

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЮРІЯ ФЕДЬКОВИЧА**

**Факультет педагогіки, психології та соціальної роботи
Кафедра педагогіки і психології дошкільної та спеціальної освіти**

**Релаксаційні техніки як засіб підвищення
ефективності логопедичної терапії:
теоретичний аспект**

Кваліфікаційна робота

Рівень вищої освіти — другий (магістерський)

Виконала:

студентка 2 курсу, 202-м групи

Кучурян Аліна Василівна

Керівник:

доктор педагогічних наук, професор

Олійник М.І.

До захисту допущено

на засіданні кафедри

протокол № _____ від «_____» _____ 2025 р.

Зав. кафедрою _____ проф. Олійник М.І.

Чернівці – 2025

АНОТАЦІЯ

Кучурян А. Релаксаційні техніки як засіб підвищення ефективності логопедичної терапії: теоретичний аспект. *Рукопис.* Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра зі спеціальності 016 «Спеціальна освіта». Чернівецький нац. ун-т імені Юрія Федьковича. Чернівці, 2025. 96 с.

Магістерська робота присвячена дослідженню особливостей мовленнєвої активності дітей старшого дошкільного віку із загальним недорозвитком мовлення в умовах стресу. Актуальність дослідження зумовлена зростанням психоемоційного напруження в умовах соціальної нестабільності, що негативно впливає на мовленнєвий розвиток дітей із порушеннями мовлення. У роботі розкрито психологічну природу стресу, його вплив на когнітивні та комунікативні процеси, охарактеризовано специфіку проявів мовленнєвої активності у дітей із ЗНМ в умовах психоемоційного напруження. На основі теоретичного аналізу наукових досліджень визначено рівні мовленнєвої активності та прояви стресових реакцій у старших дошкільників, обґрунтовано потребу у впровадженні спеціальних логопедичних технологій, спрямованих на зниження рівня стресу та стимулювання мовленнєвої ініціативи. Розроблені корекційно-розвивальні заходи є доцільними й ефективними у підвищенні мовленнєвої активності дітей в умовах стресу, що підтверджено результатами теоретичного аналізу наукових досліджень.

Ключові слова: мовленнєва активність, діти старшого дошкільного віку, загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ), стрес, психоемоційне напруження, когнітивні процеси, комунікативні процеси, стресові реакції, логопедичні технології, корекційно-розвивальні заходи

ABSTRACT

Kuchuryan A. Relaxation Techniques as a Means of Enhancing the Effectiveness of Speech Therapy: Theoretical Aspect. Manuscript. Master's Qualification Thesis for the Degree of Master in Special Education (Specialty 016

"Special Education"). Yuriy Fedkovych Chernivtsi National University. Chernivtsi, 2025. 96 p.

The qualification work is devoted to the problem of using tongue twisters as an effective means of developing the speech of preschool children. The essence of speech development in preschoolers was investigated and tongue twisters were analyzed as a unique phenomenon that has significant psychological and pedagogical potential for the comprehensive development of sound pronunciation, diction, phonemic hearing, and general speech coordination. It was found that, despite their recognized value, their practical application in educational institutions is often episodic and unsystematic, which creates an urgent need for the development and implementation of systematic scientific and methodological approaches. To solve the identified problems, directions were substantiated and experimental work was organized, within the framework of which the author's methodology for using tongue twisters was developed and successfully implemented. The methodology was based on leading didactic principles and provided a targeted impact on all components of the speech system. Analysis of the results of the control stage of the experiment proved the high effectiveness of the development: significant positive dynamics of speech development were recorded in the experimental for all indicators. This confirms the practical value of the methodology for systemic integration into the educational process of preschool institutions.

Keywords: speech activity, older preschool children, general speech underdevelopment (GSD), stress, psychological and emotional tension, cognitive processes, communicative processes, stress reactions, speech therapy technologies, corrective and developmental activities.

Кваліфікаційна робота не містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів наукових досліджень інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ А. Кучурян

ЗМІСТ

Вступ.....	5
Розділ 1. Теоретичні засади дослідження впливу стресу та релаксації в логопедії.....	7
1.1. Поняття стресу: еволюція, природа, класифікація.....	7
1.2. Властивості та наслідки стресу.....	13
1.3. Релаксація: визначення та характеристики.....	18
1.4. Порівняльний аналіз механізмів стресу та релаксації.....	20
1.5. Види релаксаційних технік у логопедичній терапії.....	27
Висновки до розділу 1.....	45
Розділ 2. Педагогічна цінність релаксаційних технік у роботі вчителя-логопеда.....	46
2.1. Характеристика мовленнєвих порушень, які супроводжуються психоемоційною напругою.....	46
2.2. Роль релаксації у терапії мовленнєвих порушень.....	59
2.3. Методичні рекомендації щодо використання релаксаційних вправ у роботі вчителя-логопеда.....	68
Висновки до розділу 2.....	77
Загальні висновки	79
Список використаних джерел.....	81
Додатки.....	87

ВСТУП

У сучасній логопедичній практиці особливого значення набуває міждисциплінарний підхід, що передбачає інтеграцію знань із педагогіки, психології, медицини, соціології та лінгвістики. Однією з актуальних проблем, з якою стикаються як фахівці, так і пацієнти під час логопедичної терапії, є підвищений рівень психоемоційного напруження, зумовлений стресом. Стрес, що виникає у процесі діагностики, корекції та терапії мовленнєвих порушень, може суттєво впливати на якість комунікації, викривлювати результати обстеження, а також ускладнювати взаємодію між логопедом і пацієнтом.

Наявність стресу під час логопедичного обстеження або терапевтичної сесії здатна зумовити неадекватні поведінкові реакції з боку пацієнта, що, у свою чергу, може призвести до хибної інтерпретації симптомів і встановлення некоректного діагнозу. Усвідомлення впливу емоційного стану на мовленнєву поведінку пацієнта є необхідною умовою ефективної логопедичної практики, що вимагає від фахівця не лише професійних знань, а й високого рівня емоційного інтелекту, емпатії та здатності до саморефлексії.

З огляду на вищезазначене, застосування психотерапевтичних і психологічних засобів, зокрема технік релаксації, в логопедичній терапії, є надзвичайно актуальним. Техніки релаксації дозволяють знизити рівень тривожності, стабілізувати емоційний стан пацієнта, створити сприятливий психофізіологічний фон для мовленнєвої активності та покращити ефективність терапевтичного процесу. Найбільш поширеними та ефективними у логопедичній практиці є метод прогресивної м'язової релаксації за Е. Джейкобсоном та аутогенне тренування за Й. Шульцом. Обидва підходи мають науково обґрунтовану ефективність, зручність застосування й адаптаційний потенціал для різних вікових і клінічних груп.

Незважаючи на зростаючий інтерес до теми психоемоційного супроводу у логопедії, кількість емпіричних досліджень, присвячених безпосередньому впливу релаксаційних технік на логопедичну корекцію, залишається обмеженою. Особливої потреби набуває систематизація наявних знань,

практичних підходів та створення програм релаксаційної підтримки, які логопед може використовувати в щоденній практиці.

Метою даного дослідження є теоретичне обґрунтування доцільності використання релаксаційних технік у логопедичній терапії та аналіз їхнього впливу на ефективність мовленнєвої корекції в осіб із заїканням і дизартрією.

Предметом дослідження є взаємозв'язок між рівнем психоемоційного напруження та результативністю логопедичної терапії з урахуванням застосування методів релаксації.

Об'єктом дослідження виступає логопедичний процес у контексті впливу психофізіологічного стану пацієнта на його перебіг.

Методи дослідження: аналіз, систематизація, узагальнення наукової літератури, вивчення документації;

Теоретична значимість дослідження полягає у поглибленні знань про сутність та роль ранньої діагностики й логопедичної інтервенції, а також у розширенні наукових уявлень щодо причин, механізмів і шляхів корекції мовленнєвих порушень у дітей.

Практична значимість дослідження становить розробка серії релаксаційних вправ і занять для дітей дошкільного віку з урахуванням особливостей логопедичної роботи, що може бути використано як складова частина комплексної корекційної програми. Окрім того, результати дослідження можуть бути застосовані у професійній підготовці логопедів, психологів та спеціалістів суміжних галузей.

Структура роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків і списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ ТА РЕЛАКСАЦІЇ В ЛОГОПЕДІЇ

1.1. Поняття стресу: еволюція, природа, класифікація

Фактори, що викликають психічне напруження, присутні повсюдно і майже протягом усього життя людини. На ці фактори реагує не тільки психіка, але й соматична система людини, яка змінює функціонування окремих біологічних систем.

Серед природних реакцій психіки на стресові подразники можна назвати, серед іншого, реакції, що проявляються в настрої (зміни настрою, вибуховість, нудьга), поведінці (дратівливість, нетерплячість, непослідовність у певних видах поведінки, поспішне прийняття рішень) або реакції, пов'язані з розумовою працею (проблеми з концентрацією, хаос у думках, розгубленість, забудькуватість) [27]. Високий рівень стресу, який - якщо в невеликих дозах є сприятливим і, як правило, корисним для людини - при тривалому збереженні іноді викликає серйозні психічні розлади, що виражаються в емоційному та когнітивному функціонуванні людини та її поведінці [25].

Загальновідомим є факт, що стрес впливає не тільки на психічне, а й на соматичне функціонування: споживання їжі в нервовому стані та поспіху викликає виразки шлунка, тривале напруження викликає загальне ослаблення всього організму та збільшує сприйнятливості до різних хвороботворних факторів. Кардіологи часто пропонують своїм пацієнтам змінити спосіб життя, враховуючи також важливу роль стресу в процесах, що шкодять функціям майже всіх взаємодіючих біологічних систем, таких як нервова, гормональна або м'язова.

Шукаючи правильне визначення того, що таке релаксація, слід попередньо уточнити: що таке стрес? Тоді, шляхом зміни механізмів, що викликають стрес, відповідь на питання: що таке релаксація? стане більш впевненою.

Стрес, як невід'ємний елемент життя, разом з релаксацією є факторами, що взаємодоповнюють один одного. Стрес і релаксація є двома аспектами одного і того ж явища [26].

Поняття стресу приписують канадському лікарю-фізіопатологу та ендокринологу Г. Селі. Саме Г. Селі, хоча спочатку у своїх працях визначав стрес як синдром неспецифічних реакцій на загрозливі подразники, у пізніші роки поширив термін «стрес», який набув особливої популярності після 1950 року. На його думку, стрес — це «неспецифічна реакція організму на поставлене перед ним завдання» [27].

Як слід розуміти згадану «специфічність» і «неспецифічність» реакції? «Специфічна реакція» — це «індивідуалізована реакція», якій супроводжують різноманітні суб'єктивні почуття та емоції, властиві даному подразнику, його силі та супутнім обставинам. Таку реакцію можна помітити, і при цьому людина її усвідомлює. На відміну від «специфічної реакції», «неспецифічна реакція» — це реакція на різноманітні подразники, яка не супроводжується суб'єктивними емоційними відчуттями і, як правило, людина не усвідомлює її існування. Відсутність самосвідомості у випадку «неспецифічної реакції» здається важливою в контексті нерозуміння виникнення стресової реакції. Важливо, що в її випадку не мають значення особисті відчуття, а інтенсивність реакції організму на даний подразник. Наприклад, специфічними реакціями, які з'являються в результаті інформації про виграш у лотерею, є, наприклад, здивування, радість, хвилювання, відчуття щастя. У цьому ж випадку з'являються неспецифічні реакції, такі як прискорення серцебиття, підвищення артеріального тиску, посилене потовиділення тощо [27].

Дещо ширше визначення стресу за Г. Селієвим представив також Л. Наугольний, сформулювавши його таким чином: «стрес — це своєрідна форма відзеркалення суб'єктом складної екстримальної ситуації, коли мотиви сполучаються з інтенсивними емоційними переживаннями [25]. В.Стасюк та В. Українець представили стрес як комплекс неспецифічних (не пов'язаних з

сутністю стресогенного фактора) фізіологічних змін адаптаційного характеру, які служать для захисту організму» [36].

Однак виявляється, що термін «стрес» з'явився ще раніше, у працях Джона Мансона та Вальтера Канзона, які для позначення будь-яких психічних напружень використовували відповідно поняття нервового стресу або емоційного стресу.

О.Овчаренко пише, що фізіологічна концепція стресу, яка домінувала в 60-70-х роках, звузила поняття стресу до схеми подразника і реакції, що на нього слідує.

Річард Лазарус у своїй праці «Психологічний стрес і процес копіювання» (за О.Овчаренко [27]) використовує термін «психологічний стрес», значення якого є ширшим, ніж поняття стресу в біологічному розумінні.

Інтердисциплінарність цього явища призвела до появи багатьох різних концепцій психологічного стресу, в результаті чого стало важко дати точне, однозначне визначення. У зв'язку з цим зустрічаються численні описові термінологічні пропозиції, такі як «складна ситуація» або «фрустрація». Як пише Л. Оришин, «більшість з них трактує психологічний стрес як збільшення адаптаційних зусиль у зв'язку з порушенням з порушенням рівноваги між особистістю та середовищем» [28].

Термін «стрес» розглядається в психології та суміжних науках у двох контекстах: біологічного стресу, також званого фізіологічним, та психологічного стресу. У біологічному контексті стрес — це «сукупність фізіологічних змін в організмі, що виникають у відповідь на дію шкідливих подразників» (А. Frączek і М. Kofta), тоді як у психологічному контексті стрес визначається як «зміни, що відбуваються в психологічних регуляторних механізмах і функціях під впливом різних видів складних ситуацій». При цьому слід враховувати взаємну, тісну залежність обох підходів до поняття «стрес» [25].

У Вікіпедії (стаття «стрес») визначення стресу розглядаються також у контексті різних наукових дисциплін. Згідно з цим джерелом, у психології стрес

визначається як «динамічна адаптаційна взаємодія між можливостями індивіда та вимогами ситуації (стресором), що характеризується порушенням рівноваги», тоді як у медицині стрес є «порушенням гомеостазу, спричиненим фізичним або психологічним фактором».

Загалом можна сказати, що стрес є реакцією організму на несприятливий подразник, в результаті якої порушується рівновага процесів в організмі. Спроби відновлення зазначеної рівноваги пов'язані з вжиттям певних заходів (Вікіпедія, стаття «стрес»).

Щоб більш детально проаналізувати явище релаксації, а потім і саму релаксацію, спочатку слід проаналізувати фактори, що викликають стрес, а потім визначити його властивості та наслідки. Тому доцільно спочатку поставити питання: що і як визначає виникнення стресу?

«Стресовий фактор (стресор) – це такий елемент ситуації, який викликає «надмірне навантаження» на систему психічної регуляції поведінки і, отже, порушує рівновагу між суб'єктом і середовищем».

Існують різні ситуації різного характеру, які можуть спричинити появу психологічного стресу. Стресові ситуації можуть мати різну інтенсивність і по-різному впливати на інтенсивність рівня стресу. Такі ситуації можуть мати повторюваний або одноразовий характер. Вони також можуть стосуватися реальних ситуацій, які відбуваються в даний момент, або ситуацій, які характеризуються розумовим пригадуванням тривожного явища. Реальною ситуацією може бути автомобільна аварія, яка викликає як психологічний, так і фізичний стрес, тоді як уявною стресовою ситуацією є приклад того, що аварія може статися або сталася колись у минулому. Стресові ситуації також намагалися групувати, розділяючи їх, наприклад, на групу соціальних стресогенних факторів. Група соціальних стресогенних факторів – це «найрізноманітніші ситуації, які створюють загрозу для цінностей, що цінуються індивідом, та для його потреб соціального характеру» [13].

Кількість і різноманітність характеру стресових ситуацій унеможливила створення хоча б однієї загальноприйнятої класифікації стресових факторів у

психології, хоча такі спроби були зроблені. Одну з таких спроб зробив J. Reykowski, розділивши стресові фактори на три типи: порушення, загрози та ситуації депривації. Порушення – це «різні елементи ситуації, які ускладнюють або унеможливають ефективне виконання особою своїх дій». Загрози – це різноманітні фізичні та соціальні небезпеки. Ситуації депривації виникають, коли потреби не були задоволені або заплановані цілі не були досягнуті, і в результаті цього зазнаються певні збитки [62].

А. Левіцький створив подібну спробу класифікації, включивши в неї ще один елемент: болісні та дратівливі ситуації, які можуть викликати моральний або фізичний біль, наприклад, бути висміяним (за А. Frączek і М. Kofta [52]).

Стрессова реакція, отже, викликається не самою ситуацією чи її характером, а особистим ставленням людини до конкретної ситуації.

Р. Лазарус наводить чотири фактори, які мають прямий вплив на появу стресової реакції. На його думку, це: мотивація, можливості власного Его, захисні диспозиції та загальна оцінка своїх можливостей. Чим більша мотивація індивіда до певних дій і подолання бар'єрів, тим менший вплив стресових факторів на мотивовану особу. Можливості свого Его тісно пов'язані з почуттям власної гідності та правильним ставленням людини до навколишньої реальності. Таке ставлення базується на здатності сприймати та реально інтерпретувати стимули, що надходять до людини. Чим сильніше це Его, тим вміліше людина може впоратися зі стресом. Захисні механізми базуються на певній схильності до прийняття тривожної позиції. Люди, які сприймають реальність як несприятливу, мають більшу схильність до посилення емоційних реакцій, які вимагають застосування певних захисних механізмів, спрямованих на підвищення рівня психологічного комфорту. Серед згаданих захисних механізмів можна назвати, наприклад, раціоналізацію, яка ґрунтується на невідповідному поясненні та спробах раціонального обґрунтування причин своєї поведінки. Також чим краще суб'єктивно оцінюються власні можливості подолання бар'єрів і досягнення цілей своїх дій, тим менший вплив потенційних стресових факторів. (за А. Frączek і М. Kofta [52]).

Враховуючи той факт, що будь-який стресогенний фактор щоразу по-різному впливає на окремих людей, слід пам'ятати, що спосіб реакції залежить від індивідуальної позиції кожної людини та її ставлення до стресогенного фактора. Сама інтерпретація стресогенного фактора стає ключовим елементом, який формує схильність або стійкість індивіда до складних ситуацій, що більш детально описують А. Франчек і М. Кофта: «Важливою є не стільки фізична сила подразника, скільки його значення для суб'єкта. Це створює очевидну складність при будь-яких спробах підрахувати і систематизувати стресові фактори, оскільки система досвіду людини, яка визначає, яке значення матимуть для неї різні ситуації, є в значній мірі індивідуалізованою. Водночас він може змінюватися в деяких аспектах, наприклад, коли ми переходимо з одного культурного кола в інше, незважаючи на те, що кожне з цих кіл формує у своїх членів різні мотиваційні моделі та різні системи очікувань» [52].

Наугольник Л. у своїй книзі «Психологія стресу» зазначає, що саме «настрій, упередження та схильності впливають на те, як ми реагуємо». А те, як людина реагує, залежить від індивідуального порогу фрустрації. Кожна людина має різний поріг фрустрації. Розрізняють високий поріг фрустрації, середній поріг та низький поріг [25].

Низький поріг фрустрації характерний для людей, які постійно про щось турбуються, багато разів згадують події з минулого, мстиві, не схильні до змін.

Особи з високим порогом фрустрації мають риси, які є діаметрально протилежними до рис осіб з низьким порогом фрустрації. Це люди, які легко розлучаються з іншими, швидко забувають неприємні переживання та нещастя, легко пристосовуються до нових ситуацій, не переймаються.

На те, як сприймаються стресові ситуації, також впливатимуть вік, етап життя чи емоційний стан.

Причиною стресу може бути сама думка про стресовий минулий випадок, який міг статися в момент, незалежний від даного моменту. Більше того, кожна людина має власний спосіб переживання стресу, при цьому різні фактори визначають його появу. Причини стресу можуть бути, отже, зовсім невідомі

третім особам, можуть бути для них абсолютно непомітними або сприйматися ними як невідповідні ситуації. Цей факт видається важливим у контексті проведення логопедичної діагностики стресованих пацієнтів і може значною мірою впливати на результат діагностичного процесу.

Підсумовуючи, слід зазначити, що існують фактори, які в кінцевому підсумку призводять до того, що дистрес впливає на зміни у функціонуванні організму та регулюванні психологічної поведінки людини. До цих факторів належать, зокрема:

- низький рівень індивідуальної стійкості до психологічного стресу
- використання неправильних методів боротьби зі стресом
- високий рівень стресу, який може загрожувати потребам і цінностям даної особи
- стресові фактори, які важко усунути [52].

Важливо звернути увагу на певну властивість стресових факторів: «Можливість того, що якась ситуація стане джерелом стресу, не є її іманентною властивістю, а впливає з певного відношення між цією ситуацією та суб'єктом, що діє в ній. Залежно від того, яке співвідношення існує між стимулом або ситуацією, що впливає на людину, та її поточними прагненнями, потребами, когнітивними схемами, властивостями системи цінностей, ці стимули та ситуації можуть бути джерелом стресу або ні» [52].

1.2. Властивості та наслідки стресу

Говорячи про властивості стресу, не можна не згадати про те, що стрес загальноновизнано вважається шкідливим явищем. Дійсно, з розвитком цивілізації явище стресу посилювалося, але чи дійсно стрес є виключно шкідливим явищем?

Важливо, що якщо стрес є короточасним і легким або слабким і помірним, він може особливим чином посилювати когнітивні та розумові

процеси, такі як пам'ять. Стрес в такій оптимальній дозі стає стимулюючим і робить людину більш пильною та зосередженою [25].

В інтернет-енциклопедії написано, що «помірний стрес збільшує можливості справлятися з адаптаційними вимогами оточення, завдяки чому сприяє психічному розвитку. Багато дослідників цього явища визначають його як основний фактор розвитку» (Вікіпедія, стаття: стрес).

Такий стрес «виконує мобілізуючу функцію, оскільки більші вимоги нової або складної ситуації змушують нас витратити більше сил і енергії». Це дозволяє долати перешкоди і, даючи відчуття задоволення, є додатковим мотивуючим фактором. Такий вид позитивного стресу називається еустрес.

Отже, можна стверджувати, що невеликий стрес сприяє людині, і не слід погоджуватися з думкою, що стрес є виключно шкідливим явищем.

Слід також мати на увазі, що амбівалентний характер стресу визначає і його шкідливі властивості. Аналогічно до стресу, що діє коротко або слабо, стрес, що триває довго або є сильним, називають дистресом, тобто негативним або надмірним стресом.

Такий стрес виникає, коли перевищується межа еустресу. Крім того, що він порушує рівновагу, він викликає шкідливі і часто постійні зміни в організмі людини. Тривалий або сильний стрес погіршує і послаблює ті самі процеси і функції, які стимулювала невелика доза стресу [28].

Щоб розпізнати, чи ситуація має характер дистресу, чи еустресу, слід насамперед подумати, чи наслідки описаної події є настільки неприємними, що викликають великий дискомфорт, і чи наша поведінка або сигнали, що надходять зсередини організму, можуть це підтвердити, чи ми швидко забуваємо про складну ситуацію і повертаємося до рівноваги.

Виникає питання: що допоможе оцінити, що ситуація є стресовою для даної людини? Серед найбільш характерних симптомів пережитого стресу в першу чергу називають фізичні, фізіологічні та психічні симптоми.

Серед фізичних симптомів виділяють явний біль і напруження окремих м'язів, що проявляється, зокрема, болем і напруженням живота, болем у спині,

скутістю шиї, напруженими м'язами обличчя тощо. Що стосується постави, то зазвичай це сутула, агресивна, замкнена, оборонна постава. У поведінці проявляється неспокій, нервові тики або рухи. У мовленні помітна невпевненість, симптоми, схожі на порушення плавності мовлення, такі як заїкання. Іноді мова стає агресивною.

Серед фізіологічних симптомів найвиразніше проявляються прискорене серцебиття, підвищення тиску, відчуття спеки та/або холоду, прискорений пульс, почервоніння обличчя, холодні руки або ноги. Дихання стає нерівномірним, поверхневим, може з'являтися сухість у роті. Говорячи про гормони, найважливішим фізіологічним симптомом є «надмірне виділення так званих гормонів стресу – АКТГ, кортикостероїдів і катехоламінів (адреналіну і норадреналіну) в сироватку крові і сечу». У секретії тоді проявляється тиск на сечовий міхур, пронос або запор [21].

Пишучи про психічні симптоми, слід враховувати ті, що стосуються розуму, настрою та поведінки. Серед симптомів, пов'язаних з розумом, виділяються труднощі з концентрацією уваги, головний біль, забудькуватість, розгубленість, хаос у думках тощо. Настрій стає мінливим, стресова людина може бути нудьгувати, вибуховою, збудженою тощо. У поведінці проявляється дратівливість, нетерплячість. Така людина починає поводитися поспішно або непослідовно.

Занадто тривалий або посилений стрес призводить до того, що «рівень виконання різних дій знижується, а в поведінці з'являється дезорганізація. Люди починають говорити занадто швидко і трохи нечітко, їхня моторика вже не така точна, як раніше, вони приймають рішення без достатнього розуміння ситуації, часто виявляють знижену пластичність у діях (недостатньо враховуючи зміни в ситуації). Одночасно спостерігаються тимчасові гальмування у вигляді перерв у діях і мисленні (відчуття «порожнечі в голові». З'являються труднощі з концентрацією уваги, запам'ятовуванням, а також сприйняттям» [52].

Загалом, кожна стресова ситуація спричиняє підвищення рівня активності організму. Незалежно від факторів, що викликають стрес, спочатку ця активність покращує виконавчі та орієнтаційні здібності, а також рівень організації поведінки людини. Лише після перевищення оптимального рівня сприйнятливості людини до стресових ситуацій, здатність до дій погіршується і дезорганізується [10], [52].

Вплив тривалого стресу на організм людини підтверджують багато лікарів, підкреслюючи, що значна частина хвороб, розладів і синдромів розладів має психосоматичне підґрунтя. Говорячи про психосоматику, мають на увазі вплив психіки та емоцій на фізичну сферу людини. Поява багатьох захворювань, на думку лікарів, є результатом повторюваних станів емоційної напруги [52].

Серед наслідків стресу насамперед називають чотири основні групи психосоматичних захворювань і розладів: захворювання серцево-судинної системи, мігрень, захворювання травної системи, захворювання дихальної системи. Крім них, додатково називають такі захворювання, як психічні розлади або розлади в роботі імунної системи [25, 27].

Першою, найчисленнішою групою, пов'язаною з надмірним стресом, є захворювання серцево-судинної системи. До цієї групи входять, серед іншого: захворювання серцево-судинної системи, захворювання серця, гіпертонія, інфаркти та інсульты, які так часто є причиною виникнення афазії.

Друга група – це група мігренозних захворювань. «Було помічено залежність між появою нападу мігрені та посиленням тривоги або підвищеною напругою. Під час експериментів із застосуванням релаксаційно-медитативних технік було звернено увагу на можливість значного зменшення або навіть повного усунення цих недуг» [25].

Третя група захворювань — це захворювання, пов'язані з функціонуванням травної системи. Вживання їжі в напруженій атмосфері та поспіху сприяє виникненню таких захворювань, як коліт або виразка. Це

відбувається під впливом стресу, який впливає на секреторні зміни травного тракту, викликаючи також подразнення слизових оболонок.

Четверта група захворювань, пов'язаних зі стресом, – це захворювання дихальної системи. Ритм і глибина дихання відображають емоційний стан людини, тому дихання має властивості, що поєднують психічну сферу людини з її фізичною сферою. В результаті дистресу можуть виникнути хронічний бронхіт, алергія, гіпервентиляція або астматичні захворювання, які тісно пов'язані з тривожною реакцією [25].

Тривалий стрес негативно впливає на функціонування людини не тільки в фізіологічному, але й у психологічному та соціальному контексті, викликаючи ряд розладів. В результаті цього може відбутися зміна в вираженні та контролі власних емоцій. Це призводить до появи «невротичних розладів, різних фобій, істеричних конверсій (фізичних симптомів, таких як параліч, сліпота або глухота, що не мають органічної основи), депресивних станів, а також психосоматичних розладів» [23], маніакальної поведінки або безсоння [35].

Більше того, в результаті дистресу у людини може виникнути пасивна поведінка або навіть крайня апатія. «Тривалий стрес може також призвести до змін у ієрархії цінностей, визнаних індивідом, у системі його потреб, а також у сфері його установок і переконань щодо власної особи» [52].

Він також може сприяти рецидиву психічного захворювання і змусити повторно госпіталізувати пацієнта. У зв'язку з цими фактами вплив дистресу також проявляється в імунній системі людини, що виявляється у більшій вразливості організму до різних шкідливих факторів.

Знання власних поведінок, типових реакцій на стрес, особистості, темпераменту полегшує вибір стратегії боротьби зі стресом і протидії його виникненню, а релаксація робить більш усвідомленим і ефективним процесом.

Макаревич О. вважає, що «розуміння поведінки людини та її особистості є необхідним для пошуку ефективних шляхів зменшення та подолання стресу. Якби люди були свідомі залежності між поведінкою та рівнем стресу, вони б

більш енергійно прагнули змінити свою поведінку». Люди самостійно створюють підґрунтя для стресогенних факторів [22].

Досягнення рівноваги тіла і розуму стало ключовою і необхідною частиною правильного функціонування. Практиками, які виявляються корисними для досягнення цієї рівноваги, стали техніки релаксації.

1.3. Релаксація: визначення та характеристики

«Слово «релакс» не є науково точним і однозначним терміном. Тому, щоб уникнути неясності, в подальшій частині роботи цей термін буде означати психофізичне розслаблення, тобто усунення м'язової напруги при одночасному свідомому зниженні активності думок»

«Поняття «релакс», яке є в загальному вжитку, часто використовується неточно, а навіть неправильно. Цей термін був запозичений в Польщі з англійської мови, в якій він став дуже популярним в останні роки. Він найчастіше використовується, подібно до похідного від нього слова «релаксація» (англ. relaxation), для позначення станів або дій, в яких переважають відпочинок, розслаблення, психофізичне уповільнення. Короткий оксфордський словник розмовної англійської мови визначає релакс наступним чином: спричинення або дозвіл на стан розслаблення, в'ялості, млявості, заспокоєння, ослаблення, уповільнення. Це слово також означає зменшення напруги, суворості, гостроти, тощо. Релаксації можуть підлягати нутрощі, м'язи, дисципліна, вправи, виховання, правила, дисципліна, чиясь увага, зусилля. Термін «розслаблення» визначається там як «Часткове пом'якшення (прощення, відпущення, полегшення) покарання, обов'язку, припинення роботи, розваги, гри, зменшення напруги (інтенсивності, напруження), суворості, точності тощо» [48].

Термін «релакс» походить з латинської мови, а популяризований був через англійську мову і, аналогічно до слова «релаксація» (relaxation), використовується для позначення станів і дій, в яких переважають відпочинок, розслаблення та психофізичне уповільнення»

«Один з найвидатніших дослідників стану релаксації Шульц визначає цей стан як зосереджене саморозслаблення, підкреслюючи, що його досягають за допомогою фізіологічних, раціональних вправ, які викликають загальну трансформацію, свого роду «перемикання» психосоматичного характеру у людей, що піддаються релаксації. Е. Джейкобсон вважав, що метод релаксації полягає в продовженні зменшення напруги або м'язових груп і моторних частин нервової системи. Релаксацію слід розуміти як психофізичне розслаблення, тобто усунення напруги м'язів при одночасному свідомому зниженні активності думок. Релаксація – це не просто довільне розслаблення певних м'язів, але й результати досліджень підтверджують сприятливий вплив м'язового розслаблення на досягнення емоційної рівноваги та зниження розумової активності» (цит. за: L. Kulmatycki [63]). Деякі дослідники вважають, що релаксацію можна визначити як специфічний стан свідомості (за: L. Kulmatycki [63]).

Поняття релаксації в терапії та реабілітації стосується зниження рівня психофізичної напруги в тілі, включаючи м'язи, внутрішні органи та психіку або стосується психофізичного розслаблення, пов'язаного безпосередньо з усуненням м'язової напруги, а також зі свідомим зниженням м'язової активності.

У повсякденному вжитку термін «релаксація» стосується як певної техніки, що викликає психосоматичне розслаблення, так і будь-яких можливих дій, що мають демобілізуючий вплив на людину і дають відчуття віддалення від стресового фактора.

Термінологічний хаос унеможливорює однозначне визначення понять «релаксація» та «розслаблення». Однак загальноприйнято, що релаксація — це процес, який веде до досягнення стану розслаблення, тобто розслаблення та відпочинку. У такому аспекті асоціації слова «релаксація» з рекреаційним відпочинком стають цілком виправданими [63].

З чим же пов'язана сама релаксація? Метою релаксації є вплив на людину, яка піддається релаксаційним процедурам, таким чином, щоб знизити її

психічне та м'язове напруження, одночасно обмежуючи до мінімуму стимули, що надходять. Релаксація спрямована на досягнення релаксаційної реакції, про яку більш детально йтиметься в наступному розділі роботи. Це має викликати, серед іншого, ефект стану релаксації, який має значення з кількох причин. Цей ефект полегшує розслаблення довільно обраних груп м'язів. Тут слід враховувати, зокрема, ті, які піддаються великим навантаженням або в яких з'являються симптоми надмірної напруги. Стан релаксації особливо сприятливо впливає на вегетативні реакції серцево-судинної та дихальної систем, а також усуває відчуття страху, створюючи мотивацію до фізичної активності. Враховуючи властивості релаксації з психологічної точки зору, експериментально було підтверджено тезу, що «розслаблення м'язового напруження призводить до стану емоційної рівноваги та заспокоєння вегетативних реакцій», що підтверджував у своїх дослідженнях С. Кратохвіл, вказуючи на взаємозв'язок між психічною та м'язовою релаксацією[63].

Таким чином, стан релаксації має освіжаючий ефект на весь організм і має регенеруючі властивості.

1.4. Порівняльний аналіз механізмів стресу та релаксації

Механізм стресу в першу чергу базується на страху, який є основним стимулом, що викликає стрес (стресором). Саме страх пробуджує первинний інстинкт виживання, активуючи запрограмований механізм боротьби або втечі і викликаючи низку ланцюгових фізико-хімічних реакцій організму.

Реакція «бийся або тікай» (fight or flight), також відома як стресова реакція, була детально описана Вальтером Кенноном. Він довів, що в стресовій реакції основну роль відіграє вегетативна нервова система, а низка специфічних для неї процедур, що виникають у відповідь на шкідливий подразник, саме і визначається як реакція «бийся або тікай» [63].

Творець теорії стресу, Г. Селі, висунув концепцію, згідно з якою шкідливі фактори впливають на організм, викликаючи в ньому ряд фізіологічних змін,

необхідних для захисту організму. Це явище він назвав стресом, а згадані зміни об'єднав у два синдроми: LAS (local adaptation syndrome) та GAS (general adaptation syndrome). LAS, також відомий як локальний адаптаційний синдром, стосується областей, безпосередньо пов'язаних зі шкідливим фактором (стресором), тоді як GAS, тобто загальний адаптаційний синдром, стосується всіх комплексних змін, у тому числі тих, що опосередковано пов'язані зі стимулом, які виникли в результаті впливу стресора на організм [52]

Відповідно до цієї концепції він визначив, як виникає стресова реакція, розділивши її на окремі стадії. Нижче представлено це явище за А. Франчком і М. Кофтою:

Перша фаза стресу — це фаза тривоги. Це та частина стресу, в якій організм щойно був здивований і стурбований новою, невідомою ситуацією і починає захисні зусилля. Ця фаза включає дві підфази: стадію шоку, тобто саме здивування, та стадію, в якій організм вже протидіє стресогенному фактору, реагуючи на нього відповідним чином. Стадія тривоги з'являється разом з моментом відчуття загрози. У фазі тривоги організм пристосовується до відбиття загрози та звільнення від неї.

Описуючи цю фазу з фізіологічної точки зору, саме на цьому етапі порушується біохімічна рівновага організму. Стимули сприймаються всіма органами чуття і передаються до мозку, де відбувається аналіз і інтеграція переданої інформації, а також її об'єднання. Звідти інформація про загрозу надходить до окремих систем органів, зокрема до надниркових залоз, відповідальних за виділення гормонів адреналіну та норадреналіну в кровоносну систему. Таким чином відбувається звуження кровоносних судин і, як наслідок, підвищення тиску кровотоку, а також підвищення рівня холестерину і зменшення кровотоку до деяких органів. Сукупність змін, що відбуваються на цьому етапі в організмі, називається біохімічним механізмом тривоги [63].

Другим етапом стресової реакції є етап захисту (адаптації, імунітету), який є власне фазою подолання труднощів. Біохімічний механізм тривоги

спрацював саме для того, щоб на цьому етапі організм мав достатні можливості протистояти загрозі, борючись або тікаючи. На цьому етапі організм вчиться, як впоратися зі стресовим фактором. Від того, чи ефективно він впорається з ситуацією, чи ні, залежить, чи буде відновлена гармонія в організмі, чи з'явиться третій етап реакції організму.

Оскільки механізм боротьби або втечі, який колись був таким корисним, в даний час абсолютно не виконує своєї ролі через такі фактори, як, зокрема, соціально прийнятна поведінка, люди навчилися його маскувати або придушувати [63].

Третя, остання стадія стресової реакції, це стадія відмови (фаза виснаження). Вона проявляється тоді, коли друга стадія, стадія боротьби, триває так довго, що вичерпуються природні захисні можливості. Захисний механізм, можна сказати, вичерпаний до такої міри, що організм дуже виснажений. Виснаження захисного механізму відбувається через занадто тривалий або занадто частий вплив шкідливого подразника на організм [58].

Загалом, Х. Селі, створюючи комплекс загальної адаптації, припустив, що організм підтримує і намагається підтримувати рівновагу так довго, як це можливо, запускаючи і постійно керуючи додатковими резервами. Розмір цих резервів залежить від різних індивідуальних факторів [63].

То що ж визначає, чи є стрес-фактор більш-менш руйнівним для кожного організму? Звичайно, слід враховувати генетичні, екологічні фактори, а також характерні способи реакції організму на стресові подразники. У цьому контексті важливими видаються чотири механізми, що визначають виникнення психосоматичних розладів.

Модель поведінкової інтерпретації стресу Лахмана визначає, що фактором, який має найбільш руйнівний вплив на організм, є відповідна інтенсивність та тривалість стресових реакцій [63].

Модель стереотипності реакцій Стернбаха базується на двох інших елементах. «Перший — це «стереотипність реакцій», тобто схильність індивіда до стереотипної психофізіологічної реакції на різні подразники. Другий — це

компонент «активації реакції» в органі, який підпадає під стереотипність, тобто піддається стресу» [25], [63].

М. Фрідман і Р. Г. Розенман, американські кардіологи, провели дослідження, на основі яких довели, що існує тісний зв'язок між особистістю людини (і відповідними моделями поведінки) та виникненням у неї захворювань серцево-судинної системи. Приводом для досліджень стало спостереження М. Фрідмана, який, замінюючи оббивку меблів у залі очікування своєї кардіологічної клініки, помітив, що матеріал на меблях, призначених для сидіння, зношений нетиповим чином: передня частина матеріалу сидінь була зношена значно сильніше, ніж інші її частини, так ніби пацієнти частіше або охочіше сідали на самий край сидінь. Це спостереження стало початком досліджень різниці в поведінці людей з серцевими захворюваннями та здорових людей.

Таким чином виникла третя модель – модель особистісних схильностей М. Фрідмана і Р. Х. Розенмана, яка визначає механізм психосоматичних розладів з психологічної точки зору.

Ця модель передбачає, що існують певні особистісні схильності, які визначають більш шкідливий вплив стресу, ніж у випадку осіб з іншими рисами особистості. Модель охоплює два різних типи особистості: особистість типу А та особистість типу Б [63]. Тип особистості, найбільш схильний до стресу, вони визначили як тип особистості А, характерними рисами якого є:

- 1) Сильна і безперервна мобілізація для досягнення своїх цілей,
- 2) Сильна схильність та завзяття до змагання в різних обставинах,
- 3) Постійна потреба в просуванні та визнанні,
- 4) Постійне залучення до безлічі термінових заходів,
- 5) Нав'язлива схильність до поспіху та завершення дій,
- 6) Виняткова розумова та фізична підготовка [63].

Людина типу А «нетерпляча, хоче вирішити всі проблеми відразу, перебуває під тиском часу, постійно поспішає, ніколи не має часу на спокійну медитацію, рідко зустрічається з людьми в товариських цілях, агресивна і

екстравертна, не вміє слухати, має велике почуття загрози, високий рівень тривоги у зв'язку з можливістю втрати самооцінки, амбітна тощо». До особистості типу Б дослідники віднесли таку, яка позбавлена рис, властивих особистості типу А.

Четвертий механізм стосується теорії емоційного розладу А-Б-С, створеної Альбертом Еллісом. Згідно з своєю теорією він стверджував, що «стресова реакція є результатом ставлення до стресогенного фактора». Це ставлення визначається настроєм, переконаннями та суб'єктивною інтерпретацією, які визначають ступінь напруги та спосіб і ступінь реакції [63].

Слід пам'ятати, що коли людина з'являється на світ, то з перших хвилин свого життя, через процес розвитку, виховання та досвід, вона виробляє власний захисний механізм від надмірного стресу. У перші роки життя цей механізм залежить головним чином від вроджених особистісних схильностей, а також від середовища, яке формує ставлення конкретної особистості. У пізніші періоди індивідуальна стратегія захисного механізму розширюється і модифікується життєвою філософією.

Ці два основні процеси мають фундаментальний вплив на формування захисних механізмів від надмірної напруги. Серед таких захисних механізмів можна виділити, зокрема, ігнорування проблеми, перетворення її на жарт, закритість, відхід, ідеалізацію, фантазування, тобто спотворення образу реальності шляхом пристосування власної, виробленої захисної реакції до недружньої ситуації. Загалом, способи реагування на стрес можна розділити на активні та пасивні реакції. Серед активних реакцій будуть такі, що передбачають протидію проблемі, стресогенному фактору, а серед пасивних – уникнення проблеми, відмежування від стресової ситуації всіма можливими способами.

Підсумовуючи, слід підкреслити, що кожен захисний механізм є навченою реакцією на стресогенний фактор.

Усвідомлення існування згаданих механізмів є надзвичайно важливим у логопедичній терапії, в якій пацієнт часто застосовує багато комбінацій цих

механізмів як реакцію на розлад, який викликає у нього дискомфорт і унеможлиблює нормальне функціонування.

Механізм релаксації

Неможливо говорити про механізм релаксації, не згадуючи про механізм стресу, оскільки ці два явища є взаємною протилежністю. Механізм релаксації базується насамперед на явищі так званої релаксаційної реакції, яка є, так би мовити, протилежністю стресової реакції, про яку йшлося в попередньому розділі. Для її викликання необхідна здатність до релаксації, якої треба навчитися.

Ключовим компонентом, необхідним для самого навчання релаксації, є знання і вміння справлятися зі стресом, і саме з знань про управління стресом слід виходити, щоб релаксаційна реакція могла з'явитися. Неможливо довести до стану релаксації людину, яка постійно напружена, чиє повсякденне життя обтяжене надмірною кількістю стресогенних факторів. Тому, як і в будь-якій терапії, слід протидіяти факторам, які є джерелом проблем (причинне лікування), а вже потім займатися самими труднощами (симптоматичне лікування). Тому здається логічним і необхідним описати антистресові механізми, які є відправною точкою для навчання релаксації.

Загалом, методи управління стресом можна розділити на дві основні групи: методи, що передбачають втручання у зовнішнє середовище, та методи, що передбачають зміни самого себе в контексті пацієнта. Перша група має на меті повне усунення стресогенного чинника або принаймні його ослаблення, а друга група передбачає спробу змінити, наприклад, ставлення пацієнта до стресогенного чинника [37]. Основним припущенням управління стресом є отже відпрацювання ефективного контролю власних стресових реакцій шляхом виявлення джерел власного стресу, вироблення сильної, стійкої до стресових ситуацій позиції і, нарешті, пом'якшення симптомів стресу.

Тептюк Ю., спираючись на антистресову програму, описав модель антистресової стратегії, розділивши її на три фази (А, В, С). Кожна з них має свої особливості.

Фаза А включає визначення причин і джерел стресу, розпізнавання симптомів стресової реакції, в результаті чого з'являється усвідомлення існування проблеми, пов'язаної зі стресом.

Фаза Б базується на вмінні протидіяти факторам, які були визначені у фазі А. За задумом, фаза Б полягає у розробці захисних механізмів протидії причинам і наслідкам стресу шляхом впливу на них, дистанціювання від них і набуття імунітету до них.

Фаза С полягає у фактичному впровадженні розроблених антистресових механізмів.

Схематично автор представляє антистресову стратегію ABC наступним чином:

А: 1. Усвідомлення причин стресу; 2. Усвідомлення симптомів стресу.

В: 3. Протидія шляхом впливу на стресори; 4. Протидія шляхом дистанціювання від стресорів; 5. Протидія шляхом імунізації.

С: 6. Контроль стресу [37].

У цьому контексті процес навчання подолання стресу з використанням методів релаксації можна розділити на п'ять етапів:

1. Усвідомлення корисності вміння релаксувати; вміння передавати інформацію та зацікавленість темою людини, яка піддається релаксації.

2. Вибір конкретного способу навчання технікам

3. Вправи на релаксацію

4. Контроль правильності виконання вправ із застосуванням зворотного зв'язку

5. Адаптація релаксаційних технік до програми повсякденного життя.

Реакція релаксації – це стан, протилежний стресовій реакції, який виникає в результаті свідомо вжитих релаксаційних заходів. Цей стан стосується позитивних змін у напрямку рівноваги, інтеграції та фізичного і психічного благополуччя. Серед синонімів терміна «реакція релаксації» можна назвати такі поняття, як: внутрішній спокій, внутрішнє заспокоєння, розслаблення, утихомирення, заспокоєння або віддалення [37].

1.5. Види релаксаційних технік у логопедичній терапії

Релаксаційні техніки, або релаксаційні методи, – це способи, за допомогою яких через вплив на організм можна впливати на психічний стан і самопочуття людини. Можна сказати, що ці техніки охоплюють процес створення таких внутрішніх умов в організмі, шляхом впливу на нього, які дозволять виникнути релаксаційній реакції [37].

Релаксаційні методи базуються на твердженні, що між м'язовою напругою, функціональним станом вегетативної нервової системи та психічною напругою існує взаємний зв'язок [50, 57].

Оскільки напруження скелетних м'язів, як м'язів, що залежать від волі людини, можна довільно змінювати, то виявляється можливим використання м'язової релаксації для впливу на функції органів, які керуються вегетативною нервовою системою, а також для досягнення психічної релаксації. Ці припущення стали основою для розробки різноманітних методів релаксації для потреб психотерапії та психічної гігієни [5, 48].

Релаксаційно-концентраційні вправи в основному мають на меті викликати розслаблення і релаксацію, а в ширшому розумінні служать зміцненню здоров'я. Ці вправи охоплюють різноманітні форми активності, серед яких насамперед можна назвати: фізичні вправи на розтяжку, вправи на концентрацію уваги, спостереження за диханням, вправи, що апелюють до уявлень, викликання позитивних думок [6, 24, 47]. Узагальнюючи, той самий автор зазначає, що види активності можна розділити на чотири типи: вправи на концентрацію, розслаблення, техніки релаксації та техніки медитації.

Л. Кулматицький також перелічує властивості релаксаційно-концентраційних вправ, узагальнюючи їх у чотирьох пунктах [63]. На його думку, ці вправи:

- 1) Допомагають зняти стрес, особливо в екзаменаційних ситуаціях. Вони також можуть розблокувати пам'ять у таких ситуаціях, а також зменшують відчуття страху;

2) Допомагають зосередити увагу і краще запам'ятовувати. Автор посилається на дослідження Г. Темла, який визначив, що після виконання релаксаційних вправ кількість орфографічних помилок під час диктантів зменшується на 33 відсотки. Схожі результати представлені в дослідженнях Е. Б. Гуттмана, які вказують, що при застосуванні релаксаційної методики швидкість навчання та засвоєння інформації зростає на 32 відсотки [63].

3) Вони сприяють розвитку фантазії, уяви, а також дозволяють контактувати з власним «внутрішнім світом». Ці вправи впливають на здатність оперувати уявленнями. Уміння викликати і контролювати ментальні образи впливає на самопочуття, а усвідомлення такої залежності дозволяє навчитися впливати на власне самопочуття шляхом заміни негативних образів на уявлення і думки позитивного характеру. Отже, опосередковано релаксаційні вправи підвищують рівень творчого та абстрактного мислення;

4) Вони дозволяють більш повно контактувати з самим собою, краще пізнати себе, глибше емоційно та міжособистісно спілкуватися з іншими.

Різнманітні релаксаційно-концентраційні вправи мають своє коріння в практиках стародавніх індійців. Ці вправи походять з системи йоги, яка застосовується в Індії понад 2000 років. Вчені зазначають, що ці техніки застосовуються вже понад 2500 років і додають, що саме індійські йоги розробили теоретичні та практичні основи релаксаційних технік. Якщо говорити про західний світ, то попередником релаксаційних вправ був німецький невролог і психіатр, доктор Йоганес Шульц, який створив власну релаксаційну методику, відому під назвою аутогенний тренінг. Усі наступні техніки, методи, релаксаційні вправи з'являлися або популяризувалися протягом останніх кількох десятиліть [63].

Різнманітність методів і технік релаксації дуже велика. Автори праць на тему релаксації згадують, серед інших, такі техніки релаксації, як:

- психосинтез італійського психолога Р. Ассагіоллі;
- софрологічний динамічний релакс, розроблений психіатром з Барселони – А. Кайседо;

- біоенергетика А. Ловена;
- сугестіологія Г. Лозанова;
- релаксаційний тренінг за методом американського психотерапевта А. Лазаруса;
- прогресивну релаксацію американського лікаря Е. Джейкобсона;
- психокібернетику М. Мальца, хірурга зі Сполучених Штатів;
- релаксаційну реакцію Г. Бенсона;
- фізіологічну реакцію В. Дж. Т. Мітчелла;
- метод Дж. Сільви, або релаксація, що відноситься до стану альфа;
- інтуїтивний метод Г. Александра;
- медитація за Л. Швабішем і М. Сімсом;
- метод релаксації Г. Вінтреберта;
- біофедбек (зворотний зв'язок);
- автосугестивний метод М. Бернхардта;
- релаксаційні техніки, натхненні східними системами (трансцендентальна медитація за Махаріші Манеш Йоги, шиацу (акупресура), дзен-медитація, класична йога, медитація в русі (тай-чі), самомасаж до-ін, чі-кунг),
- софронічна релаксація (пов'язана з модифікацією станів свідомості),
- психотонічний тренінг (призначений для використання в спорті) [63].

Нерідко для терапевтичних потреб поєднують окремі методи релаксації та додатково збагачують їх елементами, які можуть підтримувати релаксаційну терапію. З цією метою найчастіше використовують, серед іншого, музичну терапію (музикотерапію), арт-терапію, казкову терапію, візуалізацію. Ці елементи також можуть бути складовою частиною певних релаксаційних технік, зазвичай тих, що базуються на словесній сугестії.

Очевидно, що, незважаючи на велику кількість релаксаційних технік, не всі з них можуть бути застосовані в логопедії. Важливо вибрати ті техніки, які підійдуть для конкретного пацієнта, враховуючи також його індивідуальні можливості, такі як стан здоров'я або особистість.

Серед технік, які підтримують логопедичну терапію, вчені називають:

- прогресивну релаксацію Джейкобсона,
- метод релаксації Г. Вінтреберта,
- метод аутогенного тренування Й. Шульца,
- фізіологічний метод Г. Александра,
- трансцендентальну медитацію, близьку до стану глибокої релаксації,
- техніку біологічного зворотного зв'язку Г. Мерфі,

Для потреб даної роботи будуть розглянуті лише ті техніки, які широко застосовуються як допоміжні методи в логопедичній практиці. Додатково в роботі буде описана музикотерапія як одна з технік, що чудово доповнює релаксаційні техніки.

Техніки релаксації, засновані на психологічному впливі.

Аутогенний тренінг Й. Шульца

Аутогенний тренінг Й. Шульца, поряд з прогресивною релаксацією, створеною Едмундом Джейкобсоном, є найвідомішою технікою в психотерапії. Більшість релаксаційних методів походять саме з праць цих двох авторів. Праці обох авторів також мають спільні риси з системами індійської йоги, які базуються на свідомому контролі ритму дихання, кровообігу та функцій різних органів. Ймовірно, це пов'язано з тим, що «релаксаційні та концентраційні вправи походять з системи йоги, яка застосовується в Індії вже понад 2000 років».

Слово «аутогенний (аутогенний)» означає «викликаний внутрішніми причинами; викликаний самотійно» (грец. auto - сам і genesis - виникнення; фр. autogène).

У перекладі назва «аутогенний тренінг» стосується тренінгу, який виникає, так би мовити, самотійно і стосується способу впливу на свій організм: як на фізичне тіло, так і на психічне життя, шляхом вивільнення в собі реакцій розслаблення і концентрації. Ці реакції модифікують роботу організму, викликаючи зміни у фізіологічних реакціях організму і в способі сприйняття себе. Звідси і «викликаний самотійно»: людина самотійно впливає на свій

організм, який, у свою чергу, впливає на саму людину. Механізм аутогенного процесу нагадує закрите коло, в якому людина впливає на себе і є джерелом власних змін.

Йоганес Шульц, німецький психіатр, розробив аутогенне тренування в 1908-1912 роках, спираючись головним чином на результати досліджень Оскара Фогта про сон і гіпнотичне явище. О. Фогт помітив, що люди, яких вводять у стан гіпнозу за допомогою загальних релаксаційних команд, виявляють також інші відчуття, крім тих, що їм навіюються. Під час природного розслаблення у досліджуваних виникали відчуття тяжкості або тепла. Й. Шульц помітив цей факт і визначив, що існує тісний зв'язок між психічним та емоційним станом і соматичними симптомами. Шульц, створюючи свою техніку, використав ці знання, доповнивши їх техніками, що мають своє джерело в індійській йозі - аутогенний зворотний тренінг [63].

Аутогенне тренування складається з двох частин. Ці частини – це «нижчі» вправи, що стосуються тіла, та «вищі» вправи, що стосуються психіки. Обидві ці частини взаємодіють між собою та проникають одна в одну. Важливо, що не можна переходити до «вищих», психічних вправ, не навчившись попередньо «нижчим» вправам. Тренування нижчого рівня стосується стандартних вправ, які в поєднанні з сугестивними формулами, підібраними індивідуально, утворюють так звані аутогенні модифікації. Вищий рівень стосується аутогенних медитацій.

За Шульцем, аутогенний тренінг — це свого роду психічна гімнастика, призначена в основному для психічно і соматично здорових людей, яка, однак, може застосовуватися для лікування деяких соматичних і психічних розладів

Як стверджують лікарі, які досліджували дію аутогенного тренування, механізм аутогенного тренування можна пояснити з фізіологічної точки зору на основі досліджень І. Павлова і К. Бикова, які підкреслили важливе значення умовних рефлексів у дії тренування.

«Збудження викликається подразником, який вперше пов'язується з якоюсь фізіологічною дією, поширюється, випромінюється (рефлекторно) і

охоплює всю зону збудження. Подібним чином зворотний зв'язок полягає в тому, що в межах даної системи якість діє (зворотньо) на одну з його причин і тим самим дозволяє виникнути певному ефекту. Таким чином, автогенна сугестія «я абсолютно спокійний» поширюється в корі головного мозку і в результаті викликає бажання досягти цього стану – аж до досягнення спокою. Виникле збудження зникає тільки тоді, коли бажання буде задоволене, що пояснюється принципом гомеостазу, тобто здатністю живого організму підтримувати відносно постійний стан рівноваги. Порушення рівноваги та її відновлення може відбуватися як на рівні первинної інформації, так і на рівні інформації психічного характеру. Саме такий характер має автогенна сугестія «я спокійний» [5, 15].

Релаксація в розумінні тренінгу Й. Шульца полягає, отже, у використанні умовних рефлексів, що дозволяють створити стан розслабленості та спокою, де стимулом є певні словесні сугестії. В результаті стимулів виникають певні фізіологічні реакції, такі як відчуття тепла або важкості. Постійне повторення цього механізму «слово-стимул» викликає виникнення умовного рефлексу.

Підсумовуючи, в автогенному тренуванні зі станом релаксації поєднуються три явища: зворотний зв'язок (подразник – загальна реакція організму), випромінювання подразника та адаптація.

У цьому підході важливим фактором тренування є живе відчуття уявлень (візуалізацій), які підбираються таким чином, щоб викликати бажані зміни у конкретного пацієнта. Автогенне тренування має привести до вольового контролю вегетативної системи пацієнта, що призводить до отримання лікувальних ефектів, таких як полегшення емоційної напруги, відпочинок, пом'якшення хворобливих розладів органів, лікування патологічних реакцій організму, формування багатьох рис особистості, кращого самоусвідомлення.

Автогенний тренінг складається з шести груп вправ, що виконуються послідовно. Всі вправи базуються на автосугестивному повторенні формул, концентрації та викликанні реакції розслаблення і включають послідовно:

відчуття ваги тіла, відчуття тепла, розслаблення органів черевної порожнини, уповільнення роботи серця, уповільнення дихання, відчуття прохолоди в області чола.

Метою тренування є досягнення стану внутрішнього спокою через відчуття фізичного та фізіологічного розслаблення. Це тренування може бути багатоетапним.

Техніки релаксації, засновані на фізичному впливі

Прогресивна (поступова) релаксація Е. Джейкобсона

Найвідомішою і найчастіше використовуваною технікою серед аналітичних технік є прогресивна релаксація Едмунда Джейкобсона.

Джейкобсон був насамперед практиком. Метода поступового тренування почала формуватися разом із потребами пацієнтів, які зверталися до нього за порадою. Автор поступового тренування припускав, що напруга, яка виникає в психіці, з'являється в результаті спроб одночасно вирішити численні труднощі. У такому випадку кількість подразників, тиску настільки велика, а сам темп сучасного життя настільки високий, що можливості людини впоратися з ними дуже ускладнені. Створені теоретичні основи поступового розслаблення були вперше опубліковані на рубежі 20-х і 30-х років у книзі «*Progressive Relaxation*». Книга містила техніки розслаблення певних груп м'язів, які могли б забезпечити більш економічне використання енергії під час фізичних навантажень. У своїх наступних роботах Якобсон розширив техніку релаксації та більш детально описав показання до застосування створеного ним тренування. Він особливо підкреслив значення здатності регулювати м'язовий тонус, яка необхідна для ефективного протистояння станам втоми або психічного напруження.

Виникає питання, чому в назві тренування Якобсона так часто з'являється слово «прогресивний», тобто поступовий, послідовний. Виявляється, Якобсон виходив з того, що, подібно до навчання будь-якій діяльності, навчання

релаксації, яке також можна віднести до діяльності, повинно мати свою методологію. У цьому випадку він вважав, що навчання релаксації повинно відбуватися певними етапами, поступово [63].

Прогресивне тренування Якобсона полягає насамперед у розвитку вміння розрізняти напружені стани організму від протилежних їм станів розслаблення. Свідоме і почергове розслаблення і напруження антагоністичних м'язів, а також економне і вміле розпорядження енергією зусиль дозволяє виробити здатність контролювати свої м'язові реакції і процеси, що відбуваються в активному м'язі.

Метою прогресивного тренування Е. Джейкобсона є, отже, ніщо інше, як набуття здатності відчувати напругу, що походить від власних м'язів. Джейкобсон, однак, наголошував, що слід розрізняти «прийняття релаксаційної позиції» від «досягнення стану релаксації», що було помилкою багатьох людей. Навіть під час прийняття релаксаційної позиції (лягання на підлогу) м'язи можуть залишатися напруженими, чого пацієнт може не повністю усвідомлювати. Коли досягається стан релаксації, напруга в цих м'язах повинна зникати і замінюватися розслабленням. Суть полягає в умінні розрізняти відчуття, що надходять від м'язів, такі як напруження. Однак цю навичку можна набути, вивчаючи ці залежності, що і дозволяє прогресивне тренування [14, 16].

Весь процес навчання прогресивній релаксації Джейкобсона поділяється на два етапи: етап поступової релаксації, коли пацієнт вчиться напружувати і розслабляти окремі, ізольовані групи м'язів, та етап диференційованої релаксації, який включає поширення вивчених вправ на інші м'язи, які важче ізольовати, та створення комбінацій у напружених станах окремих м'язових груп, наприклад, одна група м'язів напружена, а інша група м'язів залишається розслабленою.

За власне етап вважається момент, коли вміння розслабляти і напружувати м'язи стає автоматичним процесом, а розслаблення виникає механічно в момент початку релаксації. Як кінцевий результат тренування має з'явитися здатність

до релаксації в ситуаціях нормальної, повсякденної активності. На цьому етапі людина вже здатна помічати і відрізняти напруження, викликане фізичним рухом, від власного напруження організму .

Що стосується позиції, в якій слід виконувати тренування, то слід зазначити, що спочатку найкраще виконувати тренування в положенні лежачи. Лише через деякий час можна перейти до тренування в положенні сидячи, а потім тренування можна застосовувати під час виконання різних повсякденних дій.

Метод релаксації Г. Вінтреберта

Другим відомим аналітичним методом, який може бути застосований у логопедичній терапії, є метод релаксації Г. Вінтреберта, суть якого полягає у виконанні так званих пасивних рухів.

Г. Вінтреберт, випускник інституту фізичної культури, за професією дитячий нейропсихіатр, працюючи переважно з дітьми з фізичними вадами або дітьми із затримкою загального розвитку, намагався досягти зниження м'язового напруження у своїх пацієнтів. Для цього він використовував різні методи психомоторної реабілітації. У своїй практиці він помітив, що навіть дуже напружені та збуджені діти, розташовані в певних положеннях спокою (на спині, животі, боці, в сидячому положенні) протягом декількох хвилин нерухомо, легше досягали концентрації уваги. При цьому було помічено, що коли змінювали положення окремих частин тіла дітей з метою переходу від одного положення тіла до іншого, ті самі діти розслаблялися. Ці спостереження стали початком роботи, результатом якої стало розроблення в 1951-1957 роках у паризькій клініці дитячої нейропсихіатрії La Salpetriere авторської релаксаційної методики, широко відомої під ім'ям автора.

Метода Г. Вінтреберта базується на виконанні пасивних рухів особою, яка проводить релаксацію, на пацієнті, що знаходиться в певному положенні спокою. Пасивний рух – це «рух певної частини тіла пацієнта, що відбувається

в певному суглобі або декількох суглобах, виконуваний терапевтом без будь-якої активності з боку пацієнта. Метод має на меті викликати бажаний стан м'язового та психічного розслаблення пацієнта. У релаксації Г. Вінтреберта, як і в тренуванні Джейкобсона, виключаються будь-які психічні засоби, серед яких можна назвати, зокрема, сугестію, розумову концентрацію або гіпноз. У цій техніці також відкидаються фізіологічні методи, оскільки вони можуть сприяти виникненню неприємних м'язових спазмів [20].

Описуючи властивості пасивних рухів, на яких базується метод Г. Вінтреберта, виявляється, що ці пасивні рухи не тільки послаблюють м'язово-психічне напруження, але й мають істотний вплив на опанування схеми власного тіла, покращують просторову -часову орієнтацію та нервово-м'язову координацію. Пасивні рухи також сприяють кращому функціонуванню в плані виконання реєдукаційних елементів, що мають місце після сеансу з використанням пасивних рухів. Г. Вінтреберт перерахував систему пасивних рухів, яка включає в наступному порядку рухи: передпліччя, плечей, плеча домінуючої руки, шиї, обличчя, чола, очей, губ. Потім у тому ж порядку рухи передпліччя, плечей, плеча не домінуючої руки. Важливо, що пасивні рухи завжди слід починати з домінуючої сторони тіла. Таким же чином виконуються рухи ніг, які починаються з стопи, проходять через гомілку, стегно і закінчуються на тазостегновому суглобі. Серед видів рухів, які можна виконувати, виділяють обертання, гойдання (балансування), кругові рухи, пасивне опускання [20].

Інші техніки релаксації

Серед інших релаксаційних технік, які можна успішно застосовувати в логопедичній терапії, можна назвати вправи на релаксацію дихання, вправи на зорову концентрацію, які можуть також містити елементи візуалізації, а також релаксаційний самомасаж.

Релаксаційний самомасаж

Техніка релаксаційного самомасажу може мати широке застосування як вступна вправа до будь-якої сесії релаксації. Самомасаж має ті ж властивості, що й інші види масажу – знімає м'язову напругу, завдяки чому наступні сесії релаксації проходять швидше і легше. Додатковою перевагою є те, що цей масаж можна виконувати в будь-яких умовах і положеннях. Як і інші методи релаксації, він вимагає зосередженості уваги і концентрації. Під час виконання самомасажу рекомендується уповільнити процес дихання і застосовувати діафрагмальне дихання, яке знімає напругу м'язів грудної клітки. У ході релаксаційного самомасажу виділяють 8 процедур, що складаються з послідовного масажування: рук, плечей, голови, носа, грудної клітки, ніг, колін, очей. Під час масажу рекомендується зосередити увагу на точці між бровами та ділянці навколо пупка. Особисто мені здається, що зосередження думок на будь-якому об'єкті, дії чи уявленні дало б той самий ефект [30].

Вправи на дихальну релаксацію

Ці вправи полягають у усвідомленні процесу дихання, власного способу дихання та вміння самотійно регулювати цей процес. На відміну від інших дихальних вправ, релаксаційні вправи відходять від підвищення рівня вентиляції легенів і швидкості виконання окремих вправ на користь заспокоєння організму і розвантаження нервової системи. Релаксаційні дихальні вправи є хорошим прикладом антистресових вправ. Під час їх виконання слід стежити, щоб не виникла гіпервентиляція.

Ці вправи базуються на зосередженні уваги на процесі власного дихання, моделюванні цього процесу шляхом зміни тривалості фаз вдиху і видиху, виконанні пауз у перервах між певними фазами тощо. Важливо виконувати вправи, зосередившись на м'язах, що працюють і беруть участь у процесі дихання, та помічати зміни тиску в черевній порожнині або грудній клітці. Навчання повноцінному диханню слід починати в положенні лежачи на спині, в якому послідовно виконуються діафрагмальне, грудне та черевно-грудне дихання. Потім вправа виконується в положенні від сидячи на колінах до

нахилу вперед і в положенні сидячи. Під час вправ з релаксації дихання використовуються різноманітні комбінації, пов'язані з диханням носом і ротом, положеннями дихання, швидкістю, ритмом і глибиною дихання, видами дихання тощо, що допомагає пацієнту усвідомити можливості та обмеження даного способу дихання при його виконанні [12, 38].

Вправи на концентрацію

Вправи на концентрацію є чудовим доповненням до релаксаційних технік, але самі по собі також мають релаксаційне значення. Зосередивши увагу на якійсь дії, можна досягти ефекту, схожого на той, що отримується під час релаксації. Загалом, вправи на концентрацію полягають у утриманні уваги протягом певного часу на будь-якому об'єкті, який у цьому випадку стає предметом концентрації [11].

Вправи на розслаблення очних м'язів, які відносяться до вправ на концентрацію, дозволяють розслабити м'язи верхньої частини обличчя шляхом зняття напруги в цій ділянці. Зазвичай вони є початком власне сеансів концентрації. Їх виконують, закриваючи очі долонями, потім направляючи погляд вліво і вправо, вгору і вниз, роблячи обертальні рухи очима, фокусуючи погляд на предметах, що знаходяться на близькій і далекій відстані. Після кожного такого вправи чітко відчувається напруження м'язів, а 30-секундний відпочинок дозволяє відчути різницю між їх напруженням і розслабленням. Ці вправи можна порівняти з тренуванням Джейкобсона, що виконується в меншому масштабі [11].

У вправах на концентрацію також з'являються вправи на візуальну концентрацію, які полягають у зосередженні уваги на певному уявленні. Ці уявлення можуть стосуватися різних видів діяльності, кольорів, об'єктів, чисел і базуються на їх моделюванні, зміні перспективи при їх розгляді тощо.

Музикотерапія

З самого початку існування людства музика супроводжувала людину. Незалежно від етнічних поділів чи культури, музика завжди розглядалася як щось значуще, особливо з огляду на її різноманітні функції. Музика вважається, серед іншого, засобом емоційного вираження, способом представлення різних значень, засобом комунікації, фактором, що сприяє зміцненню звичаїв і соціальних форм, формою, що підкреслює культурну стабільність і сутність даного суспільства. Музика також вважається фактором, що сприяє інтеграції суспільства, а також видом естетичного досвіду. Зазначені функції мають своє відповідне застосування в музикотерапії [21, 38].

Першу концепцію, пов'язану з лікувальним застосуванням музики, створив Платон, який для цього запропонував використовувати так звану психогігієнічну профілактику. Вона полягала у використанні музики для формування людської особистості. Продовжувачем цієї ідеї був Аристотель, який помітив зв'язок між музикою та фізичними і психічними реакціями людини. Він започаткував застосування музичних сеансів, які за задумом «очищали» людину від будь-яких нечистот. Згодом з'явилися нові відкриття в галузі застосування музики в медицині і почали виникати нові концепції в лікувальних заходах за допомогою музики, наприклад, ятромузика (ятро – внутрішнє), яка стосувалася зв'язків музики, позначеної певним емоційним зарядом, з реальною, відповідною їй характеру емоційною реакцією людини. В рамках цієї концепції намагалися викликати певні емоційні стани за допомогою музики з чітко визначеною специфікою [4,32].

У XIX столітті музична терапія застосовувалася головним чином у психіатрії. Там музична терапія вважалася своєрідним інструментом, що дозволяв дістатися до підсвідомості. Більш широко описувався також вплив сприйняття певних музичних творів на психічні реакції. Дотепер музика є засобом комунікації та творчості, дозволяє передати внутрішню експресію чи знання. Ці властивості використовуються в терапії різними способами, які можна узагальнити як створення музики або взаємодію з нею. Музикотерапія –

це явище, яке, впливаючи на людину всебічно, відновлює рівновагу в функціонуванні організму на психічному, фізичному, розумовому та емоційному рівнях. Багаторічні термінологічні дискусії та труднощі, що виникають при розгляді музикотерапії з точки зору різних дисциплін, унеможливають надання єдиного, точного визначення музикотерапії. Однак вважається, що музикотерапія охоплює всі ті дії, які пов'язані з використанням музики в таких процесах, як лікування, терапія або виховання. Прийнято вважати, що «музикотерапія є систематичним процесом втручання, в якому терапевт допомагає клієнту відновити здоров'я, використовуючи музичний досвід, через який формуються динамічні сили, що викликають певні зміни».

Музична терапія застосовується в лікувально-терапевтичних цілях у багатьох різних сферах. Найчастіше її використовують як форму психотерапії, враховуючи широкий спектр її впливу. Загальноприйнятим, але й дедалі частішим є застосування музичної терапії в реабілітації та підтримці лікування всіх осіб, які потребують особливого догляду. Незалежно від причин або ступеня впливу інвалідності, музична терапія використовується для підтримки лікування пацієнтів лікарень з різними захворюваннями, в терапії дітей з труднощами в соціальному функціонуванні. Вона застосовується як доповнення до санаторного лікування, метод лікування в психіатричних закладах, в психотерапії, в роботі з людьми з патологічних сімей, з різним ступенем олігофренії, розладами поведінки, або пацієнтами, які проходять реабілітацію (в дихальній, кардіологічній реабілітації тощо), у терапії дітей-аутистів або молоді та дітей з вадами постави, у терапії осіб, які страждають на залежності, у терапії невротичних захворювань різного походження, у реабілітаційних заходах або ресоціалізації.

Музикотерапія також застосовується в профілактиці для запобігання виникненню певних психічних захворювань, зокрема тих, що сильно корелюють зі стресом. У таких випадках музична терапія сприяє заспокоєнню та має заспокійливий ефект. Музичний матеріал, який використовується в

роботі з протидії стресу, сприяє веселому та оптимістичному настрою пацієнта, полегшує відволікання від повсякденних обов'язків і дозволяє розслабитися. У зв'язку з цим було названо чотири основні напрямки розвитку музикотерапії, визначені в чотирьох аспектах: у психосоматичному аспекті для психічної підтримки пацієнта та регулювання вегетативних функцій організму; у психологічному аспекті, що дозволяє впливати на функціонування пацієнта в комунікативному, інтерактивному, емоційному, гуманістичному чи когнітивному плані; у психомоторному аспекті, у лікуванні труднощів, пов'язаних з моторикою тіла, або використанні музики як чинника, що викликає та організовує рух; а також в педагогічному аспекті як терапевтичний фактор у роботі з дітьми з різними психофізичними дисфункціями, а також у проблемах дидактично-виховного характеру [32, 60].

Загалом музичну терапію поділяють на групову та індивідуальну терапію у формі цілеспрямованої, яка вимагає максимальної залученості та активної взаємодії пацієнта, та у формі нецілеспрямованої, яка не вимагає такої активності. Серед видів музикотерапії виділяють активну та пасивну. Активна музикотерапія передбачає наявність руху, певних рухових активностей, які повинні з'являтися в результаті дії якогось музичного стимулу. В основному вона базується на ритмі, який активізує пацієнта, наприклад, через зовнішнє проявлення різних психічних станів. Активний вид музичної терапії базується в основному на спонтанній експресії, прикладом якої може бути імпровізований рух тіла, що залежить від певних музичних властивостей даного твору [30].

Рецептивна (пасивна) музична терапія, навпаки, базується на пасивному прослуховуванні пацієнтом заданої музики певного характеру. Важливим у цьому виді музичної терапії є те, що вона базується на вмінні слухати музику, тобто сприймати музику таким чином, що вона, впливаючи на емоційну сферу людини, викликає певні реакції. Рецепттивна музична терапія базується на використанні музичних стимулів як таких, що дозволяють вивільнити асоціації чи відчуття, а отже, спрямовують їх вираження на певну проблематику.

Важливо, що семантичний рівень музичного твору стимулює уяву, дозволяючи при цьому зберегти точність уявних образів, що відповідають присвоєному їм значенню.

Основним припущенням цього процесу є набуття пацієнтом більшої впевненості в собі, а також у уточненні власних поглядів завдяки емоційній підтримці, яку надає пацієнту музичний терапевт.

Існують теорії, що описують кореляції між музикою та організмом людини. Однією з найважливіших є теорія Л. Б. Мейєра, згідно з якою вплив музики на емоції аналогічний припущенню, що певна емоція виникає в результаті реакції на подразник або в результаті спроби уникнути реакції на подразник. Згідно з теорією Л. Б. Мейєра, певні послідовності звуків, мелодій або навіть ритмів сприймаються в певних культурах як природні, оскільки вони містять музичні схеми, які відповідають існуючому, знайомому музичному досвіду. Те, що знайоме, не є несподіваним, а отже, не викликає емоційних реакцій. Ґрунтуючись на цьому припущенні, Л. Б. Мейєр стверджує, що інтенсивні емоції викликає якась зміна в музичній послідовності, яка певним чином дивує слухача, є нетиповою або не відповідає очікуваному перебігу. Музичні схеми, звучання яких досі було невідомим слухачеві, формальні конструкції, невідомі комбінації звуків – все це подовжує час очікування відповіді, а отже, викликає розслаблення і вивільнення різноманітних реакцій. Згідно з теорією, джерелом емоцій та емоційних переживань, що виникають під час сприйняття музики, є мимовільне вловлювання та порівняння кульмінаційних напружень, що виникають, або їх вирішення з уже відомими раніше. З такого порівняльного аналізу випливає, що швидкість наростання кульмінаційних напружень чітко впливає на появу змін у реакції. Варто зазначити, що подібним чином діє реакція «бий або біжи», на якій, найімовірніше, базувався Л. Б. Мейєр, створюючи власну теорію [60].

Дотеперішні дослідження, зосереджені на використанні музики в медицині, показують, що музика сприяє виникненню певних емоцій, які, в свою

чергу, впливають на функціонування внутрішніх органів. Важливим фактором у музично-терапевтичних заходах є характер підбраної музики, який впливає на спосіб її інтерпретації пацієнтом, одночасно визначаючи його залученість до терапевтичного процесу.

Незалежно від того, який спосіб музичної активізації в терапії буде застосований, музика дозволяє гармонізувати психічне життя. Однак слід пам'ятати, що емоції, які викликає певна музика, сприяють фізіологічним змінам в організмі – позитивним або негативним [60].

Застосування релаксаційних технік. Маючи перед очима образ релаксації та релаксаційних технік, варто задуматися, як застосувати знання про ці явища на практиці, а перш за все, як використовувати їх у логопедичній терапії.

Г. Бенсон, американський кардіолог, який уточнив визначення релаксаційної реакції, наводить чотири умови, без виконання яких ця релаксаційна реакція не може відбутися (за: Л. Кулматицький [63]). Це: спокійне, ізольоване місце; зручне положення тіла; концентрація розуму; пасивна і спостережлива позиція. Саме ці чотири умови слід постійно мати на увазі під час проведення релаксаційних занять.

Коли умови щодо оточення вже виконані, а пацієнт відпочиває у відповідній релаксаційній позі, важливим стає зосередити увагу пацієнта. Терапевт може зосередити увагу пацієнта за допомогою слів, які він йому адресує. У процесі релаксації, як сугестивної, так і фізичної, виголошення команд стає ключовим питанням. Важливо, щоб висловлювання, спрямовані до пацієнта, були простими і короткими, а голос зосереджував увагу пацієнта, створюючи фон для виконуваних ним дій. Загалом такий голос повинен звучати мелодійно і спокійно, а фрази, вимовлені терапевтом, повинні бути уповільненими. Інтенсивність голосу повинна бути помірною, адаптованою до слухача. Всі голосові елементи мають на меті синхронізувати функціонування організму слухача з настроєм спокою, релаксації, що реєструється в голосі

терапевта. Вони також є шляхом до пасивної та спостережливої позиції пацієнта. у випадку роль пацієнта полягає лише в тому, щоб підкорятися командам, що звучать у голосі терапевта, що викликає ставлення підкорення терапевту, який контролює ситуацію.

Як і у випадку будь-якої терапії, при застосуванні релаксаційних технік можуть виникнути певні труднощі, які Черніченко Л. поділяє на три категорії. Перша категорія пов'язана із застосуванням релаксаційних технік вперше, коли часто виникає атмосфера нетипового розслаблення, що викликає сміх учасників. Автор пропонує в таких випадках застосовувати кілька методів, що усувають таку поведінку, про які він докладніше пише у своїй роботі. Друга категорія пов'язана з можливістю виникнення неконтрольованих реакцій у відповідь на появу релаксаційної реакції. Такий вид реакції має особистий характер і може викликати у пацієнта відчуття дискомфорту перед терапевтом. У такому випадку важливо ставитися до цього природно і бути опорою для пацієнта. Відносини між терапевтом і пацієнтом повинні базуватися на певній довірі. Третя категорія проблем пов'язана з проксемікою. Уміння відчувати і зберігати просторову дистанцію є необхідним при застосуванні релаксаційних технік. На жаль, деякі техніки базуються на тактильному контакті, як у методі Вінтреберта, що може бути негативно сприйнято пацієнтом і викликати почуття дискомфорту і занепокоєння, унеможливаючи досягнення релаксації. Тому терапевт повинен мати велику чуйність і чутливість, щоб розпізнавати такі ситуації і запобігати їм [45,46]

Властивості, які несе в собі релаксаційний тренінг, мають сприятливий вплив на характер захворювань, які часто зустрічаються в логопедії. Зокрема, релаксаційні техніки рекомендуються людям з дизартрією або пацієнтам, які заїкаються.

Висновки до розділу 1. Проаналізувавши матеріал, можна стверджувати, що стрес є складним і багатогранним явищем, яке має як позитивні, так і негативні аспекти в залежності від його інтенсивності та тривалості. У

короткочасній та помірній формі стрес може виступати як стимул для підвищення когнітивної активності, поліпшення концентрації та адаптації до змін. Такий стрес називається еустресом і має мобілізуючий ефект, допомагаючи людині долати труднощі та досягати цілей.

Проте, якщо стрес стає тривалим або надмірним, він перетворюється на дистрес, що має серйозні шкідливі наслідки для здоров'я як фізіологічного, так і психологічного характеру. Дистрес може викликати різноманітні психосоматичні захворювання, такі як серцево-судинні захворювання, мігрені, порушення травної і дихальної системи, а також психічні розлади, зокрема депресії, фобії та неврози. Тривалий стрес також може впливати на соціальну адаптацію людини, змінюючи її ставлення до себе і до оточуючих.

Наслідки стресу часто залежать від індивідуальних особливостей людини, таких як рівень її стійкості до стресу, сприйняття ситуацій, схильність до емоційних реакцій, а також її соціокультурне середовище. Важливу роль у подоланні стресу відіграє здатність людини до адаптації, її внутрішня мотивація та оцінка власних можливостей.

Одним із способів боротьби з негативними наслідками стресу є техніки релаксації, які сприяють зниженню психофізичної напруги. Релаксація допомагає досягти емоційної рівноваги, поліпшити фізіологічний стан організму та відновити ментальні ресурси. Процес релаксації знижує м'язове напруження, регулює роботу серцево-судинної та дихальної систем, а також сприяє заспокоєнню вегетативних реакцій. Систематичне використання методів релаксації може допомогти запобігти розвитку дистресу та покращити загальний стан людини.

Отже, стрес — це складне явище, яке може бути як корисним, так і шкідливим для людини. Розуміння природи стресу та застосування методів його регуляції, таких як релаксація, є важливими для підтримки психологічного та фізичного здоров'я, а також для успішної адаптації до умов зовнішнього середовища.

Розділ 2. Педагогічна цінність релаксаційних технік у роботі вчителя-логопеда

2.1. Характеристика мовленнєвих порушень, які супроводжуються психоемоційною напругою

У науковій літературі та дослідницьких роботах можна знайти численні визначення заїкання, які показують специфіку цього явища з різних точок зору. З огляду на інтерес до заїкання представників різних наукових дисциплін: медичної, психологічної, педагогічної, соціологічної, лінгвістичної та логопедичної, було створено багато неоднорідних підходів до цього явища [31]. У медичних науках позиції фахівців щодо заїкання є двоякими. Одна з позицій характеризує заїкання як труднощі в мовленні психогенного походження; інша ж підкреслює значення порушень у функціонуванні підкіркових ядер. Обидві групи представляють заїкання як хворобу, а його патомеханізм – як спастичність, присутню в рухах м'язів артикуляційних органів, гортані та дихальних органів, що виникає в результаті розпаду рухової організації вищезазначених органів. Представники медичних наук схиляються до позицій, що пов'язують заїкання з «невротичними симптомами, психічним станом пацієнта, затримкою психічного розвитку, спадковими умовами та впливом навколишнього середовища» [31]

Психологія та педагогіка розглядають заїкання подібно, причому педагогіка чітко висвітлює екологічний аспект, а психологія виступає проти трактування заїкання як хвороби, підкреслюючи психогенне значення заїкання. Логопеди підходять до явища заїкання, намагаючись інтегрувати спостереження дослідників вищезазначених дисциплін. Однак вони зосереджують свою увагу на найбільш помітних симптомах, якими є порушення плавності мовлення, що, на їхню думку, базуються на прозодичних труднощах, які є основою заїкання. Тому опис заїкання вони починають з аналізу цих труднощів. Рібцун Ю. зазначає, що: «Чарльз Ван Ріпер визначає заїкання як порушення часу та просодії мовлення. До спотворень цих елементів,

які з фонетичної точки зору складаються з динамічної градації, мелодії та часового розчленування, фон Ессен додає ще темп мовлення та тембр голосу. Леон Качмарк називає заїкання порушенням субстанції мови на надсегментальному рівні. Це впливає з поділу мовленнєвих порушень, здійсненого Л. Качмарком на основі складових словесного висловлювання. Ці складові: зміст, мовна форма та фонічна субстанція на сегментальному (звуки) та надсегментальному (акцент, ритм, мелодія) рівнях» [31].

Серед численних визначень заїкання більшість з них акцентують увагу на його причинах або симптомах і враховують погляд фахівця даної дисципліни на це явище. Зазвичай такі визначення подаються в описовій формі, наприклад:

- «перерва в мовленні, під час якої людина, що заїкається, знає, що хоче сказати, але не може цього зробити через мимовільні повторення, затягування звуків, блокування мовлення» [31];

- «поведінка, що сприймається як заїкання надійним, спеціалізованим спостерігачем, який залишається у відносній згоді з іншими спостерігачами» [38];

- «неплавність мовлення, що виникає внаслідок дискоординації м'язів мовного апарату, супроводжується тривожними реакціями та надмірною м'язовою напругою» [38].

Черніченко Л., шукаючи визначення заїкання, яке б уніфікувало спостереження дослідників багатьох галузей, врахував п'ять аспектів цього явища: просодичний, нейропсихолінгвістичний, особистісний, медичний, соціолінгвістичний. Просодичний аспект стосується, як впливає з назви, просодичних труднощів, які присутні в заїканні. У цьому розумінні заїкання є «порушенням плавності, темпу та ритму мовлення, спричиненим надмірним напруженням дихальних, фонетичних та артикуляційних м'язів» [45]. У нейропсихолінгвістичному аспекті «заїкання є поєднанням семантично-синтаксичної неплавності та фізіологічної неплавності, що виникли в результаті

десинхронізації трьох рівнів організації висловлювання: змісту, мовленнєвої форми та фонічної субстанції». Особистісний аспект враховує той факт, що заїкання не слід розглядати як хворобу, а насамперед слід враховувати людину, яка заїкається, особистість якої не функціонує належним чином. Медичний аспект показує явище заїкання як невроз мовлення, тоді як соціолінгвістичний аспект наголошує на труднощах, присутніх у мовленнєвій здатності [45].

Внаслідок міждисциплінарності понять заїкання, остаточно не вдалося визначити, чи заїкання є хворобою, чи симптомом хвороби; неврозом мовлення, чи лише його симптомом; розладом мовлення, труднощами у вербальній комунікації, чи звичною неправильною вербальною поведінкою; синдромом чи симптомом (Черніченко Л). Окрім різноманітності понять заїкання, встановити точне визначення заважає не тільки множинність етіологій і масштаби поширення заїкання, а й ієрархізація характерних, відмінних рис цього явища [45].

Всі ці факти значною мірою ускладнюють надання повного, точного визначення заїкання. Таку спробу – для потреб логопедичної практики – зробила Рібцун Ю, який поставив за основну мету відрізнити явище заїкання від розладів із подібними ознаками. Він визначає заїкання як «розлад, що складається з комплексу взаємозалежних симптомів, які описуються на трьох різних рівнях: мовному, психічному та неврологічно-фізіологічному».

Отже, він характеризує специфічні властивості неплавності мовлення у людей, які заїкаються, таким чином:

- неплавність мовлення для заїкання перевищує 5-10%. У нормативній неплавності мовлення цей відсоток не перевищує 5.
- паузи в мовленні не тривають довше 2 секунд.
- темп мовлення людей, які заїкаються, є негармонійним, з більш частим повільним темпом. Для відрізнення заїкання від інших аспектів порушень

плавності мовлення, в нормативній неплавності темп мовлення є нормальним, а в тахілалії та геліканії темп є значно прискореним.

- при заїканні з'являється подовження звуків і частіші, ніж одноразові повторення звуків і складів. Для відрізнєння, в нормативній неплавності мовлення можуть з'являтися зазвичай одноразові повторення цілих фраз, слів, складів або звуків, тоді як в заїканні також спостерігається подовження звуків, але також втрата складів і звуків, а повторення стосуються переважно окремих складів.

- при заїканні відповідь на питання затримується, тоді як у нормативній мові трапляються паузи, що виникають через обдумування відповіді.

- як у заїканні, так і в заїканні з'являються додаткові звуки.

Психічний рівень симптомів заїкання стосується насамперед почуттів, пов'язаних з фрустрацією та страхом. Зазвичай страх, присутній у заїканні, пов'язаний з небажанням говорити, боязню говорити (логофобія). Заїкання супроводжується також почуттям провини та заниженою самооцінкою.

Неврологічно-фізіологічний рівень стосується насамперед спастичності м'язових рухів та наявності додаткових фізіологічних реакцій. Рібцун Ю. згадує тут:

- порушення координації рухів органів, що беруть участь у мовленні: органів дихання, голосових органів та органів артикуляції. Це стосується також мимічних м'язів та жестикуляційних рухів.

- характерною рисою заїкання є також наявність так званих супутніх рухів, що нагадують нервові тики.

У випадку явищ, інших ніж заїкання, при яких спостерігається неплавність мовлення, не відзначається жодних симптомів на психічному та неврологічно-фізіологічному рівні. Ці симптоми характерні лише для заїкання [31].

Існує багато потенційних причин, які можуть спричиняти заїкання, однак їх перевірка відбувається в ході подальших наукових досліджень і на даний момент немає можливості остаточно і безсумнівно вказати конкретну причину, що спричиняє заїкання. Пропозиції методів і технік терапії заїкання пропонуються скоріше інтуїтивно і перевіряються експериментальним шляхом. Не існує наукових доказів, що підтверджують правильність даних технік. Вибір відповідного терапевтичного методу в разі заїкання оцінюється за його ефективністю, і на цій основі, разом із раніше використаними діагностичними техніками, висуваються і підтверджуються або спростовуються ймовірні причини виникнення заїкання в конкретному випадку.

Серед причинних теорій, які можуть впливати на появу заїкання, називають теорії щодо неповного або аномального патерну домінування півкуль головного мозку, теорії порушеного контролю (самоконтролю) слуху, теорії, пов'язані з порушеннями мозкового годинника або порушеннями моторного контролю артикуляційних органів, а також теорії дефіциту в області синхронізації, підготовки та реалізації мовлення (Рібцун Ю.). Кожна з цих теорій посиляється на механізм плавного мовлення, який, згідно з лінгвістичним (логопедичним) визначенням заїкання, порушений у людей, які заїкаються.

Під поняттям «плинність мовлення» розуміють «безпроблемне побудову фонетичного ряду, зрозумілого для слухача», тоді як під поняттям «неплавність мовлення» слід розуміти виключно ті елементи, які особливим чином ускладнюють створення фонічних послідовностей, одночасно викликаючи у слухача повідомлення проблеми з його розумінням.

Отже, на плавність мовлення впливають темп мовлення, ізотопія, ритм мовлення, коартикуляція та мелодійність.

За темп мовлення вважається кількість звуків, вимовлених за секунду. У нормі цей темп становить в середньому 5-10 звуків, не враховуючи паузи.

Під поняттям тривалості розуміють тривалість певного звуку, яка залежить від фонологічної системи даної мови і може змінювати форму висловлювання. Слід додати, що «подовження звуку істотно порушує передачу і сприйняття висловлювання» [31].

Ритм мовлення — це «періодичне повторення ідентичних і однаково впорядкованих процесів, об'єднаних в одне ціле динамічним піком. Послідовні відрізки часу не обов'язково мають бути однаковими, але переважає тенденція до регулярної, впорядкованої в часі послідовності натискання і відсутності натискання. З чого випливає, що ми повинні відчувати як щось неприємне, коли оратор робить занадто довгі паузи між окремими висловлюваннями. Тому сам оратор, в той момент, коли усвідомлює ритмічні порушення, намагається вирівняти їх за допомогою звуків або слів, що «заповнюють порожнечу» [31].

Коартикуляція пов'язана зі здатністю змінювати рухи артикуляційних органів з одного режиму на інший, включаючи також можливість накладання таких режимів один на одного.

Мелодійний хід – це інтонація висловлювання, тобто надання реченням питального або стверджувального характеру. Питальна інтонація характеризується так званою антикаденцією, а стверджувальна інтонація – каденцією.

На думку Ткаченко Л., Деуля І., Шаповалова І., заїкання проявляється в чотирьох площинах: лінгвістичній, психологічній, соціологічній та фізіологічній. Він описує наявність окремих симптомів заїкання та їх інтенсивність залежно від ступеня розвитку заїкання. Тут можна чітко помітити, що заїкання є динамічним процесом, який змінюється з часом.

Зміни симптомів на лінгвістичному рівні стосуються насамперед: інтенсивності, частоти виникнення та типу несплавності.

На психологічному рівні найважливішим елементом є самосвідомість несплавності, яка призводить до появи несприятливих емоцій різного ступеня

інтенсивності, наприклад, страху, агресії, фрустрації, почуття провини, низької самооцінки. Згадані емоційні реакції вступають у взаємодію з психологічними захисними механізмами, порушуючи в відповідній мірі та обсязі особистість людини, яка заїкається.

З соціологічної точки зору виникає обмеження у вербальній взаємодії, яке, залежно від ступеня заїкання, може проявлятися у зниженні активності, обмеженні соціальних контактів, уникненні або відмові від різних комунікативних ситуацій, скороченні розмов.

Симптоми, помітні на фізіологічному рівні, стосуються збільшення напруги в м'язах мовного апарату, яка поширюється на інші м'язові групи, викликаючи появу супутніх рухів. Останні найчастіше проявляються в м'язових групах кінцівок, тулуба та обличчя.

Ступінь розвитку заїкання, на думку З. Тарковського, є «результатом змін, що відбуваються на лінгвістичному, психологічному, соціологічному та фізіологічному рівнях, які взаємозалежні» [38].

Рібцун Ю. поділяє симптоми заїкання на явні, які помітні для одержувача повідомлення, та приховані, які непомітні для слухача. Останні стосуються внутрішніх проблем, пов'язаних із заїканням, таких як: самосвідомість заїкання; приховування симптомів заїкання, страх, пов'язаний із вербальною комунікацією та певними комунікативними ситуаціями, а також уникнення різних ситуацій, людей, слів або повна відмова від соціальних контактів та ізоляція [31].

Підсумовуючи, слід зазначити, що заїкання є явищем, яке багато дослідників розглядають як динамічний і мінливий процес, що протікає паралельно в психологічній, фізіологічній, соціологічній та лінгвістичній площинах і виявляється у вигляді своєрідної картини симптомів, характерних для даної особи. На цю картину значною мірою впливає психологічний аспект, який враховує вплив негативних емоцій: страху чи нервозності, на яких

ґрунтується стрес. Серед терапевтичних методів, рекомендованих у лікуванні людей, які заїкаються, релаксаційні методи займають міцне місце. Релаксація має на меті викликати стан розслаблення шляхом зниження м'язової та емоційної напруги. Зниження цієї напруги «сприяє плавному мовленню» [38, 45].

Дизартрія.

Поняття дизартрії визначається по-різному, залежно від того, на який аспект робиться основний акцент: симптоматичний, причинний або такий, що враховує обидва вихідні пункти. Слід також виділити термін «анартрія». Основним елементом, що відрізняє дизартрію від анартрії, є інтенсивність симптомів, яка в разі анартрії є значно більшою. Також визначається, що анартрія є крайньою формою дизартрії.

Враховуючи причинний характер явища, терміном «дизартрія» позначають таке порушення мовлення, яке виникає внаслідок «пошкодження нервових шляхів, важливих для перетворення імпульсів, пов'язаних з процесом мовлення». Інші причинно-наслідкові визначення дизартрії описують її як: «різноманітні порушення рухової ланки мовленнєвого акту, які обумовлені ураженнями центральної та периферичної нервової системи. Не наводячи визначень інших авторів, легко помітити, що більшість пропозицій терміна «дизартрія» враховують її причину, якою є «пошкодження центрів і нервових шляхів, що іннервують органи мовлення» [31].

Фоніатричні визначення показують дизартрію як «комплекс порушень дихання, фонетизації та артикуляції, що виявляються насамперед у порушенні здатності до артикуляції звуків мови» [31]. Ястребовська Г. та ін. зазначає, що дизартрія та анартрія пов'язані з ураженнями центрів та шляхів іннервації органів мовлення, внаслідок чого виникають труднощі в контролі та координації діяльності мовних м'язів. Грабіас додає, що ці труднощі виявляються в неможливості реалізації фонем або їх невідповідній реалізації і

можуть також стосуватися порушень у реалізації майже всіх просодичних елементів у фонічному ряді, тобто акценту, інтонації, темпу мовлення, ритму, гучності [58].

Зрештою, можна сказати, що дизартрія є розладом мовлення, який проявляється низкою труднощів на рівнях: дихальному, фонетичному, артикуляційному та просодичному внаслідок різних ушкоджень моторних елементів периферичної та центральної нервової системи. Серед симптомів, характерних для дизартрії, називають порушення функцій м'язів мовних органів, що є наслідком змін їхнього тону, уповільнення, порушення координації [54].

Дизартрія класифікується за двома категоріями: причинною та симптоматичною. Знання цих класифікацій є основою для визначення, при яких типах дизартрійних розладів може застосовуватися релаксація.

Причинну класифікацію дизартрії, що враховує місце ураження нервової системи, створив М. Совак. Відповідно до цієї класифікації, він виділив 6 типів дизартрії: кору, пірамідну, позапірамідну, мозочкову, бульбичну та змішану.

Коркова дизартрія характеризується ураженням рухових ділянок кори головного мозку, внаслідок чого виникає параліч або проблеми з рухами певних органів мовлення. У разі цього типу дизартрії на мовному рівні спостерігаються порушення з реалізацією слів зі складною структурою [54].

Пірамідальна дизартрія стосується пошкодження пірамідальних шляхів, що спричиняє підвищення м'язового напруження з ю спастичною формою, також відомою як ножоподібна. При цьому типі дизартрії спостерігається відсутність координації в надмірних артикуляційних рухах. Мова є неплавною та уповільненою. Також з'являються деформації звуків.

Позапірамідна дизартрія характеризується пошкодженням позапірамідної системи, що викликає два типи дизартрійних розладів:

- гіпертонічну дизартрію, для якої характерне підвищене, надмірне м'язове напруження, що може проявлятися в мовленні жорсткістю і нерозбірливістю для слухача. Такий тип спостерігається при хворобі Паркінсона;

- гіперкінетична дизартрія, для якої характерні посилені рухи. У мовленні вона проявляється у відсутності організації рухів мовних органів, неточній і малоточній артикуляції, нерівномірному диханні, повільному темпі мовлення з порушеннями просодії: висоти голосу, мелодії або ритму [54].

Мозочкова дизартрія, що виникла в результаті пошкодження мозочка. Симптоми в мовленні проявляються у відсутності координації рухів м'язів артикуляційних органів, негармонійному темпі мовлення або так званому «скандуванні» .

Бульбарна дизартрія виникає внаслідок ураження ядер рухових нервів у бульбашці (довгастому мозку і мосту Вароля) або нервів, що іннервують мовний апарат, що призводить до повного або часткового паралічу. У разі цього типу дизартрії спостерігаються труднощі в жуванні та ковтанні, а також в артикуляції [54].

Змішані дизартрії являють собою різні комбінації всіх вищезазначених типів. Симптоматична класифікація, що акцентує увагу на симптомах, які виникають у даному типі дизартрії, була створена Ф. Л. Дарлі, який виділив у її рамках також 6 типів: в'ялу, спастичну, атактичну, гіпокінетичну, гіперкінетичну та змішану дизартрію (за: Грабяс С. [55]).

В'яла дизартрія виникає в результаті пошкодження черепних нервів (рухового нейрона або периферичних нейронів), що призводить до в'ялості м'язів. Залежно від того, який нерв буде порушений, це спричиняє в'ялість певних частин м'язів. Наприклад, пошкодження V трійчастого нерва призводить до ослаблення роботи щелепи та губ; пошкодження VII лицьового нерва спричиняє труднощі в роботі губ (розтягування та висунення), порушення X блукаючого нерва сприяє порушенням у функціонуванні піднебіння та горла,

а пошкодження XII під'язикового нерва спричиняє проблеми у вигляді ослаблення м'язів язика. У мовленні при цьому типі дизартрії спостерігається неточна артикуляція; голос – внаслідок зниження тону глотково-фонетних м'язів – характеризується ослабленою звучністю, оскільки голосові зв'язки не закриваються і частина повітря виходить, а також є монотонним і шорстким. Також помітна резонансна недостатність і скорочення фраз внаслідок укороченого дихання (за: Граб'яс С. [55]).

Спастична дизартрія характеризується спастичною гіпертонією, яка виникає в результаті пошкодження пірамідальної системи. У мовленні цього типу дизартрії помітні зміни у фонетиці: голос хрипкий, низький, слабкий, напружений, приглушений, видається з трудом і переривається. Також з'являється прозодична недостатність, що виявляється, наприклад, у монотонній висоті та інтенсивності звуків, уніфікації акценту або навіть у надмірному акцентуванні, уповільненому темпі мовлення, а також у артикуляційно-резонансній недостатності, що помітна у надмірній носовості та спотворенні звуків. Іноді під час мовлення виникає задишка.

Атаксична дизартрія є наслідком ураження мозочка, що впливає на порушення координації рухів дихальних, фонетичних та артикуляційних м'язів. Внаслідок цих порушень у мовленні відзначаються труднощі в артикуляції, що характеризується неточністю вимови та нечіткістю, а також проблемами в переході від одного артикуляційного апарату до іншого, фонетичні труднощі, що виявляються в монотонності звуку і хриплості голосу, а також просодичні проблеми, помітні в уповільненому темпі скандованої і неритмічної мови (за: Граб'яс С. [55]).

Гіпокінетична дисартрія, яка стосується головним чином обмеженої можливості виконання рухів, виникає внаслідок ураження позапірамідної системи. У мовленні вона проявляється неточністю артикуляції, перервами в мовленні та короткими фразами висловлювань, а в просодичних труднощах — монотонною інтонацією, зменшеним наголосом та інтенсивністю голосу,

раптовим прискоренням темпу мовлення. Гіперкінетична дизартрія стосується ушкоджень в області позапірамідної системи, що спричиняє виникнення мимовільних рухів. В результаті цих ушкоджень спостерігаються клонічні спазми гортанно-глотково-піднебінних м'язів, які можна помітити в мовленні у вигляді дистонічних рефлексів: органічного тремтіння напруженого, хрипкого голосу з виразними перервами у фонетиці. Цей факт також впливає на прозодичні порушення. При цьому типі дизартрії загалом спостерігаються перерви в рухах мовного апарату на дихальному, фонетичному та артикуляційному рівнях.

Останній тип дизартрії - змішана дизартрія, в межах якої Ф.Л. Харлі виділяє три підтипи: дизартрію в'яло-спастичну-спастичну, що виникає при бічному атрофічному склерозі, спастично-атактичну дизартрію, що з'являється, наприклад, при розсіяному склерозі, та атактично-спастично-гіперкінетичну дизартрію, що спостерігається при хворобі Вільсона (за: Грабяс С. [55]). Варто зазначити, що обидві ці класифікації значною мірою перетинаються: спастична дизартрія відповідає пірамідальній дизартрії, атактична дизартрія відповідає мозочкової дизартрії, гіпокінетична та гіперкінетична дизартрія відповідають двом підтипам позапірамідальної дизартрії.

Розлад мовлення, яким є дизартрія, може бути пов'язаний з низкою різних захворювань. Найчастіше, однак, він тісно пов'язаний зі специфікою дитячого церебрального паралічу, і саме до цього захворювання зазвичай звертаються логопеди. Це також має неабияке значення для релаксації, оскільки релаксація впливає на загальне функціонування організму хворого і, як наслідок, також впливає на розлади, пов'язані з мовленням, тобто на дизартрію. Важко, а навіть неможливо розглядати дизартрію без урахування та відокремлення її від контексту, в якому вона виникає.

Дитяча церебральна параліч є найпоширенішим захворюванням, на тлі якого виникає дизартрія. Вважається, що дитяча церебральна параліч є сукупністю різних симптомів, що виникають внаслідок ураження центральної

нервової системи, зокрема під час розвитку та дозрівання рухового нейрона. З розвитком дитини ці симптоми можуть посилюватися, тоді як саме ушкодження не поглиблюється. Рівень затримки розвитку сильно залежить від ступеня ушкодження центральної нервової системи. Серед згаданих симптомів насамперед помітні порушення рухових функцій і рівноваги, а також порушення м'язового тону. Специфічними для дитячого церебрального паралічу є також спастичні паралічі кінцівок і наявність мимовільних рухів. Однак диференціація симптомів настільки велика, що спостерігається багато форм цього явища, таких як: атетоз (мимовільні рухи), атаксія (порушення рівноваги), атонія (м'язова слабкість), спастичність (велике м'язове напруження), параплегія (параліч нижніх кінцівок), моноплегія (параліч однієї кінцівки), диплегія (параліч нижніх і верхніх кінцівок) та інші [39].

У осіб з дитячим церебральним паралічем відбувається пошкодження центрального рухового нейрона, а отже, порушення нормального функціонування механізму мовлення, що зумовлює розвиток окремих мовних функцій та згаданих розумових процесів. Розвиток мовлення у цих осіб проходить неправильно і значно повільніше, навіть з урахуванням індивідуальних схильностей, які у кожної людини впливають на незначні відмінності в цій сфері. В результаті пошкодження центрального рухового нейрона виникають специфічні порушення м'язового тону: м'язів язика, гортані, м'якого піднебіння, горла, які спочатку безпосередньо впливають на здатність споживати їжу, що включає смоктання, жування і ковтання, а на наступному етапі впливають на фонетику і артикуляцію. Початкові труднощі в смоктанні та ковтанні зумовлюють проблеми у функціонуванні м'язів обличчя, жувальних м'язів і язика, впливаючи також на міміку. Проблеми з прийомом їжі зумовлюють появу труднощів артикуляційного характеру. Внаслідок невропатії артикуляційних органів або неправильної рухливості та підвищеного напруження м'язів артикуляційних органів, а також порушень кінестетичного

відчуття, що охоплюють ці органи, виникають труднощі в мовленні, що виявляються у неправильній, монотонній та носовій вимові звуків.

Не враховуючи клінічні симптоми дитячого церебрального паралічу, у цьому розладі також присутні психічні симптоми, що базуються переважно на проблемах емоційного характеру. Вчені поділяють психічні симптоми на первинні та вторинні розлади. Серед первинних він називає розумову відсталість, епілепсію та емоційні розлади, серед вторинних – адаптаційні розлади, специфічні відхилення від норми, розлади поведінки разом з неправильним розвитком особистості, невротичні та психотичні синдроми. У свою чергу, певні проблеми психосоціального характеру можуть призводити до інших симптомів. До деяких з них також відносяться мікродефіцити, такі як: порушення орієнтації власного тіла, порушення концентрації уваги та порушення мислення [30].

Тому слід звернути увагу, що як з фізіологічних (велике м'язове напруження), так і з емоційних причин застосування релаксаційних технік є доцільним при дизартрії, а особливо у випадках, коли це порушення виникає внаслідок дитячого церебрального паралічу.

2.2. Роль релаксації у терапії мовленнєвих порушень

Заїкання є явищем, яке багато дослідників описують як динамічний і мінливий процес, що протікає паралельно в психологічній, фізіологічній, соціологічній та лінгвістичній площинах і виявляється у вигляді своєрідної картини симптомів, характерних для даної особи. На цю картину значною мірою впливає психологічний аспект, який враховує вплив негативних емоцій: страху чи нервозності, на яких ґрунтується стрес. Помітними симптомами є неплпвність мовлення, що супроводжується надмірною напругою м'язів усього тіла, в тому числі м'язів органів мовлення. Однак заїкання є насамперед соматопсихічним розладом. Отже, можна сказати, що заїкання завжди

супроводжується надмірною напругою, яку слід розглядати у двох аспектах: психологічному та фізіологічному.

Психологічне напруження є наслідком постійного впливу стресу на людину, яка заїкається. Дослідники говорять тут як про вплив середовища з наймолодшого віку, коли з'являється несплавність, так і про низку негативних емоцій, що супроводжують заїкання, які можуть призвести до: надмірним контролем процесу висловлювання, виробленням різних захисних механізмів (які у вигляді відмови можуть призвести навіть до логофобії), а також помітними супутніми рухами.

Про емоційне тло заїкання, яке підкреслює значення психічної напруги, говорять як теорії розвитку, органічні, невротичні, психологічні, так і фізіологічні теорії походження заїкання [31]. Дослідники різних галузей сходяться на думці, що емоційна напруга та пов'язаний з нею стрес тісно пов'язані із заїканням. З. Енгель пише: «Незаперечним є зв'язок заїкання з афектом, емоціями, але що є причиною, а що наслідком? Тут явно діє зворотний механізм». Вчений зазначає: «Заїкання тісно пов'язане з емоціями, які його викликають або посилюють (негативні емоції) або які його зменшують або усувають (позитивні емоції)» [51].

Сумніви стосуються лише того, чи саме емоційні розлади та стрес можуть бути фактором, що викликає появу та закріплення заїкання у фізіологічному аспекті, чи фізіологічні симптоми заїкання викликають емоційну напругу та стрес. Отже, складність полягає в тому, що вважати причиною, а що симптомом. Першу версію підтримують представники психологічних теорій, другу – представники фізіологічних теорій. Представники психологічних теорій вважають, що в разі заїкання в терапії головний акцент слід робити на особистості та загалом на психічному аспекті людини, яка заїкається, а на другому місці розглядати фізіологічні елементи, які в цьому випадку є симптомом. Представники фізіологічних теорій роблять основний акцент на

терапії, що враховує механізм порушень функцій, пов'язаних з мовленням, розглядаючи психотерапію як допоміжний елемент.

Як до цього ставиться релаксація? Релаксація, про яку більш детально йшлося в першій частині цієї роботи, безпосередньо відповідає потребам людей, які заїкаються. Основним завданням релаксації є вплив на психічне та м'язове напруження людини, яка її проходить. Особливо рекомендується застосовувати техніки релаксації у разі підвищеної напруги або надмірного перевантаження як м'язів, так і психіки. Як неважко помітити, обидва види напруги присутні при заїканні.

Релаксація передбачає, що існує взаємозв'язок між м'язовим, психічним напруженням і станом вегетативної нервової системи, що було підтверджено в дослідженнях С. Кратохвіла (за L. Kulmatycki [63]). З цього зв'язку однозначно випливає, що існує можливість впливати на психічний рівень людини та вегетативні реакції її організму шляхом зміни напруги скелетних м'язів, що залежать від волі людини. В основному саме на цьому базується прогресивна релаксація Е. Джейкобсона. Автогенне тренування Шульца, в свою чергу, діє в зворотному напрямку: впливаючи на психіку шляхом навіювання певних відчуттів, людина дійсно починає відчувати ці відчуття. Практика показує, отже, двосторонню залежність психічних і фізичних явищ.

Досягнення стану релаксації впливає не тільки на психічне та фізичне напруження і функціонування вегетативної системи, але й має істотний вплив на зниження відчуття страху, яке присутнє при заїканні, шляхом підвищення рівня мотивації до виконання рухів і зняття стресу. Експериментальні дослідження підтвердили правильність тези, що «розслаблення м'язового напруження призводить до емоційної рівноваги та заспокоєння вегетативних реакцій». Заїкання розглядається також з соціологічної точки зору. Захисні механізми, що впливають із страху перед мовленням, негативно впливають на функціонування людини, яка заїкається, в суспільстві. Релаксація, знижуючи відчуття страху, дозволяє краще пізнати себе і можливості свого тіла, покращує

самопочуття, а отже, впливає на поліпшення міжособистісних і емоційних відносин [63].

Застосування релаксації в терапії заїкання є обґрунтованим: доповнюючи логопедичну терапію релаксаційними техніками, можна зменшити рівень напруги в м'язах мовного апарату. Зниження напруги в цих м'язах повинно мати помітний вплив на плавність мовлення. Оскільки релаксація діє двояко, немає необхідності окремо впливати на фізіологію заїкання і окремо на психологію. Релаксація одночасно зменшує м'язову і психічну напругу, покращуючи самопочуття і зменшуючи симптоми тривоги. Отже, здається, що релаксація має також додаткове економічне обґрунтування.

Релаксація використовується і широко описується в терапії заїкання багатьма дослідниками, які, найімовірніше, з огляду на подвійний характер такого явища, як заїкання, застосовують і рекомендують насамперед техніку прогресивної релаксації Е. Джейкобсона та аутогенний тренінг Й. Шульца.

Автори, які представляють пропозиції релаксаційних занять з використанням обох релаксаційних технік, є Клочкова Ю., Кравченко Т., Черніченко Л. та інші. Нижче представлена одна із програм групової релаксації для дітей дошкільного віку [12, 18, 45].

Перший етап, що складається з 15 занять, служить для ознайомлення дітей з умінням розрізняти стани напруги і розслаблення в окремих частинах тіла. Роль логопеда обмежується поясненням і демонстрацією окремих вправ, а також контролем їх правильного виконання дітьми. Напруження та розслаблення м'язів стосується послідовно: рук, ніг, тулуба, живота та шиї. До наступних частин логопед переходить лише тоді, коли впевнений, що більшість дітей правильно виконують задане вправу.

Другий етап включає 9 занять. Цей етап авторка розділила на два підетапи, перший з яких включає вправи на розслаблення м'язів мовного апарату: живота, шиї, щелеп, губ і язика. Команди дітям даються у віршованій формі. Другий

підетап складається з вербальних настанов, що рекомендують дітям розслабитися і відпочити. Другий етап є поєднанням прогресивної релаксації з першого етапу з автогенним тренуванням Шульца.

Третій етап включає словесні настанови дітям щодо м'язового та емоційного розслаблення, поєднані з формулами правильної мови. Це відбувається під час введення дітей у так званий «Чарівний сон».

Вправи на окремих етапах задаються для виконання вдома. Варто зазначити, що ці вправи повинні і виконуються в цьому випадку систематично, два-три рази на день, а окремі логопедичні заняття передують десятихвилинній релаксації, яка є невід'ємною частиною створеної нею комплексної методики усунення заїкання.

Також авторка обґрунтовує застосування двох видів релаксаційних технік у терапії заїкання, пишучи, що у дітей із проблемами заїкання ослаблена емоційно-вольова сфера, що виявляється невпевненістю у мовленні, непевністю мови та нездатністю піддаватися тривалим зусиллям. У їхньому випадку також виникає тривале збудження. З цих причин вона вважає, що, застосовуючи релаксаційні техніки, слід прагнути зменшити як м'язову, так і емоційну напругу.

Опитування, проведені нею, показали сприятливий вплив релаксації на дітей, які заїкаються. Було помічено, що під впливом застосування релаксаційних технік покращився сон дітей, вони самі стали спокійнішими, також було помічено сприятливі зміни в мовленні [44].

Рібцун Ю. також неодноразово підкреслює значення релаксації в логопедичній терапії заїкання. Незалежно від обраного виду логопедичної техніки, він пропонує поєднувати її з релаксаційними вправами, які зазвичай передують певній логопедичній техніці. У своїй терапії він поєднує різноманітні логопедичні техніки з релаксацією, підкреслюючи, що будь-які

дихальні вправи, які зменшують стрес і м'язову напругу, мають для людей, які заїкаються, неабияке значення [31].

Автор пропонує включити такі техніки, як проста фізіологічна релаксація, вправи на розслаблення артикуляційних органів, дихальні вправи, дихально-розслаблюючі-концентруючі вправи та автогенний тренінг Шульца до логопедичних технік, таких як: говоріння з ехокоректором, вправи з використанням методу С. Вільчевського, що полягають у подовженні голосних, вправи на ритмізацію мовлення, вправи з мовленням на придиховій настройці голосу, негативний тренінг. Програму психофізіологічної терапії заїкання пропонує розділити на етапи, на кожному з яких застосовуються релаксаційні техніки.

Перший етап, що триває два місяці, включає насамперед детальну діагностику, ознайомлення пацієнта з програмою терапії та принципами плавної мови, які він називає жестами плавності. Щоб опанувати принципи плавної мови, він рекомендує застосовувати саме дихальні вправи, дихально-емісійні вправи, плавне поєднання голосних, виразність мови, засновані на перекладі співаних текстів на розмовні тексти, а також вправи на м'який старт мови. Під час перших терапевтичних сесій він пропонує вже на початку ввести релаксаційні вправи, такі як проста фізіологічна релаксація та вправи для розслаблення артикуляційних органів. Крім того, пропонується ввести під час цих сесій три етапи простих дихальних вправ, дихально-емісійних вправ, дихально-розслаблюючих-концентруючих і дихально-розслаблюючих вправ. Вже на першому етапі страх зменшується, а пацієнт вчиться розслабляти свої артикуляційні органи та правильно дихати.

Другий етап, що охоплює два наступні місяці терапії, стосується закріплення правильного процесу дихання. На цьому етапі впроваджуються різноманітні логопедичні техніки, такі як мовлення з ехокоректором, метод о з особливим акцентом на м'якому початку мовлення та психотерапевтичні техніки. Автор ще раз підкреслює, що «на кожній сесії доцільно застосовувати

релаксацію». У прикладі перебігу терапевтичних сесій він пропонує в першу чергу застосовувати техніки релаксації: аутогенний тренінг Шульца та повну нейром'язову релаксацію. [31].

Третій етап повністю зосереджений на навичках дихального налаштування голосу з використанням техніки потоку повітря М. Шварца. Однак він продовжує враховувати можливість використання вправ з ехокоректором і психодраматичних вправ, а також релаксаційних вправ. На цьому етапі також можливе введення негативного тренування, що полягає в навмисному заїканні. У рекомендаціях для роботи вдома знову підкреслюється важливість використання щонайменше один раз на день кількахвилинних сеансів релаксації.

Четвертий етап терапії зосереджується на закріпленні навичок, вироблених на попередніх етапах, і дозволяє використовувати всі методи, вивчені до цього моменту. По черзі дозволяє застосовувати логопедичні техніки з психотерапевтичними техніками, враховуючи «релаксаційні та візуалізаційні вправи (з аналізом навичок піддаватися релаксаційному тренуванню та отримувати ефекти релаксації)» [31].

Слід зазначити, що релаксація є надзвичайно важливою, а релаксаційні вправи проводяться послідовно, принаймні раз на день протягом усього піврічного періоду терапії. Про послідовність проведення релаксаційних сесій зазначає й Клочкова Ю., яка вважає, що бажаний ефект релаксація дасть тоді, коли її застосовуватимуть щодня в різних положеннях (лежачи, сидячи, стоячи) і в різних комунікативних ситуаціях (вдома, в школі, в автобусі тощо) [12].

З метою *психофізіологічної терапії людей, які заїкаються, варто проводити також реабілітаційні курси, під час яких встановлюється 60-хвилинна програма релаксаційної терапії, що передбачає зниження інтенсивності страху та внутрішньої напруги людини, яка заїкається, та готує її психічно до комунікативної ситуації.*

У таких програмах слід враховувати:

- попереднє тренування, що триває 7-10 хвилин, яке базується на синхронізації вправ повільного дихання з руховими вправами, що відповідають вправам, які вводять енергетичну рівновагу;
- тренування нейром'язової релаксації, що триває близько 30 хвилин, засноване на методі Колсона, який полягає у триразовому напруженні та розслабленні окремих частин тіла, точно так, як у прогресивній релаксації Е. Джейкобсона. Під час співу голосних літер люди, які виконували вправи, мали зосередитися на окремих ділянках тіла, які відповідали співу голосних літер. У випадку живота це була голосна «о», у випадку грудної клітки — голосна «а», а у випадку чола — голосна «і»;
- візуалізаційні вправи, що використовують методику Сільви, та вправи з формування уявлення про себе без заїкання на основі принципів нейролінгвістичного програмування (НЛП);
- музикотерапія, в якій спеціально підібрана музика була фоном для окремих релаксаційних вправ [20, 38, 48, 60].

Важливе значення релаксації в терапії заїкання, на це наголошено Рібцун Ю., Черніченко Л., Ткаченко Л., Деуля І., Шаповалова І. та ін. Одним із методів роботи над заїканням для дорослих, молоді та дітей, вчені пропонують метод, у якому основне значення мав аутогенний тренінг [34, 44]. Рекомендовано спеціальну техніку для людей, які заїкаються, згідно з якою необхідно у моменти найінтенсивніших емоцій і перед виступами застосовувати релаксацію протягом 15-20 хвилин, яку можна підтримувати в комунікативних ситуаціях. Слід застосовувати розслаблення і в разі виникнення проблем з мовленням, і в момент появи самої думки про потенційні труднощі з мовленням. Варто пам'ятати, що в першому випадку не можна вдаватися до посилення зусиль, а навпаки, в другому випадку для розслаблення потрібно промовити складну

фразу в думках плавно, а потім, докладаючи якомога менше зусиль, промовити фразу вголос «досить тихо і м'яко» [61].

Г. Паклут успішно застосувала елементи автогенного тренування Шульца в реабілітації дітей із проблемами заїкання. Вона пише, що ця методика є обґрунтованою і дає більш тривалі та кращі результати у старших дітей, які характеризуються високим рівнем інтелекту та мотивації. Ці діти самостійно вміють використовувати фрагменти аутогенного тренування в гірші та важчі для них моменти (за: Костечка В. [59]). Хоча значна більшість дослідників застосовує в терапії заїкання автогенний тренінг Т. Шульца та прогресивну релаксацію Е. Джейкобсона, існує можливість включення в терапію заїкання інших релаксаційних технік. Таку спробу зробила Я. Маркевич, використовуючи в програмі психомоторної реабілітації тренінг Вінтреберга. Цей тренінг впливає на три рівні функціонування: нейром'язовий, психічний та дихальний. Перший дозволяє змінити м'язове напруження, зокрема м'язів язика, губ, щік, щелеп. Другий дозволяє розслабитися психічно, охоплюючи розумовий та емоційний аспекти. Останній, дихальний рівень, відповідає за відповідну стимуляцію та ритмізацію роботи діафрагми та інших дихальних м'язів [59].

Релаксація має сильне обґрунтування в логопедичній терапії заїкання. Вона дозволяє зняти або зменшити напругу, що виникає як на психічному, так і на м'язовому рівні, діючи одночасно на обидва. У літературі не зустрічаються згадки про те, чи можна застосовувати релаксацію тільки при конкретному типі заїкання. Ймовірно, це пов'язано з тим, що м'язова напруга виникає при всіх типах заїкання: клонічному, клонічно-тонічному та тонічному. Вона знижує відчуття страху та покращує самопочуття. Опосередковано впливає на краще функціонування людей, які заїкаються, в суспільстві. Яке це має значення для логопедичної терапії? Зниження м'язового напруження, яке було присутнє в органах артикуляції, полегшує плавну мову. Отже, опосередковано це може впливати не тільки на мотивацію до логопедичної роботи людини, яка

заїкається, але й на результати, які підтверджують дослідники. Релаксація дозволяє проводити комплексну терапію людей, які заїкаються. Результати відчутні для людей, які проходять релаксацію, однак помітне поліпшення спостерігається у разі регулярного (принаймні раз на день) і послідовного її застосування.

2.3. Методичні рекомендації щодо використання релаксаційних вправ у роботі вчителя-логопеда.

Значення релаксації для лікування дизартрії при дитячому церебральному паралічі. Дизартрія – це розлад мови, що виникає на тлі різних захворювань. Однак важливо, що розслаблення опосередковано впливає на дизартрію, в першу чергу впливаючи на загальне моторне та емоційне функціонування людини. Основним завданням у разі дитячого церебрального паралічу буде запобігання виникненню м'язових спазмів шляхом їх зниження, а отже, і запобігання збереженню неправильних рухових патернів. Фіксовані м'язові спазми сприяють не тільки виникненню проблем в кістково-суглобовій системі і в опорно-руховому діапазоні, але і впливають на комунікативну функцію людини з ДЦП. У цих елементах виникають труднощі з диханням, фонацією, артикуляцією, просодією та координацією.

Люди з ДЦП в першу чергу страждають від проблем при здійсненні психомоторної діяльності. Як зазначають Борковська М., Левицька Л. І., рухові розлади є найбільш інтенсивними. Неправильний розподіл м'язової напруги, відсутність контролю за поставою, пересуванням, точністю рухів і хватом викликають розлади психомоторної діяльності, обмежують здатність до руху і роблять їх залежними від навколишнього середовища. У реабілітації такої дитини виникає потреба в діяльності рухової області, що включає в себе контроль постави і рухової діяльності, адаптацію до навколишнього середовища за допомогою координації слухової, зорової, рухової і сенсорної діяльності, а також емоційної та інтелектуальної сфери, включаючи особистісні контакти, особистісний і мовленнєвий розвиток дитини. На думку вчених,

вдосконалення дитини має відбуватися двома шляхами: шляхом компенсації проблем, пов'язаних з руховими завданнями, і за рахунок удосконалення психомоторної діяльності, яка пов'язана зі здатністю пристосовуватися до навколишнього середовища [20,54].

Варто зауважити, що і тут наслідки повинні стосуватися фізіологічної та психологічної сфер. Борковська М. перераховує чотири дії, які слід зробити для поліпшення рухового функціонування дитини. Це:

1. Нормалізація м'язового тону і вправи, в тому числі засвоєння відповідних патернів рухової поведінки;
2. Удосконалення функцій зорової, рухової, слухової та сенсорної координації в їх поєднаннях;
3. Завдання на поліпшення рівноваги;
4. Завдання, які полягають у виключенні виникнення мимовільних рухів і супутніх рухів, що не сприяють здійсненню наміченої діяльності.

У сфері вдосконалення психомоторної діяльності дитини автор вважає важливим проведення таких видів діяльності, як:

1. Вправи на відчуття патерну власного тіла, включаючи: масажі та самомасажі, називання частин тіла та їх позначення, поглиблення антигравітаційних відчуттів, глибоке відчуття та відчуття руху;
2. Завдання, що передбачають орієнтування в часі, наприклад, розпізнавання понять «швидко», «повільно» або уповільнення трафіку в поєднанні зі зворотним відліком;
3. Завдання, пов'язані з просторовим орієнтуванням, формуванням латералізації та розпізнаванням сторін тіла, включаючи, але не обмежуючись: розпізнавання положення тіла, його сторін по відношенню до себе та інших разом із найменуванням або визнанням положення окремих частин тіла; також: розпізнавання напрямків руху по відношенню до себе та оточуючих, а також оцінка відстаней;
4. Компенсує порушення розвитку особистості і мови, а також труднощі в міжособистісних контактах [54].

Автор наголошує на важливості дев'яти видів вправ, що виконуються відповідно до методики В. Шерборна, для реабілітації дитячого церебрального паралічу. Ці вправи стосуються:

1. Здатність налагоджувати емоційний контакт та зорову концентрацію
2. Розвиток почуття безпеки та довіри
3. Навчання, партнерство та співпраця
4. Завдання в межах схеми тіла та орієнтування у просторі
5. Уміння контролювати емоції та тривогу
6. Розвиток сили та фізичної підготовки
7. Уміння розслаблятися, розслаблятися
8. Формування самостійних рухів під час гри
9. Формування уяви та наслідування

На картину дизартрії при ДЦП великий вплив має фізіологічний аспект. Однак не слід випускати з уваги важливий психологічний аспект, який завершує картину захворювання, на тлі якого виникає дизартрія. При цьому не можна випускати з уваги психологічні аспекти дитячого церебрального паралічу. Борковська М. констатує, що для людей з ДЦП більшою чи меншою мірою характерні поведінкові розлади, які є наслідком психомоторної гіперактивності та поганого контролю емоційних реакцій, характерних для людей з органічним ураженням мозку; зниження психічної стійкості до психотравмуючих ситуацій, до яких особливо часто піддається дитина з обмеженими фізичними можливостями. Як зазначають Ключкова Ю. та Черніченко Л., обмеження або недозадоволення основних емоційних потреб, часто викликані неадекватною взаємодією батьків і дітей, важкою рухливістю, відсутністю успіху в грі і обмеженими контактами з однолітками, є причиною хронічного емоційного напруження, що викликає деструктивну агресивну поведінку. У маленьких дітей з церебральним паралічем поведінкові розлади проявляються порушеннями сну і апетиту, гіперактивністю або надмірною руховою або емоційною загальмованістю. Для дітей старшого віку характерна емоційна нестабільність, перепади настрою і рівня виконуваних завдань,

труднощі з концентрацією уваги. Гіперактивні діти легко зляться і виявляють агресію, часто спрямовану назовні. Сором'язливі ж діти виявляють надмірну чутливість, боязкість, боягузтво і безсилля; вони часто напружені, пасивні; Вони легко впадають в так звану катастрофічну реакцію. Стійкі поведінкові розлади можуть призводити до порушення емоційного і психосоціального розвитку дитини, аж до виникнення важких невротичних або психотичних синдромів» [12, 44, 54].

Однак чи виправдане застосування релаксації в лікуванні дизартрії при ДЦП? Адже терапія дитячого церебрального паралічу ґрунтується насамперед на вправах кінезітерапії та різних програмах, які дозволяють покращити їх з рухового боку.

По-перше, слід пам'ятати, що будь-яка реабілітація дитини з різними дефіцитами зазвичай характеризується підвищеною кількістю занять, вправ і завдань, які покликані компенсувати ці дефекти. В ході різних терапій не слід забувати про можливості самої дитини, для якої ці заняття і так дуже обтяжливі – не тільки з фізіологічної, але і з психологічної точки зору. Тому виникає природна потреба у відпочинку і розслабленні.

По-друге, дитячий церебральний параліч характеризується труднощами, як і при більшості розладів, фізіологічної та психологічної природи. У фізіологічній галузі вона охоплює ряд проблем, широко згадуваних раніше. В цілому, ці проблеми стосуються аномального розподілу м'язової напруги по всьому тілу, що безпосередньо впливає на ряд інших труднощів, наприклад, на обмеження можливостей пересування і, отже, в залежності від навколишнього середовища, а також на проблеми з моторною концентрацією очей. Серед різних психологічних симптомів звертають на себе увагу труднощі орієнтації в схемі власного тіла, простору і часу, труднощі латералізації, порушення концентрації і уваги, труднощі в мисленні [54].

Основна мета релаксації полягає в тому, щоб вплинути на людину з церебральним паралічем таким чином, щоб зменшити м'язову напругу, присутню в її тілі, а також зменшити будь-яку психічну напругу. Обидва види

такої напруги виникають у людей з дизартрією на тлі дитячого церебрального паралічу. Це перша причина, по якій застосування релаксації при лікуванні дизартрії виправдано.

У літературі важко знайти конкретизацію про те, чи можна використовувати релаксацію при всіх видах дизартрії. Релаксація безумовно може бути використана при дизартрії, при якій виникає спастичність. Однак в літературі існують загальні рекомендації по застосуванню релаксації при дизартрії. Схоже, що профілактичний ефект релаксації сам по собі має великий вплив на людей з дизартрією, в основному через психічну напругу, що виникає у цих людей.

Люди з церебральним паралічем зазнають труднощів з орієнтацією в просторі. Правильна орієнтація в просторі заснована на правильному аналізі сенсорних явищ: зорових, тактильних, слухових і рухових явищ, які порушуються у дітей з ДЦП. У зв'язку з відсутністю адекватної сенсорної стимуляції у таких дітей виникають труднощі в освоєнні зорового і просторового орієнтування.

Ще однією причиною порушень просторової орієнтації цих людей є порушення орієнтації в схемі власного тіла. Почуття тіла пов'язане зі свідомістю людини, з його відокремленістю від навколишнього світу, тому воно є дуже важливим фактором пізнавального розвитку індивіда, особливо для функції мови і орієнтації в просторі і часі, а також у формуванні його особистості, обумовлюючи подальшу адаптацію. Усвідомлення свого окремого існування є основою пізнання світу та орієнтації у просторі, адже точкою відліку у просторових відносинах є наше тіло, інші об'єкти ми локалізуємо за його положенням. Мати зображення свого тіла необхідно для початку кожного руху. Нормальна людина розвиває усвідомлення власного тіла за допомогою аналізу та інтерпретації подразників, що надходять від органів зору, слуху, дотику та від пропріоцептивних відчуттів, що відповідають за глибокі відчуття. У людей з церебральним паралічем свідомість тіла розвивається неправильно. Порушений характер власного тіла з'являється в результаті ураження центрів і

шляхів рухових, зорових, сенсорних і слухових зв'язків. У таких дітей виникають проблеми з відчуттям власного тіла. М. Борковська вважає, що свідченням існування проблем у схемі свого організму у дітей з церебральним паралічем є, наприклад, «несвоєчасне вживання займенника <<я>> та їх малюнки людської фігури, які часто характеризуються відсутністю інтеграції елементів тіла [54].

Черняк Я., Левицька Л., Слободяник В. Та ін. українські дослідники стверджують, що вправи на розслаблення і концентрацію уваги дозволяють більш повно контактувати з собою, краще пізнавати себе і включають більш глибокий вплив на емоційні та міжособистісні відносини з іншими людьми. Зокрема Черняк Я. зазначає, що методи релаксації сприяють поглибленню самосвідомості, а також мають велике значення в самореалізації людини [46]. Тому вправи на розслаблення допомагають розвинути усвідомлення власного тіла. Це друга причина, яка підтверджує, що релаксація може бути використана при лікуванні дизартрії на тлі дитячого церебрального паралічу.

Релаксація впливає не тільки на зниження і вирівнювання м'язової напруги, або на усвідомлення власного тіла і формування орієнтації в часі і просторі шляхом виконання команд під час тренування релаксації. Також важливо, що вони зменшують психічну напругу та симптоми тривоги, сприяючи кращому самопочуттю. Реагуючи на потреби, що виникають внаслідок дитячого церебрального паралічу, знижуючи психічну напругу та вводячи спокій, вони зменшують симптоми гіперактивності та підвищують психічну стійкість, як наслідок, усуваючи агресивну поведінку, що виникає внаслідок хронічної емоційної напруги. Крім того, вправи на розслаблення за своєю природою покликані зосередити увагу людини, що працює на заданому елементі: будь то образ в аутогенній тренуванні Я. Шульца, або дана частина тіла в прогресивному розслабленні Е. Якобсона, або дана властивість видиху в дихальних вправах, відчуття в тренуванні Г. Вінтреберта і так далі. Тому у них розвивається здатність до концентрації уваги, що є дефіцитом у випадку дітей старшого віку з церебральним паралічем [54]. Такі риси особистості, як

надмірна боязкість, чутливість, безпорадність, боягузтво, які характерні і для дітей старшого віку, які чітко усвідомлюють свій розлад, також компенсуються заспокійливими, заспокійливими і розслаблюючими заняттями, яким не бракує розслаблення. Вправи на розслаблення і концентрацію уваги впливають на розвиток уяви дитини і покращують внутрішньоособистісні контакти, підвищують рівень самооцінки і благополуччя. Це надає мотивуючий вплив на пасивних дітей, підвищуючи рівень творчого мислення і стимулюючи дитячу уяву. Ці факти також говорять на користь використання елементів релаксації для підтримки логопедичної терапії при дизартрії.

Вчені зазначають, що після кожного більш складного, більш інтенсивного вправи використовується відпочинок (розслаблення) в положенні лежачи на спині, з прямими руками і ногами, злегка відвіданими, розслабленими (руки в проміжному положенні, великий палець спрямований до стелі, стопи злегка нахилені в сторону). Ступінь розслаблення працює за рахунок легкого підняття кінцівки вгору і досить раптового її опускання. Розслаблена кінцівка відразу ж падає на землю. Якщо вона недостатньо розслаблена, дитина намагається контролювати рух кінцівки, що падає. Більш тривалу, 2-3 хвилини, релаксацію добре використовувати з тихою, повільною музикою, поступово збільшуючи, а потім зменшуючи інтенсивність звуку. Ви також можете використовувати релаксацію, давши пароль, який перериває більш інтенсивні вправи. Потім всі, хто бере участь у заняттях, незалежно від їх положення, лягають кілька десятків секунд на бік, живіт або спину з вільно розставленими кінцівками і лежать нерухомо [12, 2, 46, 54].

Вступом до вправ психомоторної кінезіотерапії є масажі, техніки тілесної і м'язової релаксації, завдання яких полягає в розслабленні всіх груп м'язів. Левицька Л. та Клочкова Ю стверджують, що під час такої роботи необхідно підтримувати емоційні та вербальні контакти з дитиною, які покликані розвивати у дитини навички міжособистісного спілкування, усвідомлювати сенс схеми власного тіла. На їх думку, вправи на розслаблення спрямовані на зниження психофізичної напруги, яка викликана надмірно швидким способом

життя, втому, навчанням, професійною працею, труднощами повсякденного життя та іншими стресовими ситуаціями [12, 20].

Вчені також наголошують на важливому значенні музикотерапії при дитячому церебральному паралічі, яка може надавати розслаблюючий ефект: у дітей з ДЦП, де переважає підвищена напруга м'язів і часто супутня гіперчутливість до будь-яких зовнішніх подразників і раптових, неконтрольованих рухів, розслаблення м'язів, висока плинність і гармонізація рухів досягаються завдяки правильно підібраній і застосованій музиці [54, 60]. Вправи музикотерапії надають стимулюючий, активний вплив на психофізичний розвиток дитини, розвиток вищих почуттів, розвиток інтелектуальної сфери, розвиток навичок опорно-рухового апарату, соціалізації. Таким чином, відзначено, що релаксація успішно використовується як після, до, так і під час виконання інших реабілітаційних завдань.

Левицька Л, Лазуренко С., Клочкова Ю., Слободяник В. у своїх дослідженнях серед методів релаксації називають аутогенне тренування Й. Шульца, метод Х. Вінтребєрта, прогресивну релаксацію Е. Якобсона і саме вправи на релаксацію. Вчені стверджують, що метод Якобсона має великі цінності. Його використання полегшує відпочинок, заспокоює, зменшує напругу, покращує функціонування організму і загальне самопочуття людини [12, 20, 33, 34]. Важливим елементом цього методу є так звана диференційована релаксація, під якою розуміють явище напруги передбачуваної групи м'язів, в той час як інші частини м'язів залишаються в стані розслаблення. Аутогенне тренування Й. Шульца полегшує досягнення стану внутрішнього спокою і кращого благополуччя, знімає тривожність і знижує невротичну збудливість. Навчаючись заглядати в себе, ця методика сприяє формуванню особистості. Оцінюючи вплив аутогенного тренінгу, Лазуренко С. пише, що досить чіткий і в той же час позитивний ефект від аутогенного тренування спостерігається у дітей. Він пробуджує у дитини довіру, дистанціює від проблем і труднощів, приносить спокій і позитивні думки. Проведена в групі, вона вчить

встановлювати соціальний контакт [33]. Однією з форм аутогенного тренінгу, який добре використовується у дітей, є проведення його з використанням казки. Метод аутогенного тренування може бути використаний у людей з хорошим соматичним і психічним здоров'ям, але автор обумовлює, що цей метод - на його думку - не повинен застосовуватися у занадто емоційних, схильних до неврозів або іпохондрії людей, або у людей в гарячковому стані. Тому представляється, що застосування цього методу у випадку з дітьми з церебральним паралічем може бути пов'язане з певним ризиком.

На думку Рібцун Ю., Ткаченко та ін., метод Х. Вінтребєрта добре працює для дітей, які тривожні, загальмовані, мають депресивні нахили і рекомендує використовувати цей метод, серед інших, людям із заїканням. Той факт, що рухи повинні бути викликані людиною, яка проводить релаксацію, а не людиною, яка розслабляється, може мати велике застосування у випадку людей з дизартрією. У зв'язку з обмеженістю рухових навичок людей з церебральним паралічем цей метод може бути добре застосований, і перевірити стан розслаблення у цих дітей можна відносно легко [31, 38]. Борковська М. вже використовувала техніку підняття та інерційного опускання кінцівки дитини у дітей з церебральним паралічем для того, щоб перевірити, наскільки така дитина розслаблена. Вправи на розслаблення дозволяють легко навчитися контролювати і свідомо знижувати напругу м'язів. Для загального розслаблення слід прийняти зручне положення: сидячи, лежачи або напівсидячи. Крім того, розслабитися допомагає введення таких елементів, як музика, тепло, одяг, що не обмежує одяг та ізоляція від додаткових подразників, таких як шум або сліпуче світло. Під час загального розслаблення рекомендується використовувати дихальну гімнастику. Великою перевагою у вправах на розслаблення є можливість використовувати їх у будь-який час часу з урахуванням потреб людини. Вони прості у виконанні, дозволяють швидко досягти стану релаксації для всього тіла. Це пов'язано з появою чинника, що сприяє розвитку особистості, який безперечно необхідний у випадку людей з церебральним паралічем[54].

Виходячи з думок і досліджень згаданих авторів, відзначено, що релаксація приносить користь людям, які її використовують. Застосовується у людей із заїканням і ДЦП і приносить хороші результати. Слід очікувати, що вплив релаксації на велику моторику також приносить хороші результати для дрібної моторики у людей з церебральним паралічем. Деякі з технік релаксації, такі як прогресивна релаксація Е. Якобсона, можуть надавати прямий вплив не тільки на велику моторику, але і на дрібну моторику, розслабляючи м'язи мовленнєвого апарату, що має велике значення в разі дизартрії. Зниження підвищеної напруги м'язів мовленнєвого апарату призведе до більших і кращих можливостей застосування всіх логопедичних прийомів. Вони неодмінно покращать роботу не тільки пацієнта, але і терапевта. Застосування методів релаксації носить не тільки лікувальний, але і профілактичний характер. Ці прийоми можуть з успіхом використовуватися широкою громадськістю і завжди будуть корисними як елемент, що підтримує логопедичну терапію.

Висновки до розділу 2

Релаксаційні методи є важливим інструментом у терапії мовленнєвих розладів, таких як заїкання та дизартрія, оскільки вони сприяють зниженню психічного та фізіологічного напруження, що є суттєвими аспектами цих порушень. Заїкання є соматопсихічним розладом, що поєднує емоційні та фізіологічні фактори, де стрес і емоційна напруга можуть як бути причиною, так і наслідком порушень мовлення. Тому релаксація, впливаючи на психічне і м'язове напруження, допомагає знижувати стрес і покращувати мовленнєві функції.

Особливо ефективними є методи, які сприяють релаксації м'язів, зменшенню напруги в органах мовлення та вегетативної нервової системи. Такими методами є прогресивна релаксація Джейкобсона та автогенне тренування Шульца, які через вплив на фізіологічні процеси також сприяють корекції емоційного стану. Враховуючи вплив дитячого церебрального

паралічу та інших неврологічних порушень на функціонування мовленнєвих органів, релаксаційні техніки можуть бути корисними не лише для зниження м'язової напруги, а й для покращення загального самопочуття і розвитку мовлення.

Застосування релаксації може також бути корисним для людей з різними формами заїкання, оскільки зменшується м'язова напруга і полегшується мовленнєвий процес. Крім того, регулярне застосування таких технік стимулює мотивацію до подальшої реабілітації та сприяє психосоціальній адаптації.

Таким чином, використання релаксаційних методів є ефективним інструментом у комплексній терапії, який дозволяє полегшити симптоми, покращити психоемоційний стан пацієнтів та підвищити ефективність інших реабілітаційних вправ, сприяючи загальному покращенню функціонування пацієнтів із заїканням, дизартрією та церебральним паралічем.

Загальні висновки

У процесі магістерського дослідження на тему «Релаксаційні техніки як засіб підвищення ефективності логопедичної терапії: теоретичний аспект» було здійснено комплексний теоретичний аналіз та обґрунтування доцільності інтеграції психофізіологічних методів релаксації в логопедичний процес. Вивчення наукових джерел, міждисциплінарний підхід, а також структурований аналіз феномену стресу та його впливу на мовленнєву діяльність дозволили сформулювати низку важливих висновків.

По-перше, встановлено, що стрес, як біо-психо-соціальний феномен, є важливим чинником, що суттєво впливає на результативність логопедичної терапії. Хронічне психоемоційне напруження, яке нерідко супроводжує осіб з мовленнєвими порушеннями, знижує рівень активності, викликає захисні реакції та дезорганізує комунікативну поведінку. Особливо критичним є вплив стресу у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, які демонструють вищу психофізіологічну чутливість до зовнішніх подразників.

По-друге, релаксаційні техніки розглянуто як засіб психоемоційної стабілізації, що сприяє нормалізації вегетативних функцій, зниженню м'язової напруги, зменшенню рівня тривожності, а також створенню сприятливого емоційного фону для здійснення мовленнєвої активності. У дослідженні систематизовано та класифіковано основні групи релаксаційних методів (психічні, фізичні, комбіновані), зокрема: метод прогресивної м'язової релаксації (Е. Джейкобсон), аутогенне тренування (Й. Шульц), дихальні вправи, візуалізаційні практики, музикотерапевтичні сесії тощо.

По-третє, обґрунтовано специфіку застосування технік релаксації у роботі з пацієнтами, які мають логопедичні діагнози, що супроводжуються підвищеним емоційним напруженням. Зокрема, доведено доцільність використання релаксаційних методів у корекції заїкання та дизартрії, включаючи випадки дизартрії при дитячому церебральному паралічі. Релаксаційні інтервенції у таких випадках не лише знижують загальну нервово-

м'язову збудливість, а й полегшують формування адекватних мовленнєвих реакцій, підвищують контроль за темпом, ритмом та плавністю мовлення.

По-четверте, результати теоретичних дослідження підтверджують, що релаксаційні техніки мають потенціал до використання як невід'ємна складова комплексної логопедичної програми. Їх ефективність обумовлюється як психологічною готовністю пацієнта до взаємодії, так і професійною компетентністю логопеда у сфері психоемоційної саморегуляції.

Практична значущість отриманих результатів полягає у розробленні методичних рекомендації, які можуть бути впроваджені у практику логопедів, а також використані в освітньому процесі підготовки майбутніх фахівців спеціальної освіти.

Таким чином, проведене дослідження підтверджує актуальність і перспективність використання релаксаційних технік як ефективного інструменту оптимізації логопедичного втручання. Подальші наукові розвідки можуть бути спрямовані на емпіричне тестування запропонованих підходів, розробку диференційованих програм релаксації для різних форм мовленнєвих порушень, а також інтеграцію цих методів у систему мультидисциплінарної допомоги особам із комплексними порушеннями розвитку.

Список використаних джерел:

1. Афанасьєва Н. Є. *Психологія стресу і фрустрації*: навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2013. 208 с.
2. Бамбурак Н. М., Гуцман М. С. Динаміка суб'єктивного проживання стресу особистістю. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*, 2017, вип. 1, с. 143–151.
3. Беленька Г. В. Емоційний розвиток дитини дошкільного віку : монографія. Київ : Слово, 2014. 256 с.
4. Богуш А. М., Лисенко Н. В. Вплив емоційного середовища на розвиток дітей раннього та дошкільного віку // *Психологія і педагогіка*. 2019. № 2. С. 33–41.
5. Боярчук О. Д. *Біохімія стресу*: навч. посіб. Луганськ: Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2013. 177 с.
6. Виговська О. В. Формування емоційної стійкості дітей дошкільн. віку в умовах освітнього закладу // *Актуальні проблеми психології*. 2020. Т. 6. С. 115–122.
7. Гавриш Н. В. Психолого-педагогічний супровід дошкільників у період адаптації до ЗДО : навч.-метод. посіб. Київ : ДНУ «Інститут модернізації змісту освіти», 2021. 72 с.
8. Дерев'янка Т. М. Дитячі страхи та тривожність: причини, профілактика, подолання : метод. посіб. Харків : Основа, 2017. 128 с.
9. Караман О. Л. Психологічні особливості переживання стресових ситуацій дітьми дошкільного віку // *Психологія розвитку*. 2018. № 4. С. 57–63.
10. Кашкальда Д. А. Емоційний стрес і показники стрес-регуляційних систем у дітей із зони проведення ООС // *Український журнал прикладної психології та ергономіки*. 2018.
11. Кириленко Т. С. Нейропсихологічна корекція порушень пізнавальних процесів у дітей. *Практична психологія та соціальна робота*, 2016, № 10, с. 15–21.
12. Клочкова Ю. В. Психогімнастика та елементи релаксації у корекційній роботі з дошкільниками з фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення. *Корекційна педагогіка*, 2019, № 2, с. 55–59.

13. Кононова М. М., Кучма Т. В. Сутність стресу як психологічної категорії. *Молодий вчений*, 2021, № 1(1), с. 28–32.
14. Кононенко О. Л. Психологічний супровід дітей дошкільного віку в умовах кризових ситуацій // *Педагогічний процес*. 2022. № 3. С. 24–31.
15. Корольчук М. С., Крайнюк В. М., Косенко А. Ф., Кочергіна Т. І. *Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я*: навчальний посібник. Київ: Інкос, 2002. 272 с.
16. Компанець Н. М. Психолого-педагогічний супровід емоційно-вольового розвитку дітей в умовах інклюзивної практики : навч.-метод. посіб. Київ : ПТТА НАПН України, 2023. 121 с.
17. Корунець Т. І. (ред.), Неудачина Т. І. (уклад.). *Психосоціальний стрес: прояви та техніки його подолання*: рекомендаційний бібліографічний покажчик. Харків: ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2020. 49 с.
18. Кравченко Т. М. *Когнітивна реабілітація дітей з мовленнєвими порушеннями*. Київ: Педагогічна думка, 2017. 144 с.
19. Кресан О. Д. Загальне уявлення про стійкість особистості до стресу та її структура. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*, 2025, т. 36(75), № 1, с. 17–26.
20. Левицька Л. І. *Корекція нервово-психічної напруженості засобами м'язової релаксації*. Київ: Освіта України, 2018. 64 с.
21. Лушин П. В., Стельмах С. В. Травматичний стрес у дітей: прояви, діагностика, шляхи допомоги : навч.-метод. матеріали. Тернопіль : ТНПУ, 2020. 54 с.
22. Макаревич О. П. *Психологія регуляції поведінки особистості у складних ситуаціях*: монографія. Київ: Оріяни, 2001. 223 с.
23. Максименко С. Д., Кокун О. М., Тополов Є. В. Адаптація психодіагностичних методик: Шкала проф. стресованості та Шкала професійної завантаженості. *Практична психологія та соціальна робота*, 2012, № 5, с. 34–37.
24. Методичні рекомендації щодо врахування соціокультурних чинників в теорії та практиці психотерапевтичної допомоги особистості / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: НАПН України, Інститут психології ім. Г. С. Костюка, 2013. 139 с.

25. Наугольник Л. Б. *Психологія стресу*: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
26. Носенко Е. Л., Чепелева Н. В., Сидоренко В. В. Психологічний стрес у дітей: вікові особливості та механізми подолання // *Психологічний журнал*. 2017. № 3. С. 12–21.
27. Овчаренко О. Ю. *Психологія стресу та стресових розладів*: навчальний посібник. Київ: Університет «Україна», 2023. 266 с.
28. Орищин Л. С. Стрес професійної сфери та захисні стратегії сучасної молоді. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*, 2013, вип. 1, с. 233–243.
29. Павлишин Г. А., Панченко О. І. Рівень стресу в дітей шкільного віку з COVID-19 // *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2023. № 4. С. 15–22. DOI: 10.11603/1811-2471.2023.v.i4.14306.
30. Психотерапія в логопедичній практиці: методичні рекомендації. Київ: НМЦ корекційної педагогіки, 2016. 48 с.
31. Рібцун Ю. В. *Заїкання: підтримка дитини з особливими мовленнєвими потребами в освітньому середовищі*. Київ: ФОП Цибульська В., 2023. 272 с.
32. Синьов В. М., Руденко Л. М. *Корекційна педагогіка*: підручник. Київ: Слово, 2012. 512 с.
33. Лазуренко С. І. Можливості аутогенного відновлення психофізіологічного стану людини / С.І. Лазуренко; Ін'т психології ім. Г.С. Ко'стюка АПН України. – К.: ДП “Інформ.аналіт. агентство”, 2011. – 195 с.
34. Слободяник В. І., Калиняк С. І., Никифоров О. І. *Невідкладна аутопсихотерапія*: методичні поради. Львів: ЛДУВС, 2011. 36 с.
35. Смольська Л. М. Стресостійкість та життєстійкість: креативна модель формування. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, 2022, № 4, с. 113–117.
36. Стасюк В., Українець В. Історико-психологічний аналіз феномену стресу. *Вісник Національн.університету оборони України*, 2023, № 71(1), с. 126–133.

37. Тептюк Ю. О. *Психологічні умови розвитку стресостійкості у соціальних працівників різних вікових категорій*: дис. ... канд. психол. наук. Київ: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2021. 272 с.
38. Ткаченко Л. І., Деуля І. В., Шаповалова І. В. *Крок за кроком: навчально-методичний посібник для логопедів щодо роботи з дітьми старшого дошкільного віку із заїканням*. Київ: Слово, 2019. 120 с.
39. Трофименко Л. І. Особливості класифікації мовленнєвих порушень раннього віку. *Наук. часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19*, 2017, № 31, с. 86–92.
40. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Вплив стресу на організм дитини: рекомендації для батьків і педагогів. Київ : МОЗ України, 2019. 12 с.
41. Шульга Н. В. Емоційні порушення у дітей дошкільного віку та методи їх корекції // *Практична психологія та соціальна робота*. 2021. № 10. С. 32–36.
42. Шикиринська О. В. Особливості формування стресостійкості дітей старшого дошкільного віку: психолого-педагогічний супровід в умовах воєнних дій // *Педагогічні науки ВСПУ*. 2024. Вип. 2. С. 45–51.
43. Чепіга О. В. Когнітивні тренінги в системі психокорекційної роботи. *Актуальні проблеми психології*, 2018, т. 3, № 12, с. 97–103.
44. Черніченко Л. А. *Рання логопедична корекція: навчально-методичний посібник*. Київ: Слово, 2018. 160 с.
45. Черніченко Л. А. Релаксаційні вправи у ранній логопедичній допомозі дітям із порушеннями мовлення. *Особлива дитина: навчання і виховання*, 2020, № 1, с. 34–38.
46. Черняк Я. Психотерапевтичні та релаксаційні техніки у реабілітаційній роботі. *Практична психологія та соціальна робота*, 2020, № 5, с. 28–33.
47. Albisetti V. Trening autogeny dla spokoju psychosomatycznego / V. Albisetti. – Kielce : Jedność, 2005. – 144 s.
48. Aleksandrowicz J., Cwynar S., Szyszko-Bohusz A. Relaksacja. Poradnik dla lekarzy i pedagogów / J. Aleksandrowicz, S. Cwynar, A. Szyszko-Bohusz. – Warszawa : PZWL, 1976. – 128 s.

49. Chęciek M. Jąkanie. Diagnoza, terapia, program / M. Chęciek. – Kraków : Impuls, 2010. – 200 s.
50. Derra C. Trening autogenny dla każdego / C. Derra. – Warszawa : Amber, 2005. – 160 s.
51. Engiel Z. Próba opracowania systemu ćwiczeń logopedycznych w rehabilitacji jąkania / Z. Engiel // *Zagadnienia wychowania i zdrowia psychicznego*. – 1976. – Nr 6. – S. 60–63.
52. Frączek A., Kofta M. Frustracja i stres psychologiczny / A. Frączek, M. Kofta // W: Tomaszewski T. (red.), *Psychologia*. – Warszawa : PWN, 1982. – S. 651–678.
53. Gamon D., Bragdon A. D. Trenuj swój mózg / D. Gamon, A. D. Bragdon. – Warszawa : Medium, 2003. – 240 s.
54. Borkowska M. ABC rehabilitacji dzieci. Mózgowe porażenie dziecięce. Cz. 2, / M. Borkowska. – Warszawa : Pelikan, 2009. – 172 c.
55. Grabias S. Perspektywy opisu zaburzeń mowy / S. Grabias // W: Grabias S. (red.), *Zaburzenia mowy*. – Lublin : UMCS, 2001.
56. Grochmal S. Ćwiczenia relaksacyjno-koncentracyjne / S. Grochmal. – Warszawa : PZWL, 1993. – 84 s.
57. Jacenko M. Antystres. Jak zamienić stres w relaksującą energię / M. Jacenko. – Warszawa : Lavenmint, 2008. – 128 s.
58. Jastrzębowska G., Pęc-Pękala O. Ogólna metodyka diagnozy i terapii logopedycznej / G. Jastrzębowska, O. Pęc-Pękala // W: Jastrzębowska G., Gałkowski T. (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi*. – Opole : Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, 2003. – T. 2. – S. 339–341.
59. Kostecka W. Zintegrowany program terapii osób jąkających się / W. Kostecka. – Lublin : AWH Antoni Dudek, 2004. – 156 s.
60. Kronenberger M. Muzykoterapia: teoretyczne podstawy profilaktyki stresu / M. Kronenberger. – Szczecin : Mediatour, 2004. – 132 s.
61. Tarkowski Z. *Jąkanie*, / Z. Tarkowski. – Warszawa : PWN, 1999. – 164 c.

62. Jastrzębowska G., Pęc-Pękala O. Metodyka ogólna diagnozy i terapii logopedycznej,
/ Jastrzębowska G., Gałkowski T. (red.), Logopedia – pytania i odpowiedzi.
Podręcznik akademicki, Opole, t.2, 2003. - 341 s.
63. Kulmatycki L. Ćwiczenia relaksacyjne. Praktyczne techniki antystresowe dla dzieci
i młodzieży, Warszawa: Promo Lider, 1995. – 102 s.

ДОДАТКИ

Методика прогресивної релаксації Е. Якобсона представляється одним з найбільш універсальних методів релаксації, який використовується як при заїкання і в деяких випадках дизартрії, так і в профілактичних заходах. У зв'язку з цим контури, представлені в подальшій частині статті, зосереджені в першу чергу на релаксації, заснованій на вищезгаданій техніці нервово-м'язової релаксації. Передбачається, що вправи на розслаблення зазвичай повинні проводитися перед логопедичними заняттями. Саме з урахуванням цього і були складені ці плани. До них відносяться не більше 15-хвилинних вправ на розслаблення для дітей дошкільного віку. Залежно від потреб, ці вправи також можна виконувати під час або після інших занять. Пропозиції щодо занять релаксацією були підготовлені з точки зору групової релаксації, але немає протипоказань, які б не могли бути використані при проведенні одних і тих же занять в індивідуальній терапії. Потім вони вимагають зміни граматичних форм з множини на однину. Серед начерків в основу покладені вправи на розслаблення, засновані на методі Е. Якобсона. Однак вони були збагачені іншими вправами на розслаблення, такими як дихальні вправи та елементи музичної терапії. Під час виконання вправи можна (але не обов'язково) включати фонову музику. Залежно від ваших потреб, можна відмовитися від музикотерапії. Це також було включено в плани. Виконуючи завдання, діти можуть не тільки зосередитися на відчуттях напруги і розслаблення окремих частин тіла, але і сприймати ці відчуття за допомогою інших органів почуттів: наприклад, за допомогою тактильних відчуттів, або за рахунок активізації зору. Після індивідуальних занять релаксацією в хід занять також були включені бесіди з дітьми про почуття, що додатково має на меті зміцнити та підвищити обізнаність про процеси, що відбуваються під час заняття, які могли бути неправильно помічені дитиною з різних причин.

Тема: Гра з Феєю (розслаблення м'язів рук)

Цілі: 1. Психогігієнічні:

- покращення самопочуття учасників шляхом зняття стресу та зменшення почуття тривоги;
- досягнення психічної регенерації та зменшення або протидія симптомам втоми та виснаження.

2. Психосоматичні:

- розвиток здатності відчувати, розрізняти і контролювати стани напруги і розслаблення в межах всього тіла і в межах окремих частин м'язів (в тому числі: в м'язах мовленнєвого апарату);
- зниження або усунення м'язової і психічної напруги (досягнення психофізичної релаксації);
- розвиток або зміцнення здатності відчувати кінестетичні відчуття і відчувати схему власного тіла - пробудження свідомості учасників на предмет процесу дихання і вироблення вміння ним керувати

3.Розумові:

- розвиток творчої уяви учасників - розвиток уміння концентрувати увагу.

Методи дослідження:

- прогресивна релаксація Е. Якобсона - вправи на розслаблення-концентрацію: дихальна гімнастика – музикотерапія.

Форми:

- а) активні: - виконання вказівок особи, що проводить заняття релаксацією - виконання вправ на релаксацію - концентрація на враженнях, що виходять від власного тіла - вміння спілкуватися вербально
- б) пасивні: - прослуховування вказівок людини, що проводить заняття релаксацією - прослуховування музики, що грає на задньому фоні

Діагностичні та лікувальні засоби та інструменти:

- CD-програвач - диски з розслаблюючою музикою (бажано з дзвіночками на задньому плані) - килимки, матраци або ковдри для посадки на них дітей у разі лежачого положення; у разі сидячого положення – кількість стільців, що

відповідає кількості учасників; атрибут палички у вигляді дерев'яної палички - текст:

Діти, чи пам'ятаєте ви сильних персонажів з казок? / Саме зараз ми будемо грати силачів і мудреців / Чи знаємо ми, що таке мудреці? / Зосереджені, спокійні, спокійні / І так ми спочатку стаємо сильними чоловіками / Я прошу вас щосили стиснути руки в кулаки.../ І що сталося? / Ой, помилково залишки клею склеїли нам руки / Ми не можемо їх відкрити / Кулаки весь час стиснуті / Я покличу добру фею, щоб вона розклеїла нам руки / І ось прийшла добра фея і вона розклеює нам кулаки / Руки розслабляються, ми повільно розкриваємо руки / Ми залишаємося такими якийсь час / Яке це приємне відчуття мати вільні руки / Вони не повинні бути такими напруженими / О, Але що сталося? Добра фея випадково впустила свою чарівну паличку і перетворює нас на силачів / Тож ми знову щосили стискаємо руки в кулаки / Ми силачі, які готуються до бою / Фея, де твоя чарівна паличка? / Діти, давайте почекаємо трохи, поки фея не знайде свою чарівну паличку / І вона це зробила / Фея знаходить свою паличку / перетворює нас назад на Мудреців / Ми відкриваємо руки і залишаємо їх відкритими ось так / Залишаємося так деякий час / Відчуваєте легке поколювання в руках? / Бо ось і Фея – а що сталося цього разу? / Вона переплутала свої чарівні палички і знову перетворює нас на силачів / Фея сьогодні дуже розсіяна / Фея, де твоя права паличка / Подивись, на яких силачів ти нас перетворив / Щосили стискаємо кулаки / Пальці бліднуть / Шукай швидше свою паличку / Є / Є чарівна паличка / Фея знову перетворює нас на слабких мудреців / Руки розслабляються / Ах, яке приємне розслаблення / Відчуваєш тепло, що виходить від твоїх рук? / Саме фея подарувала нам свою сильну енергію / Ця енергія розтікається, і ми знову перетворюємося на силачів / Ми щосили стискаємо руки / Більше, більше, більше / Доводиться їх дуже міцно стискати, тому що силачі дуже злі / Вони концентрують всю свою силу в стиснутих кулаках / Дуже добре / І ми розслабляємо кулаки, тому що добра фея просто знову торкається нас своєю паличкою [логопед робить рух] і перетворює нас назад в людей / Феї вже набридла ця гра / Вона прощається з нами до

наступної зустрічі / І ми теж втомилися / Ми стали дуже напруженими / Ми робимо глибокий вдих / Давайте ще раз зітхнемо / Це була велика пригода /

Орієнтовна тривалість занять: 12-14хв. Кількість учасників: 1-15

осіб.

Хід занять:

<i>Лп.</i>	<i>Діяльність терапевта</i>	<i>Діяльність пацієнта</i>	Загальні коментарі
1.	Привітання дітей (30-ті роки)	Діти вітаються з терапевтом (дитина)	3
2.	Терапевт просить дітей прийняти позицію, відповідну позу для розслаблення. На початкових етапах це має бути положення лежачи, на наступних етапах це може бути сидіння на стільці, пізніше вправи можна проводити і під час виконання інших дій. Терапевт пояснює дітям, як повинна виглядати очікувана позиція. У положенні лежачи дитину кладуть на спину, ноги розводять на	Діти займають ту Матраци, їх або ковдри, необхідні у випадку положення учасників лежачи на спині; у випадку сидячих – кількість стільців, що відповідає кількості учасників. Діти повинні лежати / сидіти поруч один з одним на відстані не менше одного метра	

ширині стегон, а руки
 кладуть уздовж
 тулуба. У положенні
 сидячи дитина сидить
 на стільці,
 притулившись
 спиною до його
 спинки так, щоб кут
 між поверхнею стегон
 і поверхнею тулуба
 становив близько 90
 градусів. (30-ті роки)

3. Терапевт перевіряє Діти спокійно
 правильність чекають в прийнятій
 прийнятих дітьми позі подальших
 положень вказівок від терапевта
 розслаблення і в разі
 їх неправильності -
 коригує їх положення
 (30 років)

4. Логопед включає Діти спокійно Вам знадобиться
 розслаблюючу музику чекають в прийнятій програвач компакт-
 (30 с) позі подальших дисків і диск з
 вказівок від терапевта розслаблюючою
 музикою (бажано з
 дзвіночками на
 задньому плані).

5.	Логопед виголошує Діти Атрибут феї в текст, що додається до пристосовуються до паличці (довга конспекту. Знак «/» у вказівок терапевта та паличка) тексті вказує на паузу. наданих ним вказівок Під час читання і корекцій. тексту терапевт повинен пояснити і продемонструвати дітям окремі види діяльності, а потім проконтролювати їх правильне виконання. У ролі Феї може виступити логопед – тоді вам знадобиться паличка (8-10хв)
6.	Логопед розмовляє з Коментарі дітей про дітьми про відчуття відмінності у напруги, які вони відчуттях тіла, які отримують. виникають внаслідок Визначення напруги та відмінностей між розслаблення двома станами. м'язових станів. Діти Провокування описують своє ситуації дітьми, особистісне описуючи обидва ставлення до окремих стани, задаючи їм станів, власні питання, тематично емоційні стани.

	пов'язані з релаксацією. (2 хв)
--	------------------------------------

Тема:2.Вирощування дерева (розслаблення м'язів рук)

Цілі:

1.Психогігієнічні:

- покращення самопочуття учасників шляхом зняття стресу та зменшення почуття тривоги;
- досягнення психічної регенерації та зменшення або протидія симптомам втоми та виснаження

2.Психосоматичні:

- розвиток здатності відчувати, розрізняти і контролювати стани напруги і розслаблення в межах всього тіла і в межах окремих частин м'язів (в тому числі: в м'язах мовленнєвого апарату);
- зниження або усунення м'язової і психічної напруги (досягнення психофізичної релаксації);
- розвиток або зміцнення здатності відчувати кінестетичні відчуття і відчувати схему власного тіла;
- пробудження свідомості учасників на предмет процесу дихання і вироблення вміння ним керувати.

3.Розумові:

- розвиток творчої уяви учасників;
- розвиток уміння концентрувати увагу.

Методи дослідження:

- прогресивна релаксація Е. Якобсона - вправи на розслаблення-концентрацію: дихальна гімнастика - музикотерапія

Форми:

- а) активні: - виконання вказівок особи, що проводить заняття релаксацією

- виконання вправ на релаксацію - концентрація на враженнях, що виходять від власного тіла - вміння спілкуватися вербально

б) пасивні: - прослуховування вказівок людини, що проводить заняття релаксацією - прослуховування музики, що грає на задньому фоні

Діагностичні та лікувальні допоміжні засоби та інструменти:

- CD-програвач - диски з розслаблюючою музикою (бажано зі звуками природи на фоні: шелест листя дерев, шум вітру і так далі) - килимки, матраци або ковдри для дітей, щоб покласти на них у разі лежачого положення; у разі сидячого положення – кількість стільців, що відповідає кількості учасників – текст:

Діти, сьогодні ми будемо грати з деревами. Ними ми станемо для того, щоб відчувати, що відчуває дерево, коли росте. Зручно ляжте на спину. Ми вирушимо на екскурсію в ліс. Пам'ятаєте, яке повітря в лісі? Свіжий, вологий. Саме дерева дають кисень, яким ми дихаємо. Давайте зробимо ковток цього повітря. Зробимо глибокий вдих / І видих / Ах, яке чудове це повітря / Давайте знову відчуємо його запах / Вдих / І видих / Увага, ми стаємо деревами. Покладемо руки на підлогу так, щоб руки торкалися землі / Наші руки – це коріння дерева, яке дуже хоче рости / Тож спробуємо всіма силами втиснути коріння в землю / З усієї сили вдавлюємо руки в землю / І відпускаємо / Ми трохи втомилися / Важко дереву рости і пробиватися крізь землю / Один раз ми все ще всією силою вдавлюємо коріння в землю всією поверхнею рук – можливо, цього разу нам вдасться глибше закопати коріння / І ми відпочиваємо / Коріння розпушуються / Чим більше розпушують коріння, тим легше їм буде закопатися в землю / Тому розпушуємо цілі пальці, цілі руки, щоб вони стали дуже пухкими і гнучкими / Дуже добре / Вони розслабилися? / Відмінно, потім знову всією силою вдавлюємо коріння в землю / Притискаємо все коріння і коріння так сильно, як тільки можемо / Майже, майже / Ой, коріння дуже втомилися / Так вони відпочивають / Розпушуємо коріння, щоб у них було більше сил для роботи / Ми дуже втомилися, допомагаючи нашим корінням дістатися до землі / Зітхнемо / Спробуємо ще раз / Вдавлюємо наші вільні

коріння в землю / Наші руки дуже щільно прилипають до землі / Ми не здаємося, тому що ми вже дуже близькі / Зовсім трохи / І це вже / Ми це зробили / Коріння тепер має більше місця для себе / Вони можуть розслабитися / Дайте нашим корінням відпочити / Відчуваєте поколювання в руках? / Це земля, яка лоскоче наше коріння / Ми дуже втомилися / Ми допомогли деревам зміцніти / Ми можемо відпочити / Зітхнемо / Зробимо глибокий вдих і дуже повільно видихнемо / Зітхнемо ще раз / Ми зробили велику роботу / Ми можемо подякувати один одному//

Орієнтовна тривалість занять: 12-14хв

Кількість учасників: 1-15 осіб

Хід занять:

<i>Лп.</i>	<i>Діяльність терапевта</i>	<i>Діяльність пацієнта</i>	Загальні коментарі
1.	Привітатися з дітьми (дитина) (30 років)	Діти (дитина) вітаються з терапевтом	
2.	Терапевт просить дітей прийняти позицію, яку положення для розслаблення лежачи. Терапевт пояснює дітям, як повинна виглядати очікувана позиція. У положенні лежачи дитину кладуть на спину, ноги розводять на ширині стегон, а руки	Діти займають ту Матраци, матраци їх або ковдри, необхідні у випадку положення учасників лежачи на спині; у випадку сидячих – кількість стільців, що відповідає кількості учасників. Діти повинні лежати / сидіти поруч один з	

	кладуть уздовж одним на відстані не менше метра.
3.	Терапевт перевіряє Діти спокійно правильність чекають в прийнятій прийнятих дітьми позі подальших положень вказівок від терапевта розслаблення і в разі їх неправильності - коригує їх положення (30 років)
4.	Логопед включає Діти спокійно Вам потрібен розслаблюючу музику чекають в прийнятій програвач компакт- (30 с) позі подальших дисків і диск із вказівок від терапевта розслаблюючою музикою (бажано зі звуками природи на задньому плані).
5.	Логопед виголошує Діти текст, що додається до пристосовуються до конспекту. Знак «/» у вказівок терапевта та тексті вказує на паузу. наданих ним вказівок Під час читання і корекцій. тексту терапевт повинен пояснити і продемонструвати дітям окремі види діяльності, а потім проконтролювати їх

	правильне виконання. (8-10хв)
6.	Логопед розмовляє з Коментарі дітей про дітьми про відчуття відмінності у напруги, які вони відчуттях тіла, які отримують. виникають внаслідок Визначення напруги та відмінностей між розслаблення двома станами. м'язових станів. Діти Провокування описують своє ситуації дітьми, особистісне описуючи обидва ставлення до окремих стани, задаючи їм станів, власні питання, тематично емоційні стани. пов'язані з релаксацією. (2 хв)