, вираження основних емоцій, для відтворення окремих рис характеру.

Після впровадження елементів формуючого експерименту було проведено контрольну діагностику, яка дала змогу з'ясувати ефективність психолого-педагогічного супроводу дітей з логоневрозом. Для контрольної діагностики використовували опитувальник В. Седнева, саме невротичні розлади провокують прояви логоневрозу.

До контрольної діагностики залучали піддослідних дослідної групи, у яких був виявлений логоневроз і у яких під час констатуючої діагностики були виявлені ознаки невротичних розладів. Результати констатувальної та контрольної діагностики представлені в додатках (Додаток В).

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

Середні та більшість окремих показників знизилися до середнього рівня, це оптимістичний результат, але не означає, що проблема повністю усунена. Психоемоційний стан дітей покращився, знизився кінцевого зсуву,

це також свідчить про збереження тенденції до наростання ознак невротичного розладу.

Відмінності показників констатувальної та контрольної діагностики в експериментальній групі наочно показано на рисунку 2.1.

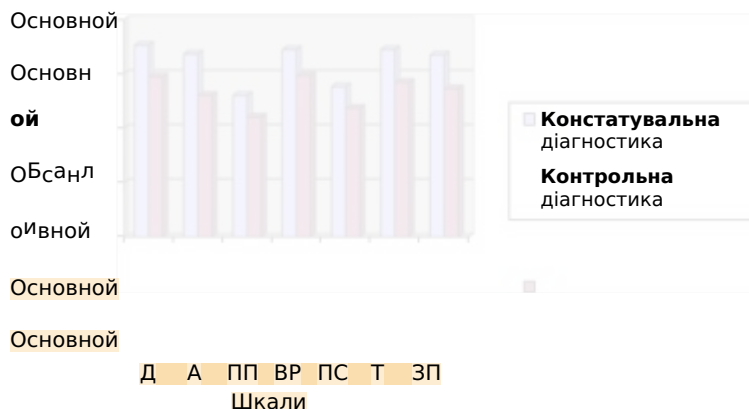


Рис. 2.1. Розподіл показників констатувальної та контрольної діагностики

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 розладом, проявляється в різних формах, визначає особливості психології та поведінки школярів, що зумовлює комплексний підхід, щоб подолати прояви заїкання. Психолого-педагогічний супровід молодших школярів з логоневрозом включає різні поєднання лікувального та психолого-педагогічного впливу на дітей з ознаками заїкання з метою усунення або послаблення мовних нападів, супутніх розладів, оздоровлення організму і нервової системи, позбавлення дитини від неправильне ставлення дитини до своєї проблеми, від вторинних

утворень. Психолого-педагогічний супровід молодших школярів з логоневрозом повинен бути спрямований на розвиток особистості дитини в цілому. Формуючий експеримент включав казко-ігротерапію, елементи психогімнастики, логопедичні вправи. Проведена контрольна діагностика показала 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 такі висновки:

Молодший шкільний вік – відповідальний період у житті дитини. Систематичне навчання в школі зумовлює інтенсивний психічний і особистісний розвиток дитини. Соціальна ситуація розвитку визначається виконанням обов'язкових навчальних дій, які є соціальними за змістом і формою і викликають інтенсивний розвиток дитини. У 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, уміння організувати навчальну діяльність, поява якої є критерієм розумового розвитку дитини.

Психогенія

визначається як функціональні розлади психіки, які зумовлені психічною травмою та найпоширенішими формами психогенності є психореактивні стани та неврози. Психоз - це значний психічний розлад, який впливає на поведінку і пізнавальну діяльність, проявляється в зміні ставлення до навколишнього середовища і виникає як реакція на надмірну психічну травму. Неврозом вважається функціональний розлад психічної діяльності, що виникає внаслідок тривалої хронічної травми у осіб зі слабким типом нервової системи. Психогенії не супроводжуються деструктивними змінами мозкової тканини, тому мають оборотний характер.

Логоневроз - це невротичний розлад мови, який проявляється у вигляді невротичного заїкання, яке супроводжується порушенням ритму, плавності, темпу мови, пов'язане зі спазмами м'язів, які беруть участь у мовному акті. Логоневроз має багато причин, складний симптомокомплекс і часто незначний ефективність лікування. Заїкання призводить до труднощів у спілкуванні, що, у свою чергу, зумовлює специфічні зміни особистості, ускладнює навчання, не дає дитині можливості повною мірою розкрити свої здібності та інтелектуальний потенціал. У синдромі заїкання в тій чи іншій мірі виражені рухові, мовленнєві та рухові розлади і психопатологічні розлади представлені в різних пропорціях.

Прояви логоневрозу негативно позначаються на психічному та особистісному розвитку молодших школярів. Молодший школяр із невротичним заїканням має низький соціальний статус, усвідомлення дефекту викликає низьку самооцінку. Страх перед усними відповідями сприяє формуванню шкільної тривожності, яка деструктивно впливає на навчальну діяльність, знижуючи її ефективність.

Невротичне заїкання є комплексним розладом, проявляється в різних формах, визначає особливості психології та поведінки школярів, що зумовлює комплексну діагностику цього розладу. Комплекс психодіагностичних методик повинен включати засоби, що дозволяють охарактеризувати клінічні ознаки та психологічні (вторинні) симптоми, які опосередковано впливають на психічний та особистісний розвиток дитини.

Проведене емпіричне дослідження підтвердило наявність у обстежених експериментальної групи клінічного діагнозу «логоневроз» (невротична форма). Прояви невротичного заїкання посилюються схильністю батьків до неврозів, дитячою тривожністю, локалізованою в шкільній сфері, що супроводжується розладами поведінки, вегетативними розладами, розладами сну, а також впливає на успішність. Кореляційним аналізом доведено вплив проявів логоневрозу на психічний та особистісний розвиток молодшого школяра.

Психолого-педагогічний супровід молодших школярів з логоневрозом включає різні поєднання терапевтичних і психологічних педагогічний вплив на дітей з ознаками заїкання з метою усунення або ослаблення мовних нападів, супутніх розладів, оздоровлення організму і нервової системи, позбавлення дитини від неправильного ставлення дитини до своєї проблеми, від вторинних утворень. Психолого-педагогічний супровід молодших школярів з логоневрозом повинен бути спрямований на розвиток особистості дитини в цілому. Формуючий експеримент включав казко-ігротерапію, елементи психогімнастики, логопедичні вправи. Проведена контрольна діагностика показала зниження показників невротичних розладів, мовленнєвих розладів, що засвідчило тенденцію до поліпшення психоневротичного стану молодших школярів з ознаками логоневрозу.

Впровадження технології психологічного супроводу сприяло оптимізації процесу повноцінного розвитку дітей, забезпеченню їх психічного та

соматичного здоров'я. Доведено, що психологічний супровід не може бути вузькофункціональним, а повинен мати загальний, особистісно орієнтований характер, орієнтований на ті фактори середовища та особливості 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 висвітлює всіх аспектів порушеної проблеми. Усунення або пом'якшення проявів логоневрозу у молодших школярів є довготривалим і систематичним процесом, тому для отримання більш ефективних результатів необхідне впровадження психолого-

Схожість

Джерела з Інтернету

160

1	http://ekhsuir.kspu.edu/bitstream/handle/123456789/16340/Companiets_pedfak_2021.pdf?sequence=1	29.4%
2	http://ekhsuir.kspu.edu/bitstream/handle/123456789/16340/Companiets_pedfak_2021.pdf?isAllowed=y&sequence=1	22 джерела 28.8%
4	https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/diss_rychok_t.m.pdf	46 джерел 0.59%
6	https://repository.sspu.sumy.ua/bitstream/123456789/4259/1/ilovepdf_com-111-114.pdf	0.28%
7	http://sporthealth.kubg.edu.ua/article/download/221259/223396	0.28%
9	http://umo.edu.ua/images/content/depozitar/avtoreferaty/135_Avtoreferat-Tkach-R.M.rtf	0.21%
11	https://vbaze.com.ua/ru/product-podatok-na-pributok-yak-regulyator-socialno-ekonomichnih-procesiv-v-ukrajini	0.18%
12	https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=660203	0.15%
13	https://repository.sspu.sumy.ua/bitstream/123456789/4257/1/ilovepdf_com-105-108.pdf	5 джерел 0.15%
14	https://registry.edbo.gov.ua/zagalna-serednya-osvita/7324510100	15 джерел 0.14%
16	https://ua-referat.com/%D0%9A%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F_%D1%96_%D1%80%D0%BE%D...	0.14%
18	https://ua-referat.com/%D0%A0%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BA_%D1%83%D0%B2%D0...	4 джерела 0.11%
20	https://www.vnmu.edu.ua/downloads/other/aref_Goliuk.pdf	25 джерел 0.1%
21	http://sumdu.edu.ua/ukr/general/normative-base.html?id=ccedf8b4-43b8-e011-9adc-001a4be6d04a&kind=1&task=getfile&tm...	0.1%
22	https://www.dnu.dp.ua/docs/ndc/konkyrs_stud/khimiya_19_20/robotu/9.pdf	27 джерел 0.1%
23	https://vdocuments.mx/-338-23-336.html	8 джерел 0.1%

Джерела з Бібліотеки

81

3	Студентська робота ID файлу: 1013953246 Навчальний заклад: Open International University of Hu	28 джерел 0.78%
5	Студентська робота ID файлу: 1013815253 Навчальний заклад: Open International University of Hu	14 джерел 0.35%
8	Студентська робота ID файлу: 1013521750 Навчальний заклад: Open International University of Hu	14 джерел 0.21%

10	Студентська робота	ID файлу: 1006642623	Навчальний заклад: Open International University of Hu	15 Джерело	0.18%
15	Студентська робота	ID файлу: 1013544315	Навчальний заклад: Open International University of Hu	4 Джерело	0.14%
17	Студентська робота	ID файлу: 1013566607	Навчальний заклад: Open International University of Hu	2 Джерело	0.11%
19	Студентська робота	ID файлу: 1012605262	Навчальний заклад: Open International University of Hu	4 Джерело	0.11%