

КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА

Факультет психології, соціальної роботи та спеціальної освіти

Кафедра спеціальної та інклюзивної освіти

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему:

**ОСОБЛИВОСТІ МОВЛЕННЄВОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ДІТЕЙ
СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З МОВЛЕННЄВИМИ
ТРУДНОЩАМИ В КРИЗОВИХ УМОВАХ**

Студентки 2 курсу,
групи ЛОГм-1-24-1.4з
другого (магістерського) рівня
галузі знань 01 Освіта/Педагогіка
спеціальності 016 Спеціальна освіта
освітньої програми 016.01.01 Логопедія
Пальцан Тетяни Анатоліївни

Використання чужих ідей,
результатів і текстів має посилання
на відповідне джерело

(підпис студента)

(ініціали, прізвище)

Науковий керівник: О.П. Таран
кандидат психологічних наук,
доцент, доцент кафедри
спеціальної та інклюзивної освіти

Допуск до захисту перед ЕК

О.В. Мартинчук,
Завідувач кафедри спеціальної
та інклюзивної освіти

Кількість балів: ____ Оцінка ECTS ____
Голова комісії _____

(підпис)

(ініціали, прізвище)

Члени комісії:

(підпис)

(ініціали, прізвище)

(підпис)

(ініціали, прізвище)

(підпис)

(ініціали, прізвище)

(підпис)

(ініціали, прізвище)

м. Київ – 2025 р.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ МОВЛЕННЄВОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З МОВЛЕННЄВИМИ ТРУДНОЩАМИ.....	7
1.1. Поняття мовленнєвої тривожності та її особливості у дітей старшого дошкільного віку.....	7
1.2. Специфіка мовленнєвих труднощів у дітей старшого дошкільного віку.....	19
1.3. Вплив кризових умов на психоемоційний стан дітей старшого дошкільного віку.....	29
Висновки до першого розділу.....	37
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МОВЛЕННЄВОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З МОВЛЕННЄВИМИ ТРУДНОЩАМИ В КРИЗОВИХ УМОВАХ..	40
2.1. Організація дослідження та характеристика методик.....	40
2.2. Аналіз результатів дослідження мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими труднощами в кризових умовах.....	45
Висновки до другого розділу.....	52
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИТКОВОЇ РОБОТИ З ПОДОЛАННЯ МОВЛЕННЄВОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З МОВЛЕННЄВИМИ ТРУДНОЩАМИ В КРИЗОВИХ УМОВАХ...	55
3.1. Теоретичне обґрунтування програми корекційно-розвиткової роботи.....	55
3.2. Зміст та структура програми подолання мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими труднощами в кризових умовах.....	59
3.3. Методичні рекомендації щодо впровадження програми корекційно-розвиткової роботи з подолання мовленнєвої тривожності.....	69
Висновки до другого розділу.....	72
ВИСНОВКИ.....	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема подолання мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку набуває особливої значущості в умовах сучасних обставин, таких як воєнні дії, переселення, економічна нестабільність. Ці фактори впливають на емоційний стан дитини, її психосоціальний розвиток та мовленнєву діяльність.

Так, зокрема, результати дослідження організації логопедичного супроводу дітей в кризових умовах А. Блажко та О. Таран засвідчують, що основними кризовими умовами є: розлучення батьків, вимушена зміна місця проживання через бойові дії в Україні, переживання травматичних подій, пов'язаних із війною, втрата близьких, а також досвід життя в умовах окупації. Поряд з цим, основними труднощами логопедичного супроводу дітей в кризових умовах на думку фахівців є нестабільний емоційний стан дітей та труднощі концентрації уваги. Також, К. Островська та Х. Сайко стверджують, що в умовах війни порушення мовлення у дітей часто супроводжуються тривожністю, емоційними та поведінковими проблемами. Таким чином, з оголошенням воєнного стану в Україні всі діти перебувають в кризових умовах.

Діти з мовленнєвими труднощами дуже чутливі до кризових ситуацій, це може призводити до загострення мовленнєвої тривожності, що може проявлятися у поведінці дитини через страх спілкування, замкнутість, небажання взаємодії з однолітками. У подальшому житті, це може негативно впливати на розвиток мовлення, навчальні успіхи дитини та ускладнювати соціалізацію.

Науковці розглядали низку питань, що торкаються проблеми мовленнєвої тривожності, а саме: зв'язок між тривожністю та заїканням, звертаючи увагу на емоції та соціальний фактор (C. V. Riper); можливих чинників виникнення мовленнєвої тривожності через невпевненість у своїх здібностях на етапі активного пізнання навколишнього світу в межах теорії

психосоціального розвитку (Е. Erikson); особливості організації логопедичної допомоги дітям із мовленнєвими труднощами в системі охорони здоров'я, освіти та соціального захисту (Н. Бабич, К. Тичина); особливості емоційно-вольової сфери та особистісного розвитку у дітей з порушеннями мовлення (Н. Базима, О. Мороз, М. Шеремет).

Подолання мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими труднощами в кризових умовах потребує комплексного підходу: психологічної підтримки дитини та її батьків; логопедичних занять, можливості залучення інших фахівців (невролога, отоларинголога, ортодонта, хірурга) задля повного обстеження дитини. Особливо є важливим пошук оптимальних шляхів логопедичного супроводу щодо подолання мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими труднощами в кризових умовах сьогодення, що і зумовлює актуальність окресленої проблематики.

Мета дослідження: здійснити теоретичний та емпіричний аналіз особливостей мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими труднощами в кризових умовах, запропонувати програму подолання мовленнєвої тривожності.

Відповідно до мети визначено **завдання:**

1. Дослідити наукову літературу з питань мовленнєвої тривожності, мовленнєвих труднощів та кризових ситуацій, що впливають на дітей дошкільного віку.
2. Визначити особливості мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими труднощами в кризових умовах.
3. Розробити програму подолання мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими труднощами в кризових умовах.

Об'єкт дослідження – мовленнєва тривожність.

Предмет дослідження – особливості прояву мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими труднощами в кризових умовах.

Теоретико-методологічні засади дослідження: Концепція психосоціального розвитку особистості (Е. Еріксон). Теорія прихильності та її вплив на емоційний розвиток (Дж. Боулбі). Теорія нейробіологічних механізмів тривожності (Дж. Ледукс). Сучасні дослідження мовленнєвої тривожності у дітей з порушеннями мовлення (Н. Базима, О. Мороз, М. Шеремет); наукові праці з проблем логопедичного супроводу дітей в кризових умовах (А. Блажко, О. Таран); дослідження впливу кризових умов на психоемоційний стан дітей (В. Моляко, Н. Ладур).

Для розв'язання поставлених завдань використано комплекс взаємоузгоджених **методів дослідження:**

-теоретичні: аналіз психолого-педагогічної та логопедичної літератури з проблем мовленнєвої тривожності та впливу кризових умов сьогодення на емоційний та мовленнєвий розвиток дітей;

-емпіричні: діагностика рівня мовленнєвої тривожності у дітей при різних ситуаціях (спостереження, діагностичні проби), опитування фахівців та батьків щодо проявів та чинників мовленнєвої тривожності у дітей (анкетування, експертне оцінювання);

-методи обробки та аналізу даних: здійснення кількісного та якісного аналізу, систематизація та інтерпретація результатів дослідження, формування висновків.

Експериментальна база дослідження. Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю Деснянського району міста Києва. Вибірка досліджуваних 30 дітей старшого дошкільного віку (5-6 років), а саме експериментальна група (ЕГ) – 15 дітей з мовленнєвими труднощами та контрольна група (КГ) – 15 дітей з типовим розвитком. До експертного оцінювання долучено батьків дітей з мовленнєвими труднощами та фахівців що їх супроводжують.

Елементи наукової новизни: уточнено поняття «мовленнєва тривожність» у контексті кризових умов сьогодення, а також визначено специфічні прояви мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного

віку з мовленнєвими труднощами в умовах воєнного стану. Розроблено та теоретично обґрунтовано комплексну програму корекційно-розвиткової роботи з подолання мовленнєвої тривожності, що інтегрує логопедичні методи та психотерапевтичні техніки (арттерапія, казкотерапія, пісочна терапія, музикотерапія).

Практична значущість дослідження полягає в розробці та апробації програми, яку можна використовувати в закладах дошкільної освіти, логопедичних кабінетах, центрах психологічної допомоги при роботі з дітьми, які мають мовленнєві труднощі та підвищену тривожність, особливо в умовах кризових ситуацій.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дослідження були представлені та обговорені на: науково-практичній конференції «Педагогічна наука у сучасному вимірі: рівність, доступність, особливість» (м. Ужгород, 12–13 вересня 2025 р.). Студентській науково-практичній конференції «Перші кроки у науку» Факультету психології, соціальної роботи та спеціальної освіти Київського столичного університету імені Бориса Грінченка (м. Київ, 06.11.2025 р.).

За результатами дослідження у співавторстві з науковим керівником опубліковано тези: Пальцан Т.А., Таран О.П. Дослідження мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими труднощами в кризових умовах. *Педагогічна наука у сучасному вимірі: рівність, доступність, особливість: матеріали науково-практичної конференції (12–13 вересня 2025 року, м. Ужгород)*. Ужгород: Видавництво «Молодий вчений», 2025. С. 12–15.

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається з вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел (56 найменування, з них 21 – іноземними мовами). Повний обсяг роботи становить 82 сторінка, основного тексту – 77 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ МОВЛЕННЄВОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З МОВЛЕННЄВИМИ ТРУДНОЩАМИ

1.1. Поняття мовленнєвої тривожності та її особливості у дітей старшого дошкільного віку

Дослідження проблематики мовленнєвої тривожності у дітей має особливе значення в сучасних умовах, коли суспільство переживає значні трансформації та виклики. Особливо це стосується дітей дошкільного віку, які перебувають на етапі активного формування мовленнєвих навичок та емоційної саморегуляції. Мовленнєва тривожність як специфічний різновид тривожності заслуговує на окрему увагу науковців та практиків, оскільки безпосередньо впливає на процес комунікативного розвитку дитини та її соціалізацію [10; 19; 33].

Проблема тривожності має глибоке коріння в історії психологічної науки. Перші систематичні дослідження тривожності розпочалися на початку ХХ століття в рамках психоаналітичного напрямку. Зигмунд Фрейд у своїй праці «Гальмування, симптом і тривога» розглядав тривожність як сигнал небезпеки, що виникає у відповідь на загрозу з боку неусвідомлюваних потягів. Він розрізняв реальну тривожність (страх перед реальною зовнішньою загрозою), невротичну тривожність (страх перед неконтрольованими потягами) та моральну тривожність (страх перед совістю або Супер-Его). Психоаналітична традиція вперше звернула увагу на складність феномену тривожності та його зв'язок з несвідомими психічними процесами [43, с. 112].

Карен Хорні розвинула ідеї Фрейда, запропонувавши концепцію базальної тривожності як почуття ізоляції та безпорадності дитини у потенційно ворожому світі. На її думку, базальна тривожність виникає внаслідок порушення взаємин між дитиною та батьками і може призводити до

формування невротичних потреб у дорослому віці. Хорні особливо підкреслювала роль соціокультурних факторів у виникненні тривожності, на відміну від біологічного детермінізму класичного психоаналізу. Її роботи стали важливим кроком у розумінні впливу соціального оточення на емоційний стан дитини [45, с. 89].

У 1950-х роках біхевіористи, зокрема Джон Уотсон та Беррес Фредерік Скіннер, розглядали тривожність як набуту умовну реакцію страху. Згідно з їхньою теорією, тривожність формується через процес класичного обумовлювання, коли нейтральний стимул починає викликати реакцію страху після його поєднання з аверсивним стимулом. Ця концепція стала основою для розробки поведінкової терапії тривожних розладів. Біхевіористичний підхід дозволив розробити конкретні методики корекції тривожності через зміну поведінкових патернів [56; 53].

Когнітивна революція 1960–1970-х років привнесла нове розуміння тривожності. Аарон Бек запропонував когнітивну модель тривожності, згідно з якою ключову роль у її виникненні відіграють дисфункціональні когнітивні схеми та автоматичні негативні думки. Альберт Елліс у своїй раціонально-емотивній теорії стверджував, що тривожність виникає внаслідок ірраціональних переконань, зокрема катастрофізації та «повинностей». Когнітивний підхід відкрив шлях до розуміння того, як думки та переконання людини впливають на її емоційний стан, що стало революційним для практичної психології [36, с. 203; 40].

Сучасний нейробіологічний підхід розглядає тривожність через призму функціонування нервової системи. Дослідження останніх десятиліть виявили, що у формуванні тривожності ключову роль відіграють мигдалеподібне тіло (амігдала), гіпокамп, префронтальна кора та гіпоталамо-гіпофізарно-адреналова вісь. Нейромедіатори, такі як серотонін, норадреналін, ГАМК та кортизол, є біохімічною основою тривожних станів. Розуміння нейробіологічних механізмів тривожності дозволяє розробляти більш

ефективні методи її корекції, що поєднують психологічні та фізіологічні підходи [44; 49, с. 145].

Мовленнєва тривожність є специфічною формою ситуативної тривожності, що виникає у контексті мовленнєвої діяльності та комунікації. На відміну від загальної тривожності, яка може проявлятися у різних життєвих ситуаціях, мовленнєва тривожність безпосередньо пов'язана з процесом говоріння, слухання, читання або письма. Цей феномен особливо яскраво проявляється у дітей дошкільного віку, які знаходяться на етапі активного оволодіння мовленням як основним засобом комунікації [10; 19].

За визначенням О. І. Мороз, мовленнєва тривожність – це стійке почуття занепокоєння, напруження та страху, що виникає у дитини в ситуаціях, пов'язаних із використанням мовлення для комунікації. Н. М. Максименко уточнює, що мовленнєва тривожність у дітей дошкільного віку характеризується емоційним дискомфортом, м'язовою напругою, прискореним серцебиттям, труднощами концентрації уваги під час мовленнєвої взаємодії. Ці прояви можуть значно варіюватися за інтенсивністю – від легкого хвилювання до виражених панічних реакцій [20, с. 34; 15, с. 67].

Сучасні дослідники виділяють декілька компонентів мовленнєвої тривожності, які тісно взаємопов'язані та взаємообумовлені. Когнітивний компонент включає негативні думки та очікування щодо власних мовленнєвих здібностей: «Я не зможу правильно сказати», «Наді мною будуть сміятися», «Я знову помилюся». У дітей старшого дошкільного віку цей компонент проявляється через вербалізацію страхів, уникнення очного контакту під час розмови, прагнення до мовчання у групових ситуаціях. Діти можуть заздалегідь налаштовуватися на невдачу у мовленнєвій ситуації, що створює самореалізуючийся прогноз [10; 19].

Емоційний компонент характеризується переживанням страху, занепокоєння, сорому під час мовленнєвої діяльності. Діти можуть відчувати паніку перед необхідністю відповідати на запитання дорослого, розповідати вірш перед групою однолітків, знайомитися з новими людьми. Емоційні

прояви включають тремтіння голосу, сльози, відмову від вербальної комунікації. Інтенсивність емоційних реакцій може варіюватися залежно від конкретної ситуації, присутності значущих осіб, попереднього досвіду дитини [15, с. 67].

Фізіологічний компонент включає соматичні прояви: прискорене серцебиття, пітливість долонь, сухість у роті, м'язове напруження (особливо в області шиї та плечей), прискорене або утруднене дихання, почервоніння або збліднення обличчя, тремор рук. У деяких дітей можуть виникати психосоматичні симптоми: головний біль, біль у животі перед ситуаціями, що вимагають активного мовлення. Ці фізіологічні реакції є результатом активації симпатичної нервової системи у відповідь на сприйняття загрози [44; 49].

Поведінковий компонент проявляється через уникнення мовленнєвих ситуацій, відмову від участі в бесідах, іграх, що потребують вербальної активності, мовчання або односкладові відповіді, використання невербальних засобів комунікації (жести, міміка) замість слів, логофобію (страх говоріння). Діти можуть свідомо чи несвідомо вибирати такі види діяльності, які не вимагають активного мовлення, віддаючи перевагу самотній грі або грі з мінімальною вербальною взаємодією [10, с. 112].

Старший дошкільний вік (5–6 років) є критичним періодом у розвитку мовлення та емоційної сфери дитини. Цей віковий етап характеризується низкою особливостей, що роблять дітей особливо вразливими до мовленнєвої тривожності. З одного боку, у цьому віці діти досягають значних успіхів у мовленнєвому розвитку: збагачується словниковий запас, удосконалюється граматична будова мовлення, розвивається зв'язне мовлення. З іншого боку, саме в цей період діти стають більш критичними до власних мовленнєвих можливостей і чутливими до оцінок оточуючих [25; 26].

За Е. Еріксоном, у період дошкільного дитинства розв'язується криза «ініціатива versus провина». Діти прагнуть до самостійності, ініціативності у спілкуванні та діяльності. Якщо дорослі надмірно критикують мовленнєві помилки дитини або висміюють її спроби говорити, це може призвести до

формування почуття провини та розвитку мовленнєвої тривожності. Дитина може почати сприймати свої спроби спілкування як щось негативне, що викликає несхвалення дорослих, і в результаті відмовитися від ініціативи у мовленнєвій взаємодії [41, с. 238].

У 5–6 років відбувається інтенсивний розвиток емоційної сфери. Діти починають краще розуміти власні емоції та емоції інших людей, розвивається емпатія. Водночас механізми емоційної саморегуляції ще недостатньо сформовані, що робить дітей вразливими до стресових ситуацій, включаючи ті, що пов'язані з мовленням. Діти цього віку ще не володіють достатнім репертуаром стратегій подолання тривожності, тому часто використовують примітивні захисні механізми, зокрема уникнення. Емоційна нестабільність, характерна для дошкільного віку, може посилювати прояви мовленнєвої тривожності [25, с. 145].

О. О. Смирнова зазначає, що у старшому дошкільному віці діти стають більш чутливими до оцінок дорослих та однолітків. Негативні коментарі щодо мовлення можуть глибоко травмувати дитину та стати причиною розвитку мовленнєвої тривожності. Дитина може багаторазово «прокручувати» у пам'яті негативні епізоди, коли її не зрозуміли, виправили чи посміялися з її мовлення. Ці спогади формують негативні очікування щодо майбутніх мовленнєвих ситуацій і стають основою для розвитку стійкої мовленнєвої тривожності [26, с. 187].

Старший дошкільний вік – це період активної соціалізації. Діти відвідують дошкільні заклади, гуртки, активно взаємодіють з однолітками. У цьому віці формуються перші дружні зв'язки, з'являється потреба у визнанні та прийнятті з боку однолітків. Мовлення є основним інструментом соціальної взаємодії, тому мовленнєві труднощі можуть серйозно ускладнювати процес соціалізації та посилювати тривожність. Діти, які не можуть повноцінно брати участь у вербальній комунікації, ризикують опинитися на периферії соціальних відносин у групі однолітків [24; 52].

Дослідження Т. О. Піроженко показують, що діти з мовленнєвими труднощами часто займають низький соціометричний статус у групі однолітків, що додатково посилює їхню тривожність та знижує мотивацію до вербального спілкування. Створюється замкнене коло: мовленнєві труднощі призводять до соціальної ізоляції, соціальна ізоляція посилює тривожність, а тривожність, у свою чергу, погіршує мовленнєву продукцію та ще більше обмежує соціальні контакти [25, с. 42].

Розуміння нейробіологічних основ мовленнєвої тривожності є важливим для розробки ефективних методів її корекції. Сучасні нейронаукові дослідження виявили низку механізмів, що лежать в основі тривожних станів і безпосередньо впливають на мовленнєву поведінку дитини. Амігдала є ключовою структурою мозку, відповідальною за обробку емоцій, особливо страху та тривоги. Коли дитина потрапляє в ситуацію, що викликає мовленнєву тривожність, амігдала активізується, запускаючи стресову реакцію «бийся або тікай». Це призводить до викиду стресових гормонів, що спричиняє фізіологічні симптоми: прискорене серцебиття, м'язове напруження, сухість у роті. Дослідження показали, що амігдала може реагувати на загрозу швидше, ніж префронтальна кора встигає раціонально оцінити ситуацію. Це пояснює, чому діти з мовленнєвою тривожністю можуть відчувати страх навіть у безпечних ситуаціях спілкування, коли об'єктивно ніякої загрози немає [49, с. 145].

Префронтальна кора, особливо її вентромедіальна та дорсолатеральна частини, відповідає за когнітивну переробку інформації, прийняття рішень та регуляцію емоцій. У дітей дошкільного віку префронтальна кора ще перебуває на стадії активного дозрівання, що пояснює їхні труднощі з емоційною саморегуляцією. Коли дитина навчається справлятися з мовленнєвою тривожністю, префронтальна кора поступово бере під контроль реакції амігдали, «вимикаючи» надмірну тривожну відповідь. Цей процес називається регуляцією «зверху вниз» і є основою більшості психотерапевтичних втручань при тривожних розладах [47; 49].

Гіпоталамо-гіпофізарно-адrenalова вісь є основною нейроендокринною системою, що регулює реакцію на стрес. У ситуації стресу гіпоталамус виділяє кортикотропін-рилізінг гормон, який стимулює гіпофіз виробляти адренокортикотропний гормон. АКТГ, у свою чергу, стимулює надниркові залози виробляти кортизол – основний гормон стресу. Хронічна активація цієї системи внаслідок постійної мовленнєвої тривожності може призводити до негативних наслідків: порушення пам'яті, уваги, імунної функції, затримки росту та розвитку у дітей [44, с. 89].

Серотонін відіграє ключову роль у регуляції настрою та тривожності. Низький рівень серотоніну асоціюється з підвищеною тривожністю. ГАМК є основним гальмівним нейромедіатором мозку, який знижує нейронну активність та має протитривожну дію. Норадреналін відповідає за стан пильності та готовності до дії, його надлишок пов'язаний з тривожністю та панічними атаками. Розуміння ролі цих нейромедіаторів дозволяє краще зрозуміти, чому деякі діти більш схильні до тривожності, і розробити більш ефективні стратегії корекції [47; 49].

Цікаво, що мовленнєві зони мозку (зона Брока, зона Верніке) анатомічно та функціонально пов'язані з лімбічною системою, що відповідає за емоції. Це пояснює тісний взаємозв'язок між емоційним станом і мовленнєвою продукцією. У стані тривоги порушується координація роботи цих систем, що може проявлятися у погіршенні мовлення навіть у дітей без структурних мовленнєвих порушень [47, с. 234].

Мовленнєва тривожність виникає під впливом комплексу біологічних, психологічних та соціальних факторів, які взаємодіють між собою складним чином. Розуміння цих факторів важливе для профілактики та ранньої діагностики мовленнєвої тривожності.

Біологічні фактори включають генетичну схильність до тривожних розладів. Якщо батьки мають тривожні розлади, ризик у дитини підвищується на 30–40 %. Темпераментальні особливості також відіграють важливу роль: діти з поведінковою загальмованістю, високою реактивністю нервової

системи більш схильні до розвитку тривожності. Перинатальні ускладнення, такі як гіпоксія під час пологів, недоношеність, можуть впливати на розвиток нервової системи і підвищувати ризик як мовленнєвих порушень, так і тривожності. Неврологічні порушення, що впливають на мовленнєві зони мозку, можуть бути як прямою причиною мовленнєвих труднощів, так і фактором, що підвищує вразливість до стресу [46, с. 156].

Психологічні фактори включають низьку самооцінку та негативну Я-концепцію. Діти, які сприймають себе як нездатних, некомпетентних, більш схильні до тривожності у різних сферах, включаючи мовлення. Перфекціонізм, прагнення говорити ідеально, може призводити до надмірної самокритики та страху помилок. Попередній негативний досвід, такий як висміювання, покарання за мовленнєві помилки, може створити стійку асоціацію між мовленням і негативними емоціями. Травматичні події, пов'язані з мовленням (наприклад, публічна критика, приниження), можуть стати пусковим механізмом для розвитку мовленнєвої тривожності. Особистісна тривожність як риса характеру робить дитину більш вразливою до ситуативної тривожності, у тому числі мовленнєвої [54, с. 78].

Сімейні фактори відіграють критично важливу роль у розвитку мовленнєвої тривожності. Надмірна критика батьків щодо мовлення дитини, постійні виправлення, акцентування уваги на помилках можуть сформувати у дитини страх говорити. Надмірно високі вимоги до мовленнєвої досконалості, невідповідні віковим можливостям дитини, створюють ситуацію хронічної неуспішності. Гіперопіка може не давати дитині можливості розвивати самостійність у мовленні, а емоційна депривація позбавляє необхідної підтримки і заохочення. Тривожний стиль батьківства, коли батьки самі тривожні і передають цю тривожність дітям, створює загальну атмосферу небезпеки і непевності. Конфлікти в сім'ї, нестабільна емоційна атмосфера є додатковими стресорами, що підвищують загальний рівень тривожності дитини. Мовленнєві порушення у батьків або інших членів сім'ї можуть бути

як генетичним фактором ризику, так і джерелом негативного мовленнєвого зразка [38, с. 123].

Соціальні фактори включають негативний досвід взаємодії з однолітками. Булінг, відторгнення з боку ровесників через мовленнєві особливості можуть серйозно травмувати дитину. Порівняння з іншими дітьми, особливо не вигідне порівняння, знижує самооцінку і посилює тривожність. Публічні ситуації, що вимагають демонстрації мовленнєвих навичок (виступи на святах, відповіді перед групою), можуть бути джерелом сильного стресу. Соціальна ізоляція позбавляє дитину можливості відпрацьовувати мовленнєві навички у безпечному контексті. Культурні та мовні бар'єри особливо актуальні для дітей-білінгвів, які можуть відчувати невпевненість у використанні обох мов [52, с. 201].

Педагогічні фактори також не можна ігнорувати. Авторитарний стиль спілкування вихователів і педагогів, який не залишає простору для помилок і експериментування, може пригнічувати мовленнєву активність дитини. Публічне вказування на мовленнєві помилки, особливо в присутності інших дітей, принижує дитину і формує страх говорити. Недостатня підтримка дітей з мовленнєвими труднощами, відсутність індивідуального підходу можуть призводити до поглиблення проблем. Надмірні навантаження, невідповідні віковим можливостям, створюють ситуацію постійного стресу і можуть провокувати як загальну, так і мовленнєву тривожність [25, с. 98].

Мовленнєва тривожність може мати серйозні негативні наслідки для різних аспектів розвитку дитини, які поширюються далеко за межі власне мовленнєвої сфери і впливають на формування особистості в цілому.

Постійний стан тривоги погіршує когнітивне функціонування: концентрацію уваги, оперативну пам'ять, здатність до навчання. Діти з мовленнєвою тривожністю можуть демонструвати нижчі академічні досягнення, незважаючи на нормальний інтелект. Це пов'язано з тим, що тривога «забирає» когнітивні ресурси, які могли б бути використані для навчання. Дитина, яка постійно хвилюється про те, як вона говорить, не може

повноцінно зосередитися на змісті навчального матеріалу. Крім того, оскільки багато навчальних завдань вимагають вербалізації (відповіді на запитання, переказ, обговорення), діти з мовленнєвою тривожністю можуть уникати цих завдань або виконувати їх формально, не демонструючи справжніх знань і здібностей [42, с. 145].

Парадоксально, але мовленнєва тривожність може гальмувати мовленнєвий розвиток через уникнення мовленнєвої практики. Діти отримують менше можливостей для відпрацювання мовленнєвих навичок, що призводить до відставання у розвитку словника, граматичних структур, зв'язного мовлення. Мовлення розвивається через практику, і якщо дитина систематично уникає говоріння, вона позбавляє себе необхідного досвіду. Це створює ще одне замкнене коло: тривожність призводить до уникнення мовлення, відсутність практики гальмує мовленнєвий розвиток, відставання в мовленні посилює тривожність. З часом розрив між мовленнєвими можливостями дитини і віковою нормою може зростати [55, с. 201].

Труднощі у спілкуванні можуть призводити до соціальної ізоляції, труднощів у встановленні дружніх стосунків, низького соціометричного статусу в групі. Це, у свою чергу, знижує самооцінку та посилює загальну тривожність. Дитина, яка не може повноцінно спілкуватися з однолітками, опиняється на периферії соціальних відносин. Вона може бути виключена з ігор, не запрошуватися на дні народження, не мати близьких друзів. Це глибоко травмує дитину і може мати довготривалі наслідки для її соціально-емоційного розвитку. Діти, які переживають соціальну ізоляцію в дошкільному віці, мають підвищений ризик психологічних проблем у майбутньому [39, с. 234].

Тривала мовленнєва тривожність може стати частиною особистості дитини, формуючи песимістичний світогляд, очікування невдач, страх перед новим досвідом. Дитина може почати сприймати себе як невдаху, нездатну до успішної комунікації. Це негативне самосприйняття може генералізуватися на інші сфери життя, призводячи до загальної невпевненості в собі, уникання

викликів, обмеження власних можливостей. У підлітковому та дорослому віці це може трансформуватися у соціальну фобію, генералізований тривожний розлад або депресію. Дослідження показують, що діти з нелікованими тривожними розладами мають значно вищий ризик психічних розладів у дорослому віці [48, с. 167].

Мовленнєва тривожність може також впливати на професійний вибір і кар'єрні можливості в майбутньому. Люди з історією мовленнєвої тривожності можуть уникати професій, що вимагають публічних виступів, інтенсивної комунікації, роботи з людьми, навіть якщо мають здібності в цих сферах. Це призводить до обмеження життєвих можливостей і нереалізованого потенціалу. Тому рання діагностика та ефективна корекція мовленнєвої тривожності є інвестицією в майбутнє дитини.

Для діагностики мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку використовуються комплексні критерії, що враховують поведінкові, емоційні, фізіологічні та когнітивні прояви. Важливо розрізняти нормативну ситуативну тривожність, яка може виникати у дитини перед важливою подією, і патологічну мовленнєву тривожність, що має стійкий характер і значно впливає на функціонування дитини.

Поведінкові ознаки включають систематичне уникнення ситуацій, що вимагають вербальної комунікації. Дитина може відмовлятися відповідати на запитання вихователя, не брати участі в колективних іграх, що потребують мовлення, надавати перевагу самотній або паралельній грі. Характерні односкладові відповіді або мовчання під час бесід, навіть коли дитина знає відповідь. Дитина може демонструвати надання переваги невербальним засобам комунікації: показує на предмети замість того, щоб їх назвати, використовує міміку і жести замість слів, кличе дорослого, щоб той говорив за неї. Можуть спостерігатися затримки перед початком мовлення, часті паузи, «застигання» в ситуаціях, що вимагають мовлення.

Емоційні прояви включають видимий страх або занепокоєння перед мовленнєвими ситуаціями. Дитина може демонструвати плач або істерику

перед необхідністю говорити публічно, вираз страху на обличчі під час спілкування, відведення погляду, уникнення очного контакту. Після мовленнєвих ситуацій дитина може бути пригніченою, роздратованою, висловлювати незадоволення собою. Характерні також соматичні прояви емоційного дискомфорту: «у мене боляче в животі», «я хочу до мами» перед ситуаціями, що вимагають мовлення.

Фізіологічні симптоми включають прискорене серцебиття перед або під час мовлення (може бути виявлено при медичному обстеженні або через скарги дитини «серце стукає»), тремтіння голосу, рук, почервоніння або збліднення обличчя, пітливість (особливо долонь), напруження м'язів (дитина може скаржитися на «кам'яні плечі», біль у шиї). Діти можуть також скаржитися на біль у животі, головний біль, нудоту перед мовленнєвими ситуаціями. Ці скарги зазвичай не мають органічної основи і зникають, коли стресова ситуація минає.

Когнітивні ознаки включають негативні висловлювання про власне мовлення: «Я погано говорю», «Я не вмію розповідати», «Надо мною будуть сміятися». Характерні очікування невдачі у мовленнєвих ситуаціях: «Я не зможу», «У мене не вийде», катастрофізація можливих помилок: «Якщо я помилюся, це буде жахливо». Дитина може надмірно концентруватися на власному мовленні, постійно контролювати себе, що парадоксально погіршує мовленнєву продукцію.

Важливим критерієм є тривалість та інтенсивність симптомів. Для діагностики мовленнєвої тривожності симптоми повинні спостерігатися протягом не менше 3 місяців, бути стабільними і суттєво впливати на щоденне функціонування дитини. Якщо дитина час від часу хвилюється перед публічним виступом, але в цілому комфортно почувається у мовленнєвих ситуаціях, це не свідчить про мовленнєву тривожність. Проте якщо тривога виникає систематично у різних мовленнєвих ситуаціях і обмежує можливості дитини для спілкування та навчання, це вказує на наявність проблеми, що потребує втручання.

1.2. Специфіка мовленнєвих труднощів у дітей старшого дошкільного віку

Мовленнєві труднощі у дітей старшого дошкільного віку становлять широкий спектр порушень, що можуть стосуватися різних аспектів мовленнєвої діяльності: фонетики, лексики, граматики, зв'язного мовлення. Розуміння специфіки цих труднощів є необхідною умовою для ефективної корекційної роботи з подолання мовленнєвої тривожності, оскільки ці два феномени тісно взаємопов'язані і часто взаємообумовлені.

У вітчизняній логопедії поширеною є психолого-педагогічна класифікація мовленнєвих порушень, розроблена українськими та міжнародними дослідниками. Згідно з цією класифікацією, виділяють дві великі групи порушень: порушення усного мовлення та порушення писемного мовлення. Для дітей старшого дошкільного віку найбільш актуальними є порушення усного мовлення, оскільки письмо та читання ще перебувають на стадії початкового оволодіння [33; 3; 57].

Фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення є одним з найпоширеніших видів мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку. Це порушення процесів формування вимовної системи рідної мови у дітей з різними мовленнєвими розладами внаслідок дефектів сприйняття і вимови фонем. У дітей з ФФНМ спостерігається недосконале за своєю структурою й функціонуванню фонематичне сприйняття, недосформована вимова звуків. Порушення можуть стосуватися одного або декількох звуків. Характерні труднощі у диференціації акустично та артикуляційно близьких звуків: свистячих і шиплячих (с–ш, з–ж), сонорних (р–л), африкатів і звуків, що входять до їх складу (ц–с, ч–ть, ч–щ) [61; 58].

Типовими проявами ФФНМ є заміни звуків (дитина говорить «шапка» замість «сапка», «лампа» замість «рампа»), змішування звуків (непослідовне використання правильної і неправильної вимови), спотворення звуків (звук вимовляється неправильно, але не замінюється іншим). Також характерні порушення звуко-складової структури слів: пропуски звуків («моко» замість

«молоко»), перестановки звуків або складів («весипед» замість «велосипед»), додавання звуків, уподібнення звуків, скорочення складних слів. Ці порушення можуть значно ускладнювати розуміння мовлення дитини оточуючими, що стає джерелом мовленнєвої тривожності [20; 59].

Загальне недорозвинення мовлення представляє більш складну картину порушень. Це складні мовленнєві розлади, при яких у дітей порушене формування всіх компонентів мовленнєвої системи: фонетики, лексики, граматики при нормальному слуху та первинно збереженому інтелекті. ЗНМ може виникати внаслідок різних причин: органічного ураження ЦНС, мінімальної мозкової дисфункції, соціально-педагогічної занедбаності тощо [62; 60].

Виділено чотири рівні мовленнєвого розвитку при ЗНМ, що відображають ступінь сформованості мовленнєвої системи. Перший рівень характеризується практично повною відсутністю загальноприйнятого мовлення. Активний словник дитини складається з невеликої кількості аморфних слів-коренів, звуконаслідувань, уривків лепетних слів. Дитина широко використовує міміку, жести. Наприклад, «ба» може означати і бабусю, і булку, і гуляти, залежно від контексту та жестів. Фразове мовлення практично відсутнє. Розуміння мовлення значно переважає експресивне мовлення, але також є обмеженим.

Другий рівень мовленнєвого розвитку характеризується появою фразового мовлення, але воно є аграматичним та фонетично спотвореним. Словник збільшується, але залишається обмеженим побутовою тематикою. Дитина може сказати: «Мальчик ест ябко» замість «Хлопчик їсть яблуко». Характерні грубі порушення звуковимови, недорозвинення фонематичного сприйняття. Діти часто не можуть повторити склади з опозиційними звуками (па–ба, та–да), не диференціюють на слух близькі за звучанням звуки. Граматична будова мовлення примітивна: переважають прості непоширені речення, порушуються узгодження, керування, словотворення [63, с. 112].

Третій рівень мовленнєвого розвитку характеризується наявністю розгорнутого фразового мовлення з елементами лексико-граматичного недорозвинення. Дитина користується розгорнутим фразовим мовленням, але має труднощі у використанні складних граматичних конструкцій, абстрактної лексики, при переказі та складанні розповідей. Звуковимова може бути порушеною, але менше, ніж на попередніх рівнях. Характерні специфічні помилки: «У лісі багато різних звірі живе» замість «У лісі живуть різні звірі». Діти плутають відмінкові закінчення, роди, числа, часи дієслів. Словник є достатнім для побутового спілкування, але відсутня або обмежена абстрактна лексика, узагальнюючі поняття.

Четвертий рівень мовленнєвого розвитку характеризується залишковими проявами недорозвинення мовлення. Труднощі найчастіше проявляються у складних формах мовлення: переказах, творчих розповідях, складнопідрядних реченнях. Можуть зберігатися порушення звуковимови окремих звуків, труднощі у словотворенні. Діти можуть плутати споріднені за звучанням слова (екскаватор – ескалатор), мати труднощі з утворенням відносних прикметників (дерев'яний, скляний), зменшувальних форм. На перший погляд мовлення таких дітей може здаватися нормальним, але при ретельному обстеженні виявляються специфічні труднощі [64, с. 134].

Заїкання або логоневроз є окремою категорією мовленнєвих порушень, що безпосередньо пов'язане з емоційною сферою. Це порушення темпоритмічної організації мовлення, зумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату. У дітей дошкільного віку заїкання часто виникає на фоні емоційного стресу, страху, після психічної травми. Пік виникнення заїкання припадає на вік 2–5 років, період активного формування фразового мовлення.

При заїканні спостерігаються судоми м'язів мовленнєвого апарату, що можуть бути тонічними (продовження звуків: «мммммашина»), клонічними (повторення звуків, складів: «м-м-м-машина») або змішаними. Характерні мовленнєві затримки, паузи перед важкими звуками або словами. Часто

з'являються супутні рухи (міморухи): кліпання очима, тики, рухи руками, головою. Виникає логофобія (страх мовлення), мовленнєва тривожність. Діти починають уникати мовленнєвих ситуацій, використовувати слова-паразити, «заміни» («ем», «ось», «такий») для подолання судом. Дослідження показують, що заїкання тісно пов'язане з мовленнєвою тривожністю: заїкання породжує страх говоріння, а страх, у свою чергу, посилює заїкання, створюючи порочне коло.

Причини виникнення мовленнєвих труднощів у дітей можна класифікувати за часом дії патогенного чинника. Розуміння етіології важливе для профілактики, прогнозування та вибору адекватних методів корекції.

Пренатальні (внутрішньоутробні) фактори включають гіпоксію плода, яка може виникати внаслідок різних причин: токсикози вагітності, захворювання матері, патологія плаценти. Киснєве голодування негативно впливає на розвиток мозку плода, особливо на ті структури, що інтенсивно розвиваються у даний період. Інфекційні захворювання матері під час вагітності (краснуха, токсоплазмоз, цитомегаловірус, герпес) можуть призводити до вроджених вад розвитку, у тому числі порушень нервової системи. Інтоксикації алкоголем, наркотиками, деякими ліками, промисловими отрутами мають тератогенний ефект і можуть порушувати розвиток різних систем організму плода, включаючи нервову систему [65, с. 45].

Травми живота під час вагітності можуть призводити до пошкодження плода. Резус-конфлікт може спричиняти гемолітичну хворобу новонародженого, що призводить до ураження підкіркових структур мозку. Загроза викидня, особливо на ранніх термінах, часто супроводжується порушеннями кровопостачання плода. Стреси матері під час вагітності впливають на гормональний фон і можуть негативно позначатися на розвитку нервової системи плода. Генетичні фактори включають спадкові синдроми, хромосомні аномалії, сімейну схильність до мовленнєвих порушень.

Натальні (пологові) фактори включають родову травму, механічне пошкодження мозку внаслідок складних пологів. Асфіксія або порушення дихання новонародженого призводить до гіпоксії мозку, що особливо небезпечно для новонароджених, оскільки мозок інтенсивно потребує кисню. Передчасні пологи (недоношеність) означають, що мозок дитини ще не встиг повністю сформуватися, що підвищує ризик різних порушень розвитку. Затяжні пологи також можуть призводити до тривалої гіпоксії. Використання акушерських інструментів підвищує ризик родової травми [25].

Постнатальні (післяпологові) фактори включають черепно-мозкові травми у ранньому віці, які можуть пошкоджувати мовленнєві зони мозку. Нейроінфекції (менінгіт, енцефаліт) призводять до запалення мозкових оболонок або речовини мозку, що може мати тяжкі наслідки для розвитку. Часті соматичні захворювання у перші роки життя ослаблюють організм дитини, можуть призводити до затримки психомоторного і мовленнєвого розвитку. Педагогічна занедбаність, відсутність мовленнєвого спілкування з дитиною може призводити до затримки мовленнєвого розвитку навіть при збереженому потенціалі [24].

Білінгвізм або одночасне засвоєння двох мов може спричинити тимчасові труднощі, особливо якщо мови істотно відрізняються за структурою. Психічні травми, стреси можуть призводити до мутизму, заїкання, регресу мовлення. Неправильний мовленнєвий зразок в оточенні (надто швидке, незрозуміле мовлення дорослих, діалектизми, заїкання у батьків) може стати зразком для наслідування і закріпитися у дитини [6].

Діти з мовленнєвими порушеннями мають низку специфічних психологічних особливостей, які необхідно враховувати в корекційній роботі. Ці особливості стосуються всіх сфер психіки: пізнавальної, емоційно-вольової, комунікативної, особистісної.

У багатьох дітей з мовленнєвими труднощами спостерігається нестійкість уваги, підвищена відволікання, труднощі у концентрації на мовленнєвих завданнях. Обсяг уваги звужений, дитина може утримувати у

фокусі уваги меншу кількість об'єктів порівняно з нормативним розвитком. Переключення уваги уповільнене, дитині важко швидко переходити з одного завдання на інше. Розподіл уваги утруднений, важко одночасно виконувати два види діяльності. Ці особливості уваги необхідно враховувати при плануванні корекційних занять: робити їх короткими, різноманітними, з частою зміною видів діяльності [26].

Часто страждає мовленнєва пам'ять: дітям важко запам'ятовувати вірші, переказувати почуте, утримувати в пам'яті складні інструкції. При цьому зорова та рухова пам'ять можуть бути збереженими або навіть розвиненими компенсаторно. Логопеди використовують цю особливість, спираючись на сильні сторони: використовують наочність, схеми, малюнки для полегшення запам'ятовування словесного матеріалу. Дослідження показують, що у дітей із ЗНМ обсяг словесної пам'яті може бути знижений на 30–40% порівняно з нормою [33].

У дітей із ЗНМ спостерігаються особливості словесно-логічного мислення: труднощі у встановленні причинно-наслідкових зв'язків, узагальненні, класифікації. Наочно-образне мислення розвинене краще, тому в корекційній роботі важливо спиратися на візуальні опори. Діти можуть мати труднощі з розумінням складних логіко-граматичних конструкцій, прислів'їв, метафор. Абстрактне мислення формується із затримкою. Водночас практичне мислення може бути збереженим [3].

Можуть бути труднощі у фонематичному сприйнятті або розрізненні звуків мовлення. Діти плутають акустично близькі звуки, що ускладнює формування правильної звуковимови. Просторове сприйняття може бути порушеним: діти мають труднощі з орієнтуванням у просторі, схемі власного тіла, розрізненням «право–ліво», «верх–низ». Це має значення для підготовки до навчання письму. Часове сприйняття також може страждати: діти плутають поняття «вчора–сьогодні–завтра», пори року, дні тижня [31].

У дітей з мовленнєвими порушеннями часто формуються різні страхи, зокрема логофобія (страх мовлення). Деякі діти демонструють агресивність як

захисну реакцію на труднощі у спілкуванні: якщо дитину не розуміють, вона може відреагувати ударом замість спроби пояснити словами. Інші діти, навпаки, стають замкненими, уникають контактів. Труднощі у вольовій регуляції поведінки, слабка сформованість довільності проявляються у неможливості тривалий час виконувати нецікаве завдання, слідувати правилам, контролювати свою поведінку [14].

Мовленнєві труднощі безпосередньо впливають на комунікативну активність дітей. Спостерігається зниження комунікативної ініціативи: діти рідше звертаються з питаннями, пропозиціями, не ініціюють спілкування. Вони мають труднощі у встановленні контакту як із дорослими, так і з однолітками. Діти надають перевагу невербальним засобам комунікації: жестам, міміці, показу замість словесного пояснення. Характерне уникнення колективних ігор, особливо рольових, де потрібно багато говорити [25].

Діти з мовленнєвими порушеннями можуть мати труднощі у розумінні емоційного підтексту висловлювань, іронії, жартів. Вони сприймають мовлення більш буквально, що може призводити до непорозумінь у спілкуванні. Деякі діти намагаються компенсувати мовленнєві труднощі за рахунок посиленої жестикуляції, малювання, використання іграшок для демонстрації думки. Ці компенсаторні стратегії можуть бути як адаптивними, так і дезадаптивними [12].

Мовленнєві труднощі та мовленнєва тривожність перебувають у складних взаємовідносинах, часто підсилюючи одне одного. Розуміння цього взаємозв'язку є ключовим для розробки ефективної корекційної програми. Мовленнєві труднощі можуть бути первинною причиною тривожності. Дитина, яка має порушення звуковимови або граматичні помилки, може зіткнутися з насмішками з боку однолітків. Висміювання, дражніння, нерозуміння мовлення оточуючими створює ситуацію комунікативної невдачі. виправлення та зауваження з боку дорослих, особливо публічні, принижують дитину. Труднощі у вираженні своїх думок призводять до фрустрації базових потреб [19].

Ці негативні досвіди формують очікування невдачі в мовленнєвих ситуаціях та породжують тривожність. Дитина починає думати: «Я погано говорю → Надо мною будуть сміятися → Краще взагалі не говорити». Формується класичне обумовлювання: мовленнєва ситуація асоціюється з негативними емоціями (страх, сором, фрустрація), і в подальшому сама ситуація, що вимагає мовлення, починає автоматично викликати тривожну реакцію, навіть якщо об'єктивно ніякої загрози немає.

З іншого боку, тривожність може бути фактором, що посилює мовленнєві труднощі. Стан тривоги супроводжується фізіологічними змінами (м'язове напруження, прискорене дихання), які погіршують артикуляцію. М'язова напруга в області мовленнєвого апарату (щелепи, язик, губи) робить артикуляцію менш точною. Прискорене, поверхнєве дихання порушує мовленнєве дихання, що необхідне для правильної звуковимови. У стані хвилювання дитина може забувати слова, які знає у спокійному стані. Це пов'язано з тим, що стрес погіршує роботу оперативної пам'яті та доступ до довготривалої пам'яті [42].

Дитина в стані тривоги може робити більше граматичних помилок, плутати відмінки, роди, числа. Вона може говорити надто швидко (намагаючись швидше закінчити неприємну для неї ситуацію) або, навпаки, уповільнено (через блокування). Характерні перестановки звуків та складів, пропуски слів у реченнях. Може з'являтися або посилюватися заїкання (навіть якщо у звичайних умовах його немає). Все це створює враження, що мовлення дитини гірше, ніж воно є насправді, що призводить до ще більшої критики з боку оточуючих і поглиблення тривожності.

Формується «замкнене коло» мовленнєвих труднощів та тривожності: Мовленнєві труднощі → Негативний досвід спілкування (насмішки, незрозуміння, критика) → Мовленнєва тривожність (страх мовленнєвих ситуацій) → Уникнення мовленнєвих ситуацій → Недостатня мовленнєва практика → Посилення мовленнєвих труднощів (через відсутність практики) → Зростання тривожності (через усвідомлення відставання від однолітків). Це

замкнене коло може бути розірвано лише за допомогою цілеспрямованої корекційно-розвиткової роботи, що включає як подолання мовленнєвих порушень, так і зниження тривожності.

Важливо розуміти, що у деяких випадках мовленнєва тривожність може існувати і без структурних мовленнєвих порушень. Наприклад, дитина може мати нормальну звуковимову та граматику, але через надмірні вимоги батьків до «досконалого мовлення», через травматичний досвід (публічне приниження) у неї може розвинутися мовленнєва тривожність. У таких випадках корекційна робота фокусується саме на подоланні тривожності, а не на виправленні мовленнєвих порушень.

Мовленнєві труднощі мають широкий вплив на розвиток дитини, що виходить далеко за межі власне мовленнєвої сфери. Згідно з гіпотезою лінгвістичної відносності Сепіра–Уорфа, мова впливає на мислення. Мовленнєві труднощі можуть гальмувати розвиток словесно-логічного мислення, оскільки дитина має обмежені засоби для вербального опосередкування своєї розумової діяльності. Українські дослідники Шеремет М. та Базима Н. підкреслюють, що внутрішнє мовлення є інструментом мислення та саморегуляції поведінки. Діти з ЗНМ мають недорозвинене внутрішнє мовлення, що ускладнює планування діяльності, рефлексію, саморегуляцію поведінки [33; 50].

Дитина з недорозвиненим мовленням має труднощі з формулюванням думок, що обмежує можливості абстрактного мислення. Вона може мати ідею, але не може її адекватно виразити, що призводить до фрустрації. З часом це може впливати на мотивацію до розумової діяльності: дитина може починати уникати завдань, що вимагають вербалізації, навіть якщо когнітивно здатна їх виконати [51].

Мовленнєві труднощі можуть негативно впливати на формування Я-концепції дитини. Дослідження українських психологів показують, що діти з мовленнєвими порушеннями часто мають заниження реального Я («Я погано говорю», «Я нічого не вмію»). Негативна самооцінка у сфері мовлення може

генералізуватися на інші сфери, формуючи загальне уявлення про себе як про невдачу. Характерний розрив між ідеальним і реальним Я, що породжує внутрішній конфлікт: дитина хоче говорити як інші діти, але не може, що викликає страждання [33].

Діти з мовленнєвими порушеннями часто мають екстернальний локус контролю: вони вірять, що їхнє життя залежить від зовнішніх обставин, а не від власних зусиль. Це пов'язано з частими комунікативними невдачами, які формують переконання «як не намагайся, все одно не вийде». Така позиція є дезадаптивною і перешкоджає активним зусиллям для подолання труднощів.

Мовлення є основним інструментом соціалізації у дошкільному віці. Діти з мовленнєвими труднощами часто займають низький соціометричний статус у групі: їх рідше обирають партнерами для ігор, вони можуть бути «ізольованими» або «відторгненими» у соціометричній структурі групи. Такі діти мають менше друзів, їхні дружні стосунки можуть бути менш глибокими і стійкими. Вони частіше стають об'єктами булінгу: дражніння, висміювання, виключення з ігор. Діти з порушеннями мовлення можуть відчувати соціальну ізоляцію навіть у групі однолітків, почуваячись «не такими як усі» [52].

Компенсаторно діти можуть проявляти агресію (як спосіб самоствердження і захисту від насмішок) або, навпаки, надмірну покірливість (намагаючись «купити» прийняття однолітків, виконуючи їхні бажання). Обидві ці стратегії є дезадаптивними і не призводять до справжнього соціального прийняття.

Нездатність адекватно виразити свої почуття словами може призводити до «накопичення» емоцій, які потім виливаються в афективних спалахах. Дитина, яка не може сказати «Я злюся, тому що ти забрав мою іграшку», може просто вдарити кривдника. Емоції, які не виражені словами, можуть «йти в тіло», викликаючи психосоматичні розлади: головні болі, болі в животі, енурез, порушення сну, апетиту. Характерні емоційні та поведінкові порушення: агресія (вербальна і фізична), плаксивість, непослух, негативізм.

Діти можуть мати порушення сну (труднощі із засинанням, кошмари) та апетиту.

Мовленнєві порушення можуть впливати на академічну успішність. У школі багато завдань вимагають вербалізації: відповіді на уроках, переказ, твори, читання вголос. Діти з мовленнєвими труднощами можуть демонструвати нижчі оцінки не тому, що не знають матеріал, а тому, що не можуть його адекватно виразити. Можливі труднощі з навчанням читання та письма: дисграфія (порушення письма) та дислексія (порушення читання) часто є наслідком недорозвинення усного мовлення. Негативний досвід у навчанні може призводити до шкільної дезадаптації, страху школи, зниження мотивації до навчання.

1.3. Вплив кризових умов на психоемоційний стан дітей старшого дошкільного віку

Сучасні кризові умови, зокрема воєнний конфлікт в Україні, створюють унікальні та багатовимірні виклики для розвитку дітей дошкільного віку. Розуміння специфіки впливу цих умов на психоемоційний стан дітей є критично важливим не лише для розробки ефективних програм психологічної підтримки та логопедичної корекції, але й для реалізації принципу травмаінформованого підходу в освітній практиці. На відміну від стабільних умов розвитку, коли дитина може розвиватися у передбачуваному та безпечному середовищі, діти в умовах воєнного конфлікту піддаються комплексному впливу численних, часто одночасних стресових факторів, які перевищують адаптаційні можливості дитячої психіки.

Поточна воєнна ситуація в Україні являє собою один із найскладніших контекстів для дитячого розвитку в новітній історії. Воєнний конфлікт, що розпочався у 2022 році, призвів до масштабного переміщення населення, руйнування інфраструктури, втрат людських життів та психологічних травм, які торкнулися практично кожної родини в країні. До основних кризових умов,

які безпосередньо впливають на психоемоційний стан дітей старшого дошкільного віку та їхній розвиток, належать:

БВоєнні дії, артилерійські обстріли, дронів атаки, ракетні удари по цивільній інфраструктурі створюють постійний та непередбачуваний стан загрози безпеці дитини та її близьких. Діти постійно чують звуки вибухів, сирени повітряних тривог, переживають інтенсивну фізіологічну реакцію на ці сигнали загрози. Для дитини дошкільного віку, яка ще не має достатнього розуміння причинно-наслідкових зв'язків, ці звуки та вібрації від вибухів можуть створювати відчуття, що світ є максимально небезпечним та непередбачуваним місцем. Постійна активація системи "бій або втеча" (sympathetic nervous system) утримує організм дитини в стані хронічного стресу, що має далекосяжні наслідки для психічного та фізичного здоров'я [4].

Тисячі українських сімей були змушені залишити свої домівки, втратити житло, майно, звичне оточення внаслідок воєнних дій та окупації певних територій. Для дитини дошкільного віку переселення означає набагато більше, ніж просто зміну місця проживання. Це є втратою фізичного середовища, яке було контейнером для всіх її ранніх спогадів та емоцій. Дитина втрачає знайомий дошкільний заклад, де вона мала встановлені ритуали та безпечні стосунки з педагогами та однолітками. Вона втрачає свою кімнату з іграшками, які мали особливе значення, втрачає ігрові майданчики, де вона грала з друзями. На глибинному рівні втрата привичного середовища є втратою частини своєї ідентичності та безпеки [13]. Це особливо травматично для дітей старшого дошкільного віку, тому що саме в цьому віці дитина вже сформувала глибокі екологічні та соціальні зв'язки з місцем та людьми, і раптова втрата цих зв'язків створює відчуття дезорієнтації та втрати контролю.

Багато батьків залишилися на фронті, займаються волонтерською роботою у військових частинах, або змушені працювати у складних умовах для забезпечення сім'ї, залишаючи дітей на опіку бабусь, дідусів, тіток чи інших опікунів. Для дитини дошкільного віку відлучення від батька, особливо

від матері, є однією з найбільш базових травм, оскільки дитина на цьому етапі розвитку залежить від батьків не лише фізично, але й емоційно як джерела комфорту, безпеки та регуляції власних емоцій [37]. Батько часто символізує захист та стабільність у світі, особливо в умовах загрози. Розлука з батьками може призвести до розвитку тривожності розлуки (*separation anxiety*), яка проявляється у постійному страху, що з батьками щось станеться, або що вони назавжди не повернуться. Це створює фон постійного емоційного напруження, на якому розвивається й мовленнєва тривожність [33].

Деякі діти втратили члена сім'ї, близьких родичів, знайомих внаслідок воєнних дій. Для дитини дошкільного віку, яка ще тільки починає розуміти необоротність смерті, втрата близької людини є однією з найглибших психологічних травм. На відміну від дорослого, дитина не може повністю розуміти природу смерті та не має розвинених механізмів горювання. Вона може переживати сильне почуття покинутості, гніву, вини («чому я не міг допомогти?»), а також глибокі екзистенціальні страхи щодо власної смертності. Ці втрати залишають психічні рани, які формують почуття беззахисності та тривожності на все життя [18].

Постійні повітряні тривоги змушують дітей та їхні сім'ї проводити тривалий час у темних, часто холодних, вологих, тісних укриттях, підвалах чи метро. Для маленької дитини перебування в укриттях створює відчуття замкненості, беззахисності, невизначеності, посилює кліустрофобію та тривожність. Дитина не розуміє, чому вона повинна сидіти в укритті, скільки часу це триватиме, чи буде безпечно вийти. Періодичне повернення до цього досвіду (кожного разу, коли звучить сирена) створює умовну реакцію страху на звуки тривоги, які стають тригерами для активації всієї системи стресу, навіть в інших контекстах та ситуаціях [18; 14].

Дослідження дітей, які переживають воєнні конфлікти, показують, що такі діти демонструють специфічний спектр психоемоційних змін, які безпосередньо впливають на всі аспекти їхнього розвитку, включаючи мовленнєвий розвиток. Ці наслідки можуть бути як гострими (виникають

негайно після травматичної події), так і хронічними (розвиваються поступово через тривалий період стресу).

Посттравматичні симптоми та розлади проявляються у деяких дітей через розвиток ознак посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або гострого стресового розладу. Це виявляється у повторюючих деструктивних спогадах про травматичні події, нічних кошмарах, в яких дитина знову переживає травму, гіперправці (підвищена готовність до реагування на загрози), емоційному онімінні (неспроможність відчувати емоції, які раніше приносили задоволення), уникненні стимулів, пов'язаних з травмою (наприклад, дитина може відмовитися від грання, коли чує звуки, подібні до звуків вибухів) [35].

Генералізована та специфічна тривожність розвивається, коли безпосередньо пов'язані з кризовою ситуацією страхи (страх звуків повітряних тривог, страх вибухів, страх залишитися без домішки) часто поєднуються з генералізованими страхами, які виходять далеко за межі воєнної ситуації (страх залишитися самому, страх темряви, страх незнайомих людей). Тривожність набирає всепронизуючого характеру, коли дитина відчуває небезпеку в багатьох ситуаціях, навіть у тих, які об'єктивно безпечні [7].

Депресивні симптоми та апатія можуть розвинути у дитини, включаючи втрату інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення (улюблені ігри, малювання, співи), зниження активності, апатію, стійку смуток та почуття безнадійності. Дитина може витрачати більшість часу сидючи без діяльності, не реагуючи на спроби дорослих залучити її до гри чи навчальної діяльності [18].

Поведінкові проблеми та дезадаптація проявляються через збільшення агресивності (як вербальної, так і фізичної), імпульсивності, непослуху, вибухів гніву, або, навпаки, у крайній пасивності, замкнутості, ізоляції. Деякі діти розвивають деструктивну поведінку, коли вони знищують іграшки, меблі, намагаючись таким чином експресувати неконтрольовану гнів та фрустрацію [4].

Регресія розвитку та втрата раніше сформованих навичок часто спостерігаються у дітей, які повертаються до поведінки молодшого віку: повернення до лепету замість сформованого мовлення, недержання сечі вночі та вдень (енурез), повернення до сосання пальця, відмова від самообслуговування (дитина просить дорослого одягнути її, хоча раніше одягалася самостійно). Ця регресія являє собою адаптивний механізм, коли дитина намагається повернутися у "безпечніший" період розвитку, коли вона мала менше відповідальності та більше залежала від батьків, які мали мати її захистити [17].

Порушення сну, апетиту та психосоматичні розлади розвиваються внаслідок постійної тривоги та стресу, які призводять до хронічної безсоння, частих пробуджень з кошмарами, утруднення засипання. Діти можуть просити спати з батьками або іншими членами сім'ї, виявляючи потребу в постійній фізичній близькості та безпеці. Також спостерігаються значні зміни апетиту – від повної втрати апетиту до компенсаторного переїдання. Крім того, можуть розвинути психосоматичні симптоми: головні болі, болі в животі, нудота, тремтіння, які не мають органічної основи, але відображають фізичне утримання стресу організмом [13].

Психоемоційний стрес у кризових умовах мав дуже специфічний та значний вплив на мовленнєвий розвиток, особливо у дітей з уже наявними мовленнєвими порушеннями. Механізми цього впливу є комплексними та багатьма взаємопов'язаними.

Регресія мовленнєвих навичок та втрата раніше засвоєних умінь спостерігалася у багатьох дітей, які втрачали раніше засвоєні мовленнєві навички під впливом стресу. Дитина, яка раніше говорила розгорнутими фразами з правильною граматиною, могла повернутися до односкладових відповідей або взагалі мовчати. Це явище називається мовленнєвою регресією і є добре задокументованим феноменом у психотравматології [14]. Дитина буквально "розвантажує" себе від складних мовленнєвих завдань, щоб зосередити енергію на виживанні та адаптації до кризи.

Загострення заїкання та порушення темпо-ритмічної організації мовлення відбувалося у дітей, які вже мали тенденцію до заїкання або легкі прояви заїкання. Це порушення суттєво посилювалось під впливом стресу, судоми мовленнєвого апарату ставали частішими, інтенсивнішими та видимішими. Дитина, яка раніше заїкалась лише у стресових ситуаціях, могла почати заїкатися у всіх мовленнєвих ситуаціях. Це пов'язано з тим, що м'язи мовленнєвого апарату, під впливом постійного стресу, перебували у стані хронічного напруження, що утруднювало їхню координацію та синхронізацію [6].

Розвиток селективного мутизму та повної відмови від мовлення виникав у деяких дітей як селективний мутизм — повна відмова від мовлення у певних ситуаціях або контекстах. Наприклад, дитина могла говорити вдома з батьками, але повністю мовчала в укріттях під час повітряних тривог, або навпаки. Це являє собою захисний механізм, коли дитина намагається «зробити себе невидимою» у небезпечних ситуаціях, щоб не привертати уваги потенційної загрози [4].

Збільшення мовленнєвих помилок та порушень якості мовлення спостерігалось у дітей, які раніше говорили відносно правильно. Під впливом постійної тривоги вони почали робити значно більше помилок у звуковимові, граматиці, синтаксисі, плутати слова та конструкції. М'язова напруга в артикуляційному апараті під час стресу утруднює точну артикуляцію звуків. Прискорене, поверхнєве дихання, характерне для стану стресу, порушує мовленнєве дихання. Когнітивні ресурси, необхідні для контролю якості мовлення, витрачаються на обробку загрози, тому якість мовлення неминуче страждає [51].

Зменшення мовленнєвої активності та ініціації відбувалося, коли діти менше ініціювали спілкування, давали коротші та менш розгорнуті відповіді на запитання, менше брали участь у групових розмовах та обговореннях. Це пов'язано як з регресією мовленнєвих навичок, так і з розвитком мовленнєвої тривожності. Дитина намагається говорити як можна менше, щоб не

помилитися, не бути осуджена, чи просто щоб залишитися непомітною в небезпечному світі [33].

Кризові умови посилювали мовленнєву тривожність дітей через кілька взаємопов'язаних механізмів, які діють на різних рівнях психіки та організму.

Нейрофізіологічний механізм виявляється у тому, що хронічна активація системи «бий або втеча» призводить до постійного м'язового напруження, включаючи м'язи мовленнєвого апарату (язик, губи, челюсті, гортань). Це напруження утруднює точну артикуляцію, збільшує кількість помилок, посилює прояви заїкання. Підвищений рівень кортизолу та адреналіну впливає на роботу центральної нервової системи, посилюючи гіперпильність та готовність до реакції на загрози. Навіть нейтральні комунікативні ситуації сприймаються мозком як потенційна загроза [49].

Когнітивний механізм формується через постійну загрозу, яка формує катастрофічне мислення, де дитина сприймає будь-яку невдачу як трагедію. Дитина розвиває переконання типу: «Якщо я помилюся в слові, надо мною будуть сміятися», «Якщо я кажу щось невідповідно, це буде жахливо», «Я не можу бути досить хорошою в мовленні». Ці катастрофічні думки автоматично активуються при наближенні мовленнєвої ситуації.

Поведінковий механізм та уникнення проявляється через те, що тривога призводить до уникнення мовленнєвих ситуацій як механізму скорочення тривоги в короткотерміновій перспективі. Дитина намагається говорити як можна менше, обирає мовчання замість спілкування, обходить ситуації, які потребують активної участі. Однак це короткотермінове зменшення тривоги призводить до довготермінового поглиблення проблеми: відсутність практики мовлення спричиняє стагнацію чи регресію мовленнєвого розвитку, що посилює страх говорити. Формується «замкнене коло» тривоги та уникнення [50].

Соціальний та педагогічний механізм виявляється у тому, що у кризових умовах сім'ї та освітні установи часто сконцентровані виключно на фізичному виживанні та адаптації до екстремальних обставин. Психологічна підтримка,

логопедичні заняття, розвивальні активності часто переходять на другий план або повністю припиняються. Логопедичні заняття можуть бути переривані через закриття дошкільних установ, вакуум корекційної роботи дозволяє мовленнєвим проблемам поглиблюватися. Діти отримують менше позитивного підкріплення за спроби говорити та більше критики через їхні помилки в умовах підвищеної стресованості батьків та педагогів [4].

Діти з мовленнєвими порушеннями виявилися особливо вразливими до негативного впливу кризових умов, оскільки на них впливали не лише прямі стресові фактори (звуки вибухів, тривоги), але й вторинні та комбіновані наслідки.

По-перше, переривання корекційних занять мало критичне значення, оскільки логопедичні заняття, які були критично важливі для дитини з порушеннями мовлення, були часто переривані через те, що дошкільні установи закривалися, переводились на дистанційний режим або працювали в обмеженому режимі. Деякі сім'ї змушені були евакуюватися до інших регіонів або країн, втрачаючи контакт з логопедом [14].

По-друге, зменшення мовленнєвої практики та стимуляції призвело до того, що під час перебування в укриттях діти менше розмовляли з однолітками, у них було менше можливостей для гри, яка є основним медіумом мовленнєвого розвитку в дошкільному віці. Звужувалось соціальне середовище, зменшувалась різноманітність комунікативних партнерів та ситуацій для практики мовлення [33].

По-третє, комбінований ефект подвійного навантаження мав значний вплив, коли мовленнєві труднощі вже формували в дитини тривожність та низьку самооцінку до кризи. Додавши до цього травму воєнного конфлікту та пов'язані з ним стресові фактори, дитина піддавалась подвійному або навіть потрійному навантаженню.

Дослідники, які вивчають дітей в умовах воєнних конфліктів, відзначають, що психологічні наслідки можуть тривати роками навіть після завершення кризи. Траєкторія розвитку дитини може бути істотно порушена.

Діти, які переживали травму в дошкільному віці, мають підвищений ризик психічних розладів, поведінкових проблем та навчальних труднощів у подальшому житті. Для дітей з мовленнєвими труднощами це означає додаткові ризики: не лише щодо емоційного здоров'я, але й щодо академічної успішності, соціальної адаптації, розвитку здорових стосунків та професійної реалізації в майбутньому [35].

Таким чином, кризові умови, зокрема воєнний конфлікт в Україні, створюють специфічне та екстремальне середовище, що суттєво погіршує розвиток дітей старшого дошкільного віку, особливо тих, які мають мовленнєві труднощі та підвищену тривожність. Розуміння цих комплексних механізмів впливу актуалізує необхідність розробки спеціалізованих, травмаінформованих програм психологічної підтримки та корекційно-розвиткової роботи, адаптованих саме до роботи в кризових умовах, які враховували б не лише логопедичні, але й психологічні, емоційні та соціальні аспекти розвитку дитини.

Висновки до першого розділу

Теоретичний аналіз наукової літератури засвідчив, що мовленнєва тривожність є складним психологічним феноменом, який виникає в результаті взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів. Вона характеризується емоційним дискомфортом, фізіологічною напруженістю, когнітивними спотвореннями та поведінковими змінами, які проявляються у ситуаціях, пов'язаних з комунікацією та мовленнєвою діяльністю.

У дітей старшого дошкільного віку мовленнєва тривожність має специфічні прояви. У фізіологічній сфері спостерігаються прискорене серцебиття, м'язове напруження, зміна темпу дихання. У поведінковій сфері діти демонструють уникнення мовленнєвих ситуацій, віддають перевагу невербальним засобам комунікації, часто мовчать. У емоційній сфері діти переживають страх, сором, занепокоєння перед необхідністю говорити. У

когнітивній сфері формуються негативні думки про власні мовленнєві здібності, очікування осуду з боку оточуючих.

Встановлено, що мовленнєві труднощі у дітей старшого дошкільного віку виступають первинною причиною розвитку мовленнєвої тривожності. Серед основних видів мовленнєвих порушень виділяються загальне недорозвинення мовлення (ЗНМ) різних рівнів, фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення (ФФНМ) та заїкання. Кожне з цих порушень має свої психологічні особливості та формує специфічний тип тривожності. Діти з мовленнєвими труднощами часто характеризуються знижено самооцінкою, екстернальним локусом контролю, підвищеною чутливістю до критики, що посилює їхню вразливість до тривожності.

Доведено наявність тісного взаємозв'язку між мовленнєвими труднощами та мовленнєвою тривожністю. Мовленнєві труднощі можуть бути як причиною розвитку тривожності (через негативний досвід спілкування, насмішки однолітків), так і наслідком тривожності (оскільки стан тривоги погіршує якість мовлення). Формується «замкнене коло»: мовленнєві труднощі → негативний досвід → тривожність → уникнення мовлення → відсутність практики → посилення мовленнєвих труднощів.

Кризові умови, особливо воєнний конфлікт в Україні, створюють екстремальне середовище, яке суттєво посилює мовленнєву тривожність у дітей. Хронічна активація системи стресу призводить до фізіологічних змін, що негативно впливають на мовленнєвий апарат. Психологічна травма формує катастрофічне мислення та очікування небезпеки у всіх сферах життя, включаючи мовлення. Соціальна дезорганізація зменшує кількість і якість мовленнєвих практик. Для дітей з уже наявними мовленнєвими порушеннями кризові умови виступають додатковим стресовим фактором, який може призвести до регресії навичок, розвитку селективного мутизму, посилення заїкання.

Таким чином, теоретичний аналіз першого розділу підтверджує необхідність розробки комплексної програми корекційно-розвиткової роботи,

яка б враховувала взаємозв'язок мовленнєвих труднощів, мовленнєвої тривожності та впливу кризових умов на розвиток дітей. Така програма повинна поєднувати логопедичні методи корекції мовлення з психотерапевтичними методами зниження тривожності та розвитку навичок саморегуляції.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МОВЛЕННЄВОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З МОВЛЕННЄВИМИ ТРУДНОЩАМИ В КРИЗОВИХ УМОВАХ

2.1. Організація дослідження та характеристика методик

Емпіричне дослідження мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими труднощами в кризових умовах проводилось на базі закладу дошкільної освіти.

Характеристика вибірки дослідження. Загальна кількість досліджуваних становила 30 дітей старшого дошкільного віку (5-6 років), які були розподілені на дві групи:

- експериментальна група (ЕГ) - 15 дітей з мовленнєвими труднощами;
- контрольна група (КГ) - 15 дітей з типовим розвитком.

До експериментальної групи увійшли діти з такими мовленнєвими порушеннями: загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ) II-III рівня -- 8 дітей, фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення (ФФНМ) -- 5 дітей, заїкання -- 2 дитини.

Усі діти перебували в кризових умовах, пов'язаних з воєнними діями в Україні. Розподіл за видами кризового досвіду представлено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Досвід перебування у кризових умовах дітей старшого дошкільного віку

Вибірки	Внутрішньо переміщені особи	Діти які пережили бойові дії	Діти які мали досвід тривалого перебування в укриттях під час повітряних тривог
Діти з мовленнєвими труднощами (ЕГ) n=15	4 дитини (26,7%)	6 дітей (40%)	9 дітей (60%)
Діти з типовим розвитком (КГ) n=15	3 дитини (20%)	3 дитини (20%)	5 дітей (33,3%)
Загалом n=30	7 дітей (23,3%)	9 дітей (30%)	14 дітей (46,7%)

Примітка: Деякі діти мали кілька видів кризового досвіду одночасно

Серед дітей експериментальної групи (ЕГ): 4 дитини (26,7%) є внутрішньо переміщеними особами, 6 дітей (40%) пережили бойові дії, 9 дітей (60%) мали досвід тривалого перебування в укриттях під час повітряних тривог.

Серед дітей контрольної групи (КГ): 3 дитини (20%) є внутрішньо переміщеними особами, 3 дитини (20%) пережили бойові дії, 5 дітей (33,3%) мали досвід тривалого перебування в укриттях під час повітряних тривог.

Також у дослідженні брали участь 30 батьків досліджуваних дітей (по 15 батьків дітей експериментальної та контрольної груп) та 10 педагогів (вихователі, логопеди, психологи), які працюють з дітьми експериментальної групи.

Методики дослідження. Для комплексного вивчення особливостей мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими труднощами в кризових умовах було використано наступний діагностичний інструментарій:

1. Методика дослідження мовленнєвої тривожності (за Мороз О.)

Мета: визначення рівня мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку.

Дана методика дозволяє виявити прояви тривожності у дітей у різних мовленнєвих ситуаціях. Вона складається з 10 запитань, які задаються дитині в індивідуальній бесіді. Відповіді оцінюються за 3-бальною шкалою:

- 3 бали -- висока тривожність;
- 2 бали -- середня тривожність;
- 1 бал -- низька тривожність.

За результатами методики визначається загальний рівень мовленнєвої тривожності:

- Високий рівень (21-30 балів);
- Середній рівень (11-20 балів);
- Низький рівень (0-10 балів).

2. Модифікована методика «Діагностика тривожності» (Темпл Р., Доркі М., Амен В.)

Мета: виявлення рівня тривожності дитини в різних ситуаціях.

Методика складається з 14 малюнків, які зображують дитину в різних ситуаціях, що можуть викликати тривогу. Серед них є ситуації, пов'язані з мовленнєвою діяльністю (відповідь на запитання вихователя, розмова з іншими дітьми тощо). На кожному малюнку обличчя дитини не промальовано, а представлено у вигляді білого овалу. Дитині пропонується обрати, яке обличчя у неї було б у цій ситуації -- сумне чи веселе.

Індекс тривожності розраховується за формулою: $IT = (\text{Кількість виборів негативних емоцій} / \text{Загальна кількість малюнків}) \times 100\%$

Рівні тривожності:

- Високий рівень -- більше 50%;
- Середній рівень -- від 20% до 50%;
- Низький рівень -- менше 20%.

3. Модифікована методика «Сходинок» (Щур В.) -- авторська модифікація стосовно оцінювання мовлення

Мета: визначення самооцінки дитини, в тому числі в аспекті мовленнєвої діяльності.

Кожній дитині надавалася картинка із зображенням сходинок (7 сходинок) і пояснювалось, що на найнижчій сходинці знаходяться діти, які не вміють красиво говорити та мають багато мовленнєвих труднощів, а на найвищій - ті, хто говорить дуже добре та красиво. Дитині пропонувалося показати на картинці, на якій сходинці вона б себе поставила, враховуючи те, як вона говорить.

Рівні самооцінки:

- Висока самооцінка (6-7 сходинка) -- відповідає низькому рівню мовленнєвої тривожності;
- Адекватна самооцінка (4-5 сходинка) -- відповідає середньому рівню мовленнєвої тривожності;

— Низька самооцінка (1-3 сходинка) -- відповідає високому рівню мовленнєвої тривожності.

4. Анкета для батьків та фахівців «Прояви мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку в кризових умовах» - авторська анкета.

Мета: виявлення особливостей прояву мовленнєвої тривожності у дітей в різних умовах (домашніх, освітніх) та вплив кризових ситуацій на ці прояви.

Анкета розроблена на основі результатів попередніх досліджень та адаптована для роботи в кризових умовах. Вона складається з 25 запитань, які охоплюють п'ять сфер проявів: фізіологічні, поведінкові, емоційні, мовленнєві та реакції на кризові ситуації.

Особливу увагу приділено реакції дітей на повітряні тривоги, оскільки це є специфічним стресовим чинником для дітей в умовах воєнного стану. Додано питання щодо мовленнєвих труднощів під час повітряних тривог та інших кризових ситуацій.

Анкета «Прояви мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку в кризових умовах»

Інструкція: Оцініть, наскільки часто ви спостерігаєте наступні прояви у дитини. Поставте позначку у відповідній колонці (таблиця 2.2.).

Таблиця 2.2.

Бланк анкети

№	Прояви мовленнєвої тривожності	Так	Ні	Інколи
ФІЗІОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ				
1	Почервоніння обличчя під час мовлення			
2	Пітливість рук перед відповіддю			
3	Тремтіння голосу під час розмови			
4	Напруження м'язів обличчя при говорінні			
5	Прискорене дихання перед мовленням			
ПОВЕДІНКОВІ ПРОЯВИ				
6	Уникнення відповідей на запитання			
7	Відмова від участі в розмовах			
8	Мовчазність на заняттях/вдома			
9	Скутість під час спілкування			
10	Відмова говорити з незнайомими людьми			

ЕМОЦІЙНІ ПРОЯВИ			
11	Страх говорити перед групою		
12	Плаксивість при необхідності говорити		
13	Дратівливість після мовленнєвих помилок		
14	Занепокоєння перед розмовою		
15	Відчай через мовленнєві труднощі		
МОВЛЕННЄВІ ПРОЯВИ			
16	Заїкання під час хвилювання		
17	Прискорення темпу мовлення при стресі		
18	Уповільнення мовлення при тривозі		
19	Порушення звуковимови під час стресу		
20	Використання спрощених речень		
РЕАКЦІЯ НА КРИЗОВІ СИТУАЦІЇ			
21	Втрата мовлення під час повітряної тривоги		
22	Регресія мовленнєвих навичок після стресу		
23	Селективний мутизм в стресових ситуаціях		
24	Збільшення мовленнєвих помилок при тривозі		
25	Відмова говорити про травматичні події		

Обробка результатів:

- «Так» = 2 бали
- «Інколи» = 1 бал
- «Ні» = 0 балів

Рівні тривожності:

- Високий рівень: 34-50 балів
- Середній рівень: 17-33 бали
- Низький рівень: 0-16 балів

Емпіричне дослідження проводилося у три етапи:

1. Перший етап – підготовчий. На цьому етапі було сформовано вибірку дослідження, підібрано діагностичний інструментарій, отримано інформовану згоду від батьків дітей на участь у дослідженні.

2. Другий етап – діагностичний. На цьому етапі проводилася діагностика рівня мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими труднощами та дітей з типовим мовленнєвим розвитком, анкетування батьків та фахівців.

3. Третій етап – аналітичний. На цьому етапі здійснювалася кількісна та якісна обробка отриманих результатів, їх аналіз та інтерпретація, формулювання висновків.

2.2. Аналіз результатів дослідження мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими труднощами в кризових умовах

За результатами дослідження мовленнєвої тривожності за методикою О. Мороз було виявлено, що діти з мовленнєвими труднощами мають значно вищий рівень мовленнєвої тривожності порівняно з дітьми з типовим мовленнєвим розвитком.

Результати дослідження представлено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Результати дослідження мовленнєвої тривожності за методикою О.Мороз

Рівень мовленнєвої тривожності	Діти з мовленнєвими труднощами (ЕГ) n=15	Діти з типовим розвитком (КГ) n=15
Високий	8 (53,3%)	2 (13,3%)
Середній	5 (33,3%)	6 (40%)
Низький	2 (13,4%)	7 (46,7%)

Як видно з таблиці 2.3, високий рівень мовленнєвої тривожності виявлено у 53,3% дітей з мовленнєвими труднощами і лише у 13,3% дітей з типовим мовленнєвим розвитком. Середній рівень встановлено у 33,3% дітей з мовленнєвими труднощами і 40% дітей з типовим мовленнєвим розвитком. Низький рівень зафіксовано у 13,4% дітей з мовленнєвими труднощами і 46,7% дітей з типовим мовленнєвим розвитком.

Ці дані свідчать про те, що наявність мовленнєвих труднощів є значущим фактором підвищення рівня мовленнєвої тривожності. Діти експериментальної групи демонструють значно вищі показники тривожності, що підтверджує гіпотезу про взаємозв'язок між мовленнєвими порушеннями та емоційним станом дитини.

За результатами дослідження тривожності за методикою Теммл Р., Доркі М., Амен В. було виявлено, що діти з мовленнєвими труднощами мають вищий індекс тривожності порівняно з дітьми з типовим мовленнєвим розвитком, що відображено в таблиці 2.4.

Результати дослідження тривожності за методикою

Р.Теммл, М. Доркі, В.Амен

Рівень тривожності	Діти з мовленнєвими труднощами (ЕГ) n=15	Діти з типовим розвитком (КГ) n=15
Високий	9 (60%)	3 (20%)
Середній	4 (26,7%)	7 (46,7%)
Низький	2 (13,3%)	5 (33,3%)

Високий рівень тривожності виявлено у 60% дітей з мовленнєвими труднощами і лише у 20% дітей з типовим мовленнєвим розвитком. Найбільшу тривожність у дітей з мовленнєвими труднощами викликають ситуації, пов'язані з мовленнєвою діяльністю та перебуванням у кризових умовах. Результати підтверджують, що мовленнєві порушення значно впливають на загальний емоційний стан дитини, створюючи додаткові стресові фактори в її житті.

За результатами дослідження самооцінки за модифікованою методикою «Сходінки» Щур В. було виявлено, що діти з мовленнєвими труднощами мають нижчу самооцінку своїх мовленнєвих здібностей порівняно з дітьми з типовим мовленнєвим розвитком, що представлено в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Результати дослідження самооцінки за модифікованою методикою

«Сходінки»

Рівень самооцінки (мовленнєвої)	Діти з мовленнєвими труднощами (ЕГ) n=15	Діти з типовим розвитком (КГ) n=15
Високий (6-7 сходінка)	1 (6,7%)	7 (46,7%)
Адекватний середній (4-5 сходінка)	4 (26,7%)	6 (40%)
Низький (1-3 сходінка)	10 (66,6%)	2 (13,3%)

Високу самооцінку своїх мовленнєвих здібностей мають лише 6,7% дітей з мовленнєвими труднощами, тоді як серед дітей з типовим мовленнєвим розвитком цей показник становить 46,7%. Низьку самооцінку мають 66,6% дітей з мовленнєвими труднощами і лише 13,3% дітей з типовим мовленнєвим розвитком.

Ці результати демонструють, що діти з мовленнєвими труднощами чітко усвідомлюють свої проблеми та оцінюють свої мовленнєві здібності як недостатні. Використання картинок сходило дозволило дітям наочно продемонструвати своє ставлення до власних мовленнєвих можливостей, що підтверджує валідність модифікованої методики.

Анкетування батьків та фахівців за розробленою методикою дозволило виявити специфічні прояви мовленнєвої тривожності у дітей в різних ситуаціях та середовищах. Результати для батьків представлено в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Результати анкетування батьків за сферами проявів

Сфера проявів	Батьки дітей ЕГ (n=15)	Батьки дітей КГ (n=15)
Фізіологічні прояви	9 (60%)	3 (20%)
Поведінкові прояви	11 (73,3%)	4 (26,7%)
Емоційні прояви	10 (66,7%)	2 (13,3%)
Мовленнєві прояви	8 (53,3%)	1 (6,7%)
Реакція на кризові ситуації	12 (80%)	5 (33,3%)

Результати анкетування фахівців стосовно дітей експериментальної групи представлено в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Результати анкетування фахівців стосовно дітей ЕГ

Сфера проявів	Фахівці (n=10)
Фізіологічні прояви	7 (70%)
Поведінкові прояви	8 (80%)
Емоційні прояви	6 (60%)
Мовленнєві прояви	8 (80%)
Реакція на кризові ситуації	9 (90%)

Результати анкетування показують, що найчастіше спостерігаються поведінкові прояви та реакції на кризові ситуації. Фахівці частіше відзначають мовленнєві прояви (80%), що може бути пов'язано з їхньою професійною спостережливістю та досвідом роботи з дітьми з мовленнєвими порушеннями. Дані були отримані шляхом систематичного спостереження за дітьми в освітньому процесі та під час індивідуальних занять.

Рівні тривожності за результатами експертного оцінювання батьків та фахівців представлено в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

**Рівні тривожності за результатами анкетування батьків та фахівців
(експертне оцінювання)**

Рівень тривожності	Батьки дітей ЕГ (n=15)	Батьки дітей КГ (n=15)	Фахівці стосовно ЕГ (n=10)
Високий	9 (60%)	3 (20%)	8 (80%)
Середній	5 (33,3%)	6 (40%)	2 (20%)
Низький	1 (6,7%)	6 (40%)	0 (0%)

Високий рівень тривожності у дітей з мовленнєвими труднощами відзначають 60% батьків та 80% фахівців. Це свідчить про те, що прояви мовленнєвої тривожності є помітними як в домашньому, так і в освітньому середовищі. Фахівці демонструють вищий відсоток виявлення високого рівня тривожності, що підтверджує їхню професійну компетентність у розпізнаванні емоційних проблем дітей.

Окремої уваги заслуговує аналіз реакції дітей на повітряні тривоги, яка є специфічним стресовим чинником в умовах воєнного стану. Рейтинг мовленнєвих труднощів за експертною оцінкою фахівців представлено нижче.

Рейтинг особливостей мовленнєвої реакції на повітряні тривоги за експертною оцінкою фахівців (стосовно дітей ЕГ, n=15):

1. Збільшення мовленнєвих помилок -- 12 дітей (80%) після початку воєнних дій, порівняно з 4 дітьми (26,7%) до воєнних дій. Зміна: +53,3%
2. Втрата мовлення (зниження мовленнєвої активності) -- 11 дітей (73,3%) після початку воєнних дій, порівняно з 2 дітьми (13,3%) до воєнних дій. Зміна: +60%
3. Заїкання/повторення звуків -- 9 дітей (60%) після початку воєнних дій, порівняно з 3 дітьми (20%) до воєнних дій. Зміна: +40%
4. Регресія мовленнєвих навичок -- 8 дітей (53,3%) після початку воєнних дій, порівняно з 1 дитиною (6,7%) до воєнних дій. Зміна: +46,6%

5. Селективний мутизм -- 6 дітей (40%) після початку воєнних дій, порівняно з 0 дітей (0%) до воєнних дій. Зміна: +40%

Ці дані демонструють драматичне погіршення мовленнєвих показників після початку воєнних дій. Найбільш виразними є зміни у втраті мовлення (збільшення на 60%) та збільшенні мовленнєвих помилок (на 53,3%). Рейтинг складено на основі спостережень фахівців виключно за дітьми експериментальної групи (ЕГ) з мовленнєвими труднощами в різних ситуаціях та порівняння їхнього стану до та після початку воєнного конфлікту.

Для більш детального аналізу було проведено порівняння рівня мовленнєвої тривожності у дітей з різними видами мовленнєвих порушень, що представлено в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9

Порівняльний аналіз рівня мовленнєвої тривожності за узагальненою методикою у дітей з різними видами мовленнєвих порушень

Рівень мовленнєвої тривожності	Діти із ЗНМ (n=8)	Діти з ФФНМ (n=5)	Діти із заїканням (n=2)
Високий	4 (50%)	2 (40%)	2 (100%)
Середній	3 (37,5%)	2 (40%)	0 (0%)
Низький	1 (12,5%)	1 (20%)	0 (0%)

Найвищий рівень мовленнєвої тривожності спостерігається у дітей із заїканням (100% дітей мають високий рівень), що пояснюється найбільшою помітністю цього порушення для оточуючих та складністю його подолання. Діти з ЗНМ демонструють дещо вищі показники тривожності порівняно з дітьми з ФФНМ, що може бути пов'язано з більш комплексним характером порушення.

Вплив різних видів кризових умов на рівень мовленнєвої тривожності у дітей експериментальної групи представлено в таблиці 2.10.

Таблиця 2.10

Вплив кризових умов на рівень мовленнєвої тривожності у дітей ЕГ з мовленнєвими труднощами

Рівень мовленнєвої тривожності	Діти, які пережили бойові дії (n=6)	Діти-внутрішньо переміщені особи (n=4)	Діти з досвідом тривалого перебування в укриттях (n=9)
Високий	4 дитини (66,7%)	3 дитини (75%)	5 дітей (55,6%)
Середній	1 дитина (16,7%)	1 дитина (25%)	3 дитини (33,3%)
Низький	1 дитина (16,6%)	0 дітей (0%)	1 дитина (11,1%)

Найвищий рівень мовленнєвої тривожності спостерігається у дітей-внутрішньо переміщених осіб (75%) та у дітей, які пережили бойові дії (66,7%). Це свідчить про те, що втрата звичного середовища та безпосереднє переживання травматичних подій є найбільш руйнівними факторами для емоційного стану дітей з мовленнєвими труднощами.

Для вивчення взаємозв'язку рівня мовленнєвої тривожності та самооцінки дітей було проведено додатковий аналіз, результати якого представлено в таблиці 2.11.

Таблиця 2.11

Взаємозв'язок рівня мовленнєвої тривожності та самооцінки дітей двох вибірок

Діти з мовленнєвими труднощами (ЕГ) n=15			
Рівень мовленнєвої тривожності	Висока самооцінка	Адекватна самооцінка	Низька самооцінка
Високий	0 дітей (0%)	1 дитина (6,7%)	7 дітей (46,7%)
Середній	1 дитина (6,7%)	3 дитини (20%)	1 дитина (6,7%)
Низький	0 дітей (0%)	0 дітей (0%)	2 дитини (13,3%)
Діти з типовим розвитком (КГ) n=15			
Рівень мовленнєвої тривожності	Висока самооцінка	Адекватна самооцінка	Низька самооцінка
Високий	0 дітей (0%)	0 дітей (0%)	2 дитини (13,3%)
Середній	1 дитина (6,7%)	4 дитини (26,7%)	1 дитина (6,7%)
Низький	6 дітей (40%)	2 дитини (13,3%)	0 дітей (0%)

Встановлено обернений взаємозв'язок між рівнем мовленнєвої тривожності та самооцінкою дітей. Серед дітей ЕГ з низькою самооцінкою 70% мають високий рівень мовленнєвої тривожності (7 з 10 дітей), тоді як

серед дітей КГ з низькою самооцінкою високий рівень тривожності мають лише 66,7% (2 з 3 дітей). Це підтверджує, що негативне сприйняття власних мовленнєвих здібностей значно посилює тривожність дитини в комунікативних ситуаціях, особливо у дітей з наявними мовленнєвими труднощами.

Цікавим є той факт, що серед дітей КГ 75% дітей з низькою тривожністю мають високу самооцінку (6 з 8 дітей), що свідчить про стабільний позитивний зв'язок між упевненістю у власних мовленнєвих здібностях та низьким рівнем тривожності у дітей з типовим розвитком.

Додатковий аналіз показав, що діти ЕГ, які мають адекватну самооцінку (4 дитини), розподіляються наступним чином: 1 дитина має високий рівень тривожності, 3 дитини -- середній рівень. Це може свідчити про те, що реалістична оцінка власних можливостей допомагає дещо знизити рівень тривожності, але не усуває її повністю.

Отже, результати емпіричного дослідження засвідчують наявність значущих відмінностей у рівні мовленнєвої тривожності між дітьми з мовленнєвими труднощами та дітьми з типовим розвитком. Діти експериментальної групи демонструють вищі показники тривожності за всіма використаними методиками.

Ключові висновки дослідження:

1. Діти з мовленнєвими труднощами мають значно вищі показники мовленнєвої тривожності: 53,3% дітей ЕГ демонструють високий рівень мовленнєвої тривожності порівняно з 13,3% дітей КГ.

2. Самооцінка мовленнєвих здібностей у дітей з труднощами є значно нижчою: 66,6% дітей ЕГ мають низьку самооцінку власних мовленнєвих здібностей порівняно з 13,3% дітей КГ.

3. Кризові умови суттєво впливають на мовленнєвий розвиток: найбільше збільшення мовленнєвих помилок (+53,3%) та втрата мовлення (+60%) спостерігаються у дітей ЕГ після початку воєнних дій.

4. Найвищий рівень тривожності спостерігається у дітей із заїканням (100%) та у дітей-внутрішньо переміщених осіб (75%).

5. Встановлено обернений взаємозв'язок між самооцінкою та рівнем тривожності: діти з низькою самооцінкою мають значно вищі показники мовленнєвої тривожності.

6. Експертна оцінка фахівців виявляє вищі показники тривожності (80% фахівців відзначають високий рівень) порівняно з оцінкою батьків (60%), що свідчить про професійну компетентність у виявленні емоційних проблем.

Особливо виражений вплив мають кризові умови, які суттєво посилюють мовленнєву тривожність та призводять до регресії мовленнєвих навичок. Виявлено чіткий взаємозв'язок між типом мовленнєвого порушення, видом кризової ситуації та рівнем тривожності дитини. Ці результати підтверджують необхідність розробки спеціалізованих програм корекційно-розвиткової роботи, що враховуватимуть як мовленнєві труднощі, так і підвищену тривожність дітей в умовах кризових ситуацій.

Висновки до другого розділу

Емпіричне дослідження засвідчило наявність значущих відмінностей у рівні мовленнєвої тривожності між дітьми з мовленнєвими труднощами та дітьми з типовим розвитком. Високий рівень мовленнєвої тривожності виявлено у 53,3% дітей експериментальної групи (з мовленнєвими труднощами) порівняно з лише 13,3% дітей контрольної групи з типовим розвитком. Це свідчить про те, що наявність мовленнєвих порушень є значущим фактором, що підвищує рівень мовленнєвої тривожності дитини.

За методикою Теммл-Доркі-Амен встановлено, що загальний рівень тривожності у дітей з мовленнєвими труднощами становив 60% на високому рівні, тоді як у дітей з типовим розвитком — лише 20%. Найбільшу тривожність викликали у дітей експериментальної групи ситуації, пов'язані безпосередньо з мовленнєвою діяльністю, а також ситуації, пов'язані з

перебуванням у кризових умовах. Це підтверджує специфічність мовленнєвої тривожності як окремого феномена, відмінного від загальної тривожності.

Дослідження самооцінки дітей продемонстрували обернений взаємозв'язок між рівнем мовленнєвої тривожності та самооцінкою мовленнєвих здібностей. Низька самооцінка виявлена у 66,6% дітей з мовленнєвими труднощами проти лише 13,3% дітей контрольної групи. Це свідчить про те, що діти чітко усвідомлюють свої мовленнєві проблеми та оцінюють свої здібності як недостатні. Важливо відзначити, що 70% дітей експериментальної групи з низькою самооцінкою мають високий рівень мовленнєвої тривожності, що підтверджує деструктивний вплив негативної самооцінки на емоційний стан дитини.

Експертна оцінка батьків та педагогів виявила, що мовленнєва тривожність дітей проявляється у різних контекстах — як дома, так і в освітньому середовищі. Фахівці виявили вищий відсоток дітей з високою тривожністю (80%) порівняно з оцінкою батьків (60%), що свідчить про професійну компетентність педагогів та логопедів у розпізнаванні емоційних проблем. Найчастіше спостерігалися поведінкові прояви (уникнення відповідей, мовчазність) та мовленнєві прояви (заїкання при хвилюванні, заміни та спотворення звуків).

Особливо значущим результатом дослідження стало виявлення драматичного впливу кризових умов на мовленнєвий розвиток. Найбільше збільшення мовленнєвих помилок (+53,3%) та втрата мовлення (+60%) спостерігалися у дітей з мовленнєвими труднощами після початку воєнних дій. У 40% дітей експериментальної групи розвинувся селективний мутизм (повна відмова від мовлення у певних ситуаціях), чого не спостерігалось до воєнного конфлікту. Це підтверджує, що кризові умови виступають потужним стресовим фактором, який може призвести до значного погіршення мовленнєвого функціонування навіть у дітей без структурних порушень мозку.

Аналіз динаміки тривожності залежно від типу мовленнєвого порушення показав, що найвищий рівень мовленнєвої тривожності

спостерігається у дітей із заїканням (100%), оскільки це порушення найбільш помітне для оточуючих та найскладніше піддається корекції. Діти з ЗНМ демонструють дещо вищі показники тривожності (66,7%) порівняно з дітьми з ФФНМ (60%), що може бути пов'язано з більш комплексним характером порушення та його впливом на різні аспекти комунікації.

Вплив різних видів кризових умов розподілився таким чином: найвищий рівень мовленнєвої тривожності спостерігається у дітей-внутрішньо переміщених осіб (75%) та у дітей, які пережили безпосередні бойові дії (66,7%). Це свідчить про те, що втрата звичного середовища та безпосереднє переживання травматичних подій є найбільш деструктивними факторами для психоемоційного стану дітей з мовленнєвими труднощами.

Таким чином, емпіричне дослідження підтвердило гіпотезу про наявність значущих відмінностей у рівні мовленнєвої тривожності між дітьми з мовленнєвими труднощами та дітьми з типовим розвитком, а також про суттєвий негативний вплив кризових умов на психоемоційний стан та мовленнєвий розвиток дітей. Результати дослідження обґрунтовують необхідність розробки та апробації ефективної програми корекційно-розвиткової роботи, адаптованої до роботи з дітьми, які мають мовленнєві труднощі та підвищену тривожність у кризових умовах.

РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИТКОВОЇ РОБОТИ З ПОДОЛАННЯ МОВЛЕННЄВОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З МОВЛЕННЄВИМИ ТРУДНОЩАМИ В КРИЗОВИХ УМОВАХ

3.1. Теоретичне обґрунтування програми корекційно-розвиткової роботи

Результати емпіричного дослідження, представлені у другому розділі, засвідчили наявність підвищеного рівня мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими труднощами, особливо в умовах кризових ситуацій. Ці дані актуалізують потребу в розробці спеціалізованої програми корекційно-розвиткової роботи, спрямованої на подолання мовленнєвої тривожності.

Теоретичною основою розробленої програми є комплексний підхід, який інтегрує досягнення сучасної логопедії, психології та психотерапії. Програма ґрунтується на положеннях про взаємозв'язок емоційного та мовленнєвого розвитку дитини, про необхідність врахування психоемоційного стану дитини в процесі логопедичної корекції.

Методологічну основу програми становлять такі підходи, представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Методологічні підходи програми корекційно-розвиткової роботи

Підхід	Характеристика	Реалізація в програмі
Особистісно-орієнтований підхід	Врахування індивідуальних особливостей кожної дитини, її темпу розвитку, специфіки мовленнєвого порушення	Індивідуалізація завдань, темпу роботи та методів корекції відповідно до потреб дитини
Діяльнісний підхід	Організація роботи через систему різноманітних видів діяльності, природних для дошкільного віку	Використання ігрової, образотворчої, музичної, рухової діяльності на заняттях
Системний підхід	Комплексний вплив на всі сфери розвитку дитини: емоційну, мовленнєву, когнітивну, соціальну	Корекція не лише мовлення, а й емоційної сфери, самооцінки, комунікативних навичок

Продовження таблиці 3.1.

Психотерапевтичний підхід	Використання методів арттерапії, ігрової терапії, казкотерапії, музикотерапії	Створення безпечного терапевтичного середовища, зниження емоційної напруги
Травмаінформований підхід	Розуміння впливу травматичного досвіду на поведінку та емоційний стан дитини	Створення безпечного середовища, уникнення ретравматизації, надання контролю дитині

Програма базується на фундаментальних принципах, які визначають стратегію та тактику корекційно-розвиткової роботи. Принцип безпеки є основоположним в роботі з дітьми, які пережили кризові ситуації. Всі заняття проводяться в атмосфері психологічної безпеки, прийняття та підтримки. Логопед створює довірливі стосунки з дитиною, уникає критики та негативних оцінок, підтримує будь-які спроби дитини до комунікації.

Принцип поступовості передбачає послідовне нарощування складності завдань від простих до складних, від індивідуальних форм роботи до групових, від невербальної комунікації до вербальної. Занадто швидке просування може призвести до підвищення тривожності та відмови дитини від співпраці.

Принцип систематичності означає регулярність та послідовність проведення занять. Для досягнення стійкого ефекту необхідна систематична робота протягом тривалого часу. Періодичність занять визначається індивідуально, але рекомендується проводити їх не рідше двох разів на тиждень.

Принцип комплексності реалізується через залучення до корекційної роботи різних фахівців (логопеда, психолога, вихователів) та батьків дитини. Узгоджена робота всіх учасників освітнього процесу є запорукою успішності корекції.

Принцип індивідуалізації означає врахування індивідуальних особливостей кожної дитини при плануванні та проведенні занять. Діти з різними видами мовленнєвих порушень, різним рівнем тривожності та різним травматичним досвідом потребують різних підходів та методів роботи.

Принцип емоційного комфорту передбачає створення на заняттях позитивної емоційної атмосфери, використання ігрових форм роботи, заохочення та похвали дитини за будь-які досягнення. Позитивні емоції сприяють зниженню тривожності та підвищують мотивацію дитини до занять.

Принцип урахування вікових та психологічних особливостей означає добір методів та прийомів роботи, адекватних віку дитини. Для дітей старшого дошкільного віку провідною діяльністю є гра, тому більшість завдань подається в ігровій формі.

Теоретичне обґрунтування методів, використаних в програмі, базується на доведеній ефективності цих методів у роботі з дітьми з емоційними порушеннями та мовленнєвими труднощами.

Ігрова терапія є основним методом роботи з дітьми дошкільного віку. Через гру дитина виражає свої емоції, страхи, тривоги, опрацьовує травматичний досвід. Ігрова терапія дозволяє створити безпечне середовище для експериментування з мовленням, дитина може грати різні ролі, пробувати різні способи комунікації без страху оцінки.

Арттерапія включає малювання, ліплення, аплікацію, роботу з різними матеріалами. Творча діяльність сприяє зниженню емоційної напруги, дозволяє виразити те, що важко передати словами. Для дітей з мовленнєвими труднощами арттерапія є особливо цінною, оскільки надає альтернативний канал самовираження.

Казкотерапія використовує терапевтичні казки для опрацювання емоційних проблем, страхів, тривог. Через ідентифікацію з казковими персонажами дитина знаходить способи подолання своїх труднощів. Казкотерапія також сприяє розвитку уяви, збагаченню словникового запасу, формуванню зв'язного мовлення.

Музикотерапія використовує музику та звуки для створення емоційного комфорту, зниження напруги, стимуляції мовленнєвої активності. Ритмічні вправи під музику сприяють розвитку координації рухів та дихання, що важливо для формування правильного мовлення.

Пісочна терапія (сендплей) передбачає роботу з піском та мініатюрними фігурками. Тактильний контакт з піском має заспокійливий ефект, знижує тривожність. Створюючи композиції на піску, дитина виражає свої переживання, страхи, мрії.

Дихальні вправи та техніки релаксації допомагають дитині навчитися керувати своїм емоційним станом, знижувати фізіологічне напруження. Правильне дихання також є основою для формування плавного мовлення без судом.

Логопедичний масаж використовується для зниження м'язового напруження артикуляційного апарату, що особливо важливо для дітей з підвищеною тривожністю, у яких часто спостерігається скутість мовленнєвих м'язів.

Важливим компонентом програми є робота з батьками. Батьки дітей з мовленнєвими порушеннями часто самі переживають підвищену тривожність стосовно майбутнього дитини, її успішності в школі. В умовах кризових ситуацій тривожність батьків може ще більше посилюватися. Тому програма передбачає психоедукацію батьків, навчання їх способам підтримки дитини, техніках зниження тривожності.

Робота з педагогами також є важливою складовою програми. Вихователі, які проводять з дітьми більшу частину часу, повинні розуміти особливості дітей з мовленнєвою тривожністю, знати, як створювати для них сприятливі умови, як реагувати на прояви тривожності. Програма передбачає проведення консультацій для педагогів, надання їм методичних рекомендацій.

Очікувані результати реалізації програми включають зниження рівня мовленнєвої тривожності у дітей, підвищення їхньої самооцінки, розвиток комунікативних навичок, покращення якості мовлення, розвиток емоційної саморегуляції. Довгостроковим ефектом програми має стати підвищення адаптаційних можливостей дитини, формування впевненості в собі, готовності до шкільного навчання.

Таким чином, теоретичне обґрунтування програми спирається на сучасні наукові уявлення про природу мовленнєвої тривожності, особливості психоемоційного розвитку дітей в кризових умовах, ефективні методи психолого-педагогічної корекції. Комплексний характер програми, врахування індивідуальних особливостей дітей, використання різноманітних методів роботи створюють передумови для її успішної реалізації.

3.2. Зміст та структура програми подолання мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими труднощами в кризових умовах

Розроблена програма корекційно-розвиткової роботи з подолання мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими труднощами в кризових умовах розрахована на 3 місяців і містить 20 індивідуальних занять тривалістю 30-35 хвилин кожне та 12 групових занять (по 1 заняттю на 2 тижні) тривалістю 40-45 хвилин.

Мета програми: зниження рівня мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими труднощами в кризових умовах, підвищення їхньої комунікативної компетентності та самооцінки.

Завдання програми:

1. Створити безпечне психологічно комфортне середовище для дитини, в якому вона почуватиметься прийнятою та захищеною.
2. Знизити загальний рівень тривожності дитини через використання релаксаційних технік, арт-терапевтичних методів, ігрової терапії.
3. Сформувати у дитини позитивне ставлення до власного мовлення, підвищити самооцінку мовленнєвих здібностей.
4. Розвинути навички емоційної саморегуляції, навчити дитину впоратися з тривогою в мовленнєвих ситуаціях.
5. Покращити якість мовлення дитини через логопедичні вправи, адаптовані до рівня тривожності дитини.

6. Розвинути комунікативні навички, впевненість у спілкуванні з однолітками та дорослими.

7. Опрацювати травматичний досвід, пов'язаний з кризовими ситуаціями, через терапевтичні методи.

8. Залучити батьків та педагогів до корекційної роботи, навчити їх методам підтримки дитини.

Структура програми включає три основні етапи, характеристика яких представлена в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Етапи реалізації програми корекційно-розвиткової роботи

Етап	Тривалість	Кількість занять	Мета етапу	Основні напрями роботи
Підготовчий	1 місяць	8 індивідуальних, 4 групових	Встановлення довірливого контакту, зниження гострої тривожності	Встановлення контакту, створення безпеки, базові техніки релаксації
Основний	2 місяці	12 індивідуальних, 8 групових	Активна корекційна робота з мовленням та емоційною сферою	Логопедичні вправи, розвиток комунікації, опрацювання травм
Завершальний	3-й місяць	Закріплення, консультації	Закріплення навичок, підготовка до самостійності	Закріплення результатів, розвиток впевненості, підготовка до школи

Методологічну основу програми становлять такі підходи, які визначають стратегію та тактику корекційно-розвиткової роботи. Програма базується на синтезі кількох методологічних напрямків, що забезпечує її комплексність та ефективність.

Травмаінформований підхід передбачає розуміння того, що діти, які переживають кризові ситуації, мають травму на рівні тіла, емоцій та когнітивних процесів. Цей підхід вимагає від фахівця побудови довіри,

забезпечення безпеки, уникнення повторної травматизації та активного залучення дитини до прийняття рішень щодо своєї роботи. У програмі це реалізується через створення безпечного середовища, поважання до темпу роботи дитини, ненав'язування вправ, які викликають надмірну тривогу (Шеремет М., Базима Н. В., Мороз О. В., 2023).

Комплексний підхід визнає, що мовленнєва тривожність – це не лише логопедична проблема, а психолінгвістичний феномен з нейрофізіологічними, когнітивними, емоційними та поведінковими компонентами. Тому логопедична робота обов'язково поєднується з психологічною підтримкою, методами релаксації, роботою з самооцінкою та опрацюванням травматичних спогадів.

Особистісно-орієнтований підхід визнає унікальність кожної дитини, її індивідуальні особливості, потреби, можливості та темп розвитку. Програма передбачає гнучкість, адаптивність до конкретної дитини, врахування її преференцій, захоплень та стилю навчання.

Системний підхід розглядає мовленнєву тривожність у контексті цілісної особистості дитини, її сім'ї, соціального оточення та глобальних кризових умов. Робота з дитиною обов'язково включає роботу з батьками та педагогами, оскільки оточення суттєво впливає на формування та проявлення тривожності.

Програма базується на фундаментальних принципах, які визначають стратегію та тактику корекційно-розвиткової роботи та забезпечують її ефективність.

Принцип поступовості передбачає послідовне нарощування складності завдань від простих до складних, від індивідуальних форм роботи до групових, від невербальної комунікації до розгорнутого мовлення. Дитина не отримує завдання, які перевищують її поточні можливості, що дозволяє їй поступово нарощувати впевненість та навички без надмірної тривоги.

Принцип систематичності означає регулярність та послідовність проведення занять. Для досягнення стійкого ефекту необхідне регулярне

повторення та закріплення навичок. Програма передбачає 2-3 індивідуальних заняття на тиждень плюс 1 групове заняття, що забезпечує достатню регулярність для формування нових привичок та навичок.

Принцип комплексності реалізується через залучення до корекційної роботи різних фахівців (логопеда, психолога, виховател), використання різноманітних методів роботи (ігрова терапія, арт-терапія, музикотерапія, релаксаційні техніки) та врахування різних аспектів розвитку дитини (мовленнєвого, емоційного, соціального, когнітивного).

Принцип індивідуалізації означає врахування індивідуальних особливостей кожної дитини при плануванні та проведенні занять. Один і той же вид мовленнєвого порушення (наприклад, заїкання) може мати різні причини та прояви у різних дітей, а також поєднуватися з різним рівнем тривожності та іншими психоемоційними особливостями.

Принцип емоційного комфорту передбачає створення на заняттях позитивної емоційної атмосфери, використання ігрових форм роботи, уникнення критики та осуду, фокус на позитивних досягненнях. Дитина повинна почуватися безпечною, прийнятою, вільною від страху помилитися.

Принцип урахування вікових та психологічних особливостей означає добір методів та прийомів роботи, адекватних віку дитини, рівню її когнітивного розвитку, особливостям переживання стресу та травми.

Принцип партнерства з сім'єю та освітнім закладом передбачає активне залучення батьків та педагогів до роботи, навчання їх методам підтримки дитини, забезпечення узгодженості підходів.

Програма структурована за трьома основними етапами, кожен з яких має свою мету, завдання та зміст роботи.

Підготовчий етап (1 місяць, 8 індивідуальних занять, 4 групові заняття)

Мета: встановлення довірливого контакту з дитиною, зниження гострої тривожності, підготовка до активної корекційної роботи.

Основні завдання підготовчого етапу: Встановлення емоційного контакту з дитиною, створення атмосфери довіри та безпеки. Створення

безпечного терапевтичного середовища, в якому дитина почуватиметься комфортно. Зниження гострого стану тривожності дитини через релаксаційні техніки та терапевтичні методи. Діагностика актуального психоемоційного та мовленнєвого стану дитини. Формування мотивації до занять через ігрові форми та позитивне підкріплення. Навчання дитини базових технік релаксації, які вона зможе застосовувати самостійно.

На підготовчому етапі особлива увага приділяється створенню атмосфери довіри та безпеки. Логопед проявляє безумовне прийняття дитини, уникає будь-якої критики, підтримує ініціативу дитини. Заняття проводяться в спокійній обстановці, без зайвих подразників. Якщо дитина не готова до вербальної комунікації, допускається невербальна взаємодія.

Важливо враховувати, що діти, які пережили кризові ситуації, можуть потребувати більше часу на встановлення довіри. Не варто поспішати з активними мовленнєвими вправами. На цьому етапі пріоритетом є емоційне благополуччя дитини, а не досягнення мовленнєвих результатів.

Встановлення контакту здійснюється через ігрову терапію (вільну гру), пісочну терапію. Використовуються такі вправи як «Знайомство з кабінетом», «Улюблена іграшка», «Малюнок на піску». Очікуваний результат — довіра до логопеда, комфорт на заняттях.

Зниження тривожності відбувається через арт-терапію, рецептивну музикотерапію. Дитина виконує вправи «Малюнок настрою», «Ліплення з пластиліну», слухає спокійну музику. Результатом є зниження емоційного напруження.

Навчання релаксації включає дихальні вправи, прогресивну м'язову релаксацію: «Повітряна кулька», «Бульбашки», «Хвилі на морі». Дитина навчається заспокоюватися самостійно.

М'яка логопедична робота передбачає артикуляційну гімнастику в ігровій формі, звуконаслідування: «Веселий язичок», «Звуки тварин», «Співи пташок». Це призводить до зниження напруження артикуляційного апарату.

Емоційний розвиток відбувається через розпізнавання емоцій, казкотерапію: «Емоції на картках», казки про страх та сміливість. Дитина починає розуміти власні емоції.

Розвиток комунікації включає невербальну та м'яку вербальну комунікацію: спільні ігри без слів, прості діалоги з іграшками. Формується готовність до спілкування.

Робота з батьками на підготовчому етапі включає індивідуальне консультування батьків щодо особливостей дитини, психоедукацію про природу мовленнєвої тривожності, навчання батьків техніками підтримки дитини вдома, надання рекомендацій щодо створення сприятливого мовленнєвого середовища. Проводиться групова зустріч «Що таке мовленнєва тривожність?» та майстер-клас «Техніки релаксації для дітей».

Робота з педагогами передбачає консультування вихователів щодо особливостей дітей з мовленнєвою тривожністю, надання рекомендацій щодо організації освітнього процесу, обговорення способів підтримки дитини в групі.

Основний етап (2 місяці, 12 індивідуальних занять, 8 групових занять)

Мета: активна корекційна робота з мовленням та емоційною сферою, опрацювання травматичного досвіду, розвиток комунікативних навичок.

Основні завдання основного етапу: Активна корекція мовленнєвих порушень з урахуванням рівня тривожності дитини. Розвиток впевненості у власних мовленнєвих здібностях через успіхи та позитивне підкріплення. Опрацювання травматичного досвіду через казкотерапію, арт-терапію, драматизацію. Розвиток навичок емоційної саморегуляції, вміння керувати своєю тривогою у стресових ситуаціях. Формування позитивної самооцінки мовленнєвих здібностей та особистості в цілому. Розвиток комунікативних навичок у групі.

На основному етапі інтенсивність логопедичної роботи зростає, але вона залишається адаптованою до емоційного стану дитини. Якщо дитина відчуває підвищену тривожність на певному занятті (наприклад, через повітряну

тривогу напередодні), логопед може зменшити навантаження та приділити більше часу заспокійливим технікам.

Корекція звуковимови здійснюється через постановку та автоматизацію звуків в ігровій формі: «Логопедичні ходилки», «Склади слово», «Чистомовки з рухами». Результатом є покращення звуковимови, зниження страху говорити.

Розвиток лексико-граматичної сторони мовлення включає ігри на збагачення словника, граматичні вправи: «Магазин слів», «Чарівні перетворення», «Розкажи історію». Відбувається збагачення мовлення, впевненість у формулюваннях.

Опрацювання травм відбувається через казкотерапію, арт-терапію, драматизацію. Використовуються казки про хоробрість, малювання страхів, розігрування ситуацій. Зменшується вплив травматичного досвіду.

Емоційна саморегуляція розвивається через техніки глибокого дихання, візуалізацію, тілесні практики: «Мій спокійний куточок», «Скринька страхів», «Дерево впевненості». Дитина навчається керувати емоціями у стресових ситуаціях.

Підвищення самооцінки здійснюється через техніку позитивних афірмацій, щоденник успіхів: «Я можу», «Мої досягнення», «Скарбниця успіхів». Формується позитивне ставлення до себе та свого мовлення.

Розвиток зв'язного мовлення включає переказ, складання розповідей, діалоги: «Розкажи казку», «Що сталося?», «Запитай друга». Дитина стає впевненішою у розгорнутих висловлюваннях.

Групова комунікація розвивається через групові ігри, спільні проєкти: «Театр тіней», «Створимо разом», «Коло друзів». Знижується страх спілкування з однолітками.

Програма передбачає диференційований підхід до дітей з різними видами мовленнєвих порушень. Для дітей з загальним недорозвиненням мовлення (ЗНМ) акцент робиться на комплексному розвитку всіх компонентів мовлення, використовується поступове ускладнення завдань, багато

повторень, наочність. Основні напрямки: збагачення словника, граматична будова, зв'язне мовлення.

Для дітей з фонетико-фонематичним недорозвиненням (ФФНМ) пріоритетом є розвиток фонематичного слуху, корекція звуковимови через ігрові вправи на розрізнення звуків, автоматизацію в позитивній атмосфері. Особлива увага приділяється диференціації звуків, чіткості вимови без стресу.

Для дітей з заїканням основним завданням є формування плавності мовлення, зниження логофобії. Використовується м'який початок мовлення, дихальні вправи, синхронізація з рухами. Результатом має бути плавне мовлення, впевненість, зниження страху говорити.

Основний етап структуровано за тематичними блоками:

Блок «Я впевнений» (3 індивідуальних, 2 групових заняття) присвячений розвитку впевненості та самооцінки. Використовуються вправи «Дерево досягнень», «Я можу багато», «Мої сильні сторони», групова гра «Комплімент». Результат — підвищення самооцінки, зменшення самокритики.

Блок «Говорю красиво» (5 індивідуальних, 2 групових заняття) спрямований на активну корекцію мовлення. Здійснюється постановка звуків, автоматизація, використовуються «Скоромовки-посміховки», групове читання віршів. Результат — покращення звуковимови, впевненість у говорінні.

Блок «Мої емоції» (2 індивідуальних, 2 групових заняття) присвячений опрацюванню страхів та травм. Використовуються казки про страх, «Намалюй та подолай страх», «Лист моїй тривозі», групова драматизація. Результат — зниження тривожності, опрацювання травм.

Блок «Я серед інших» (2 індивідуальних, 2 групових заняття) спрямований на розвиток комунікативних навичок. Використовуються діалоги, рольові ігри, «Запитай і відповідай», груповий проєкт. Результат — впевненість у спілкуванні, зниження соціальної тривожності.

Завершальний етап (3-й місяць, закріплення та консультації)

Мета: закріплення досягнутих результатів, розвиток самостійності, підготовка до завершення програми та переходу до школи.

Основні завдання завершального етапу: Закріплення мовленнєвих навичок у різних ситуаціях. Розвиток навичок самостійного подолання тривожності. Підготовка до публічних виступів у безпечному середовищі. Формування стратегій подолання стресу. Підготовка до шкільного навчання. Підведення підсумків роботи та закріплення позитивної мотивації.

Закріплення мовленнєвих навичок відбувається через мовлення в різних ситуаціях, імпровізацію: «Репортер», «Ведучий передачі», «Розкажи всім». Відбувається автоматизація навичок, природність мовлення.

Самостійне подолання тривожності формується через навчання техніками «швидкої допомоги» собі: «Моя аптечка спокою», «5 способів заспокоїтися», «Мантра впевненості». Дитина стає самостійною у керуванні емоціями.

Публічні виступи тренуються через підготовку невеликих виступів перед групою: «Мій улюблений вірш», «Моя розповідь», «Моє свято». Формується впевненість у публічних ситуаціях.

Підготовка до школи здійснюється через моделювання шкільних ситуацій: «Урок», «Відповідь біля дошки», «Знайомство з класом». Дитина набуває готовності до шкільних викликів.

Стратегії подолання стресу опрацьовуються через планування дій у стресових ситуаціях: «Що робити, коли страшно», «Мій план дій», «До кого звернутися». Формується впевненість у можливості впоратися.

Підведення підсумків відбувається через рефлексію, створення «книги досягнень»: «Мій шлях», «Що я навчився», «Книга моїх перемог». Дитина усвідомлює прогрес, отримує мотивацію.

Групові заняття проводяться паралельно з індивідуальними та мають свою специфіку. На підготовчому етапі проводяться 4 групові заняття на теми: «Знайомство в колі» (створення групової згуртованості), «Разом веселіше»

(зниження тривожності в групі), «Мої емоції та твої» (розвиток емпатії), «Ми різні, але дружні» (прийняття особливостей кожного).

На основному етапі проводяться 8 групових занять, які включають: «Театр тіней» (розвиток впевненості через драматизацію), «Говоримо разом» (розвиток комунікативних навичок), «Наша казка» (спільне створення казки), «Подоласмо страхи» (опрацювання страхів у групі), «Веселі скоромовки» (тренування мовлення у грі), «Я та мої друзі» (закріплення соціальних навичок), та два узагальнюючі групові заняття.

На завершальному етапі проводиться групове заняття «Ми вміємо багато» (демонстрація досягнень) та святкова зустріч «Свято перемог» (підведення підсумків з батьками, вручення «сертифікатів сміливості»).

Робота з батьками є невід'ємною частиною програми та здійснюється протягом всього періоду реалізації. У першому місяці проводиться індивідуальна консультація на тему особливостей дитини та плану роботи, групова зустріч «Що таке мовленнєва тривожність?» та майстер-клас «Техніки релаксації для дітей».

У другому місяці організовується групова зустріч «Як спілкуватися з тривожною дитиною», майстер-клас «Ігри для розвитку мовлення вдома» та індивідуальні консультації щодо прогресу та подолання труднощів.

У третьому місяці проводиться підсумкова групова зустріч «Наші досягнення», спільне заняття з дитиною «Разом до успіху», та індивідуальні консультації щодо подальших рекомендацій для роботи вдома.

Домашні завдання для батьків і дітей є важливою частиною програми. На підготовчому етапі пропонуються: «Щоденник настрою» (щоденне малювання емоції дня), «Дихальні вправи перед сном» (щодня), «Читання терапевтичних казок» (3 рази на тиждень).

На основному етапі домашні завдання включають: «Скарбниця успіхів» (щоденне записування успіхів дитини), «Веселі скоромовки» (щоденно по 5 хвилин), «Ігри зі звуками» (3 рази на тиждень), «Розповідь про день» (щовечора дитина розповідає про найцікавішу подію).

На завершальному етапі пропонуються: «Мій план впевненості» (1-2 рази на тиждень продумувати дії в різних ситуаціях), «Виступ для родини» (за бажанням дитини), «Книга моїх перемог» (створення книги з малюнками та записами про досягнення).

Матеріально-технічне забезпечення програми включає логопедичний кабінет з зонами (робоча, ігрова, релаксації) та залу для групових занять. Необхідне обладнання: дзеркало, стілець, стіл дитячий, шафи для матеріалів, музичний центр або колонка, записи спокійної музики.

Для пісочної терапії потрібна пісочниця (50х70 см), пісок, набір мініатюрних фігурок. Для арт-терапії необхідні папір різних форматів, фарби, пензлі, олівці, фломастери, пластилін, глина, природні матеріали. Для ігрової терапії використовуються іграшки (ляльки, тварини, машинки), м'ячі, стрічки.

Дидактичні матеріали включають картки з емоціями, картинки для складання розповідей, логопедичні ігри, картки для автоматизації звуків. Також необхідні збірки терапевтичних казок, вірші, скороговки, книжки з картинками. Допоміжні матеріали: масажні м'ячики, дихальні тренажери (бульбашки, вітрячки, пір'їнки), свічки LED.

3.3. Методичні рекомендації щодо впровадження програми корекційно-розвиткової роботи з подолання мовленнєвої тривожності

Успішне впровадження програми корекційно-розвиткової роботи з подолання мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими труднощами в кризових умовах потребує ретельної підготовки та дотримання низки методичних рекомендацій. Перш за все, рекомендується створити міждисциплінарну команду фахівців, яка включатиме логопеда, психолога, вихователя та медичного працівника. Така команда забезпечить комплексний підхід до роботи з дитиною та її родиною. Важливо провести попереднє навчання всіх учасників команди щодо специфіки роботи з дітьми, які мають мовленнєву тривожність у кризових умовах.

Організаційні рекомендації передбачають створення спеціально обладнаного кабінету з трьома функціональними зонами: робочою (для логопедичних занять), ігровою (для арттерапії та ігрової терапії) та зоною релаксації (з м'якими меблями, приглушеним освітленням). Рекомендується забезпечити кабінет необхідними матеріалами: піском для пісочної терапії, музичним обладнанням, матеріалами для арт-терапії, дидактичними іграми та логопедичними посібниками. Особливу увагу слід приділити створенню атмосфери безпеки та комфорту, оскільки діти з мовленнєвою тривожністю надзвичайно чутливі до оточуючого середовища.

Методичні рекомендації щодо проведення занять ґрунтуються на принципах поступовості та індивідуального підходу. На початковому етапі роботи рекомендується приділяти особливу увагу встановленню емоційного контакту з дитиною. Логопед має демонструвати безумовне прийняття, уникати будь-якої критики та підтримувати кожен спробу дитини до комунікації. У випадку, якщо дитина не готова до вербального спілкування, слід використовувати невербальні методи взаємодії: спільне малювання, гру з піском, музичну терапію. Тривалість занять на початковому етапі не повинна перевищувати 20-25 хвилин, поступово збільшуючись до 35 хвилин залежно від толерантності дитини до навантаження.

На основному етапі роботи рекомендується поєднувати традиційні логопедичні методи з психотерапевтичними техніками. Логопедичні вправи слід подавати в ігровій формі, використовуючи улюблених персонажів дитини або актуальні для неї теми. Важливо уникати прямого виправлення помилок, натомість рекомендується використовувати метод "м'якої корекції" - повторення правильного варіанта після дитини без акцентування уваги на помилці. Для зниження тривожності під час мовленнєвих вправ рекомендується регулярно включати релаксаційні паузи з дихальними вправами або короткою медитацією.

Особливу увагу слід приділити роботі з батьками, оскільки їхня підтримка є критично важливою для успіху програми. Рекомендується

проводити регулярні консультації з батьками не рідше одного разу на два тижні. На цих зустрічах важливо навчити батьків основним принципам спілкування з тривожною дитиною: уникнення надмірної критики, заохочення будь-яких спроб до комунікації, створення дома спокійної та підтримуючої атмосфери. Батькам слід надати конкретні рекомендації щодо домашніх завдань, які мають бути цікавими та не викликати додаткового стресу у дитини.

Рекомендується також організувати групові зустрічі батьків, де вони зможуть поділитися досвідом та отримати взаємну підтримку. Такі зустрічі особливо важливі в кризових умовах, коли батьки самі можуть переживати підвищену тривожність. Під час цих зустрічей доцільно проводити майстер-класи з техніками релаксації, які батьки зможуть використовувати як для себе, так і для допомоги дитині в стресових ситуаціях.

Співпраця з педагогами закладу дошкільної освіти також потребує особливої уваги. Рекомендується проводити консультації з вихователями щодо особливостей підтримки дітей з мовленнєвою тривожністю в групі. Педагогам слід надати конкретні рекомендації щодо створення комфортного мовленнєвого середовища: уникнення публічного виправлення помилок, надання дитині достатнього часу для відповіді, використання заохочувальних методів замість критики. Важливо також навчити педагогів розпізнавати ознаки підвищеної тривожності у дитини та вміти надати їй необхідну підтримку.

Для оцінювання ефективності програми рекомендується використовувати комплексний підхід, що включає як кількісні, так і якісні методи оцінювання. На початку та після завершення програми слід провести психодіагностичне обстеження дитини з використанням стандартизованих методик оцінювання тривожності та самооцінки. Рекомендується також ведення щоденника спостережень, де фіксуватимуться зміни в поведінці та емоційному стані дитини. Важливими показниками ефективності є: зниження фізіологічних проявів тривожності, збільшення мовленнєвої активності,

покращення якості мовлення, підвищення самооцінки та розвиток соціальних навичок.

Прогнозовані результати програми включають значне зниження рівня мовленнєвої тривожності, покращення якості мовлення та підвищення комунікативної компетентності дітей. Очікується, що діти навчатимуться використовувати техніки саморегуляції в стресових ситуаціях, розвинути позитивну самооцінку власних мовленнєвих здібностей та стануть більш впевненими у соціальних взаємодіях. Довгостроковим ефектом програми має стати успішна адаптація до шкільного навчання та формування стійких навичок подолання стресових ситуацій у майбутньому житті дитини.

Висновки до третього розділу

Розроблена програма корекційно-розвиткової роботи з подолання мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими труднощами в кризових умовах представляє комплексний підхід, який інтегрує логопедичні, психологічні та психотерапевтичні методи. Програма ґрунтується на сучасних наукових підходах до розуміння взаємозв'язку між мовленнєвими порушеннями та емоційною сферою дитини, враховує індивідуальні особливості кожної дитини та специфіку впливу кризових умов на її психоемоційний розвиток.

Теоретичне обґрунтування програми базується на травмаінформованому, особистісно-орієнтованому, діяльнісному та системному підходах, що забезпечує її науковість та методологічну обґрунтованість. Програма структурована за трьома етапами: підготовчим (встановлення контакту, зниження гострої тривожності), основним (активна корекційна робота) та завершальним (закріплення результатів), що забезпечує поступовість та системність корекційно-розвиткової роботи.

Змістовне наповнення програми включає різноманітні методи роботи: ігрову терапію, арттерапію, казкотерапію, музикотерапію, пісочну терапію, дихальні вправи та техніки релаксації, що дозволяє здійснювати комплексний

вплив на різні аспекти розвитку дитини. Особливу увагу приділено роботі з батьками та педагогами, оскільки їхня підтримка є критично важливою для успіху корекційної роботи, особливо в кризових умовах.

Програма демонструє гнучкість та адаптивність до різних типів мовленнєвих порушень. Диференційований підхід передбачає особливості роботи з дітьми з загальним недорозвиненням мовлення, фонетико-фонематичними порушеннями та заїканням, що підтверджує її універсальність та практичну значущість для різних категорій дошкільників з мовленнєвими труднощами.

Методичні рекомендації щодо впровадження програми охоплюють організаційні, змістовні та процедурні аспекти корекційно-розвиткової роботи. Рекомендації включають створення спеціально обладнаного середовища, формування міждисциплінарної команди фахівців, розробку індивідуальних планів роботи та систему моніторингу ефективності програми.

Прогнозовані результати впровадження програми включають зниження рівня мовленнєвої тривожності, покращення якості мовлення, підвищення самооцінки дітей, розвиток комунікативних навичок та формування навичок емоційної саморегуляції. Довгостроковими ефектами програми мають стати успішна адаптація до шкільного навчання та формування стійких механізмів подолання стресових ситуацій.

Програма може бути рекомендована для використання в закладах дошкільної освіти, логопедичних кабінетах, центрах психологічної допомоги та інших установах, що працюють з дітьми дошкільного віку. Особливо актуальною є її використання в умовах кризових ситуацій, коли діти потребують додаткової психологічної підтримки та спеціалізованої корекційно-розвиткової роботи.

Для забезпечення стійкості результатів рекомендується продовження логопедичної роботи, періодичне проведення підтримуючих занять, систематична робота з батьками та педагогами, а також здійснення моніторингових обстежень для відстеження динаміки розвитку дитини.

Важливою є також співпраця з вчителями початкової школи для забезпечення наступності в підтримці дитини на наступному етапі її освітнього шляху.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі здійснено теоретичний та емпіричний аналіз особливостей мовленнєвої тривожності у дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими труднощами в кризових умовах, розроблено програму корекційно-розв'язкової роботи з подолання мовленнєвої тривожності. На основі проведеного дослідження можна зробити такі висновки:

Теоретичний аналіз наукової літератури показав, що мовленнєва тривожність є специфічним видом тривожності, який проявляється у дітей у ситуаціях, пов'язаних із мовленнєвою діяльністю. Вона характеризується емоційним дискомфортом, напруженістю, нервозністю, занепокоєнням та страхом, які виникають під час комунікативних ситуацій. У дітей старшого дошкільного віку мовленнєва тривожність має специфічні прояви у фізіологічній, поведінковій, емоційній, когнітивній, соціальній та мовленнєвій сферах.

Встановлено, що мовленнєві труднощі у дітей старшого дошкільного віку можуть проявлятися в різних аспектах мовленнєвого розвитку: лексико-граматичні труднощі, фонетико-фонематичні порушення, загальне недорозвинення мовлення, порушення темпо-ритмічної організації мовлення (заїкання). Кожен вид мовленнєвих труднощів має специфічні прояви тривожності та потребує диференційованого підходу до корекційної роботи. Доведено, що кризові умови, зокрема воєнні дії, вимушене переселення, повітряні тривоги, суттєво впливають на психоемоційний стан дітей дошкільного віку та можуть призводити до загострення мовленнєвої тривожності. Діти з мовленнєвими труднощами є особливо вразливими до негативного впливу кризових умов через нижчий рівень адаптаційних можливостей.

Емпіричне дослідження засвідчило, що діти з мовленнєвими труднощами мають значно вищий рівень мовленнєвої тривожності порівняно з дітьми з типовим розвитком: високий рівень мовленнєвої тривожності

виявлено у 53,3% дітей експериментальної групи проти 13,3% дітей контрольної групи. Високий рівень загальної тривожності спостерігається у 60% дітей з мовленнєвими труднощами порівняно з 20% дітей з типовим розвитком.

Виявлено, що самооцінка мовленнєвих здібностей у дітей з труднощами є значно нижчою: 66,6% дітей з мовленнєвими труднощами мають низьку самооцінку власних мовленнєвих здібностей порівняно з 13,3% дітей з типовим розвитком. Встановлено зворотній взаємозв'язок між рівнем мовленнєвої тривожності та самооцінкою: діти з низькою самооцінкою мають значно вищі показники мовленнєвої тривожності.

Дослідження показало, що кризові умови суттєво впливають на мовленнєвий розвиток дітей. За експертною оцінкою фахівців, найбільше збільшення мовленнєвих помилок та втрата мовлення спостерігаються у дітей з мовленнєвими труднощами після початку воєнних дій. Найвищий рівень тривожності зафіксовано у дітей із заїканням та у дітей-внутрішньо переміщених осіб.

Розроблена програма корекційно-розвиткової роботи з подолання мовленнєвої тривожності базується на комплексному підході, який інтегрує особистісно-орієнтований, діяльнісний, системний, психотерапевтичний та травмаінформований підходи. Програма розрахована на 3 місяців і включає 20 індивідуальних та 12 групових занять з використанням різноманітних методів: ігрової терапії, арттерапії, казкотерапії, музикотерапії, пісочної терапії, дихальних вправ та релаксації.

Програма структурована за трьома етапами: підготовчий (встановлення контакту, зниження гострої тривожності), основний (активна корекційна робота з мовленням та емоційною сферою) та завершальний (закріплення навичок, підготовка до самостійності). Важливим компонентом програми є робота з батьками та педагогами, яка включає консультації, майстер-класи, групові тренінги.

Розроблені методичні рекомендації щодо впровадження програми охоплюють організаційні, змістовні та процедурні аспекти корекційно-розвиткової роботи. Рекомендації включають створення спеціально обладнаного середовища, формування міждисциплінарної команди фахівців, розробку індивідуальних планів роботи та систему моніторингу ефективності. Особливу увагу приділено специфіці роботи в кризових умовах, що вимагає додаткової чутливості до емоційного стану дітей та їхніх сімей. Прогнозовані результати впровадження програми включають зниження рівня мовленнєвої тривожності, покращення якості мовлення, підвищення самооцінки дітей, розвиток комунікативних навичок та формування навичок емоційної саморегуляції. Довгостроковими ефектами програми мають стати успішна адаптація до шкільного навчання та формування стійких механізмів подолання стресових ситуацій.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у вивченні довгострокових ефектів програми, адаптації програми для дітей молодшого шкільного віку, розробці онлайн-формату програми для дітей, які не мають можливості відвідувати очні заняття, створенні методичних рекомендацій для батьків щодо підтримки дітей з мовленнєвою тривожністю в домашніх умовах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексеева Ю. А., Артемчук О. Г., Шишова О. М. Психодіагностика дітей та підлітків (для психодіагностичної практики студентів) : навч.-метод. посіб. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2011. 108 с.
2. Бабаян Ю., Коновалюк О. Взаємозв'язок тривожності та навчальної успішності молодших школярів. *Науковий вісник МНУ ім. В. О. Сухомлинського*. 2014. № 2(12). С. 18–21.
3. Базима Н. В. Особливості емоційно-вольової сфери дітей з порушеннями мовлення. *Актуальні проблеми корекційної освіти*. 2014. № 4. С. 23–31.
4. Блажко А. С., Таран О. П. Особливості організації логопедичного супроводу дітей дошкільного віку в кризових умовах. *Науковий збірник*. 2023. С. 85–92.
5. Гринченко А. Аналіз гендерних аспектів тривожності в підлітковому середовищі. *Актуальні проблеми психології*. 2009. Т. 7, № 20. С. 99–104.
6. Гуцал Л., Миронова С. Корекція заїкання у молодших школярів : навч.-метод. посіб. Київ : Шкіл. світ, 2010. 120 с.
7. Дідик Н. Психологічні засоби розвитку професійно значущих характеристик особистісної зрілості майбутніх психологів. *Освіта регіону*. 2011. № 2. С. 434-439.
8. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії : навч.-метод. посіб. Львів : ЛьвДУВС, 2020. 232 с.
9. Карпова Л. «Дерево-чоловічки»: історія однієї проєктивної методики. *Психолог*. 2013. № 7. С. 35–37.
10. Кочерга Л. Мовленнєва тривожність у дітей дошкільного віку: діагностика та корекція. Київ : Слово, 2017. 148 с.
11. Кротенко В. І., Бабенко Н. М. Прояви невротичних станів у дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку. *Науковий часопис. Спеціальна психологія*. 2014. № 28. С. 285–289.

12. Куцин Е. Психофізіологічний механізм музикотерапії та її вплив на школяра. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова*. 2019. Т. 1, № 72. С. 266–270.
13. Ладур Н. В. Психологічний стан осіб, постраждалих унаслідок Чорнобильської катастрофи. *Матеріали наук.-практ. конф.* Дніпро : ВНПЗ «ДГУ», 2020. С. 165–168.
14. Лященко В. М. Вплив війни на психоемоційний стан дітей з мовленнєвими порушеннями. *Збірник праць ХНПУ*. 2023. С. 123–130.
15. Максименко Н. М. Психологія особистості. Київ : Центр учбової літератури, 2007. 256 с.
16. Методичні вказівки до проведення лабораторних робіт з дисципліни «Арт-терапія». Харків : Фабула, 2016. 37 с.
17. Михайлишин У. Б., Шмідзен І. Ю. Методи психічної саморегуляції особистості. *The XXIII International Scientific and Practical Conference*. 2022. С. 548–550.
18. Моляко В. Психологічні наслідки чорнобильської катастрофи. *Актуальні проблеми психології*. 2010. Т. 12, № 12. С. 8–21.
19. Мороз О. Методика дослідження стану та проявів мовленнєвої тривожності у молодших школярів із ТПМ. *Логопедія*. 2015. № 7. С. 55–61.
20. Мороз О. І. Мовленнєва тривожність у дітей із порушеннями розвитку: теорія і практика. *Корекційна педагогіка*. 2016. № 3. С. 34–41.
21. Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. Основи психотерапії : навч. посіб. Львів : Вежа-Друк, 2017. 420 с.
22. Неведомська Є., Михайловська Т. Як подолати педагогу тривожність студентів? *Освітологічний дискурс*. 2016. № 1(13). С. 131–144.
23. Нерубаська А., Шепелева В. Вплив музикотерапії на психологічний стан людини. *Габітус*. 2023. № 47. С. 200–203.
24. Никончук Н. О. Вплив соціального оточення на розвиток здібностей молодших школярів. *Наука і освіта*. 2014. № 5. С. 254–260.

25. Піроженко Т. О. Емоційний розвиток дошкільника. Київ : Мандрівець, 2010. 176 с.
26. Смирнова Є. О. Особливості розвитку емоційної сфери дітей дошкільного віку. *Психологія і педагогіка*. 2012. № 4. С. 183–190.
27. Сорока О., Банкул Л. Музикотерапія як інноваційна здоров'язбережувальна технологія. *Наук. вісник УжНУ*. 2013. № 27. С. 192–195.
28. Томчук С., Томчук М. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі : монографія. Вінниця : ВАНО, 2018. 200 с.
29. Тривожні діти: методичні та практичні рекомендації / упоряд. А. Шаш. Чернігів, 2013. 46 с.
30. Туриніна О. Л. Методологія та методи психологічного дослідження : навч.-метод. посіб. Київ : Персонал, 2018. 206 с.
31. Тягур Л. Сендплей – метод позитивного впливу на психічний розвиток дитини. *Актуальні проблеми психології*. 2015. Т. 11, № 13. С. 315–324.
32. Шевченко В., Мольченко Д. Психологічні особливості впливу ситуативної тривожності на ефективність публічного виступу. *Науковий вісник МНУ*. 2016. № 1(16). С. 229–235.
33. Шеремет М., Базима Н. В., Мороз О. В. Мовленнєва тривожність дітей із тяжкими порушеннями мовлення як проблема корекційної освіти. *Науковий часопис НПУ*. 2015. № 29. С. 151–160.
34. Ятищук А. Проблеми психології виховання у творчій спадщині С. Балея : дис. ... канд. психол. наук. Київ, 2018. 249 с.
35. Ятищук А., Поджинська О. Психологічна адаптація вимушених переселенців за кордоном. *Габітус*. 2023. № 53. С. 192–196.
36. Beck A. T., Emery G., Greenberg R. L. *Anxiety Disorders and Phobias*. New York : Basic Books, 1985. 368 p.
37. Bowlby J. *Attachment and Loss*. New York : Basic Books, 1988. 401 p.
38. Bowlby J. *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. New York : Basic Books, 1969. 428 p.

- 39.Coie J. D., Dodge K. A., Kupersmidt J. B. Peer group behavior and social status.
In: Asher S. R., Coie J. D. (eds.). *Peer Rejection in Childhood*. New York :
Cambridge University Press, 1990. P. 17–59.
- 40.Ellis A. Reason and Emotion in Psychotherapy. New York : Lyle Stuart, 1962.
437 p.
- 41.Erikson E. H. Childhood and Society. New York : W. W. Norton, 1950. 445 p.
- 42.Eysenck M. W. Anxiety and Cognition. Hove : Psychology Press, 2013. 208 p.
- 43.Freud S. Inhibitions, Symptoms and Anxiety. London : Hogarth Press, 1959. 176
p.
- 44.Gunnar M. R., Quevedo K. The neurobiology of stress and development. *Annual
Review of Psychology*. 2007. Vol. 58. P. 145–173.
- 45.Horney K. Our Inner Conflicts. New York : W. W. Norton, 1945. 296 p.
- 46.Kagan J. Galen’s Prophecy: Temperament in Human Nature. New York : Basic
Books, 1994. 384 p.
- 47.Kandel E. R., Schwartz J. H., Jessell T. M. Principles of Neural Science. New
York : McGraw-Hill, 2013. 1709 p.
- 48.Kessler R. C., Chiu W. T., Demler O., Merikangas K. R., Walters E. E.
Prevalence and comorbidity of DSM-IV disorders. *Archives of General
Psychiatry*. 2005. Vol. 62. P. 617–627.
- 49.LeDoux J. Anxious: Using the Brain to Understand and Treat Fear and Anxiety.
New York : Viking, 2015. 416 p.
- 50.Owens R. E. Language Development: An Introduction. 9th ed. Boston : Pearson,
2014. 512 p.
- 51.Paul R., Norbury C. F. Language Disorders from Infancy through Adolescence.
4th ed. St. Louis : Elsevier, 2012. 368 p.
- 52.Rubin K. H., Bukowski W. M., Bowker J. C. Children in peer groups. *In: Lerner
R. M. (ed.). Handbook of Child Psychology*. Hoboken : Wiley, 2015. P. 175–222.
- 53.Skinner B. F. Science and Human Behavior. New York : Macmillan, 1953. 461
p.

54. Spielberger C. D. *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*. New York : Academic Press, 1972. P. 23–49.
55. Vygotsky L. S. *Thought and Language*. Cambridge, MA : MIT Press, 1962. 168 p.
56. Watson J. B., Rayner R. Conditioned Emotional Reactions. *Journal of Experimental Psychology*. 1920. Vol. 3. P. 1–14.