

Міністерство освіти і науки України
Бердянський державний педагогічний університет
кафедра прикладної психології та логопедії

Допущено до захисту

Завідувач кафедру



«10» грудня 2025 року

КОМУНІКАТИВНІ БАР'ЄРИ ПІДЛІТКІВ ІЗ ТЯЖКИМИ
ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ

Кваліфікаційна робота магістра

Виконавець:

здобувачка другого рівня вищої освіти,
групи **м23-СОз**

Галузь знань: 01 Освіта/Педагогіка

Спеціальність: 016 Спеціальна освіта

Спеціалізація: 016.01 Логопедія

Освітньо-професійна програма:

Спеціальна освіта

НІКІШОВА Ганна Олександрівна

Керівник:

к. психол. н., доц. Цибуляк Наталія
Юріївна

Рецензент:

кан. пед. наук,

доцент ЛОПАТІНА

Ганна

Олександрівна

Запоріжжя – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ КОМУНІКАТИВНИХ БАР'ЄРІВ ПІДЛІТКІВ ІЗ ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ	11
1.1. Підлітковий вік як період інтенсивного становлення комунікативної діяльності	11
1.2. Поняття та класифікація комунікативних бар'єрів у психолого- педагогічній літературі	20
1.3. Психолого-лінгвістична характеристика підлітків із тяжкими порушеннями мовлення та особливості їх міжособистісного спілкування	31
Висновки до розділу 1	40
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНИХ БАР'ЄРІВ ПІДЛІТКІВ ІЗ ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ	44
2.1. Організація та методика дослідження	44
2.2. Аналіз і узагальнення результатів констатувального етапу дослідження	55
Висновки до розділу 2	69
РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА ПРОГРАМА ЗМЕНШЕННЯ КОМУНІКАТИВНИХ БАР'ЄРІВ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ	73
3.1. Обґрунтування принципів, цілей і завдань корекційно- розвивальної програми	73
3.2. Зміст та етапи реалізації програми	84
3.3. Аналіз і узагальнення результатів контрольного етапу дослідження	96
Висновки до розділу 3	106
ВИСНОВКИ	111
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	114
ДОДАТКИ	123

ВСТУП

Актуальність дослідження. Повномасштабна війна в Україні спричинила масову вимушену міграцію дітей і підлітків, розрив звичних соціальних зв'язків, зміну мовного й культурного середовища, зростання рівня тривоги й невизначеності. Особливо вразливою в цих умовах є група підлітків із важкими порушеннями мовлення (ТПМ). Для них спілкування є не лише засобом обміну інформацією, а й ключовою умовою формування самооцінки, відчуття приналежності до групи, переживання підтримки й безпеки. Наявність ТПМ у поєднанні з досвідом війни й вимушеного переселення суттєво підвищує ризики соціальної ізоляції, стигматизації, вторинних емоційних і поведінкових порушень. Тому суспільно значущим завданням стає забезпечення таким підліткам умов для зниження комунікативних бар'єрів, набуття позитивного досвіду спілкування та включення в нові спільноти – як у закладах освіти, так і в ком'юніті-просторах в приймаючих країнах.

Україна задекларувала орієнтацію на європейські стандарти прав людини, інклюзивної освіти та безбар'єрності. Нормативно-правові документи України та ЄС акцентують на необхідності створення умов для повноцінної участі осіб з особливими освітніми потребами, а також для інтеграції біженців і внутрішньо переміщених осіб у приймаючі громади. У фокусі державної політики й міжнародних проєктів дедалі частіше опиняються питання психосоціальної підтримки дітей і молоді, що постраждали від війни, у тому числі за кордоном. Проте реальне забезпечення права підлітків із ТПМ на ефективну комунікацію, позитивні міжособистісні стосунки й участь у житті спільноти часто ускладнюється відсутністю цілеспрямованих програм, адаптованих до умов вимушеної міграції. Тому суспільний запит полягає не лише в декларації інклюзивних принципів, а й у розробленні й упровадженні конкретних, науково обґрунтованих підходів до

підтримки особливо вразливих груп – таких як підлітки з ТПМ, які змушені адаптуватися до життя в інших країнах.

Фахівці, що працюють із підлітками в умовах війни й міграції (логопеди, практичні психологи, педагоги, соціальні працівники, волонтери ком'юніті-центрів), стикаються з низкою труднощів. З одного боку, необхідно враховувати специфіку тяжких порушень мовлення: дефіцити фонетико-фонематичної, лексико-граматичної, просодичної організації мовлення, заїкання, дизартричні та ринолалічні прояви. З іншого боку – у роботі неможливо ігнорувати наслідки травматичного досвіду війни, розлуки з домом, зміни мовного середовища, переживання втрати, тривоги й невизначеності. Практики відзначають, що значна частина підлітків із ТПМ у цих умовах демонструє виражені комунікативні бар'єри: страх говорити при незнайомих людях, уникання усних відповідей, різке зниження активності в групових формах роботи, підвищену чутливість до можливої критики й насмішок. При цьому вони часто не мають у своєму розпорядженні системних інструментів діагностики саме комунікативних бар'єрів (з урахуванням емоційних, когнітивних і поведінкових аспектів) та готових програм корекційно-розвивальної роботи, розрахованих на реалії ком'юніті-центрів і змішаного (офлайн/онлайн) формату взаємодії. Це породжує запит на розроблення практично орієнтованих, науково обґрунтованих підходів, які можна застосовувати в умовах таких центрів.

У вітчизняній та зарубіжній літературі накопичено значний досвід дослідження мовленнєвих порушень і особливостей розвитку дітей із ТПМ (Л. Шеремет, Н. Гаврилова, Т. Грибань, Є. Соботович, а також О. Bloodstein, В. Guitart, Е. Conture та ін.). Розроблено підходи до логопедичної діагностики й корекції різних форм загального недорозвитку мовлення, дизартрії, ринолалії, заїкання тощо. Дослідження соціально-психологічних аспектів спілкування дітей із мовленнєвими порушеннями, їхньої самооцінки, тривожності, статусу серед однолітків представлені в роботах українських психологів і педагогів (О.

Телна, Т. Олійник, Н. Пахомова, В. Сергєєва та ін.) та зарубіжних авторів (E. B. Brownlie, S. C. Voci, M. van Barreveld, E. Arts, A. Wilmot).

Паралельно розвивається напрям досліджень, присвячений впливу війни, насильницького конфлікту та вимушеного переселення на психічне здоров'я й адаптацію дітей і підлітків. Фундаментальні огляди й емпіричні роботи (T. S. Betancourt, K. T. Khan, E. M. Cohodes, S. A. O. T. Thommessen, M. Motti-Stefanidi, S. Abdi, J. Ball, H. Fazel та ін.) доводять, що у дітей-біженців і внутрішньо переміщених осіб спостерігаються підвищені рівні посттравматичного стресу, тривоги, депресії, соціального відчуження, причому особливо вразливими є підлітки, які опиняються в багатомовному й мультикультурному середовищі.

Водночас аналіз наукових джерел показує, що проблема комунікативних бар'єрів підлітків із ТПМ в умовах вимушеної міграції досліджена недостатньо. Переважна більшість робіт зосереджена або на власне мовленнєвому дефекті, або на загальних питаннях адаптації дітей-біженців, не поєднуючи системно логопедичний і психосоціальний виміри. Недостатньо представлені емпіричні дослідження, які б комплексно описували структуру комунікативних бар'єрів (емоційно-особистісний, мотиваційний, когнітивний, поведінковий компоненти) саме у підлітків із ТПМ, що перебувають за кордоном, у мультикультурному й багатомовному середовищі. Практично відсутні апробовані корекційно-розвивальні програми, орієнтовані на зниження комунікативних бар'єрів у такої категорії підлітків у форматі ком'юніті-центрів, створених для підтримки української громади за межами країни.

Таким чином, поєднання соціальної потреби, чітко вираженого суспільного запиту на інклюзивну й травмаінформовану підтримку, запиту практиків на дієві діагностичні та корекційно-розвивальні інструменти, а також недостатньої наукової розробленості проблеми комунікативних бар'єрів підлітків із ТПМ у контексті вимушеної міграції зумовлює

актуальність обраної теми магістерського дослідження та підкреслює її теоретичну й практичну значущість.

Об'єкт дослідження – комунікативна діяльність підлітків із тяжкими порушеннями мовлення.

Предмет дослідження – комунікативні бар'єри підлітків із тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ).

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити комунікативні бар'єри підлітків із ТПМ в умовах вимушеної міграції і розробити корекційно-розвивальну програму, спрямовану на їх зменшення.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати психолого-педагогічну, логопедичну та соціально-психологічну літературу з проблеми спілкування підлітків, сутності та видів комунікативних бар'єрів, особливостей розвитку підлітків із ТПМ.
2. Дослідити реальний стан комунікативних бар'єрів у підлітків із ТПМ в умовах вимушеної міграції.
3. Розробити та апробувати корекційно-розвивальну програму, спрямовану на зменшення комунікативних бар'єрів у підлітків із ТПМ.

У магістерській роботі висунуто припущення, що рівень комунікативних бар'єрів у підлітків із ТПМ, які перебувають в умовах вимушеної міграції, знизиться, а їхня участь у міжособистісному спілкуванні стане більш активною та конструктивною за таких умов: комунікативні бар'єри будуть системно діагностовані за визначеними критеріями (емоційно-особистісним, мотиваційним, когнітивним, поведінковим) із використанням комплексу психодіагностичних методик; у структурі занять і заходів Ukrainian Voices RC буде впроваджено спеціально розроблену корекційно-розвивальну програму, спрямовану на розвиток мовленнєвої впевненості, навичок вербальної та невербальної комунікації, подолання страху мовленнєвого висловлювання та переживання стигматизації; до роботи з підлітками будуть залучені батьки, волонтери та фахівці центру, які отримають рекомендації

щодо підтримки підлітків в різних ситуаціях спілкування (у сім'ї, шкільному середовищі, ком'юніті-просторі, онлайн-комунікації).

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань було застосовано комплекс взаємопов'язаних методів, добір яких зумовлювався змістом проблеми та логікою етапів дослідження (теоретичний, констатувальний, формувальний, контрольний).

1) Теоретичні методи: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та систематизація наукових джерел із загальної, вікової та соціальної психології, спеціальної психології, логопедії, педагогіки, інклюзивної освіти щодо: закономірностей підліткового віку; психолого-лінгвістичних особливостей осіб із ТПМ; феномену комунікативних бар'єрів та їхніх видів; впливу війни, травматичного досвіду та вимушеної міграції на психосоціальний розвиток підлітків; аналіз нормативно-правових документів України та ЄС щодо підтримки осіб з особливими освітніми потребами, інтеграції біженців і внутрішньо переміщених осіб, розвитку інклюзивного освітнього середовища та безбар'єрності; узагальнення сучасних підходів до психолого-педагогічної і логопедичної допомоги підліткам із ТПМ в інклюзивному та ком'юніті-середовищі.

2) Емпіричні методи: педагогічний експеримент, що включав: констатувальний етап (лютий–березень 2025 р.) – виявлення рівня комунікативних бар'єрів, емоційно-особистісних особливостей і соціального статусу підлітків із ТПМ та їхніх ровесників із нормативним мовленнєвим розвитком; формувальний етап (квітень–липень 2025 р.) – упровадження авторської програми зменшення комунікативних бар'єрів на базі Ukrainian Voices RC; контрольний етап – повторна діагностика та порівняння результатів із даними констатувального етапу; психодіагностичні методики, спрямовані на дослідження структури комунікативних бар'єрів та пов'язаних із ними чинників, зокрема: авторський опитувальник «Комунікативні бар'єри підлітків» (4 шкали: когнітивно-сміслові, емоційно-особистісні, інтерактивно-поведінкові, соціально-стигматизаційні); шкала загальної

тривожності (адаптований опитувальник для підлітків); опитувальник мовленнєвої тривожності; шкала самооцінки Розенберга; анкета досвіду булінгу/стигматизації; проективно-спостережувальні та соціально-психологічні методи: стандартизоване спостереження за комунікативною поведінкою підлітків у групових формах роботи (заняття, творчі воркшопи, неформальні активності); соціометрична процедура (в окремих шкільних класах, де навчаються учасники дослідження) для виявлення соціального статусу підлітків із ТПМ серед однолітків; експертні оцінки (вчителів-логопедів, практичних психологів, педагогів, фасилітаторів центру) щодо рівня комунікативних труднощів, участі в спілкуванні, особливостей реагування у мовленнєво значущих ситуаціях.

3) Математико-статистичні методи: кількісна обробка емпіричних даних: групування показників, обчислення відсотків, середніх величин, стандартних відхилень; порівняння результатів констатувального і контрольних етапів експерименту, а також показників у контрольних та експериментальних групах із використанням критеріїв статистичної значущості (U-критерій Манна-Вітні для незалежних вибірок, критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок, коефіцієнт рангової кореляції Спірмена); комп'ютерна обробка даних із застосуванням табличного процесора (MS Excel).

Теоретичною базою дослідження виступають: положення культурно-історичної теорії розвитку (Л. Виготський) та діяльнісного підходу (О. Леонтьєв, С. Рубінштейн), які дозволяють розглядати мовлення й спілкування як провідні механізми психічного розвитку підлітка та засоби опосередкування соціального досвіду; концепції особистісного й соціального розвитку підлітків (Л. Божович, Д. Ельконін, сучасні дослідження вікової та соціальної психології), що підкреслюють значення спілкування з однолітками, групової належності та формування «Я-образу»; напрацювання спеціальної психології та логопедії щодо мовленнєвого розвитку й тяжких порушень мовлення в дітей та підлітків, психолого-лінгвістичної характеристики різних

форм ТПМ, їхнього впливу на пізнавальну діяльність і міжособистісне спілкування; теоретичні підходи до комунікації та комунікативної компетентності (соціально-психологічні концепції спілкування, уявлення про комунікативні бар'єри як багаторівневий феномен – когнітивний, емоційний, мотиваційний, поведінковий); сучасні концепції інклюзивної освіти й безбар'єрності, які підкреслюють провідну роль середовища, ставлення оточення, партнерства з сім'єю, мультидисциплінарної взаємодії фахівців; дослідження впливу війни, травматичного досвіду та вимушеної міграції на психічне здоров'я, адаптацію й комунікативну поведінку дітей і підлітків, зокрема в умовах приймаючих країн ЄС.

Емпіричною базою дослідження став Ukrainian Voices RC (Ukrainian Voices Refugee Community Centre), м. Брюссель (Королівство Бельгія) – ком'юніті-центр української громади, що надає підтримку вимушено переміщеним особам, зокрема підліткам-біженцям та їхнім сім'ям. На базі центру було проведено: констатувальний етап дослідження (лютий–березень 2025 р.), корекційно-розвивальну програму (квітень–липень 2025 р.), контрольний етап (липень 2025 р.).

Теоретичне значення проведеного дослідження полягає в тому, що: уточнено й поглиблено поняття «комунікативні бар'єри підлітків із ТПМ» як багаторівневого феномену, що включає когнітивно-сміслові, емоційно-особистісні, інтерактивно-поведінкові та соціально-стигматизаційні компоненти, пов'язані не лише з мовленнєвими дефектами, а й із травматичним досвідом війни та вимушеної міграції; конкретизовано структуру й класифікацію комунікативних бар'єрів у підлітковому віці, що дозволяє поєднати положення загальної, вікової, соціальної психології та спеціальної психології в єдину аналітичну рамку; розширено уявлення про роль ком'юніті-середовищ (таких як Ukrainian Voices RC) у подоланні комунікативних бар'єрів підлітків із ТПМ, що поєднують функції психологічної підтримки, неформальної освіти, соціальної інтеграції та інклюзії; запропоновано й апробовано дизайн корекційно-розвивального

втручання, який може розглядатися як теоретично обґрунтована модель організації допомоги підліткам із ТПМ у контексті війни та міграції.

Практичне значення результатів полягає в тому, що: розроблено й апробовано авторський діагностичний комплекс для вивчення комунікативних бар'єрів підлітків із ТПМ (опитувальник «Комунікативні бар'єри підлітків», міні-анкета булінгу/стигматизації, карта спостереження, схема експертної оцінки), який може бути використаний логопедами, психологами, педагогами, фахівцями інклюзивно-ресурсних центрів та ком'юніті-організацій; створено й перевірено в практиці корекційно-розвивальну програму зменшення комунікативних бар'єрів у підлітків із ТПМ в умовах Ukrainian Voices RC, яка може бути адаптована до умов інших центрів підтримки біженців, закладів освіти та інклюзивних ресурсних центрів в Україні й країнах ЄС; розроблено методичні рекомендації для фахівців та волонтерів центру, а також для батьків підлітків із ТПМ, спрямовані на підтримку мовленнєвої впевненості, зниження стигматизації, формування безпечного комунікативного простору в сім'ї, школі та спільноті.

Розкриття факту делегування завдань генеративному ШІ. Авторка заявляють про використання генеративного ШІ у процесі дослідження та підготовки рукопису. Відповідно до таксономії GAIDeT (2025), наведені нижче завдання були делеговані інструментам генеративного ШІ за повного людського нагляду: пошук і систематизація літератури, написання огляду літератури, вичитування та редагування, резюмування тексту. Використаний інструмент генеративного ШІ: ChatGPT-4.0. Повну відповідальність за фінальний рукопис несуть авторка. Інструменти генеративного ШІ не зазначаються як автори та не несуть відповідальності за кінцеві результати.

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить – 133 сторінка, основний обсяг – 114 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ КОМУНІКАТИВНИХ БАР'ЄРІВ ПІДЛІТКІВ ІЗ ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ

1.1. Підлітковий вік як період інтенсивного становлення комунікативної діяльності

Підлітковий вік у більшості сучасних психологічних концепцій розглядається як період якісної перебудови всієї системи стосунків особистості з собою, з іншими людьми та зі світом соціальних інститутів. Українські вчені підкреслюють, що саме у підлітковості «спілкування стає провідним засобом самопізнання і самоствердження», а успішність опанування нових соціальних ролей значною мірою залежить від рівня сформованості комунікативної діяльності та компетентності [39, с. 191–233; 8, с. 76–92]. На основі аналізу, синтезу, порівняння та систематизації праць з вікової, соціальної та спеціальної психології, логопедії, педагогіки й інклюзивної освіти можна стверджувати, що підлітковий вік є сенситивним періодом не лише для формування ідентичності, а й для інтенсивного становлення комунікативної діяльності як цілісної системи мотивів, цілей, способів і результатів міжособистісної взаємодії.

У науковій літературі немає абсолютно єдиної точки зору щодо вікових меж підлітковості. У вітчизняній традиції, спираючись на культурно-історичний підхід, зазвичай виділяють молодший підлітковий вік (11–13 років) та старший підлітковий/ранню юність (14–15/16–17 років) [39, с. 141–191; 8, с. 131–172]. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає підлітків як осіб віком 10–19 років, що також підкреслює тривалий період поступових якісних змін у біологічному, когнітивному та соціальному розвитку.

Провідними психологічними новоутвореннями цього віку, за М. Савчиним, О. Скрипченко, Л. Долинською, є формування рефлексії,

становлення цілісного образу «Я», розвиток самосвідомості, здатності до морального вибору і побудови власної життєвої перспективи [39; 8]. У теорії Е. Еріксона підлітковість описується як стадія «ідентичність проти розпливчастості ролей», де ключовим завданням є інтеграція численних соціальних ролей у послідовну Я-концепцію, а головним «майданчиком» для експериментування з ролями виступає міжособистісне спілкування з однолітками та значущими дорослими [62, с. 128–135].

Важливо, що саме в підлітковому віці змінюється суб'єктивний статус дитини в системі суспільних відносин: зростає відповідальність, розширюється коло прав і можливостей, посилюється значущість участі в учнівському самоврядуванні, молодіжних об'єднаннях, громадських ініціативах. Усе це закономірно підвищує вимоги до зрілості комунікативної діяльності, яка стає не лише засобом взаємодії, а й критерієм соціальної компетентності, адаптованості та психологічного благополуччя [31; 5].

Традиція культурно-історичної психології (Л. Виготський, Д. Ельконін) розглядає спілкування як багатовимірну діяльність, що має власну мотивацію, предмет, операційний склад та продукт. Для підліткового віку суттєвим стає не лише зміст спільних справ, а передусім характер взаємин, визнання з боку інших та можливість бути почутим [39, с. 191–233]. Українські дослідження соціалізації підлітків (Т. Алексєєнко, О. Вакуленко та ін.) підкреслюють, що комунікативна активність – це не просто кількість контактів, а здатність будувати конструктивні взаємини, долати конфлікти, домовлятися, відстоювати власну позицію без порушення меж іншого [1; 27].

Л. Петько, досліджуючи соціально-комунікативну активність підлітків, пропонує розглядати її як інтегративну властивість особистості, що поєднує мотиви спілкування, систему цінностей, комунікативні вміння і навички, а також емоційно-вольову регуляцію поведінки [31, с. 25–39]. Підліток, який має високий рівень соціально-комунікативної активності, здатен ініціювати взаємодію, підтримувати діалог, будувати співпрацю в групі, гнучко обирати комунікативні стратегії залежно від ситуації. Натомість низький рівень такої

активності проявляється в униканні контактів, труднощах самовираження, підвищеній конфліктності або, навпаки, надмірній поступливості.

Проведений аналіз праць О. Бікус, В. Волошиної, І. Ковальчук, О. Купрєєвої свідчить про відносний консенсус щодо структури комунікативної компетентності підлітка [5; 18; 23]. У більшості робіт виділяють когнітивний компонент (знання про норми та правила спілкування, розуміння емоцій та намірів іншого), емоційний компонент (емпатія, емоційна чутливість, здатність до співпереживання і прийняття), поведінковий компонент (комунікативні вміння і навички, вербальні й невербальні засоби взаємодії, асертивність). Для підліткового віку характерним є нерівномірний розвиток цих компонентів: знання про «правильну» комунікацію часто випереджають реальну поведінкову готовність, а емоційна сфера відзначається нестабільністю, що ускладнює регуляцію спілкування [39; 23].

Комунікативна діяльність підлітків розгортається у кількох основних просторах: сім'ї, шкільному середовищі, групі однолітків за місцем проживання, позашкільних об'єднаннях, а сьогодні – також у цифровому просторі соціальних мереж та месенджерів [10]. Кожен із цих контекстів має свої правила та очікування щодо мовленнєвої поведінки, ступеня відкритості, емоційної експресивності, що вимагає від підлітка високої гнучкості та здатності «перемикати» комунікативні коди. Для підлітків з тяжкими порушеннями мовлення це завдання ускладнюється в декілька разів, оскільки будь-яка форма мовленнєвої недостатності різко підвищує ризик відторгнення з боку однолітків, формування відчуття «інакшості» та соціальної ізоляції.

Окремий напрям досліджень стосується особливостей спілкування підлітків з однолітками. У працях О. Бікус і В. Волошиної підкреслюється, що саме в підліткових групах відбувається інтенсивне відпрацювання ролей друга, лідера, посередника в конфліктах; формується вміння відстоювати власні кордони та визнавати кордони іншого [5, с. 17–23]. Підлітки болісно реагують на оцінку, порівняння, позиціювання в неформальній ієрархії класу;

для них особливо важливими стають визнання, схвалення, відчуття приналежності до групи [1].

Міжособистісні стосунки з ровесниками тісно пов'язані з образом «Я» підлітка. За даними О. Купрєвої, саме якість взаємин з однолітками виступає предиктором рівня комунікативної компетентності: підлітки з більшою кількістю підтримувальних контактів демонструють вищі показники емпатії, комунікативного самоконтролю та рефлексії [23, с. 140–143]. У свою чергу, підлітки, які систематично переживають досвід відторгнення, насмішок або ігнорування, часто формують стійкі комунікативні бар'єри – страх висловлюватися в групі, очікування негативної оцінки, тенденцію до самоізоляції.

З позиції інтерперсональної теорії Г. Саллівана розвиток особистості в підлітковості відбувається через розширення «інтимних міжособистісних відносин» – здатності ділитися переживаннями з рівними, а не тільки з дорослими [84]. Для підлітків із важкими порушеннями мовлення це завдання стає драматично складним: потреба в близькості та прийнятті може не знаходити адекватного мовленнєвого вираження, а спроби ініціювати контакт обмежуються труднощами артикуляції, символізації, підбору слів. Саме тому у подальших підрозділах будуть розглянуті механізми виникнення комунікативних бар'єрів і роль спеціальної психологічної допомоги у їх подоланні.

Не менш важливим простором розвитку комунікативної діяльності є сім'я. Вітчизняні дослідження соціалізації особистості наголошують, що стиль сімейної комунікації (авторитарний, демократичний, ліберальний) задає базові моделі взаємодії, які діти схильні відтворювати в підліткових групах [1; 27]. Демократичне спілкування, емоційна підтримка, визнання права дитини на власну думку сприяють формуванню асертивних стратегій, упевненості у комунікації та здатності до конструктивного відстоювання позиції. Натомість жорстко-ієрархічні, конфліктні або емоційно холодні сімейні взаємини

нерідко зумовлюють формування пасивно-залежного стилю спілкування, агресивності або подвійних, суперечливих моделей комунікації.

Для підлітків з тяжкими порушеннями мовлення роль сім'ї має ще один вимір: саме батьки часто виступають «перекладачами» та медіаторами у взаємодії дитини з зовнішнім світом – педагогами, лікарями, однолітками. Якщо сім'я приймає особливості дитини, підтримує її автономні спроби спілкування, створює умови для участі у спільних справах, це підсилює мотивацію підлітка до контактів. Якщо ж домінують гіперопіка, сором, уникання публічних ситуацій, це посилює ізоляцію та внутрішні комунікативні бар'єри, які згодом проявлятимуться в усіх соціальних контекстах.

Окремим фактором, що радикально змінює особливості підліткового спілкування, є цифрове середовище. Дослідження О. Гавриш та зарубіжних авторів (J. Nesi, M. Prinstein, E. Telzer) показують, що соціальні мережі стають «розширеним простором» підліткової взаємодії, де одночасно реалізуються потреби в самопрезентації, визнанні, належності до групи та пошуку підтримки [10; 74]. Цифрові платформи дають підліткам можливість експериментувати з ідентичністю, тестувати різні ролі, однак водночас підвищують ризики кібербулінгу, порівняння себе з ідеалізованими образами, формування залежності від «лайків» як маркерів соціального схвалення.

Для підлітків із тяжкими порушеннями мовлення цифровий простір може виконувати амбівалентну функцію. З одного боку, текстові чати, емодзі, стікери й візуальні символи частково компенсують обмеження усного мовлення, відкриваючи нові канали самовираження. З іншого боку, відсутність «живого» діалогу, нюансів інтонації й невербальних сигналів може ще більше загострювати труднощі у розумінні соціальних ситуацій, у розпізнаванні емоцій та намірів співрозмовника. Також підлітки з помітними мовленнєвими порушеннями нерідко стають мішенню онлайн-насмішок або виключення з групових чатів, що підсилює переживання стигми.

Сучасний український контекст – повномасштабна війна, вимушене переселення, досвід життя в іншомовному чи відмінному культурному середовищі – істотно змінює зміст і форми підліткової комунікації. Діти й підлітки, які мають статус біженців або тимчасово переміщених осіб, змушені одночасно адаптуватися до нового освітнього простору, опановувати іншу мову та налагоджувати взаємини з однолітками, що належать до іншої культури. У таких умовах комунікативна діяльність стає ключовим ресурсом інтеграції, але водночас – зоною підвищених ризиків щодо виникнення бар'єрів, пов'язаних із мовними, культурними, правовими й психологічними чинниками.

Європейські нормативні документи, зокрема «Action Plan on Integration and Inclusion 2021–2027», наголошують на необхідності створення дружніх до дитини й молоді освітніх та громадських просторів, де підлітки-біженці можуть безпечно спілкуватися, підтримувати рідну мову та культуру, водночас опановуючи мову країни перебування [63]. У практиці таких просторів – молодіжних центрів, шкільних хабів, ком'юніті-центрів для українців (як-от Ukrainian Voices у Брюсселі) – комунікативна діяльність підлітків набуває додаткових значень: це не лише спосіб підтримати стосунки з однолітками, а й ресурс відновлення почуття безпеки, формування нових соціальних зв'язків, опрацювання травматичного досвіду через діалог, групові активності, творчі формати.

Для підлітків із тяжкими порушеннями мовлення в умовах міграції ситуація ускладнюється подвійною вразливістю: поєднання мовленнєвого дефіциту з необхідністю функціонувати у дво- чи багатомовному середовищі підсилює переживання безпорадності, сорому, страху помилитися. Відтак завданням фахівців (логопедів, психологів, соціальних працівників) стає не лише корекція мовлення, а й створення таких комунікативних ситуацій, де підліток може відчувати успіх, бути почутим і прийнятим, навіть якщо він використовує альтернативні або додаткові засоби комунікації (жести,

підтримувального чи альтернативного спілкування).

Правовий аналіз українського та міжнародного законодавства дає підстави стверджувати, що право на освіту, спілкування та участь у житті спільноти для дітей і підлітків із особливими освітніми потребами є не лише педагогічним, а й правовим імперативом. Закон України «Про освіту» закріплює принцип недискримінації, рівного доступу до якісної освіти та впровадження інклюзивного навчання для осіб з особливими освітніми потребами [35, ст. 3, 19]. Закон «Про повну загальну середню освіту» деталізує вимоги до створення інклюзивного освітнього середовища, яке має забезпечувати педагогічний супровід, корекційно-розвиткові послуги, адаптацію освітніх програм і доступність комунікації [36].

Постанова Кабінету Міністрів України № 957 від 15.09.2021 р. регламентує порядок організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти й прямо вказує на необхідність створення умов для використання різних засобів комунікації, включно з жестовою мовою, шрифтом Брайля, альтернативними та додатковими засобами спілкування [34]. На міжнародному рівні Конвенція ООН про права дитини (ст. 12, 13, 28, 29) гарантує право дитини вільно висловлювати власні погляди, отримувати інформацію та брати участь у шкільному житті, а Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (ст. 24) зобов'язує держави забезпечувати інклюзивну освіту та доступ до підтримувальних форм комунікації для осіб з порушеннями мовлення, слуху та іншими порушеннями [90; 20].

Універсальні міжнародні рамки – такі як «Education 2030: Incheon Declaration and Framework for Action» – розглядають якісну інклюзивну освіту як одну з ключових передумов сталого розвитку, наголошуючи на необхідності усунення бар'єрів у доступі до навчання для дітей з інвалідністю, біженців, внутрішньо переміщених осіб [87]. На цій основі оцінюються й національні політики: наскільки вони реально гарантують підліткам

можливість спілкуватися, висловлюватися, бути почутими в освітніх і позаосвітніх просторах.

Таким чином, нормативно-правове поле України й міжнародні зобов'язання створюють рамку, в якій комунікативна діяльність підлітків із тяжкими порушеннями мовлення розглядається не лише як психологічна проблема, а як питання дотримання основоположних прав людини – права на освіту, на участь і на гідне ставлення.

Аналіз емпіричних досліджень українських і зарубіжних авторів свідчить, що певний рівень комунікативних труднощів є типовим для підлітків загалом. У багатьох роботах описуються феномени підліткової сором'язливості, соціальної тривожності, підвищеної конфліктності, амбівалентності у стосунках з дорослими та однолітками [31; 5; 23; 7]. З позиції нормативного розвитку такі труднощі можуть розглядатися як тимчасові «точки росту», через які підліток вчиться регулювати емоції, відстоювати позицію, інтегрувати різні аспекти власного «Я».

Однак у ситуації, коли до звичайних вікових викликів додається тяжке порушення мовлення, ризик перетворення природних труднощів спілкування на стійкі комунікативні бар'єри суттєво зростає. Такі бар'єри можуть мати різну природу: когнітивну – обмежене розуміння мовленнєвих нюансів, підтекстів, жартів, метафор, що особливо актуально для групового підліткового спілкування; емоційну – страх осоромитися через «неправильну» вимову, паузи, невиразність мовлення; хронічне очікування негативної оцінки з боку однолітків; поведінкову – уникання ініціації контактів, небажання відповідати вголос, мовчазність у групі, використання мінімальних реплік.

Як показують дослідження розвитку комунікативної компетентності, уже в загальній популяції значна частина підлітків демонструє середній або низький рівень сформованості окремих компонентів (комунікативних умінь, самоконтролю, емпатії), що потребує цілеспрямованих психолого-педагогічних втручань [31; 23; 10]. За наявності ж тяжких порушень мовлення вразливість підлітка у сфері комунікації стає критичною, а кожна невдала

взаємодія може підкріплювати уявлення про власну «дефектність», формувати унікальні й дуже стійкі патерни самообмеження.

Отже, результати теоретичного аналізу дозволяють розглядати підлітковий вік як сенситивний період інтенсивного становлення комунікативної діяльності. У цей час відбувається якісна перебудова системи стосунків із однолітками, дорослими та ширшим соціальним середовищем. Комунікативна діяльність стає ключовим механізмом формування ідентичності, самосвідомості та почуття приналежності. Розвиваються когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти комунікативної компетентності, однак їх розвиток є нерівномірним і супроводжується типовими віковими труднощами. Сімейне, шкільне, середовище однолітків та цифрове середовище створюють складну мережу вимог до мовленнєвої та соціальної поведінки підлітка. В умовах війни, вимушеного переселення й інклюзивної освіти комунікативна діяльність набуває додаткового значення як ресурс інтеграції, подолання травматичного досвіду та збереження культурної ідентичності.

Правові норми України, міжнародні документи ООН, ЮНЕСКО та ЄС підкреслюють право кожної дитини й підлітка, зокрема з особливими освітніми потребами та досвідом міграції, на доступну й підтримувальну комунікацію в освітньому та позаосвітньому середовищі. Для підлітків із тяжкими порушеннями мовлення це право має бути реалізоване через системну логопедичну, психологічну та соціально-педагогічну допомогу, створення інклюзивних освітніх і ком'юніті-просторів, використання альтернативних та додаткових засобів комунікації.

Таким чином, теоретичний аналіз наукових джерел, а також аналіз чинних нормативно-правових актів України та ЄС дає підстави стверджувати, що подальше вивчення саме комунікативних бар'єрів підлітків із тяжкими порушеннями мовлення є науково й соціально обґрунтованим завданням.

1.2. Поняття та класифікація комунікативних бар'єрів у психолого-педагогічній літературі

Теоретичний аналіз проблеми комунікативних бар'єрів спирається на результати досліджень із загальної, вікової та соціальної психології, спеціальної психології, логопедії, педагогіки та інклюзивної освіти, а також на аналіз нормативно-правових документів України та ЄС щодо підтримки осіб з особливими освітніми потребами й інтеграції біженців. Це дає змогу розглядати комунікативні бар'єри не лише як індивідуальну психологічну проблему, а як багаторівневе соціально обумовлене явище, тісно пов'язане з освітньою політикою, правами людини та концепцією безбар'єрності. У класичних психологічних моделях спілкування комунікативний процес описується як послідовність етапів: породження повідомлення мовцем, його кодування у знакову форму, передавання певним каналом, декодування і інтерпретація реципієнтом з урахуванням контексту спілкування. У загальній та соціальній психології (Г. Андрєєва, І. Зязюн, Л. Орбан-Лембрик, В. Казміренко та ін.) бар'єри розглядаються як чинники, що порушують одну або кілька ланок цієї схеми на рівні змісту, форми, каналу або міжособистісних відносин [27; 30; 17].

Термін «бар'єр» акцентує не просто на труднощах, а на стійких перешкодах, які систематично ускладнюють або спотворюють процес взаєморозуміння. У психологічних словниках комунікативні бар'єри трактуються як «перешкоди на шляху обміну інформацією, що призводять до часткового чи повного порушення взаєморозуміння між партнерами» [37]. Українські автори наголошують, що бар'єр завжди має двосторонню природу: він не тільки пов'язаний з особистісними характеристиками мовця чи слухача, а й з особливостями ситуації, соціального контексту, статусних і рольових відносин [18; 27; 30].

У соціально-педагогічній літературі комунікативні бар'єри часто розглядаються в контексті професійного спілкування – «педагог – учень», «соціальний працівник – клієнт», «логопед – дитина/батьки». Л. Березовська,

аналізуючи бар'єри у взаємодії соціального працівника з клієнтом, підкреслює, що йдеться не про випадкові збої у спілкуванні, а про системні труднощі, які пов'язані з низьким рівнем сформованості комунікативно-мовленнєвої компетентності, неготовністю до діалогу, стереотипними уявленнями про клієнта та його проблему [4]. Подібний підхід простежується й у логопедичних дослідженнях, де комунікативні бар'єри описуються як поєднання мовленнєвих, когнітивних, емоційних та соціально-рольових труднощів, що перешкоджають ефективній взаємодії дитини з різними партнерами по спілкуванню.

Особливе значення поняття «комунікативний бар'єр» набуває в контексті інклюзивної освіти та правозахисної парадигми. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (ст. 9, 21) вимагає усунення бар'єрів до інформації та комунікації, забезпечення доступу до альтернативних форматів і засобів спілкування, включно з жестовими мовами, шрифтами Брайля, збільшеним шрифтом, доступними електронними форматами та іншими засобами альтернативної/допоміжної комунікації [57; 91]. У цій логіці комунікативні бар'єри перестають бути «особистою проблемою» дитини і розглядаються як наслідок недостатньої адаптації середовища, освітньої системи й соціальної політики.

У вітчизняній науковій літературі існує низка дефініцій, які відображають різні аспекти феномена комунікативного бар'єра. М. Козирєв, аналізуючи бар'єри педагогічного спілкування, визначає їх як «своєрідні перешкоди, що виникають у процесі взаємодії педагога та учнів і ускладнюють або роблять неможливим досягнення взаєморозуміння, позитивного емоційного контакту, продуктивної співпраці» [19]. Л. Березовська, узагальнюючи підходи різних авторів, пропонує трактувати комунікативні бар'єри як труднощі, які «ускладнюють процес спілкування між комунікантами в ході обміну думками, почуттями, враженнями внаслідок недостатнього рівня сформованості вмінь долати труднощі комунікації» [4]. При цьому наголошується на ролі мовленнєвих умінь (володіння вербальними

й невербальними засобами, дотримання мовленнєвих норм), емоційної регуляції, здатності до емпатії й активного слухання.

У дисертаційних дослідженнях Н. Яковлевої та Г. Федосової комунікативні бар'єри розглядаються в контексті освітньої та студентської комунікації. Н. Яковлева, вивчаючи подолання бар'єрів у процесі вивчення іноземної мови, підкреслює, що бар'єр виникає на перетині когнітивних (недостатність мовних знань), емоційних (страх помилок, тривога), мотиваційних і соціально-психологічних чинників (оцінка з боку групи, позиція викладача) [не зі списку – можна прибрати або додати окремо у список]. Г. Федосова акцентує на соціально-психологічних умовах додання бар'єрів студентської молоді, підкреслюючи роль групової динаміки, статусно-рольових відносин і організації комунікативного простору в закладі освіти [45].

У працях В. Казміренка та співавторів, присвячених когнітивній психології спілкування, комунікативні бар'єри аналізуються через призму когнітивних схем, настанов і інтерпретацій, які мовець і слухач приписують одне одному [17]. В основі бар'єра, з цього погляду, лежать не лише об'єктивні перешкоди (шум, недостатність інформації), а й суб'єктивні смислові конструкції, що ведуть до викривленого сприйняття повідомлення, приписування партнеру негативних намірів, упереджень, стереотипів. Л. Орбан-Лембрик, розглядаючи професійну комунікацію, наголошує, що бар'єри мають комплексний характер і проявляються на рівні соціальних ролей, професійних норм, організаційної культури; тому їх подолання потребує не тільки розвитку індивідуальних комунікативних умінь, а й змін у системі взаємодії, стилі керівництва, розподілі відповідальності [30].

У логопедичній та спеціально-психологічній літературі поняття комунікативного бар'єра конкретизується з урахуванням мовленнєвих порушень. Дослідники наголошують, що при тяжких порушеннях мовлення перешкода виникає не лише через труднощі артикуляції чи фонематичного сприймання, а й через вторинні емоційно-особистісні та соціальні наслідки –

формування негативної «мовленнєвої ідентичності», зниження самооцінки, тривогу в ситуаціях публічного висловлювання, уникання контактів з однолітками і дорослими [41; 42; 43].

Таким чином, узагальнення вітчизняних підходів дає підстави для розуміння комунікативних бар'єрів як багаторівневої системи внутрішніх (когнітивних, емоційних, мотиваційних, мовленнєвих) і зовнішніх (соціальних, організаційних, культурних, технологічних) чинників, що перешкоджають повноцінному діалогу.

Більшість авторів погоджуються, що універсальної класифікації комунікативних бар'єрів не існує; їх типологія залежить від дослідницьких цілей, контексту (освітнього, професійного, міжкультурного) та обраної теоретичної моделі. Однак аналіз робіт М. Козирєва, Л. Березовської, Н. Яковлевої, Г. Федосової, Г. Щілінської, а також зарубіжних досліджень у галузі соціальної психології та комунікації дає змогу виділити кілька поширених підстав для класифікації [19; 4; 45; 48; 27; 30; 50; 53; 61].

1. За місцем виникнення в структурі комунікативного процесу: бар'єри на боці відправника (недостатня рефлексія власних цілей, невміння кодувати повідомлення зрозумілою для адресата мовою, емоційне напруження, агресивність, тривожність); бар'єри на боці одержувача (упередженість, стереотипи щодо партнера, низька здатність до емпатії, вибіркова увага); бар'єри, пов'язані з повідомленням (надмірна складність, логічна неузгодженість, подвійні або суперечливі послання); бар'єри каналу й середовища (фізичний шум, технічні збої, просторові перешкоди, невідповідний формат взаємодії).

2. За психологічним змістом: когнітивні (інформаційно-сміслові) – недостатнє розуміння термінів, різні інтерпретації тих самих понять, обмежений словниковий запас, низький рівень узагальнення [17]; емоційні – страх, тривога, почуття сорому, гнів, ворожість, які блокують здатність слухати й говорити, спотворюють сприйняття інтонацій та невербальних сигналів [7; 66]; мотиваційні – відсутність внутрішньої мотивації до

спілкування, установки на уникання контакту, почуття безсенсовності діалогу; соціально-перцептивні – стереотипи, упередження, тенденція до категоризації партнера за окремими ознаками (стать, вік, стан здоров'я, статус біженця тощо), атрибутивні помилки [27; 17]; мовленнєві – недостатня розвиненість артикуляційних, фонематичних, лексико-граматичних засобів, невміння добирати адекватні мовні та паралінгвістичні засоби [12; 38; 40–43].

3. За соціальним виміром: статусно-рольові бар'єри – надмірна дистанція між учасниками спільноти (учитель – учень, лікар – пацієнт, «експерт – біженець»), авторитарний стиль, орієнтація на монолог замість діалогу [27; 30]; культурно-мовні бар'єри – відмінності в культурних нормах, системах цінностей, мовах і мовних варіантах, які ускладнюють інтерпретацію висловлювань і невербальної поведінки, особливо при міжкультурних контактах та інтеграції мігрантів [44; 63; 64; 88–90]; організаційні та інституційні – регламентація часу й простору спілкування, жорсткі бюрократичні процедури, які не залишають місця для емпатійного діалогу (наприклад, форма подачі заяв, тестових завдань, формальних співбесід).

4. За формою прояву: фізичні (технічні) – шум, погана акустика, відсутність або недоступність засобів альтернативної комунікації, цифровий розрив [70; 71; 76; 92]; лінгвістичні – використання жаргону, професіоналізмів, надто складних синтаксичних структур, які перевищують мовні можливості адресата [5; 12; 54]; прагматичні – невідповідність мовленнєвих актів очікуванням партнера (наприклад, директиви там, де очікується підтримка, або іронія, яка сприймається буквально); мета-комунікативні – суперечності між вербальним і невербальним рівнями (слова підтримки при жорсткій міміці й тоні, декларована відкритість при фактичному ігноруванні пропозицій).

У працях М. Козирєва на основі аналізу педагогічної взаємодії виокремлено, зокрема, фонетичний, семантичний, стилістичний, логічний і смисловий бар'єри, які пов'язані з різними аспектами мовного коду: вимовою, значенням слів, стилістичною доречністю, логічною будовою висловлювання

та його глибинним змістом [19]. Л. Березовська, аналізуючи спілкування соціального працівника з клієнтом, зосереджується на логічному, когнітивному, мовному та власне комунікативному бар'єрах, наголошуючи на їх взаємозумовленості [4].

Зарубіжні автори, описуючи бар'єри ефективної комунікації, також виділяють семантичні (пов'язані зі значенням слів), психологічні (емоції, установки), фізичні (умови середовища), культурні (відмінності норм і цінностей) та організаційні бар'єри [53; 61; 69; 74]. Попри відмінність у термінах, ці типології загалом корелюють із вітчизняними підходами й підкреслюють системний характер комунікативних перешкод.

Соціально-педагогічні дослідження демонструють, що у професійному спілкуванні (зокрема в освітній та соціальній сфері) бар'єри нерозривно пов'язані з якістю допомоги та підтримки клієнтів або здобувачів освіти. Л. Березовська показує, що у взаємодії соціального працівника з клієнтом комунікативні бар'єри посилюються через недостатню мотивацію до діалогу, неготовність слухати, нетерпимість, зверхність, невміння будувати висловлювання в непередбачуваних ситуаціях, порушення правил мовленнєвого етикету [4].

У педагогічній практиці бар'єри виникають, коли вчитель орієнтується переважно на монологічний стиль, застосовує оцінювально-контрольну, а не підтримувальну комунікацію, коли не враховує вікові, культурні, мовленнєві особливості дітей. І. Зязюн, аналізуючи «основи педагогічної майстерності», підкреслює, що невміння організувати діалогове спілкування, схильність до стереотипних реакцій і «етикетних» штампів веде до виникнення бар'єрів авторитету, незрозуміння, соціальної перцепції [27]. Саме тому розвиток професійної комунікативної компетентності вчителя розглядається як ключовий чинник профілактики бар'єрів у класі.

У сфері інклюзивної освіти поняття «бар'єр» виходить далеко за межі фізичної доступності й охоплює інформаційні та комунікативні бар'єри. Закон України «Про освіту» (2017) та «Про повну загальну середню освіту» (2020)

запроваджують принципи недискримінації, інклюзивності та розумного пристосування, що передбачає, зокрема, адаптацію мовленнєвих і комунікативних практик у закладі освіти до потреб дітей з особливими освітніми потребами [35; 36]. Постанова КМУ № 957 (2021) щодо організації інклюзивного навчання конкретизує вимоги до індивідуалізації освітнього процесу, створення інклюзивного середовища, де мають бути враховані особливості спілкування, доступність інформації, підтримка з боку фахівців [34].

Національна стратегія зі створення безбар'єрного простору в Україні до 2030 року окремо підкреслює важливість усунення інформаційних та комунікативних бар'єрів для осіб з інвалідністю, внутрішньо переміщених осіб і біженців, що отримали тимчасовий захист у країнах ЄС [28]. Це означає, що комунікативний бар'єр визнається не лише психологічною проблемою окремої дитини, а й наслідком недостатньої адаптованості інформаційного середовища, що особливо актуально для сімей, які пережили вимушене переселення та мають дітей з тяжкими порушеннями мовлення.

У центрах підтримки біженців (зокрема таких, як Ukrainian Voices Community Centre у Брюсселі) комунікація часто ускладнюється поєднанням кількох типів бар'єрів: мовного (українська – мова країни перебування), психологічного (травма війни, втрата дому), організаційного (складність процедур отримання послуг, документообігу) й власне мовленнєвого (наявність тяжких порушень мовлення у дитини чи підлітка). У таких умовах фахівці мають враховувати не лише загальні комунікативні перешкоди, описані в соціально-психологічних дослідженнях, а й специфіку логопедичних порушень, важливість використання альтернативної та додаткової комунікації (ААС), візуальної підтримки, перекладу й медіації [52; 70; 78; 80; 85; 86].

Специфічний внесок у розроблення поняття та класифікації комунікативних бар'єрів підлітків із тяжкими порушеннями мовлення зроблено в сучасних українських дослідженнях, зокрема в роботах М. Балинської, І. Омельченко та їхніх колег [2; 3; 21; 22; 29; 46; 51; 75]. На основі

аналізу логопедичної, психологічної та соціологічної літератури вони пропонують розглядати бар'єри цієї групи підлітків у кількох взаємопов'язаних вимірах.

По-перше, виокремлюються мотиваційно-ціннісні бар'єри, пов'язані зі зниженням внутрішньої мотивації до спілкування, відчуттям безсенсовності діалогу, негативним ставленням до власного мовлення. Підлітки з тривалим досвідом мовленнєвих невдач часто формують стійкі переконання про «неспроможність» говорити «як всі», очікують негативної реакції оточення, що веде до ухиляння від контактів, самовиключення з групових форм діяльності. Українські дослідження підлітків з тяжкими порушеннями мовлення демонструють, що високий рівень особистісної тривожності та негативні самооцінні судження безпосередньо пов'язані з мотиваційним відходом від комунікації, зменшенням ініціативи у спілкуванні [2; 3; 21; 22; 29; 46; 51; 75]. Подібні закономірності описані і в зарубіжних роботах про дітей з афазією, де показано, що кумулятивний ефект комунікативних труднощів знижує психологічну стійкість і підвищує соціальну тривогу [58; 70; 93].

По-друге, виділяються емоційні бар'єри – страх бути висміяним, сором за «неправильну» вимову, переживання постійної напруги в ситуаціях публічних виступів, відповідей на уроці, знайомства з новими людьми. Як показують дослідження емоційної сфери підлітків, емоційні бар'єри спілкування пов'язані зі станами тривожності, страху, психофізіологічного напруження, що ускладнює використання навіть наявних мовленнєвих ресурсів [7; 66]. У випадку тяжких мовленнєвих порушень цей емоційний компонент посилюється повторюваним досвідом нерозуміння, корекційних зауважень, соціального відторгнення.

По-третє, ключовими для логопедичного виміру є мовленнєві бар'єри, які охоплюють широкий спектр порушень: фонетико-фонематичні, лексико-граматичні, просодичні, порушення темпо-ритмічної організації мовлення. Для підлітків із тяжкими порушеннями мовлення характерні труднощі

розгорнутого усного висловлювання, переказу, участі в діалозі; вони повільніше підбирають слова, уникають складних синтаксичних конструкцій, використовують обмежений набір мовленнєвих шаблонів. Дослідження у сфері логопедії показують, що ці мовленнєві труднощі тісно пов'язані з порушеннями фонематичного сприймання, дефіцитом словника, несформованістю граматичної будови мовлення, а також зі специфічними нейропсихологічними механізмами [12; 13; 21; 23; 38; 40–43; 49; 52].

По-четверте, у соціально-поведінковому вимірі формуються соціальні бар'єри, які проявляються у труднощах встановлення і підтримання контактів з однолітками, униканні групових активностей, конфліктах, пов'язаних із нерозумінням або знеціненням мовленнєвих зусиль підлітка. Окремою проблемою є стигматизація – готовність однолітків і дорослих пояснювати всі труднощі дитини виключно її «дефектом», не враховуючи ресурсів і потенціалу. Дослідження підліткового розвитку показують, що комунікативні бар'єри цієї групи мають прямий вплив на формування ідентичності, відчуття належності до групи, рівень соціальної підтримки, що, у свою чергу, пов'язано з ризиком депресивних та тривожних симптомів [50; 61; 69; 73; 77; 84].

Сучасна література з альтернативної та додаткової комунікації (ААС) розширює розуміння бар'єрів, підкреслюючи, що вони можуть бути не тільки «в людині», а й «у середовищі»: відсутність доступу до ААС-засобів (комунікативних дощок, символів, електронних пристроїв), брак компетентності у дорослих щодо їх використання, негативні установки педагогів і однолітків щодо «іншого» способу говорити, обмеження щодо участі у шкільних заходах [17; 21; 25; 32; 70; 80; 92]. Таким чином, бар'єри підлітків із тяжкими порушеннями мовлення мають інтегральний характер і вимагають класифікацій, які враховують одночасно особистісні, мовленнєві, соціальні та середовищні компоненти.

Аналіз нормативно-правових документів демонструє, що поняття бар'єру, зокрема комунікативного, поступово входить у мову освітньої та соціальної політики. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю,

ратифікована Україною, зобов'язує держави забезпечити доступність інформації та комунікації, у тому числі через надання «належних полегшувальних засобів та альтернативних форматів» (ст. 9, 21) [57; 91]. У європейському контексті це положення конкретизується в Стратегії ЄС з прав осіб з інвалідністю на 2021–2030 роки, де однією з ключових сфер визначено доступ до цифрового і комунікативного середовища для дітей і молоді з порушеннями розвитку [64].

Європейський акт про доступність (European Accessibility Act, Директива (ЄС) 2019/882) встановлює вимоги до доступності ряду продуктів і послуг, включно з електронними книгами, веб-сайтами, електронними комунікаційними сервісами, банківськими й транспортними послугами, що створює правові підстави для усунення інформаційно-комунікативних бар'єрів для людей з порушеннями мовлення і комунікації [59]. Рада Європи у своїй Стратегії з прав осіб з інвалідністю (2017–2023) наголошує на необхідності універсального дизайну інформаційних середовищ, використання простих і зрозумілих формулювань, візуальної підтримки, різних каналів подання інформації [60].

В Україні Закон «Про освіту», Закон «Про повну загальну середню освіту», Концепція розвитку інклюзивної освіти та численні підзаконні акти визначають завдання створення безбар'єрного освітнього середовища, що включає усунення інформаційних і комунікативних бар'єрів для дітей з особливими освітніми потребами [20; 33; 34; 35; 36; 87–90]. Національна стратегія зі створення безбар'єрного простору (2021) вводить поняття «безбар'єрності» як системної політики щодо інфраструктури, послуг, інформації та комунікації, підкреслюючи важливість доступних форм спілкування для осіб з інвалідністю, людей похилого віку, біженців, внутрішньо переміщених осіб, дітей, які повертаються до системи освіти після пережитих травматичних подій [28; 63].

Для підлітків із тяжкими порушеннями мовлення, особливо тих, хто зазнав вимушеної міграції, ці нормативні акти створюють рамки, у яких

комунікативні бар'єри мають розглядатися як порушення права на освіту, інформацію й участь у житті громади, а не лише як індивідуальний «дефект». Звідси випливає вимога до закладів освіти, соціальних служб і громадських організацій проводити системну роботу зі створення багатомодального комунікативного середовища, орієнтованого на індивідуальні можливості підлітків: використання жестової мови, піктограм, спрощених текстів, перекладу на мову країни перебування, залучення медіаторів, тьюторів, волонтерів [44; 52; 63; 64; 70; 80; 85; 86; 92].

Узагальнення наведених підходів дозволяє запропонувати інтегральну класифікацію комунікативних бар'єрів підлітків із тяжкими порушеннями мовлення, яка враховує вимоги сучасної психолого-педагогічної науки, логопедії та інклюзивної освіти, а також нормативно-правові орієнтири України й ЄС. У межах цієї роботи доцільно виокремити чотири взаємопов'язані групи бар'єрів:

1. Мотиваційно-ціннісні бар'єри – стійкі негативні установки щодо власного мовлення й здатності до комунікації, зниження інтересу до спілкування, орієнтація на уникання контактів, відчуття безсенсовності участі в діалозі. Ця група бар'єрів відображає внутрішню позицію підлітка щодо комунікації та пов'язана з досвідом успіхів/невдач, реакціями значущих інших (батьків, однолітків, педагогів), культурним і міграційним контекстом [2; 3; 7; 21; 22; 26; 29; 46; 51; 66; 75; 83].

2. Емоційно-особистісні бар'єри – страх, сором, тривога в ситуаціях говоріння, висока чутливість до оцінки, схильність до самозвинувачення за реальні або уявні помилки, емоційне «закривання» у відповідь на некоректні, грубі чи нетерплячі реакції з боку оточення. Вони відображають афективну складову комунікації та тісно пов'язані з розвитком тривожних і депресивних симптомів, зниженням психологічної стійкості [7; 50; 61; 66; 69; 72; 73; 77; 83; 93].

3. Мовленнєво-когнітивні бар'єри – структурні труднощі усного мовлення (артикуляційні, фонематичні, лексико-граматичні, просодичні),

обмежений словник, складнощі з розумінням складних інструкцій, метафор, гумору, а також пов'язані з цим когнітивні обмеження (повільне опрацювання інформації, труднощі переключення між темами, низька здатність планувати висловлювання) [12; 13; 21; 23; 38; 40–43; 49; 52; 55; 56; 58; 61; 73; 76; 82]. Ця група бар'єрів безпосередньо пов'язана зі специфікою тяжких порушень мовлення та обґрунтовує необхідність логопедичного й спеціально-психологічного супроводу.

4. Соціально-середовищні бар'єри – негативні або патерналістські установки оточення щодо дитини з порушеннями мовлення, стигматизація, булінг, відсутність умов для участі в групових видах діяльності, недостатня доступність інформації та комунікативних сервісів (у тому числі ААС-засобів), жорсткі організаційні правила, що не враховують темпу та способу спілкування підлітка [3; 4; 16; 24; 28; 31; 44; 52; 60; 63–65; 68; 70–72; 78–81; 85; 86; 92]. Вони відображають ті бар'єри, які можуть і повинні бути змінені шляхом корекції освітнього середовища, підвищення компетентності фахівців, реалізації принципів універсального дизайну та безбар'єрності.

1.3. Психолого-лінгвістична характеристика підлітків із тяжкими порушеннями мовлення та особливості їх міжособистісного спілкування

У спеціальній педагогіці термін «тяжкі порушення мовлення» (ТПМ) вживається для позначення системних, виражених мовленнєвих розладів складної структури, що істотно порушують усі компоненти мовленнєвої системи та призводять до стійкої дезадаптації в освітній та соціальній сферах за збереженого або відносно збереженого інтелекту [42; 47; 49]. До ТПМ традиційно відносять: загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ); фонетико-фонематичний недорозвиток; алалію; дизартрію; ринолалію; тяжкі форми заїкання; комбіновані форми, де мовленнєвий дефект поєднується з іншими порушеннями розвитку.

У роботах В. Тищенко, Н. Бабич та ін. ЗНМ визначається як системне недорозвинення всіх сторін мовлення – фонетичної, фонематичної, лексичної, граматичної та зв'язного висловлювання – за умови нормального слуху та відносно збереженого інтелекту [42]. У роботах Є. Соботович підкреслюється, що при ТПМ виявляються не лише «мовленнєві симптоми», а й глибші порушення в розвитку вищих психічних функцій (уваги, пам'яті, мислення), що формуються у мовленні й через мовлення [40].

Сучасні українські дослідження підкреслюють, що ТПМ слід розглядати як прояв психолінгвістичного дизонтогенезу – тобто специфічного варіанта формування мовленнєвої та когнітивної системи, де порушено як програмування висловлювання, так і його реалізацію [12; 13; 38]. При цьому виділяються: первинні мовленнєві порушення (зумовлені структурними або функціональними ураженнями мозку, сенсорними дефіцитами тощо); вторинні мовленнєві порушення, що виникають на тлі інших розладів розвитку (інтелектуальної недостатності, РАС, тяжких емоційно-поведінкових проблем).

Роботи Г. Грибань, Ю. Рібцун, Е. Данілавічюте демонструють, що навіть за формально «коригованого» мовлення в учнів з історією ТПМ зберігаються стійкі труднощі оперування мовними одиницями у внутрішньому плані, програмування монологу, розуміння складних інструкцій, ідіом, підтексту [12; 13; 38]. Це особливо актуально в підлітковому віці, коли навчальні завдання та міжособистісне спілкування вимагають високої мовної та когнітивної гнучкості.

Психолінгвістичний підхід, розвинутий у вітчизняній традиції (Л. Виготський, О. Лурія) та сучасно інтерпретований українськими логопедами й психологами, розглядає мовлення як цілісний процес породження й сприймання висловлювання, де задіяні мотиваційні, смислові, операційні й моторні ланки [12; 40; 47]. При ТПМ порушення зачіпають практично всі рівні цього процесу.

1. Мотиваційно-сміслова ланка. Підлітки з ТПМ часто мають суперечливе ставлення до мовлення: з одного боку, вони гостро усвідомлюють його значущість для статусу в групі, навчальних успіхів та майбутньої професії; з іншого – мають сформований досвід неуспіху (насмішки, нерозуміння, тривале лікування), що знижує готовність ініціювати мовленнєвий контакт [2; 51]. У результаті формується тенденція до вербального самообмеження: підліток говорить лише «коли дуже треба», обирає короткі відповіді, уникає дискусій, усних виступів, що обмежує практику складного мовлення.

2. Операційно-мовленнєвий рівень. У більшості підлітків з ТПМ, навіть після тривалої логопедичної роботи, виявляються: залишкові фонетико-фонематичні порушення (спотворена вимова окремих звуків, нестійка диференціація фонем у швидкому мовленні); обмежений активний словник, особливо щодо абстрактних, емоційно-оцінних, метамовних понять; недостатня сформованість граматичних структур – труднощі у побудові складнопідрядних речень, передачі причинно-наслідкових зв'язків, часових відношень; фрагментарність зв'язного висловлювання, часте порушення логічної послідовності, труднощі в розгортанні сюжету, аргументації [12; 13; 38].

Г. Грибань показала, що в молодших школярів із ТПМ спостерігається суттєве відставання саме у формуванні монологічного мовлення – опису, розповіді, міркування – порівняно з нормативними однолітками [12]. У підлітковому віці ці труднощі набувають нової якості: мовлення учня часто виглядає «дитячим», простим, малоаргументованим, що провокує знецінення його думки з боку однолітків і дорослих.

3. Рецептивні (сприймальні) процеси. Не менш значущими є труднощі сприймання мовлення. Українські та зарубіжні дослідження демонструють, що в осіб з історією специфічних мовленнєвих розладів зберігаються проблеми: розуміння складних граматичних конструкцій; опрацювання довгих усних інструкцій; сприймання неявного змісту (іронії,

натяків, метафор); швидке «онлайн» опрацювання мовлення в шумному середовищі [55; 76; 82]. Для підлітка це означає, що він часто «випадає» з групової розмови, не встигає відстежувати зміну теми, неправильно інтерпретує жарти чи сарказм, що стає джерелом непорозумінь і конфліктів.

4. Внутрішнє мовлення і мислення. Концепція Л. Виготського про внутрішнє мовлення як «згорнуту» форму зовнішнього набуває особливої ваги в контексті ТПМ: якщо зовнішнє мовлення формувалося з порушеннями, це впливає на структуру розумових дій – планування, рефлексію, довільну регуляцію [37; 39; 40]. Багато підлітків із ТПМ демонструють: труднощі у внутрішньому проговорюванні завдання; фрагментарність внутрішнього плану висловлювання; схильність до імпульсивних, недостатньо обміркованих висловлювань або, навпаки, до блокування мовлення в ситуації стресу. Ці прояви посилюються у міжкультурних і багатомовних контекстах (наприклад, у підлітків-біженців, які вимушено переходять на іншу мову спілкування), де від мовця вимагається додаткова когнітивна гнучкість.

Тяжкі мовленнєві порушення є не лише «мовленнєвою проблемою», а й значущим психосоціальним фактором ризику. Українські дослідження (Ю. Рібцун, М. Балинська та ін.) показують, що в дітей і підлітків із ТПМ частіше виявляються: занижена або нестійка самооцінка; підвищена чутливість до критики мовлення; тривожні очікування невдачі у спілкуванні; фрустрація потреби у визнанні та приналежності до групи [2; 38; 51; 52].

М. Балинська, аналізуючи комунікативні бар'єри підлітків із ТПМ, виділяє комплекс феноменів, які характеризують їхні переживання: «страх мовленнєвої поразки», «досвід засоромленості», «очікування відкидання» [2; 3]. Вони призводять до формування захисних стратегій – уникнення мовленнєвих ситуацій, відхід у віртуальне спілкування, агресивні реакції у відповідь на реальні або уявні зауваження до мовлення.

Зарубіжні дані підтверджують тісний зв'язок між мовленнєвими труднощами та психічним здоров'ям. За даними Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT), до 81 % дітей з емоційними та поведінковими

розладами мають суттєві мовленнєво-комунікативні труднощі [78; 79]. Довготривалі лонгітюдні дослідження свідчать, що діти з вираженими мовленнєвими розладами в дошкільному віці в кілька разів частіше мають депресивні та тривожні симптоми в підлітковому та дорослому віці порівняно з однолітками без таких порушень [56; 61; 73].

Для підлітків із ТПМ, особливо в умовах війни, внутрішнього чи зовнішнього переміщення, ці ризики посилюються: до «мовленнєвого» стигматизувального досвіду додаються травматичні події, втрата звичного середовища, необхідність адаптації до нової освітньої системи та мови спілкування. Європейські політики в галузі інклюзії та інтеграції біженців (зокрема, Action Plan on Integration and Inclusion 2021–2027) прямо вказують на потребу системно знижувати мовні та комунікативні бар'єри для дітей-мігрантів, включно з тими, хто має інвалідність або особливі освітні потреби [63].

Група однолітків – основна «сцена», де підліток тестує свої ролі, відпрацьовує моделі самопрезентації, встановлює статусні позиції. Для підлітка з ТПМ ця сцена зазвичай виявляється мінним полем. Дослідження соціальної тривоги в підлітковому віці показують, що страх негативної оцінки з боку однолітків тісно пов'язаний із схильністю до уникнення соціальних ситуацій, зниженням якості дружніх стосунків та підвищенням ризику депресивних симптомів [50; 53; 69]. У випадку ТПМ цей страх має конкретний «якір» – мовлення.

На основі узагальнення українських і зарубіжних робіт можна виокремити кілька типових феноменів у спілкуванні підлітків із ТПМ:

1. Уникнення мовленнєво активних ролей. Такі підлітки рідко беруть на себе ролі лідера, модератора дискусії, «оповідача», натомість воліють залишатися «тихими», «невидимими» учасниками групи. Це проявляється й у шкільній, і в позашкільній діяльності (класні заходи, гуртки, волонтерські проєкти).

2. Стратегія «мінімально необхідного висловлювання». Учень відповідає короткими фразами, часто «так/ні», уникає розгорнутих монологів, публічних виступів, читання вголос, імпровізованих коментарів. Це зменшує ризик помилок, але і позбавляє його можливості проявити себе, продемонструвати знання й компетентність.

3. Підвищена вразливість до булінгу та агресії. Нерівномірність мовлення (помилки, заїкання, артикуляційні труднощі) часто стає об'єктом насмішок і піддражнювань. Навіть якщо відкритий булінг відсутній, іронічні погляди, перешіптування, поблажливий тон сприймаються підлітком як підтвердження власної «неповноцінності».

4. Схильність до компенсаторних стратегій. Частина підлітків намагається компенсувати мовленнєві недоліки за рахунок інших сфер – наприклад, фізичної сили, демонстративної «крутості», ризикованої поведінки, або, навпаки, гіперактивного гумору, clowning-behavior, що дозволяє «перехопити» ініціативу й перевести увагу з якості мовлення на зміст.

5. Переорієнтація у віртуальне спілкування. У цифрову епоху частина підлітків із ТПМ відчуває себе значно впевненіше в письмовій або змішаній (месенджери, соціальні мережі) комунікації, де можна редагувати текст, використовувати емодзі, меми. Це знижує ситуативну тривогу, але водночас може закріплювати уникнення живого діалогу «обличчям до обличчя».

Дослідження М. Балинської свідчать, що підлітки з ТПМ часто описують себе як «нецікавих співрозмовників», «тихих», «таких, що заважають іншим через своє мовлення» [2; 51]. У якісних інтерв'ю вони повідомляють про досвід сорому в ситуаціях публічного виступу, читання вголос, відповідей біля дошки. Ці переживання, у поєднанні з постійним порівнянням із «успішними» однолітками, сприяють формуванню негативної соціальної ідентичності.

Роль сім'ї в розвитку мовлення та комунікативної компетентності важко переоцінити. Українські логопеди, аналізуючи комунікативне середовище

дітей з ТПМ, наголошують, що батьківські стилі взаємодії часто коливаються між гіперопікою («не говори, я сама скажу») й надмірними, неадекватними вимогами («говори нормально, ти вже дорослий») [13; 21; 43; 49].

У підлітковому віці до цього додається нормативний конфлікт автономії: підліток прагне розширення власного простору, тоді як батьки, занепокоєні мовленнєвими та навчальними труднощами, схильні до контролю й опіки. Це може: зменшувати кількість довірливих, рівноправних розмов; посилювати відчуття «нерозуміння» з боку дорослих; формувати в підлітка переконання, що в сім'ї його бачать насамперед як «проблему».

У сім'ях, що пережили вимушене переселення чи життя в еміграції, комунікативна напруга посилюється, адже батьки часто самі опиняються в ситуації лінгвістичного та соціального стресу (інша мова, інші інституції, складні бюрократичні процедури). Дитина з ТПМ може відчувати додатковий тягар провини – «через мене вам ще важче», що негативно впливає на самооцінку та готовність просити про допомогу.

Законодавство України закріплює право осіб з особливими освітніми потребами на освіту в інклюзивних умовах (Закон України «Про повну загальну середню освіту», зміни до Закону «Про освіту», Порядок організації інклюзивного навчання тощо) [33; 34; 36]. Ці документи підкреслюють обов'язок закладів освіти створювати спеціальні умови, у тому числі комунікативно доступне середовище, що має особливе значення для учнів із ТПМ.

Разом з тим, дослідження комунікативного розвитку дітей з особливими освітніми потребами (Г. Білавич та ін.) показують, що на практиці вчителі й однолітки часто недостатньо поінформовані про специфіку ТПМ, а отже, не готові адаптувати власні комунікативні стратегії [52]. Це проявляється у: надто швидкому темпі мовлення вчителя, перевантаженості усними інструкціями; недооцінці потреби у візуальній підтримці (схеми, плакати, ключові слова на дошці); оцінюванні навчальних досягнень переважно за усними відповідями, що ставить підлітка з ТПМ у завідомо програшну

позицію; відсутності спеціального навчання однолітків навичкам комунікативної підтримки (перефразування, терпляче вислуховування, уникнення насмішок).

З позицій психолінгвістики важливо, що інклюзивне середовище може одночасно бути ресурсом і ризиком. Якщо вчителі використовують принципи «комунікативно дружнього класу» (уповільнення темпу мовлення, чітка артикуляція, структуровані інструкції, чергування усних і письмових форм, стимулювання взаємодопомоги), підліток із ТПМ отримує можливість активно включатися в навчальне та позанавчальне спілкування. Якщо ж домінують формальні підходи, інклюзія перетворюється на «номінальну»: учень фізично присутній у класі, але по суті ізольований у комунікативному плані.

Міжнародні документи задають загальний вектор правової підтримки осіб з порушеннями мовлення. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (КПІ), зокрема стаття 24, зобов'язує держави забезпечити інклюзивну освіту на всіх рівнях, передбачаючи доступ до підтримки, що враховує мовні та комунікативні потреби особи, включно з використанням альтернативної й додаткової комунікації [57; 90].

Документи ЮНІСЕФ та ЮНЕСКО щодо інклюзивної освіти підкреслюють, що діти з мовленнєвими та комунікативними порушеннями належать до однієї з найбільш уразливих груп у системі освіти, оскільки саме мовлення є основним каналом доступу до навчальних програм і соціальної участі [87–90].

У Європейському Союзі Стратегія з прав осіб з інвалідністю 2021–2030 та Action Plan on Integration and Inclusion 2021–2027 наголошують на необхідності усунення бар'єрів доступу до освіти й послуг для дітей-мігрантів і дітей з інвалідністю, включно з мовними й комунікативними бар'єрами [63; 64]. Це створює нормативне підґрунтя для того, щоб інституції, які працюють з українськими підлітками-біженцями з ТПМ (зокрема, ком'юніті-центри на

кшталт Ukrainian Voices у Брюсселі), розробляли цілісні програми мовленнєвої та психосоціальної підтримки.

В Україні основними документами є: Закон України «Про повну загальну середню освіту» (2020), який гарантує право осіб з ООП на інклюзивне навчання й визначає механізми створення інклюзивного освітнього середовища [36]; зміни до Закону «Про освіту», що деталізують особливості доступу до освітніх послуг осіб з ООП [33]; Постанова КМУ № 957 (2021) «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти», яка регламентує діяльність команд психолого-педагогічного супроводу, використання індивідуальної програми розвитку, залучення фахівців, зокрема логопедів і практичних психологів [34]; методичні рекомендації МОН щодо організації освітнього процесу осіб з ООП, які акцентують на потребі міждисциплінарного підходу та раннього виявлення мовленнєвих порушень [26].

Ці документи створюють правовий простір, у якому підлітки з ТПМ мають отримувати не лише корекційно-розвиткові послуги, а й цілісну підтримку міжособистісного спілкування – в освітніх закладах, громадах, ком'юніті-центрах та службах, що працюють з біженцями та внутрішньо переміщеними особами.

Психолого-лінгвістична характеристика підлітків із тяжкими порушеннями мовлення свідчить про складний, системний характер їхніх труднощів: на рівні мовлення – зберігаються порушення звуковимови, фонематичного сприймання, словникового запасу, граматичного оформлення та зв'язного висловлювання, що обмежує можливості повноцінної участі в навчальній і соціальній взаємодії; на рівні психічного розвитку – відзначається своєрідність формування вищих психічних функцій, особливо внутрішнього мовлення, планування, рефлексії, що впливає на здатність організовувати власну діяльність, аргументувати позицію, розв'язувати проблемні ситуації; на рівні особистості – істотно зростають ризики заниженої самооцінки, соціальної тривоги, емоційної вразливості,

стигматизованої ідентичності «того, хто погано говорить»; на рівні міжособистісного спілкування – спостерігається уникнення мовленнєво активних ролей, підвищена вразливість до булінгу, переорієнтація у віртуальні форми комунікації, напруженість родинних взаємин; на рівні соціально-інституційному – якість міжособистісного спілкування підлітка з ТПМ значною мірою залежить від того, наскільки освітні заклади, громади та служби реалізують принципи інклюзивної освіти, передбачені міжнародними та національними нормативними актами.

Таким чином, підлітки з ТПМ потребують не лише логопедичної корекції, а й комплексної психолого-педагогічної підтримки, спрямованої на розвиток комунікативної компетентності, зниження соціальної тривоги, формування позитивної ідентичності та створення безпечного, підтримувального середовища для міжособистісного спілкування – як у школі, так і в громаді (включно з центрами для біженців).

Висновки до розділу 1

Підлітковий вік виступає критичним періодом розвитку комунікації. У вітчизняній віковій психології підлітковість розглядається як сензитивний період формування Я-концепції, почуття дорослості, соціальної ідентичності й системи стосунків з однолітками та дорослими. Спілкування набуває статусу провідної сфери самоствердження, самопізнання й соціального визнання. Будь-які стійкі перешкоди в процесі міжособистісної комунікації на цьому етапі мають не лише ситуативний, а й віддалений вплив на психічне здоров'я, самооцінку, життєві плани підлітка.

Тяжкі порушення мовлення мають системний психолінгвістичний характер. У сучасній українській логопедії ТПМ описуються як складні, системні розлади, що охоплюють усі компоненти мовлення (фонетико-фонематичний, лексико-граматичний, просодичний, зв'язне висловлювання) за умови збереженого або відносно збереженого інтелекту. Вони трактуються

як варіант психолінгвістичного дизонтогенезу: порушуються не лише зовнішні мовленнєві прояви, а й внутрішні механізми породження, програмування та контролю мовлення. Це зумовлює специфіку пізнавальних процесів (увага, пам'ять, мислення) та опосередковано впливає на емоційно-особистісний розвиток.

Комунікативні бар'єри є багаторівневим феноменом. Аналіз психолого-педагогічної літератури засвідчив, що комунікативні бар'єри не можна зводити лише до індивідуальних мовленнєвих або психологічних труднощів. Вони мають комплексну природу й виникають на перетині внутрішніх (мовленнєвих, когнітивних, емоційних, мотиваційних) та зовнішніх (соціальних, організаційних, культурних, технологічних) чинників. Бар'єр розуміється як стійка перешкода на шляху взаєморозуміння, яка спотворює або блокує обмін інформацією, емоціями й смислами між учасниками спілкування.

Сформовано інтегральну класифікацію комунікативних бар'єрів підлітків із ТПМ. На основі аналізу українських та зарубіжних джерел запропоновано розглядати бар'єри підлітків із ТПМ у чотирьох взаємопов'язаних вимірах: мотиваційно-ціннісні (зниження інтересу до спілкування, негативні установки щодо власного мовлення, орієнтація на комунікативне уникнення); емоційно-особистісні (страх осоромлення, підвищена чутливість до оцінки, соціальна тривога, внутрішня напруга в мовленнєвих ситуаціях); мовленнєво-когнітивні (структурні дефекти мовлення, обмежений словник, труднощі розуміння складних висловлювань, порушення внутрішнього плану мовлення); соціально-середовищні (стигматизація, булінг, неготовність однолітків і педагогів підтримувати комунікацію, організаційні та інформаційні бар'єри в закладах освіти й спільнотах). Така класифікація дозволяє бачити комунікативні бар'єри не лише як «властивість підлітка», а як результат взаємодії підлітка, його найближчого оточення та інституційного середовища.

Психолого-лінгвістична характеристика підлітків із ТПМ виявляє їхню підвищену вразливість у міжособистісному спілкуванні. Підлітки з ТПМ зазнають труднощів у побудові розгорнутих монологів, участі в дискусіях, розумінні прихованих смислів (іронія, гумор, натяк), швидкому «підлаштуванні» до змін теми та адресата. На емоційно-особистісному рівні виявляються занижена самооцінка, страх мовленнєвих помилок, очікування негативної реакції однолітків і дорослих. Це породжує типові поведінкові стратегії: уникнення мовленнєво активних ролей, мінімізація усних висловлювань, переорієнтація в письмове або онлайн-спілкування, іноді – компенсаторна агресивність або демонстративна поведінка.

Особливості міжособистісного спілкування підлітків із ТПМ проявляються в різних мікросередовищах. У групі однолітків такі підлітки часто займають периферійні позиції, рідко виступають ініціаторами контактів, піддаються ризику булінгу чи мікроагресій, переживають досвід ізоляції й «невидимості».

- У сім'ї спілкування ускладнюється поєднанням батьківської тривоги, схильності до гіперопіки й водночас високих очікувань, що може знижувати частоту довірливих, партнерських розмов. Ситуація стає особливо напруженою в умовах вимушеного переселення чи еміграції.

- В освітньому й інклюзивному середовищі якість спілкування залежить від професійної готовності педагогів і фахівців до використання адаптованих комунікативних стратегій, альтернативної та додаткової комунікації, візуальної підтримки, гнучких форм оцінювання.

Міжнародні документи (Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю, стратегії ЄС у сфері прав осіб з інвалідністю та інтеграції біженців) і національне законодавство України («Про освіту», «Про повну загальну середню освіту», Порядок організації інклюзивного навчання, Національна стратегія безбар'єрності) передбачають обов'язок держави та інституцій створювати умови для доступної комунікації: використання різних мов і форматів, впровадження індивідуальних програм розвитку, залучення

мультидисциплінарних команд підтримки. Це дозволяє інтерпретувати комунікативні бар'єри підлітків із ТПМ не тільки як індивідуальні труднощі, а як можливі порушення їхніх освітніх і соціальних прав.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНИХ БАР'ЄРІВ ПІДЛІТКІВ ІЗ ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ

2.1. Організація та методика дослідження

У другому розділі магістерської роботи теоретично обґрунтовані у першому розділі підходи до розуміння комунікативних бар'єрів підлітків із тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ) конкретизуються в емпіричному дослідженні. Констатувальний етап, проведений у лютому–березні 2025 року, був спрямований на виявлення структури, інтенсивності та чинників комунікативних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні цієї категорії підлітків з урахуванням їхнього психолого-лінгвістичного профілю, досвіду міграції та умов освітньої інтеграції.

Мета констатувального етапу – емпірично дослідити особливості прояву та структури комунікативних бар'єрів у підлітків із тяжкими порушеннями мовлення в міжособистісній взаємодії (з однолітками та дорослими), порівняти їх із ровесниками з нормативним мовленнєвим розвитком та визначити зв'язки бар'єрів з окремими психологічними характеристиками (тривожністю, самооцінкою, суб'єктивним досвідом стигматизації).

Виходячи з мети, було поставлено такі завдання констатувального етапу:

1. Описати соціально-демографічні та клініко-логопедичні характеристики вибірки підлітків із ТПМ (тип мовленнєвого порушення, тривалість логопедичної допомоги, досвід інклюзивного / спеціального навчання, досвід вимушеного переселення).

2. Операціоналізувати поняття «комунікативний бар'єр підлітків із ТПМ» у вигляді системи діагностичних показників і показників ризику, спираючись на сучасні українські дослідження (М. Балинська, І. Омельченко,

Г. Якимчук та ін.) та міжнародні напрацювання в галузі психології комунікації й інклюзивної освіти.

3. Добрати та/або розробити комплекс психодіагностичних методик, який дозволяє досліджувати емоційно-особистісні, когнітивно-сміслові, інтерактивно-поведінкові та соціально-стигматизаційні бар'єри у спілкуванні підлітків із ТПМ.

4. Дослідити рівень, змістові особливості та поширеність різних типів комунікативних бар'єрів у підлітків із ТПМ.

5. Здійснити порівняльний аналіз показників комунікативних бар'єрів у підлітків із ТПМ та ровесників із нормотиповим мовленнєвим розвитком.

Емпіричне дослідження проводилося на базі:

- українського ком'юніті-центру Ukrainian Voices RC у Брюсселі, що функціонує як простір зустрічей, взаємодії та підтримки української громади й реалізує, зокрема, інтеграційні та освітні активності, включно з групами психологічної та мовленнєвої підтримки для дітей і підлітків-біженців;
- партнерських закладів загальної середньої освіти України, що організовують інклюзивне або дистанційне навчання для підлітків із ТПМ, тимчасово проживаючих за кордоном (навчання за українською шкільною програмою в онлайн-форматі).

Таке поєднання дослідницьких майданчиків дало змогу вивчати комунікативні бар'єри підлітків із ТПМ в умовах:

1. неформальної комунікації й групової діяльності (творчі майстерні, клуби за інтересами, інтеграційні сесії в Ukrainian Voices RC);
2. формальної освітньої взаємодії (уроки, онлайн-заняття, спілкування з учителями, однокласниками).

Контингент дослідження. У констатувальному етапі взяли участь 36 підлітків віком від 12 до 16 років (7–10 класи), з яких: основна група (ОГ) – 18 підлітків із діагностованими тяжкими порушеннями мовлення (9 хлопців, 9

дівчат); контрольна група (КГ) – 18 підлітків із нормативним мовленнєвим розвитком (8 хлопців, 10 дівчат), які навчаються в аналогічних класах та мають зівставні соціально-демографічні характеристики (вік, клас навчання, сімейний статус, досвід вимушеного переселення / перебування за кордоном).

Розподіл підлітків ОГ за типами ТПМ (за логопедичними висновками українських фахівців) був таким:

- загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ III–IV рівня) – 7 осіб;
- стерта або спастична дизартрія – 4 особи;
- ринолалія (відкритого та змішаного типу після хірургічної корекції) – 3 особи;
- заїкання (переважно клонико-тонічної форми) – 4 особи.

Добір респондентів здійснювався за такими критеріями включення:

- вік 12–16 років;
- для ОГ – наявність офіційного логопедичного висновку про тяжкі порушення мовлення за українською класифікацією (системні порушення мовлення у розумінні І. Мартиненко, М. Шеремет, Г. Якимчук);
- для КГ – відсутність діагностованих порушень мовлення, слуху, інтелектуального розвитку, виражених емоційно-поведінкових розладів;
- україномовне навчання (як основна або одна з основних мов освіти);
- інформована згода батьків/законних представників і добровільна згода самого підлітка.

Критерії виключення: тяжкі порушення інтелектуального розвитку, розлади аутистичного спектра, важка сенсорна депривація (глухота, сліпота), коморбідні психічні розлади в гострій фазі, що можуть суттєво впливати на достовірність результатів.

Серед учасників ОГ 11 підлітків мали досвід вимушеного переселення внаслідок повномасштабної війни (частина з них проживає в Бельгії та відвідує Ukrainian Voices RC), 7 осіб залишалися в Україні, але навчалися в умовах тривалої дистанційної/змішаної форми навчання. Таким чином,

вибірка дозволяє врахувати як фактор ТПМ, так і вплив сучасного кризового контексту (війна, міграція) на становлення комунікативних бар'єрів.

Методологічно дослідження має комплексний, квазі-експериментальний (порівняльно-кореляційний) характер та інтегрує:

- теоретичні методи (аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація наукових джерел із загальної, вікової, соціальної та спеціальної психології, логопедії, педагогіки, інклюзивної освіти);
- емпіричні методи (психодіагностичне тестування, анкетування, клініко-психологічне інтерв'ю, спостереження, аналіз продуктів діяльності, експертні оцінки);
- кількісні та якісні методи опрацювання даних (описова статистика, непараметричні критерії, контент-аналіз вербальних висловлювань).

Констатувальний етап (лютий–березень 2025 року) складався з кількох послідовних етапів:

1. Підготовчий етап:
 - розробка авторського діагностичного пакета, узгодження з адміністрацією освітніх закладів та координаторами Ukrainian Voices RC, отримання дозволу на дослідження, підготовка інформаційних листів і форм згоди для батьків/опікунів.
2. Організаційно-діагностичний етап:
 - формування основної й контрольної груп, збір соціально-демографічних та логопедичних даних (карта обстеження);
 - проведення індивідуальних і групових діагностичних процедур (анкетування, опитувальники, проєктивні завдання, соціометрія, спостереження в природних ситуаціях спілкування – під час групових занять, перерв, інтеграційних заходів у центрі);
 - фіксація якісних характеристик спілкування (типові труднощі ініціації контакту, уникання мовленнєвих ситуацій, невербальні форми самозахисту тощо).

3. Аналітико-інтерпретаційний етап:

- систематизація отриманих даних у базі (MS Excel/SPSS), розрахунок описових статистик (середні, медіана, стандартне відхилення, частки високих/середніх/низьких рівнів за окремими шкалами);
- застосування непараметричних статистичних критеріїв для порівняння ОГ і КГ (U-критерій Манна–Вітні, χ^2 -критерій Пірсона для розподілів рівнів, коефіцієнт кореляції Спірмена для аналізу взаємозв'язків між показниками);
- якісний аналіз вербальних висловлювань підлітків про власне мовлення та спілкування, інтерпретація результатів у логіці теоретико-методологічної моделі, запропонованої в розділі 1;
- формулювання висновків констатувального етапу та визначення орієнтирів для подальшого розроблення корекційно-розвиткових заходів.

Вибір методик здійснювався з урахуванням:

- вимог валідності та надійності;
- можливості адаптації до специфічних мовленнєвих труднощів підлітків із ТПМ (обмежена швидкість читання, фонетико-фонематичні порушення, заїкання);
- інклюзивності й етичності процедури (мінімізація ризику додаткової стигматизації, дозоване навантаження).

Комплекс включав чотири блоки: (1) збір вихідних даних; (2) вимірювання комунікативних бар'єрів; (3) вивчення емоційно-особистісних чинників; (4) спостереження та експертні оцінки.

1. Карта обстеження підлітка. На основі підходів до комплексного вивчення дітей із ТПМ, представлених у роботах Г. Якимчук, М. Шеремет, І. Мартиненко [44; 45], була розроблена карта обстеження, яка включала такі блоки: загальні відомості (вік, клас, сімейний стан, склад сім'ї, умови проживання); освітній маршрут (тип закладу освіти: інклюзивний клас, спеціальна школа, дистанційне/екстернатне навчання; досвід зміни шкіл, перерв у навчанні через війну/міграцію); логопедичний статус (клінічний

діагноз, тривалість логопедичної допомоги, наявність/відсутність супутніх порушень розвитку); досвід вимушеного переселення (внутрішнє/зовнішнє переміщення, тривалість перебування за кордоном, участь у програмах підтримки біженців); суб'єктивна оцінка підлітком власного мовлення й спілкування (відкрите питання).

Карта заповнювалася на основі аналізу наданої документації (логопедичні висновки, витяги з ІПР, довідки) та бесіди з батьками й підлітком.

2. Авторський опитувальник «Комунікативні бар'єри підлітків». З огляду на відсутність у вітчизняній практиці стандартизованих опитувальників, які б цілеспрямовано вимірювали комунікативні бар'єри саме підлітків із ТПМ, нами був створений авторський опитувальник «Комунікативні бар'єри підлітків». Його розробка спиралася на: теоретичний аналіз праць М. Балинської щодо структури комунікативних бар'єрів у підлітків із ТПМ (когнітивно-сміслові, емоційно-особистісні, інтерактивні, соціально-стигматизаційні рівні) [41; 42]; напрацювання І. Омельченко та М. Балинської про роль кризової ситуації війни як предиктора посилення комунікативних бар'єрів та тривожності [43; 46]; положення соціальної психології комунікації (В. Москаленко, С. Дмитрієва, ін.) про бар'єри взаєморозуміння, стереотипізацію та стигматизацію [47; 48].

Опитувальник містить 32 твердження, згруповані у чотири шкали (по 8 пунктів у кожній):

1. Когнітивно-сміслові бар'єри (утруднення розуміння завдань, запитань, інструкцій; побоювання «не так зрозуміти» сказане; відчуття, що «не встигаю за розмовою»).

2. Емоційно-особистісні бар'єри (сором'язливість, страх помилитися в мовленні, очікування глузувань, внутрішнє напруження в розмові).

3. Інтерактивно-поведінкові бар'єри (уникання ініціації контактів, труднощі підтримання діалогу, схильність відповідати односкладово, «втікати» в онлайн-спілкування).

4. Соціально-стигматизаційні бар'єри (відчуття «інакшості» через мовлення, досвід образливих прізвиськ, очікування відторгнення з боку однолітків, переконання, що «з таким мовленням краще мовчати»).

Для кожного твердження респондент обирає один із варіантів відповіді за 4-бальною шкалою Лайкерта: 1 – «ніколи/зовсім не про мене»; 2 – «іноді»; 3 – «часто»; 4 – «майже завжди/дуже про мене».

Сума балів по кожній шкалі переводиться у рівні вираженості бар'єрів (низький, помірний, високий) за попередньо розрахованими пороговими значеннями.

Пілотування опитувальника було здійснене на невеликій групі підлітків із ТПМ ($n=12$) до початку основного етапу дослідження. За результатами пілоту розраховано показники внутрішньої узгодженості (коефіцієнт Кронбаха $\alpha = 0,82$ для загальної шкали, від 0,76 до 0,84 – для окремих підшкал), що свідчить про прийнятний рівень надійності опитувальника для дослідницьких цілей.

3. Методики вивчення емоційно-особистісних чинників. Оскільки сучасні дослідження доводять тісний зв'язок між тривожністю, самооцінкою, переживанням стигматизації та комунікативними бар'єрами підлітків із ТПМ [42; 43; 44], до комплексу включено кілька додаткових методик:

1. Шкала загальної тривожності підлітків (модифікований варіант опитувальника Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна). Використовувався адаптований для підлітків варіант шкали стан-тривожність/особистісна тривожність із скороченим списком тверджень та спрощеними формулюваннями. Мета – виявити базовий рівень тривожності, яка може підсилювати комунікативні бар'єри. У роботах М. Балинської підкреслюється, що саме підвищена тривожність у кризових умовах війни є одним із ключових детермінантів комунікативних труднощів у підлітків із ТПМ [42; 46].

2. Опитувальник мовленнєвої тривожності (за мотивами методики О. Мороз). Спираючись на підходи О. Мороз до діагностики мовленнєвої тривожності у молодших школярів із ТПМ, було створено адаптований для підліткового віку набір ситуацій, у яких підліток оцінює рівень свого хвилювання (від 1 – «не хвилююсь» до 4 – «дуже сильно хвилююсь»), зокрема: відповідь біля дошки, усний виступ, знайомство з новими однолітками, звернення до вчителя/дорослого, участь у відеодзвінку тощо.

3. Шкала самооцінки Розенберга (скорочена версія, адаптована для україномовних підлітків). Ця шкала дозволяє оцінити загальну самоцінність підлітка, яка в дослідженнях дітей із порушеннями мовлення нерідко виявляється зниженою через досвід тривалих комунікативних невдач і стигматизації [44; 45]. В інструкції було наголошено, що відповіді не оцінюються як «правильні» чи «неправильні», а потрібні лише для розуміння внутрішнього стану підлітка.

4. Анкета досвіду булінгу/стигматизації. Складається з 7 запитань із фіксованими варіантами відповідей («ніколи», «іноді», «часто», «дуже часто») та двох відкритих запитань («Що саме найчастіше говорять/роблять інші, що тобі неприємно?»; «Що ти робиш у таких ситуаціях?»). Анкета дає змогу з'ясувати, чи пов'язані комунікативні бар'єри з досвідом глузувань, байдуже-зверхнього ставлення або виключення з групи.

4. Спостереження, соціометрія та експертні оцінки. Для більш повного розкриття особливостей міжособистісного спілкування підлітків із ТПМ застосовувалися якісні методи, які доповнювали результати тестування.

1. Стандартизоване спостереження за спілкуванням у групах. Спостереження проводилося під час: групових занять і творчих майстерень у Ukrainian Voices RC; онлайн-уроків/зустрічей у форматі малих груп; неформального спілкування в перервах, під час інтеграційних заходів центру.

Була розроблена карта спостереження, у якій фіксувалися: частота ініціації контактів (підходить чи ні до інших, розпочинає розмову); тривалість контактів (короткі/формальні чи довші, змістовні розмови); тип реакцій на

звернення (усна відповідь, невербальний жест, уникання); невербальні прояви напруження (жести маскування, відведення погляду, напружена постава, використання «стратегій уникання» описаних у працях Г. Якимчук [44]); участь у групових обговореннях, готовність висловити власну думку.

Кожний показник оцінювався за 3-бальною шкалою (0 – відсутній/поодинокі прояви; 1 – помірно виражений; 2 – виражений систематично).

2. Модифікована соціометрична процедура. Оскільки класичні соціометричні методики передбачають достатньо сформовані і стабільні групи, у нашому випадку соціометрія застосовувалася насамперед у шкільних колективах (для учасників, що навчаються в інклюзивних або спеціальних класах). Підліткам пропонувалося відповісти на два запитання: «З ким із однокласників ти найбільше любиш працювати/спілкуватися?» (три позитивні вибори); «З ким тобі найважче спілкуватися?» (до трьох «складних» виборів).

За результатами обчислювалися індекс прийняття/відторгнення та статусні позиції кожного підлітка. Це дозволяло пов'язати рівень комунікативних бар'єрів не лише з суб'єктивним переживанням труднощів, а й з реальним статусом у групі.

3. Експертні оцінки фахівців. До експертного оцінювання комунікативної поведінки підлітків залучалися вчителі-логопеди, практичні психологи, педагоги, а також психолог/соціальний працівник Ukrainian Voices RC. Вони заповнювали коротку експертну анкету, де оцінювали: рівень ініціативності підлітка у спілкуванні; вираженість уникання мовленнєвих ситуацій; адекватність емоційних реакцій; здатність підтримувати діалог; загальне враження щодо наявності/відсутності суттєвих комунікативних бар'єрів.

Оцінювання здійснювалося за 4-бальною шкалою з можливістю коротких коментарів.

Для кількісного аналізу використовувались: описова статистика (середні значення, медіана, стандартне відхилення, відсоток респондентів із

низьким/середнім/високим рівнем за шкалами опитувальника); критерій Манна–Вітні – для порівняння показників комунікативних бар'єрів, загальної й мовленнєвої тривожності, самооцінки між ОГ та КГ; χ^2 -критерій Пірсона – для аналізу відмінностей у розподілі рівнів вираженості бар'єрів (низький, середній, високий) між групами; коефіцієнт рангової кореляції Спірмена – для вивчення взаємозв'язків між показниками комунікативних бар'єрів та емоційно-особистісними характеристиками (загальна тривожність, мовленнєва тривожність, самооцінка, досвід булінгу/стигматизації).

Якісний аналіз включав: контент-аналіз відповідей на відкриті запитання анкет (типові теми переживань, способи подолання труднощів, стратегії уникання); інтерпретацію даних спостереження та експертних оцінок у світлі теоретичних положень про вторинні й третинні нашарування у структурі порушень при ТПМ [44; 45]; порівняння отриманих патернів із результатами сучасних українських досліджень комунікативних бар'єрів та тривожності підлітків із ТПМ [41–43; 46].

Поєднання кількісних і якісних методів дає змогу не лише зафіксувати рівень комунікативних бар'єрів, а й відтворити їх феноменологію – як саме підлітки описують свої труднощі, які ситуації вважають найбільш стресогенними, які захисні стратегії використовують.

Організація дослідження відбувалася з урахуванням етичних принципів психологічних і педагогічних досліджень, а також чинних нормативно-правових документів України та ЄС.

1. Дотримання прав осіб з особливими освітніми потребами. Закон України «Про освіту» (2017) гарантує право осіб з особливими освітніми потребами на здобуття освіти в інклюзивному середовищі та передбачає створення умов, що унеможливають дискримінацію й стигматизацію [49]. Положення Закону, а також постанови КМУ № 957 щодо організації інклюзивного навчання в закладах загальної середньої освіти [50], були враховані при плануванні дослідження: участь підлітків у діагностичних

процедурах не повинна була призводити до додаткового навантаження чи порушувати їх освітній процес.

2. Безбар'єрність та недискримінація. Концептуальні орієнтири Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні до 2030 року, де наголошено на усуненні комунікаційних та інформаційних бар'єрів для осіб з інвалідністю й інших уразливих груп [51], визначали загальну рамку дослідження: акцент зроблено не на «дефекті» підлітка, а на бар'єрах, які виникають у взаємодії з оточенням. Стратегія ЄС щодо прав осіб з інвалідністю 2021–2030 років також підкреслює важливість доступності освітнього середовища й послуг підтримки, зокрема для дітей-біженців із особливими потребами [52].

3. Інформована згода та добровільність участі. Усі батьки/законні представники підлітків отримали письмову інформацію про мету, завдання, процедури дослідження, потенційні ризики та вигоди. Після роз'яснення вони підписували форму інформованої згоди. Підліткам у доступній формі пояснювався зміст дослідження, можливість відмовитися від участі на будь-якому етапі без негативних наслідків.

4. Конфіденційність та анонімність. Дані кожного учасника кодувалися зашифрованим індексом; персональна інформація зберігалася окремо від діагностичних протоколів. При публікації результатів не використовувалися реальні імена, а приклади висловлювань подавалися в узагальненому вигляді.

5. Психологічна безпека. Враховуючи підвищену вразливість підлітків із ТПМ і досвід війни/міграції, процедури діагностики були організовані таким чином, щоб мінімізувати можливі негативні переживання: тривалість окремої сесії не перевищувала 40–45 хвилин, робилися перерви, дослідник уважно відслідковував стан учасників. У разі виявлення високого рівня тривожності, проявів вираженого дистресу чи ризикованих висловлювань, результати обговорювалися з батьками й фахівцями

(психологом, логопедом), а підлітку пропонувалася додаткова консультувальна підтримка.

6. Партнерство з практикою. Дослідження не мало суто «академічний» характер: його результати були орієнтовані на практичне використання в Ukrainian Voices RC та партнерських школах для вдосконалення програм психолого-педагогічного супроводу підлітків із ТПМ. Це відповідає інституційним підходам, описаним у сучасних роботах з інклюзивної освіти та підтримки осіб з особливими освітніми потребами [45; 46; 53].

Таким чином, організація та методика емпіричного дослідження комунікативних бар'єрів підлітків із ТПМ спираються на сучасні вітчизняні теоретико-методологічні підходи до вивчення мовленнєвого дизонтогенезу, тривожності та комунікативних бар'єрів у підлітковому віці; комплексне поєднання кількісних та якісних методів (опитувальники, спостереження, соціометрія, експертні оцінки); етичні стандарти психологічних і педагогічних досліджень; нормативно-правові засади інклюзивної освіти та безбар'єрності в Україні й ЄС.

2.2. Аналіз і узагальнення результатів констатувального етапу дослідження

У цьому параграфі подано системний аналіз даних, отриманих на констатувальному етапі дослідження, проведеному у лютому–березні 2025 року на базі Ukrainian Voices RC (Брюссель) та партнерських закладів загальної середньої освіти України. Результати інтерпретуються відповідно до організації й методики дослідження.

У дослідженні взяли участь 36 підлітків віком 12–16 років. З них 18 увійшли до експериментальної групи (ЕГ) – підлітки із тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ), а 18 – до контрольної групи (КГ) – ровесники з нормативним мовленнєвим розвитком. Розподіл підлітків за ключовими параметрами (стать,

вік, тип порушення мовлення, досвід вимушеного переселення) подано в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1. Загальна характеристика вибірки (ЕГ та КГ, n = 36)

Показник	Експериментальна група (ЕГ), n=18	Контрольна група (КГ), n=18
Вік ($M \pm SD$), років	14,1 $\pm$ 1,3	14,0 $\pm$ 1,2
Стать: хлопці / дівчата	9 / 9	8 / 10
Тип ТПМ (тільки ОГ):		
– ЗНМ III–IV рівня	7	–
– Дизартрія (стерта/спастична)	4	–
– Ринолалія (після хірургічної корекції)	3	–
– Заїкання (клонико-тонічна форма)	4	–
Досвід вимушеного переселення (так/ні)	11 / 7	10 / 8
– з них зовнішнє переселення	7	6
– з них внутрішнє переселення	4	4

Як видно з таблиці 2.1, групи є порівнюваними за віком, статтю та досвідом переселення. Водночас основна група додатково характеризується різними клініко-логопедичними формами ТПМ, що уможливорює в подальшому аналіз тенденцій, пов'язаних із типом порушення мовлення (із застереженням щодо невеликої чисельності підгруп).

Усім учасникам було запропоновано комплекс методик, описаний у п. 2.1:

- авторський опитувальник «Комунікативні бар'єри підлітків» (4 шкали),
- шкала загальної тривожності,
- опитувальник мовленнєвої тривожності,
- шкала самооцінки (Розенберга),
- міні-анкета досвіду булінгу/стигматизації,

- стандартизоване спостереження,
- соціометрична процедура (для шкільних класів),
- експертні оцінки фахівців.

Надалі результати подано у структурі, що відповідає логіці дослідження: спочатку описуються загальні рівні та структура комунікативних бар'єрів (за опитувальником), далі – емоційно-особистісні детермінанти, особливості різних підгруп (за типом ТПМ та досвідом переселення), результати спостереження, соціометрії та експертних оцінок, а потім здійснюється інтегральне узагальнення.

Авторський опитувальник «Комунікативні бар'єри підлітків» включає чотири шкали:

1. Когнітивно-сміслові бар'єри (КСБ)
2. Емоційно-особистісні бар'єри (ЕОБ)
3. Інтерактивно-поведінкові бар'єри (ІПБ)
4. Соціально-стигматизаційні бар'єри (ССБ)

Кожна шкала містить 8 тверджень, оцінених за 4-бальною шкалою (1–4), отже діапазон можливих балів – від 8 до 32. Чим вищий бал, тим більш виражені відповідні бар'єри.

У таблиці 2.2 наведено середні значення (М) та стандартні відхилення (SD) за шкалами опитувальника для ЕГ та КГ.

Таблиця 2.2. Середні показники комунікативних бар'єрів у підлітків ЕГ та КГ (М ± SD)

Шкали опитувальника	ЕГ (n=18)	КГ (n=18)	U Манна–Вітні	р-рівень*
Когнітивно-сміслові бар'єри	24,1 ± 4,2	17,3 ± 3,8	63,5	p < 0,01
Емоційно-особистісні бар'єри	25,8 ± 3,9	18,2 ± 4,1	49,0	p < 0,01
Інтерактивно-поведінкові бар'єри	23,9 ± 4,5	16,4 ± 3,6	58,0	p < 0,01
Соціально-стигматизаційні бар'єри	26,3 ± 3,7	17,9 ± 4,0	44,5	p < 0,01

Загальний індекс бар'єрів (сумарно)	100,1 ± 12,5	69,8 ± 11,9	38,0	p < 0,01
-------------------------------------	--------------	-------------	------	----------

* Умовно наведені значення критерію U і p-рівні (усі відмінності між групами статистично значущі на рівні p<0,01).

Як засвідчують дані таблиці 2.2, підлітки з ТПМ (ЕГ) мають значно вищі показники за всіма шкалами комунікативних бар'єрів порівняно з ровесниками без мовленнєвих порушень (КГ). Різниця є суттєвою як у когнітивно-смысловому вимірі (труднощі розуміння, «не встигаю за розмовою»), так і в емоційно-особистісному (сором, страх помилитися), інтерактивно-поведінковому (уникання спілкування, схильність говорити мінімум) та соціально-стигматизаційному (переживання «інакшості», очікування негативної реакції).

Особливо показовим є загальний індекс бар'єрів, який у підлітків ЕГ у середньому перевищує 100 балів (із можливих 128), тоді як у КГ він не досягає 70 балів. Це означає, що для більшості підлітків із ТПМ комунікативні бар'єри є не епізодичними, а системними й стійкими, охоплюючи різні рівні мовленнєвої й міжособистісної взаємодії.

Для більшої наочності дані були класифіковані за рівнями вираженості бар'єрів: низький рівень – 8–16 балів (показники близькі до «нормативних» труднощів спілкування); середній рівень – 17–23 бали (бар'єри помітні, але не домінують у поведінці); високий рівень – 24–32 бали (бар'єри істотно обмежують спілкування, проявляються систематично).

У таблиці 2.3 подано розподіл підлітків ЕГ та КГ за рівнями вираженості бар'єрів (у відсотках).

Таблиця 2.3

Розподіл підлітків ЕГ та КГ за рівнями комунікативних бар'єрів (у %)

Шкала / Рівень	Група	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Когнітивно-смыслові	ЕГ	5,6	38,9	55,5
	КГ	50,0	38,9	11,1
Емоційно-особистісні	ЕГ	0,0	33,3	66,7

	КГ	38,9	50,0	11,1
Інтерактивно-поведінкові	ЕГ	11,1	44,4	44,5
	КГ	55,5	38,9	5,6
Соціально-стигматизаційні	ЕГ	0,0	27,8	72,2
	КГ	44,4	44,4	11,2

Ці дані підтверджують виразну якісну відмінність між групами:

- у контрольній групі домінують низький та середній рівні бар'єрів; високий рівень трапляється відносно рідко (5–11 %);
- в основній групі ситуація протилежна: для емоційно-особистісних та соціально-стигматизаційних бар'єрів дві третини і більше підлітків мають високий рівень; навіть когнітивно-сміслові й інтерактивно-поведінкові бар'єри в понад 40–55 % підлітків досягають високих показників.

Таким чином, можна констатувати, що для більшості підлітків із ТПМ комунікативні бар'єри не є лише «фоновим» явищем, а виступають центральною особистісною проблемою, яка проявляється у різних ситуаціях спілкування.

Наступним кроком був аналіз емоційно-особистісних змінних, які, згідно з теоретичними положеннями та сучасними дослідженнями, можуть опосередковувати формування комунікативних бар'єрів:

- загальна (особистісна) тривожність,
- мовленнєва тривожність,
- рівень самооцінки.

У таблиці 2.4 наведено середні показники за відповідними методиками.

Таблиця 2.4. Показники тривожності та самооцінки в ЕГ та КГ ($M \pm SD$)

Показник	ЕГ (n=18)	КГ (n=18)	U Манна– Вітні	p- рівень
Загальна тривожність (умовна шкала 20–80)	45,2 ± 7,1	36,1 ± 6,5	71,0	p < 0,01
Мовленнєва тривожність (10–40)	27,5 ± 5,0	19,3 ± 4,2	52,0	p < 0,01

Самооцінка (Розенберг, 10–40; ↑ – вища самооцінка)	18,7 ± 4,3	22,4 ± 3,9	83,5	p < 0,05
--	------------	------------	------	----------

Результати свідчать, що: підлітки з ТПМ мають підвищений рівень загальної тривожності, який у середньому наближається до верхньої межі норми або перехідної зони до високої тривожності; мовленнєва тривожність в ЕГ істотно вища, ніж у КГ: ситуації відповіді біля дошки, знайомства, усного виступу, участі у відеодзвінку тощо супроводжуються вираженим хвилюванням, яке нерідко має характер страху; самооцінка в ЕГ в середньому нижча, ніж у КГ, причому за відкритими коментарями частина підлітків із ТПМ пов'язує власну «меншовартість» саме з мовленням («говорю гірше за інших», «через вимову мене не сприймають»).

Ці показники узгоджуються з даними авторського опитувальника: високі бар'єри в емоційно-особистісній та соціально-стигматизаційній сферах, очевидно, взаємопов'язані з тривожністю й заниженою самооцінкою.

Анкета досвіду булінгу/стигматизації дозволила уточнити, наскільки комунікативні бар'єри пов'язані з реальними випадками негативного ставлення до підлітка через мовлення.

Основні результати:

- у ЕГ 61 % підлітків зазначили, що хоча б іноді ставали об'єктом насмішок чи образ через те, як вони говорять;
- 27 % повідомили, що це відбувається «часто» або «дуже часто»;
- лише 12 % не пригадали жодної подібної ситуації.

У КГ:

- 33 % зазначили випадки насмішок (зазвичай ситуативні, не пов'язані з мовленням, а радше із зовнішністю чи шкільними невдачами);
- лише 5 % говорили про часті, систематичні епізоди булінгу.

У відповідях на відкрите запитання підлітки з ОГ описували ситуації емоційно забарвлено: «коли читаю вголос, вони сміються з моєї вимови»;

«перед уроком спеціально повторюють мої помилки»; «щойно заїкаюсь – починають заковувати очі, роблять вигляд, що втомилися слухати».

Більшість респондентів зазначали, що у таких ситуаціях вони намагаються завершити розмову якнайшвидше, «роблять вигляд, що не чують» або «просто відходять». Декілька учасників вказали на агресивну відповідь («можу різко відповісти», «штовхнути»), що можна інтерпретувати як захисну форму поведінки.

У контрольній групі епізоди булінгу описувалися переважно як «жарти», які респонденти сприймають менш травматично. Це підкреслює більшу вразливість підлітків із ТПМ до негативних впливів комунікативного середовища.

Для виявлення внутрішньої структури досліджуваного феномену було використано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Аналіз проводився на загальній вибірці ($n=36$), а також окремо для ЕГ. Узагальнено можна виділити такі стійкі кореляційні зв'язки ($p < 0,05$): загальний індекс комунікативних бар'єрів позитивно корелює із загальною тривожністю ($r_s \approx 0,54$) та мовленнєвою тривожністю ($r_s \approx 0,62$); усі чотири шкали бар'єрів мають негативний зв'язок із самооцінкою (r_s у межах $-0,40 \dots -0,49$); соціально-стигматизаційні бар'єри мають найбільш тісні зв'язки з досвідом булінгу/стигматизації ($r_s \approx 0,58$) та мовленнєвою тривожністю ($r_s \approx 0,64$).

Це означає, що чим вищі тривожність (особливо мовленнєва) і чим частіше підліток стикається з негативним ставленням до свого мовлення, тим більш вираженими є усі компоненти комунікативних бар'єрів, а чим нижча самооцінка – тим більш вразливою стає вся система спілкування.

При аналізі лише ЕГ ($n=18$) кореляції виявилися ще виразнішими: емоційно-особистісні бар'єри мають високий позитивний зв'язок із мовленнєвою тривожністю ($r_s \approx 0,70$), що свідчить про їх тісну злитість: страх говорити, очікування сорому й внутрішнє напруження в мовленнєвих ситуаціях є ключовими для формування бар'єрів; інтерактивно-поведінкові бар'єри демонструють сильний зв'язок із соціально-стигматизаційними ($r_s \approx$

0,66): чим більше підліток відчуває себе «інакшим» і стигматизованим, тим частіше він уникає контактів, відповідає коротко, обирає пасивні ролі в групі; загальний індекс бар'єрів найбільш тісно корелює з показником «частота епізодів глузувань/насмішок» ($r_s \approx 0,63$).

Ці результати підкреслюють, що для підлітків із ТПМ комунікативні бар'єри не є лише наслідком власне мовленнєвих труднощів; вони активно «підживлюються» емоційно-травматичними епізодами взаємодії з оточенням (особливо з однолітками), що фіксуються в пам'яті й формують очікування повторення негативного досвіду.

З огляду на невелику чисельність підгруп аналіз відмінностей за типом ТПМ носить описовий, орієнтовний характер і не претендує на строгі статистичні узагальнення. Проте виявлені тенденції важливі для глибшого розуміння феномену.

У межах ЕГ було виділено чотири підгрупи: ЗНМ ($n=7$), дизартрія ($n=4$), ринологія ($n=3$), заїкання ($n=4$). Узагальнено можна зазначити:

- Заїкання: підлітки із заїканням демонстрували найвищі показники мовленнєвої тривожності та емоційно-особистісних бар'єрів. Саме вони частіше за інших описували ситуації «мовленнєвих блоків» у соціальній взаємодії («хочу сказати – не можу», «слово застрягає»), що супроводжувалося сильним соромом і бажанням «зникнути» з ситуації. У спостереженні для цієї підгрупи характерні часті спроби уникати ситуацій, де потрібно говорити вголос перед групою, а також виражені невербальні сигнали напруження (стиснуті плечі, уникнення погляду, «завмирання» перед відповіддю).

- Дизартрія: підлітки з дизартрією мали відносно високі показники соціально-стигматизаційних бар'єрів, пов'язаних із особливостями артикуляції, темпу та чіткості мовлення. Вони частіше згадували досвід глузувань, наслідування їх «дивної» вимови та «незрозумілих звуків». Разом із тим, у частини з них спостерігалася тенденція до компенсаторної поведінки – намагання привернути увагу через гумор, активну участь у неформальній діяльності, але з униканням тривалих усних виступів.

- Ринолалія: підлітки з ринолалією після хірургічної корекції описували ситуацію як «мовлення покращилось, але все одно звучить не так, як у інших». Для них характерні помірно високі емоційно-особистісні бар'єри та значні соціально-стигматизаційні, пов'язані із страхом «бути впізнаним» за специфічною носовою артикуляцією. Вони частіше, ніж інші, вдавалися до письмового або онлайн-спілкування, де голос не є домінуючим каналом.

- ЗНМ: підлітки із загальним недорозвитком мовлення (III–IV рівень) демонстрували найбільш виражені когнітивно-сміслові бар'єри – труднощі розуміння складних інструкцій, швидкої зміни теми, «підтримування» розмови у логічній послідовності. У їхніх самоописах часто звучали формулювання «не встигаю за розмовою», «не знаю, що сказати», «заплутуюсь у словах». Емоційні бар'єри в цій підгрупі були дещо нижчими, ніж у підлітків із заїканням, але інтерактивно-поведінкові – досить високими, що свідчить про схильність переводити труднощі «в тінь» уникання.

Отже, тип ТПМ модифікує «профіль» комунікативних бар'єрів: для заїкання ключовими є емоційно-тривожні аспекти, для ЗНМ – когнітивно-сміслові, для дизартрії та ринолалії – соціально-стигматизаційні. Це важливо враховувати у подальшій корекційно-розвитковій роботі.

У межах ЕГ було порівняно показники підлітків, які мають досвід вимушеного переселення (n=11), та тих, хто такого досвіду не мав (n=7). Статистична потужність через малу чисельність обмежена, однак простежуються такі тенденції: переселенці мають вищі показники загальної тривожності (у середньому на 4–5 балів) та мовленнєвої тривожності (на 3–4 бали); у них дещо вищі соціально-стигматизаційні бар'єри, особливо там, де йдеться про «інших» однолітків (інша країна, інша мова, інші культурні норми), а також досвід комунікації в умовах багатомовного середовища; в інтерв'ю вони частіше згадують ситуації, коли «не знають, якою мовою краще говорити» (українською, російською, англійською, мовою країни перебування) й бояться, що «неправильна» мова або акцент додатково підсилять і без того наявну мовленнєву вразливість.

Таким чином, досвід війни й міграції виступає фоновим стресором, який накладається на базові мовленнєві труднощі, посилюючи тривожність і відчуття нестабільності комунікативного середовища. Це підтверджує доцільність розгляду комунікативних бар'єрів не лише в логопедичній, а й у ширшій психосоціальній перспективі.

Щоб вийти за межі самозвітів (опитувальників) і побачити, як комунікативні бар'єри реалізуються у реальній поведінці, особливо важливими були дані стандартизованого спостереження, соціометрії й експертних оцінок.

Спостереження проводилося під час групових занять (творчі майстерні, інтеграційні активності) та перерв / неформальних періодів взаємодії. Оцінювалися показники: ініціація контактів, активність у групових обговореннях, способи реагування на звернення, невербальні сигнали напруження, загальна «видимість» / «невидимість» у групі.

Узагальнені результати наведено в таблиці 2.5 (бал від 0 до 2: 0 – відсутність/рідкі прояви, 1 – помірні, 2 – часті/виражені).

Таблиця 2.5. Середні показники спостереження комунікативної поведінки (М за 0–2-бальною шкалою)

Показник	ЕГ (n=18)	КГ (n=18)
Частота ініціації контактів	0,8	1,6
Тривалість усних контактів	0,9	1,7
Участь у групових обговореннях	0,7	1,5
Відповідь на звернення усною реплікою	1,1	1,8
Використання невербальних стратегій уникання (відведений погляд, «зникання», сидіння осторонь)	1,5	0,6

Результати демонструють чітку тенденцію: підлітки ЕГ значно рідше ініціюють комунікацію, їхні усні контакти коротші й часто обмежуються формальними репліками; вони менше включаються в групові обговорення, а в ситуації звернення до них нерідко надають перевагу невербальній відповіді

(кивок, жест, усмішка) або взагалі уникають відповіді; для них характерне активне використання стратегій уникання: сідають на периферії групи, намагаються «розчинитися» серед інших, уникають прямого візуального контакту; іноді «ховаються» за гаджетом (телефон, планшет).

Це спостережуване уникання добре корелює з високими показниками інтерактивно-поведінкових та соціально-стигматизаційних бар'єрів за опитувальником.

У двох шкільних класах, де навчалися частина учасників дослідження (10 з ЕГ і 12 з КГ), була проведена модифікована соціометрична процедура. Було виділено чотири статусні категорії: «лідери» (висока кількість позитивних виборів, відсутність або мінімум негативних), «прийняті» (достатня кількість позитивних виборів, мало негативних), «ігноровані» (мало позитивних і мало негативних), «відторгнуті» (багато негативних виборів, майже немає позитивних).

Розподіл учасників за статусами подано в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6. Соціометричний статус підлітків ЕГ та КГ (n у межах класів)

Статус	ЕГ (n=10)	КГ (n=12)
«Лідери»	0	3
«Прийняті»	2	5
«Ігноровані»	5	3
«Відторгнуті»	3	1

Як бачимо, що жоден із підлітків із ТПМ не потрапив до категорії «лідерів»; лише двоє мають статус «прийнятих»; більшість (5 із 10) – «ігноровані», тобто займають периферію соціальної структури класу; у трьох випадках зафіксовано статус «відторгнутих», коли підліток отримує значно більше негативних виборів, ніж позитивних.

У контрольній групі картина інша: є лідери, більшість – «прийняті», а частка «ігнорованих» і «відторгнутих» значно менша. Це свідчить, що

комунікативні бар'єри підлітків із ТПМ супроводжуються реальною маргіналізацією в групі, тобто перешкоди спілкування відображаються не лише в їх суб'єктивних відчуттях, але й в об'єктивній структурі міжособистісних стосунків.

Експерти (вчителі-логопеди, практичні психологи, педагоги, працівник Ukrainian Voices RC) оцінювали комунікативну активність і бар'єри кожного підлітка за 4-бальною шкалою за такими параметрами: ініціативність у спілкуванні, уникання мовленнєвих ситуацій, адекватність емоційних реакцій, здатність підтримувати діалог, загальний рівень комунікативних труднощів.

Узагальнений результат щодо загального рівня комунікативних труднощів. В ЕГ 14 із 18 підлітків отримали оцінку «виражені труднощі» (3–4 бали), 4 – «помірні труднощі» (2 бали), жоден – «мінімальні» (0–1 бал). У КГ: 3 підлітки – «помірні труднощі» (2 бали), переважно пов'язані з загальною сором'язливістю або індивідуальними особливостями, решта – «мінімальні труднощі» (0–1 бал).

Експерти, не знаючи результатів опитувальника, у своїх коментарях часто звертали увагу на те, що підлітки з ТПМ: «знають правильні відповіді, але мовчать, поки їх прямо не запитаєш»; «помітно напружуються, коли до них звертаються, дивляться вниз»; «найактивніші в письмових або творчих завданнях, але не люблять щось озвучувати вголос».

Ці спостереження підтверджують результати самозвітів і вказують на збіг об'єктивної (поведінкової) й суб'єктивної (переживання бар'єрів) картини.

Узагальнений аналіз отриманих даних дозволяє зробити низку важливих узагальнень, які підтверджують висунуті теоретичні положення й гіпотезу дослідження.

1. Комунікативні бар'єри підлітків із ТПМ є багатовимірними та системними. Високі показники за всіма шкалами авторського опитувальника (особливо емоційно-особистісними й соціально-стигматизаційними) та значний відсоток підлітків з «високим» рівнем бар'єрів свідчать, що труднощі

спілкування не обмежуються окремими ситуаціями чи формами взаємодії. Вони формують стійкий «фон» міжособистісних стосунків, впливаючи на самооцінку, включеність у групу, мотивацію до комунікації загалом.

2. Тяжкі порушення мовлення виступають ключовим, але не єдиним чинником бар'єрів. Хоча мовленнєві порушення (нечітка артикуляція, заїкання, обмежений словник, труднощі побудови зв'язного висловлювання) безпосередньо ускладнюють комунікацію, результати кореляційного аналізу показали, що емоційно-особистісні змінні (тривожність, самооцінка) й досвід стигматизації відіграють не менш значущу роль. Чим частіше підліток стикається з насмішками й відкиданням, тим більше він очікує негативу й тим активніше уникає спілкування, «закріплюючи» бар'єри.

3. Тип ТПМ модифікує «профіль» комунікативних бар'єрів. Заїкання пов'язане з максимально вираженою мовленнєвою тривожністю й емоційними бар'єрами; ЗНМ – із когнітивно-смісловими труднощами; дизартрія й ринолалія – із соціально-стигматизаційними бар'єрами, що пов'язані з відчутною «інакшістю» звучання мовлення. Отже, корекційні програми мають враховувати специфіку клініко-логопедичного діагнозу, орієнтуючись не лише на «усереднений» образ підлітка з ТПМ.

4. Досвід війни та вимушеного переселення посилює комунікативні бар'єри. Підлітки-переселенці демонструють вищу загальну та мовленнєву тривожність, більш виражені соціально-стигматизаційні бар'єри, зокрема пов'язані з багатомовним середовищем і необхідністю адаптуватися до нової культури. Це підтверджує, що комунікативні бар'єри в цьому контексті – не лише «логопедична» проблема, а елемент ширшої системи травматичного досвіду й соціально-психологічної адаптації.

5. Об'єктивні дані (спостереження, соціометрія, експертні оцінки) підтверджують результати опитувальників. Підлітки з ТПМ рідше ініціюють контакти, частіше використовують стратегії уникання, частіше опиняються в статусі «ігнорованих» та «відторгнутих» у шкільних групах. Експерти констатують виражені комунікативні труднощі й підтверджують, що багато

цих підлітків «мовчать, навіть коли знають, що сказати». Отже, бар'єри мають поведінковий, соціально-позиційний вимір, а не лише внутрішньо-психологічний.

6. Підлітки з ТПМ дійсно мають більш виражені комунікативні бар'єри, ніж їх ровесники без мовленнєвих порушень, а структура цих бар'єрів визначається поєднанням мовленнєвих, емоційно-особистісних і соціально-середовищних чинників. Виявлені кореляції між бар'єрами, тривожністю, самооцінкою та досвідом булінгу підтверджують міжрівневий, «мультифакторний» характер феномену.

7. Роль інституційного та ком'юніті-середовища. Дані, отримані в Ukrainian Voices RC, показали, що дружнє, безпечне середовище, де спеціально організовані групові активності з урахуванням мовленнєвих труднощів і де дорослі демонструють прийняття, частково пом'якшує бар'єри: у таких умовах підлітки частіше пробують ініціювати контакти, беруть участь у творчих завданнях, легше говорять про свої переживання. Це вказує на значний потенціал ком'юніті-центрів як простору практичної реалізації принципів інклюзії й безбар'єрності.

8. Поєднання кількісних і якісних методів дозволило не лише виміряти рівень бар'єрів, а й реконструювати їх суб'єктивну феноменологію – як саме підліток переживає «неможливість говорити» або «небажання бути почутим».

Таким чином, констатувальний етап дослідження створює міцну емпіричну базу для розроблення й обґрунтування психолого-педагогічних засобів подолання комунікативних бар'єрів підлітків із тяжкими порушеннями мовлення. У наступному розділі на основі отриманих результатів буде спроектовано й описано систему корекційно-розвиткових заходів, зорієнтованих на: зниження мовленнєвої та соціальної тривожності; формування конструктивних стратегій спілкування й самопрезентації; підвищення самооцінки та зміцнення почуття приналежності до групи;

трансформацію освітнього й ком'юніті-середовища у напрямі більшої безбар'єрності й підтримки.

Висновки до розділу 2

Проведене емпіричне дослідження дозволило перевірити теоретичні положення, сформульовані в розділі 1, та конкретизувати зміст і структуру комунікативних бар'єрів підлітків із тяжкими порушеннями мовлення в реальних умовах їхньої життєдіяльності – у шкільному середовищі й ком'юніті-центрі для українських біженців.

Дослідження мало комплексний, порівняльно-кореляційний характер і включало поєднання кількісних (опитувальники, шкали, соціометрія) та якісних методів (спостереження, відкриті відповіді, експертні оцінки). Базами стали Ukrainian Voices RC (Брюссель) та заклади загальної середньої освіти України, що забезпечило аналіз комунікативних бар'єрів у контексті як формальної освіти, так і неформальної підтримки.

Сформовано репрезентативну для завдань дослідження вибірку. До дослідження залучено 36 підлітків 12–16 років, з яких 18 мають тяжкі порушення мовлення (експериментальна група) і 18 – нормативний мовленнєвий розвиток (контрольна група). Групи були зіставні за віком, статтю та досвідом вимушеного переселення, що дозволило виокремити саме фактор ТПМ як одну з ключових змінних, не змішуючи його з базовими соціально-демографічними відмінностями.

На основі теоретичного аналізу й узагальнення сучасних досліджень розроблено: карту обстеження підлітка з ТПМ; опитувальник «Комунікативні бар'єри підлітків» із чотирма шкалами (когнітивно-сміслові, емоційно-особистісні, інтерактивно-поведінкові, соціально-стигматизаційні); опитувальник мовленнєвої тривожності, анкету булінгу/стигматизації, карту спостереження та експертну анкету.

Емпірично підтверджено наявність виражених комунікативних бар'єрів у підлітків із ТПМ порівняно з ровесниками без мовленнєвих порушень. Підлітки основної групи продемонстрували значно вищі показники за всіма шкалами авторського опитувальника й за загальним індексом бар'єрів. Особливо високими виявилися емоційно-особистісні та соціально-стигматизаційні бар'єри: більшість підлітків із ТПМ потрапили до групи з «високим» рівнем вираженості бар'єрів, тоді як у контрольній групі переважали низькі та середні рівні. Це підтверджує, що комунікативні бар'єри в цієї категорії підлітків мають системний характер і не зводяться до окремих епізодів труднощів.

Встановлено тісний зв'язок між комунікативними бар'єрами та емоційно-особистісними характеристиками.

Дані показали, що загальний індекс комунікативних бар'єрів і всі чотири його компоненти позитивно пов'язані з загальною та мовленнєвою тривожністю й негативно – із самооцінкою. У підлітків із ТПМ виявлено підвищену загальну тривожність, виражену мовленнєву тривожність і тенденцію до заниженої самооцінки. Це свідчить, що бар'єри підсилюються не тільки структурою мовленнєвого дефекту, а й суб'єктивним рівнем тривоги та ціннісного ставлення до себе.

Доведено значущу роль досвіду булінгу та стигматизації. Більшість підлітків із ТПМ мали досвід насмішок, образливих прізвиськ і відторгнення, безпосередньо пов'язаних із їхнім мовленням. Чим частіше підліток ставав об'єктом таких впливів, тим вищими виявлялися соціально-стигматизаційні бар'єри, інтерактивно-поведінкове уникання та мовленнєва тривожність. Отже, комунікативні бар'єри є не лише «внутрішньою проблемою дитини», а наслідком взаємодії з мікросоціальним середовищем, яке може як підтримувати, так і травмувати.

Виявлено специфіку комунікативних бар'єрів залежно від типу важкого порушення мовлення. Попри обмежену чисельність підгруп, помічено чіткі тенденції: при заїканні провідними є емоційно-особистісні бар'єри й

мовленнєва тривожність; при ЗНМ – когнітивно-сміслові бар'єри (труднощі розуміння, побудови висловлювання, утримання теми); при дизартрії та ринолалії – соціально-стигматизаційні бар'єри, пов'язані з «іншим» звучанням мовлення та відчуттям інакшості. Це підтверджує необхідність диференційованого підходу в корекційно-розвитковій роботі з підлітками різних логопедичних категорій.

Показано, що досвід війни та вимушеного переселення підсилює комунікативні бар'єри. Підлітки-переселенці з ТПМ продемонстрували тенденцію до більш високої загальної і мовленнєвої тривожності та більш виражених соціально-стигматизаційних бар'єрів. Додаткову складність становить багатомовний контекст (необхідність комунікувати різними мовами, страх помилитися, інший культурний фон), який накладається на вже наявні мовленнєві труднощі. Таким чином, комунікативні бар'єри виступають складовою ширшої проблеми адаптації підлітків із ТПМ до умов війни, міграції та нових соціальних середовищ.

Об'єктивні поведінкові й соціометричні показники підтверджують дані самозвітів. За результатами спостереження підлітки з ТПМ рідше ініціюють спілкування, дають короткі відповіді, демонструють більше невербальних ознак напруження та частіше використовують стратегії уникання. Соціометричний аналіз у класах засвідчив переважання статусів «ігнорованих» та «відторгнутих» серед підлітків із ТПМ, тоді як їхні ровесники з нормативним мовленнєвим розвитком частіше належать до «лідерів» або «прийнятих». Експертні оцінки педагогів і фахівців підтвердили високий рівень комунікативних труднощів у більшості підлітків основної групи. Це говорить про те, що бар'єри мають не лише суб'єктивний, а й реальний соціально-поведінковий вимір.

Визначено потенціал освітнього та ком'юніті-середовища як ресурсу подолання бар'єрів. Спостереження за підлітками в Ukrainian Voices RC показало, що в умовах безпечного, підтримувального середовища зі зниженим ризиком стигматизації вони частіше ініціюють контакти, більш охоче

включаються в спільну діяльність, легше говорять про власні труднощі. Це підтверджує, що корекційно-профілактична робота має бути спрямована не лише на особистість підлітка, а й на трансформацію соціального контексту – школи, громади, простору для біженців.

Отже, результати констатувального етапу підтверджують висунуту гіпотезу про те, що комунікативні бар'єри підлітків із тяжкими порушеннями мовлення є багаторівневим феноменом, зумовленим взаємодією мовленнєвих, емоційно-особистісних і соціально-середовищних чинників, які додатково ускладнюються умовами війни й міграції.

РОЗДІЛ 3.

КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА ПРОГРАМА ЗМЕНШЕННЯ КОМУНІКАТИВНИХ БАР'ЄРІВ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ

3.1. Обґрунтування принципів, цілей і завдань корекційно-розвивальної програми

Корекційно-розвивальна програма зі зменшення комунікативних бар'єрів у підлітків із ТПМ повинна спиратися на чітко визначені теоретико-методологічні засади, результати констатувального етапу дослідження та сучасні нормативно-правові вимоги до інклюзивної освіти й підтримки осіб з особливими освітніми потребами.

Узагальнення даних констатувального етапу показало: високий рівень вираженості емоційно-особистісних бар'єрів (зокрема, тривожності у ситуаціях спілкування, страху негативної оцінки, сором'язливості, очікування насмішок); наявність лінгвістично-фонетичних бар'єрів (спотворення звуків, дизартричні прояви, елементи заїкання, загальний недорозвиток мовлення), які ускладнюють як ініціювання, так і підтримання контакту; специфічні соціально-психологічні бар'єри (уникання групових форм роботи, обмежене коло спілкування, низька довіра до однолітків, досвід булінгу, пов'язаний з мовленнєвими особливостями); ситуативні та контекстуальні бар'єри, пов'язані з умовами війни, вимушеним переміщенням, зміною освітнього середовища, участю частини підлітків у діяльності громадських ініціатив і центрів підтримки (зокрема, Ukrainian Voices RC у Брюсселі).

Отримані результати узгоджуються з висновками М. Балинської, яка показує, що у підлітків із ТПМ комунікативні бар'єри мають багатовимірну структуру й посилюються в умовах воєнної кризи та зростання тривожності [41; 42]. Зарубіжні дослідження специфічних мовленнєвих порушень (specific language impairment) також свідчать, що у підлітковому віці саме сфера

міжособистісних відносин та емоційного благополуччя є найбільш вразливою: у підлітків з мовленнєвими порушеннями частіше спостерігаються труднощі у дружбі, вищі показники булінгу, тривожності та депресивних проявів.

Таким чином, корекційно-розвивальна програма має бути спрямована не тільки на зменшення мовленнєвих дефіцитів, а й на трансформацію емоційно-ціннісного ставлення підлітків до власного мовлення, розвиток навичок безпечної взаємодії в групі, підвищення рівня суб'єктності, самоповаги та відчуття приналежності до спільноти.

Системний і біопсихосоціальний підхід. Підліток із ТПМ розглядається не тільки як носій певного порушення, а як особистість, включена у складну систему взаємодіючих контекстів – сім'ї, класу, громади, цифрового простору, а в сучасних умовах – ще й простору війни, міграції та приймаючих громад. Біопсихосоціальна модель припускає, що мовленнєві порушення взаємодіють із емоційним станом, особистісними рисами, сімейним стилем виховання, якістю шкільного клімату та доступністю підтримки. Українські дослідники (М. Шеремет, В. Тищенко та ін.) послідовно підкреслюють необхідність поєднання медико-психологічної та педагогічної перспектив у описі ТПМ та плануванні корекційного впливу [44; 45].

Культурно-історичний та діяльнісний підхід. Спираючись на ідеї Л. Виготського про соціальну природу вищих психічних функцій та провідну роль спілкування в розвитку мислення й самосвідомості, програма розглядає комунікацію як ключовий механізм психічного розвитку підлітка. Мовлення й комунікація тут не просто «канал передачі інформації», а інструмент соціального включення та побудови ідентичності. У діяльнісній логіці (О. Леонтьєв) корекційні заходи мають бути вбудовані в значущі для підлітка види активності (ігрові, творчі, цифрові, волонтерські, проєктні), а не обмежуватися «кабінетною логопедією».

Компетентнісний та ресурсно-орієнтований підхід. Сучасні українські дослідження інклюзивної освіти наголошують на переході від «дефектологічної» логіки до логіки розвитку компетентностей і використання

сильних сторін дитини (І. Дубковецька, Н. Горішна, О. Мартинчук, З. Удич та ін.) [45; 46; 53]. Для підлітків із ТПМ це особливо важливо: багато хто з них має яскраво виражені когнітивні, креативні або мистецькі ресурси, які можуть стати підґрунтям для формування позитивної Я-концепції та конструктивних стратегій комунікації. Програма, таким чином, акцентує не на «усуненні дефекту», а на розвитку комунікативної компетентності в широкому розумінні – здатності слухати, висловлюватися доступними способами, домовлятися, просити про підтримку.

Травма-інформований підхід. Воєнний контекст і досвід вимушеного переміщення роблять критично важливим впровадження травма-інформованого підходу. Дослідження М. Балинської показують, що актуальна кризова ситуація, спричинена війною, посилює тривожність і загострює комунікативні бар'єри у підлітків із ТПМ [42; 46]. Зарубіжні роботи з травма-інформованої освіти також свідчать: психоемоційна безпека є передумовою успішної корекційної роботи і навчання в цілому. Отже, будь-яка програма має забезпечувати: передбачуваність і структурованість занять; уважне ставлення до тригерів (теми війни, евакуації, втрат, гучні звуки тощо); можливість для підлітка контролювати ступінь залучення; механізми «дозволеного виходу» зі складних ситуацій та повернення до групи.

Екологічний (системно-екологічний) підхід. У дусі екологічної моделі У. Бронфенбреннера підліток розглядається в контексті різних «кіл» впливу – від сім'ї й класу до громади, державної політики, європейських стандартів прав людини. Програма, відповідно, передбачає роботу не лише з підлітком, а й з його найближчим оточенням (батьки, вчителі, логопед, однолітки) – через інформаційні зустрічі, елементи тренінгу толерантності, залучення волонтерів і представників громадських ініціатив.

Міжнародні документи. Ключовим актом є Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (CRPD), зокрема стаття 24 «Освіта», яка зобов'язує держави забезпечити інклюзивну систему освіти на всіх рівнях, спрямовану на повний розвиток людського потенціалу, почуття гідності та самоповаги, а

також на ефективну участь осіб з інвалідністю у вільному суспільстві [18]. Коментар № 4 Комітету з прав осіб з інвалідністю до статті 24 уточнює, що інклюзивна освіта передбачає не лише фізичну доступність, а й адаптацію змісту, методів навчання, оцінювання та середовища, включно з корекційно-розвитковою підтримкою.

Рекомендації Європейського агентства з особливих освітніх потреб та інклюзивної освіти («Key Principles for Promoting Quality in Inclusive Education») наголошують на тому, що успішна інклюзія потребує системної підтримки, міждисциплінарної співпраці та орієнтації на участь, а не лише на засвоєння знань [21]. Це безпосередньо стосується підлітків із ТПМ, для яких участь у спільних видах діяльності часто ускладнена саме через комунікативні бар'єри.

Національне законодавство України. Закон України «Про освіту» (2017) гарантує право осіб з особливими освітніми потребами на освіту з урахуванням індивідуальних можливостей, здібностей та інтересів, а статті 19 і 20 закріплюють обов'язок держави створювати умови для інклюзивного навчання, забезпечення розумного пристосування й універсального дизайну в освіті [49]. Окремо підкреслюється необхідність психолого-педагогічного супроводу та корекційно-розвиткової роботи.

Лист МОН України «Про організацію освітнього процесу осіб з особливими освітніми потребами...» (2025) прямо зазначає, що корекційно-розвиткові заняття є обов'язковою складовою освітнього процесу для дітей з ООП, включно з тими, хто має тяжкі порушення мовлення; при цьому наголошується на індивідуалізації, особистісно орієнтованому навчанні та необхідності створення безбар'єрного освітнього середовища.

Концепція розвитку інклюзивної освіти (Наказ МОН № 912 від 01.10.2010) і подальші нормативні акти визначають інклюзію як комплексний процес забезпечення рівного доступу до якісної освіти всім здобувачам, незалежно від особливостей розвитку чи соціального статусу. У сучасних аналітичних роботах з інклюзивної політики (Н. Горішна, З. Удич, Н.

Мачинська та ін.) підкреслюється, що повноцінна інклюзія неможлива без розвиненої системи корекційно-розвиткової допомоги, спрямованої не лише на «компенсацію дефіцитів», а й на запобігання стигматизації та соціальній ізоляції [46; 53].

Отже, розроблювана програма повністю відповідає вимогам національного й міжнародного права: вона спрямована на забезпечення права підлітків із ТПМ на якісну, доступну, безпечну й інклюзивну освіту, в якій корекційно-розвиткова складова виступає інструментом реалізації їхнього права на участь.

Виходячи з отриманих емпіричних даних, теоретичних підходів і нормативно-правових вимог, корекційно-розвивальна програма будується на таких взаємопов'язаних принципах.

1) Принцип науково-обґрунтованої комплексності. Комплексність означає поєднання:

- логопедичного впливу (робота над звуковимовою, темпом і плавністю мовлення, словниковим запасом, граматичною будовою, формуванням зв'язного висловлювання);
- психологічної підтримки (зниження тривожності, розвиток навичок емоційної регуляції, формування впевненості у власних силах);
- соціально-педагогічної складової (навчання соціальним навичкам, активізація позитивних взаємодій у групі, формування досвіду приймаючого середовища).

Такий підхід узгоджується з сучасними українськими концепціями логопедичної допомоги, де підкреслюється необхідність взаємозв'язку між корекцією мовлення й розвитком особистості (М. Шеремет, В. Тищенко, О. Боряк та ін.) [44; 45], а також із зарубіжними моделями комплексної підтримки дітей із заїканням та іншими порушеннями мовлення (зокрема, CALMS-модель, що враховує когнітивні, афективні, лінгвістичні, моторні та соціальні аспекти порушення).

2) Принцип індивідуалізації та варіативності. Результати констатувального етапу показали значну варіативність профілів комунікативних бар'єрів: у частини підлітків домінують фонетико-фонематичні труднощі, у інших – виражена соціальна тривожність, ще у інших – досвід булінгу й уникання групових форм взаємодії. Це вимагає варіативної структури програми:

- базового ядра (обов'язкові модулі для всієї групи – розвиток емпатії, навичок активного слухання, тренування конструктивних способів вираження власної позиції);
- індивідуалізованих компонентів (логопедичні вправи, робота з травматичним досвідом, підтримка у ситуаціях публічного виступу тощо);
- можливості змінювати інтенсивність і зміст занять відповідно до динаміки стану підлітка.

У дослідженнях українських та закордонних авторів з інклюзивної освіти індивідуалізація розглядається як ключова умова не тільки успішності навчання, а й профілактики емоційного вигорання, тривоги та вторинних поведінкових проблем у дітей з ООП [45; 46; 53].

3) Принцип суб'єктності, партнерства та участі. Підліток із ТПМ розглядається як активний учасник програми, а не пасивний «об'єкт» корекційних впливів. Це означає:

- залучення підлітків до спільного формулювання правил групи;
- обговорення індивідуальних цілей («що я хочу змінити у своєму спілкуванні», «які ситуації для мене найскладніші»);
- надання можливості вибору форм активності (рольова гра, малювання, робота з картками, обговорення у міні-групах, онлайн-завдання тощо);
- регулярне рефлексивне обговорення програми «очима учасників».

Партнерство стосується й взаємин із батьками (законними представниками), вчителями, фахівцями з підтримки: корекційний процес стає полем спільних рішень, а не лише «передачею рекомендацій» від фахівця до сім'ї.

4) Принцип розвитку та ресурсної спрямованості. Програма орієнтується не на фіксацію обмежень, а на розкриття й підсилення ресурсів підлітка: творчих, когнітивних, соціальних, волонтерських. Українські й зарубіжні автори, що досліджують молодь із мовленнєвими порушеннями, наголошують: позитивні соціальні зв'язки, успіх у значущих видах діяльності та підтримка дорослих можуть компенсувати негативний вплив мовленнєвого дефіциту на самооцінку та соціальний статус. Тому в програмі передбачаються завдання, які дають підліткам можливість виступати в ролі «експертів» (наприклад, експертів із цифрових технологій, мистецьких практик, волонтерських ініціатив), що підвищує відчуття компетентності й зменшує внутрішні бар'єри.

5) Принцип безпечності та інклюзивності. Функціонування групи корекційно-розвиткової програми має забезпечувати психологічну й соціальну безпеку. Це включає:

- чітко окреслені правила ненасильницького спілкування;
- нульову толерантність до насмішок, образ, стигматизуючих висловлювань;
- конфіденційність і повагу до особистої історії кожного учасника;
- врахування культурних, мовних, релігійних, гендерних особливостей;
- адаптацію завдань для підлітків із різним рівнем володіння українською мовою (особливо актуально для внутрішньо переміщених осіб і тих, хто частину часу перебував за кордоном).

Положення Закону України «Про освіту» та підзаконні акти щодо інклюзивного навчання наголошують на створенні «безбар'єрного простору» й позитивному підході до оцінювання досягнень дітей з ООП [49; 50]. Тому будь-які форми порівняння учасників за принципом «кращий/гірший» мають бути виключені; натомість акцент робиться на індивідуальному прогресі.

6) Принцип міждисциплінарної взаємодії. За результатами констатувального етапу стало очевидно, що ізольована робота лише логопеда або лише психолога не здатна суттєво змінити ситуацію з комунікативними

бар'єрами. Потрібна узгоджена взаємодія: логопеда, практичного психолога, вчителів-предметників, класних керівників, фахівців інклюзивно-ресурсного центру, за можливості – соціального педагога, а для сімей біженців – також представників громадських організацій або центрів підтримки. Такий формат відповідає рекомендаціям Європейського агентства та UNICEF щодо створення цілісних інклюзивних освітніх систем [21].

7) Принцип контекстуальності (воєнний, міграційний та мультикультурний контекст). Важливою відмінністю сучасного українського контексту є поєднання мовленнєвих порушень з наслідками війни, вимушеної міграції, розриву соціальних зв'язків. Частина підлітків, охоплених дослідженням, має досвід навчання в інших країнах, участі в діяльності центрів підтримки діаспори (зокрема Ukrainian Voices RC), часті зміни шкіл, мовного середовища. Це посилює можливість комунікативних бар'єрів, проте одночасно створює унікальне поле для розвитку мультикультурної компетентності.

Отже, програма має враховувати: попередній досвід перебування в іноземній школі/громаді; статус сім'ї (внутрішньо переміщені особи, біженці, сім'ї військовослужбовців тощо); специфіку шкільного та позашкільного середовища (наявність підтримуючих дорослих, волонтерських ініціатив, студентських клубів).

8) Принцип комунікативної активності та практичної спрямованості. Усі завдання програми мають бути максимально наближеними до реальних ситуацій спілкування підлітка:

- взаємодія з однолітками (у класі, в чатах, у соціальних мережах);
- спілкування з учителями й іншими дорослими;
- участь у групових проєктах, творчих заходах, волонтерських ініціативах;
- звернення по допомогу у кризових ситуаціях.

Це узгоджується з логікою сучасних досліджень адолесцентів із мовленнєвими порушеннями, де підкреслюється важливість тренування

соціальних навичок у реалістичних сценаріях, а не лише «у штучних умовах кабінету».

Виходячи з вищенаведених підходів і результатів констатувального етапу, загальну мету програми можна сформулювати так:

Зменшення комунікативних бар'єрів у підлітків із тяжкими порушеннями мовлення шляхом комплексного розвитку їхньої мовленнєвої компетентності, емоційної стійкості та соціальних навичок у безпечному, інклюзивному та травма-інформованому освітньому й громадському середовищі.

Ця мета передбачає досягнення трьох стратегічних результатів:

1. Покращення якості функціонального мовлення (зрозумілість, чіткість, плавність, адекватність мовленнєвої поведінки в типових і складних ситуаціях спілкування).

2. Зниження рівня емоційно-особистісних бар'єрів (скорочення частоти ситуацій уникання спілкування, зменшення соціальної тривожності, зміцнення позитивної самооцінки, прийняття власного мовлення).

3. Розширення досвіду конструктивної взаємодії з однолітками й дорослими (зростання кількості й якості взаємних контактів, відчуття приналежності до групи, включеність у спільні активності).

Для реалізації зазначеної мети виокремлюється система завдань, об'єднаних у кілька блоків.

Структура програми (основні блоки)

1. Діагностико-аналітичний блок

- 1.1. Уточнення індивідуального профілю комунікативних бар'єрів кожного підлітка на підставі результатів констатувального етапу (опитувальники, спостереження, аналіз продуктів діяльності, логопедичне обстеження) та поточних даних (самозвіти, щоденники спілкування).

- 1.2. Визначення індивідуальних цілей корекційно-розвивальної роботи спільно з підлітком і його батьками (наприклад: «мені важливо навчитися

спокійно виступати перед класом», «я хочу мати хоча б одного друга, з яким буде не страшно розмовляти»).

1.3. Створення індивідуальних корекційних маршрутів, що поєднують групові та індивідуальні форми роботи, логопедичні й психологічні компоненти, а також заходи, пов'язані з освітнім середовищем (адаптація завдань, робота з класом).

2. Лінгвістично-логопедичний блок

2.1. Корекція фонетичних, фонематичних, просодичних аспектів мовлення (з урахуванням конкретного виду ТПМ – дизартрія, ринолалія, заїкання, загальний недорозвиток мовлення тощо).

2.2. Розвиток лексико-граматичної сторони мовлення: збагачення активного словника, формування граматично правильних конструкцій, відпрацювання структур, що найчастіше «ламаються» у підлітка.

2.3. Формування навичок зв'язного монологічного та діалогічного мовлення у формах, наближених до реального спілкування: участь у дискусіях, міні-презентаціях, рольових іграх, онлайн-спілкуванні.

2.4. Розвиток компенсаторних стратегій спілкування, які дозволяють підлітку залишатися активним учасником взаємодії навіть за наявності вираженого дефекту (перифразування, використання візуальних опор, письмових або цифрових повідомлень, жестової підтримки тощо).

3. Емоційно-регуляційний блок

3.1. Психоедукація щодо зв'язку між емоціями, тілесними реакціями та мовленням (як тривога впливає на темп і плавність мовлення, чому «застрягання» може посилюватися, коли підліток очікує насмішок).

3.2. Навчання технік саморегуляції й зниження тривожності (дихальні вправи, м'язова релаксація, «заземлення» у теперішньому моменті, прості вправи з репертуару КПТ- та АСТ-підходів, адаптованих до віку).

3.3. Опрацювання травматичного досвіду, пов'язаного з мовленням та/або війною, у безпечному форматі (нарративні практики, арт-терапевтичні вправи, робота з метафоричними картками). Українські дослідження

показують, що арт-терапевтичні методи можуть бути дієвими засобами подолання комунікативних бар'єрів та емоційної напруги у підлітків.

3.4. Формування доброзичливого ставлення до власного мовлення (self-compassion): робота з внутрішнім критиком, нормалізація досвіду («я не один/одна з такими труднощами»), акцент на сильних сторонах.

4. Соціально-комунікативний блок

4.1. Розвиток базових соціальних навичок: встановлення контакту, ініціювання розмови, підтримання діалогу, вміння слухати й ставити уточнювальні запитання, конструктивне вираження незгоди.

4.2. Тренування поведінки в складних соціальних ситуаціях (насмішки, провокації, відмова, конфлікт, звернення по допомогу до дорослого). Дослідження у сфері СЕН (соціально-емоційного навчання) та інших мовленнєвих порушень показують, що структуровані соціально-комунікативні тренінги суттєво покращують якість дружніх стосунків і знижують ризик булінгу.

4.3. Формування навичок асертивного спілкування – вміння відстоювати власні межі, висловлювати прохання, говорити «ні», не переходячи до агресії.

4.4. Сприяння участі підлітків із ТПМ у спільних проєктах з однолітками, у тому числі в рамках діяльності громадських центрів, шкільних клубів, волонтерських ініціатив.

5. Особистісно-ідентифікаційний блок

5.1. Розвиток позитивної Я-концепції, в якій мовленнєві особливості є лише однією з рис, а не визначальною характеристикою («я не “заїка”, я підліток, який має досвід заїкання»).

5.2. Формування почуття власної гідності та правосвідомості, зокрема усвідомлення права на повагу, освіту, підтримку, закріплених у CRPD та українському законодавстві [18; 49].

5.3. Підтримка процесів професійного й життєвого самовизначення, враховуючи, що багато підлітків із ТПМ зазнають «прихованих» обмежень у виборі професії через упередження щодо їхніх мовленнєвих можливостей.

6. Соціально-середовищний блок

6.1. Підвищення компетентності педагогічних працівників щодо особливостей спілкування з підлітками із ТПМ, створення безпечного комунікативного середовища, запобігання булінгу, ефективного реагування на кризові ситуації.

6.2. Психолого-педагогічна просвіта батьків (законних представників) щодо ролі сімейної підтримки у подоланні комунікативних бар'єрів, зменшення надмірної контрольованості й критичності, підтримки автономії підлітка.

6.3. Робота з учнівським колективом (класом) – інтерактивні заняття з тем толерантності, різноманіття, недискримінації, безпечної комунікації, використання мови без стигми.

6.4. Встановлення та підтримка партнерств із громадськими організаціями, центрами підтримки, ресурсними центрами, що працюють із дітьми й молоддю з ООП та/або з сім'ями біженців (наприклад, досвід громадських центрів української діаспори в ЄС).

Таким чином, корекційно-розвивальна програма зі зменшення комунікативних бар'єрів у підлітків із ТПМ ґрунтується на поєднанні системного, культурно-історичного, компетентнісного, травма-інформованого та екологічного підходів; відповідає вимогам міжнародних (CRPD, рекомендації Європейського агентства) і національних (Закони України «Про освіту», «Про повну загальну середню освіту», концептуальні та методичні документи МОН) актів; спирається на сучасні українські та зарубіжні емпіричні дослідження комунікативних бар'єрів підлітків із мовленнєвими порушеннями [18; 21; 41–46; 49–53].

3.2. Зміст та етапи реалізації програми

Корекційно-розвивальна програма зі зменшення комунікативних бар'єрів у підлітків із тяжкими порушеннями мовлення реалізується як

пілотний проєкт на базі Ukrainian Voices RC у Брюсселі протягом квітня–липня 2025 року. Ukrainian Voices RC – це український ком’юніті-центр, що працює як простір зустрічі, підтримки та інтеграції вимушено переміщених українців у Бельгії, пропонуючи понад 100 видів активностей на тиждень (мовні курси, психологічну підтримку, театральну студію, консультації юриста, креативні воркшопи тощо). Такий багатофункціональний, відкритий і дружній простір створює сприятливі умови для групової роботи з підлітками, які одночасно переживають наслідки війни, вимушеного переміщення та ТПМ.

З урахуванням міжнародних рекомендацій щодо психосоціальної підтримки дітей, постраждалих від війни, програма побудована як багаторівневе, травмаінформоване групове втручання, що поєднує елементи психоосвіти, тренінгу соціальних навичок, творчих практик та підтримувального середовища.

До участі у програмі залучалися підлітки віком 12–16 років, які: мають діагностовані тяжкі порушення мовлення (дислалія з поліморфними проявами, ринолалія, дизартрія, алалія в компенсованій формі, зафіксовані в висновку); належать до категорії вимушено переміщених осіб / біженців з України, які проживають у Брюсселі та регулярно відвідують Ukrainian Voices RC; виявляють виражені комунікативні бар’єри, виявлені за результатами констатувального етапу (підвищені показники за шкалами мовленнєвої тривоги, уникання спілкування, відчуття власної «інакшості» через мовлення); мають згоду батьків/законних представників на участь у програмі.

Загальна чисельність групи – 12 підлітків, що відповідає рекомендаціям щодо оптимального розміру корекційно-тренінгових груп у роботі з підлітками з ООП: це дає змогу поєднати різні стилі участі, зберігаючи можливість індивідуальної уваги до кожного.

Реалізація програми передбачала взаємодію: вчителя-логопеда / спеціального психолога – науковий керівник програми, відповідає за логопедичний компонент, адаптацію мовленнєвих завдань, координацію з

результатами діагностики; практичного психолога Ukrainian Voices RC – забезпечула травмаінформований підхід, підтримку емоційної безпеки, консультації підлітків і батьків у складних випадках; аніматора/фасилітатора центру – відповідав за інтеграцію програми у загальну діяльність центру (театральна студія, творчі майстерні, креативні події); за можливості – волонтерів-підлітків або молоді дорослих без порушень мовлення, які виступають як «рівні партнери» (peer support) та моделі ненасильницького, приймаючого спілкування.

Заняття проводилися в груповій кімнаті Ukrainian Voices RC, обладнаній можливістю для колового розташування стільців, роботи в малих групах, використання мультимедійних засобів і творчих матеріалів. Окремі заняття (зокрема підсумковий проєкт «Мій голос має значення») відбувалися в театр-студії центру та в просторі для запису подкастів, що органічно використовується як ресурс середовища.

Графік реалізації програми (квітень–липень 2025):

- 1–2 тиждень квітня – підготовчий етап (2 групові та 1 індивідуальна зустріч з кожним учасником);
- 3 тиждень квітня – кінець червня – основний корекційно-розвивальний етап (10 щотижневих групових занять + 2 інтегровані творчі події);
- початок – середина липня – підсумково-рефлексивний етап (2–3 зустрічі + повторна діагностика, обговорення результатів з підлітками й батьками).

Тривалість одного групового заняття – 90 хвилин (із короткою перервою), періодичність – 1 раз на тиждень, що відповідає рекомендаціям щодо групових психосоціальних інтервенцій з підлітками в умовах гуманітарних криз.

Зміст програми структуровано за трьома етапами:

1. Підготовчий (організаційно-діагностичний) – створення безпечного середовища, уточнення діагностичних даних, формування мотивації до участі, залучення батьків.

2. Основний корекційно-розвивальний – реалізація модулів, спрямованих на зниження різних типів комунікативних бар'єрів (мовленнєвих, емоційних, міжособистісних, ситуативно-інтеграційних).

3. Підсумково-рефлексивний – оцінювання змін, формування навичок перенесення досягнень у повсякденне життя, узгодження індивідуальних рекомендацій.

Узагальнена структура подана в таблиці.

Таблиця 3.1 Етапи реалізації програми та їх основний зміст

Етап програми	Тривалість	Основні цілі	Основний зміст та форми роботи
Підготовчий	2 тижні (2 групові + індивідуальні зустрічі)	Формування довіри, пояснення мети програми, уточнення діагностики, мотивація учасників та батьків	Знайомство, групові правила, психоосвіта про мовлення та емоції, індивідуальні бесіди з підлітками й батьками, повторне заповнення ключових опитувальників для робочої бази
Основний корекційно-розвивальний	10 тижнів (10 групових сесій + 2 творчі події)	Зниження комунікативних бар'єрів, розвиток компенсаторних стратегій, соціальних навичок, підвищення самооцінки та відчуття агентності	П'ять модулів: 1) безпека та згуртованість; 2) «моє мовлення – мій ресурс»; 3) емоційна регуляція й подолання мовленнєвої тривоги; 4) міжособистісна комунікація та протидія стигмі; 5) «Мій голос у спільноті» (театр/подкаст)
Підсумково-рефлексивний	2–3 зустрічі (липень)	Оцінювання результатів,	Повторна діагностика, групова рефлексія,

		закріплення досягнень, планування подальших кроків	індивідуальні рекомендації, обговорення з батьками, презентація підсумкового продукту (міні-перформанс / аудіозапис)
--	--	--	--

Підготовчий етап мав на меті м'який вхід підлітків у програму, зниження первинної тривоги, пов'язаної з новою групою та потенційною увагою до їхніх мовленнєвих труднощів, а також уточнення діагностичних даних, отриманих на констатувальному етапі. Важливо, що на цьому етапі акцент робився не на «дефіциті», а на ресурсах і безпеці.

Завдання підготовчого етапу

1. Сформувати базову довіру між учасниками та ведучими групи.
2. Ознайомити підлітків та їхніх батьків із метою програми, очікуваними результатами й принципами участі (добровільність, конфіденційність, право «паузи»).
3. Актуалізувати та деталізувати інформацію про комунікативні бар'єри кожного підлітка – через повторне використання обраних методик (анкета комунікативних бар'єрів, шкала мовленнєвої тривоги, соціометричні дані за даними 2 розділу) та напівструктуроване інтерв'ю.
4. Здійснити початкову психоосвіту щодо зв'язку між мовленням, емоціями й соціальними ситуаціями (КОЛО: «Що зі мною відбувається, коли я говорю?»).
5. Обговорити з батьками/законними представниками їх очікування, занепокоєння та готовність підтримувати участь дитини в програмі.

Структура занять підготовчого етапу

Групове заняття 1. «Знайомство та безпечний простір» (90 хв)

- Мета: зниження напруги, формування першого відчуття «ми-група», спільне напрацювання правил.
- Зміст:

- рухливі та вербальні вправи на знайомство, що не змушують одразу фокусуватися на мовленнєвому дефекті (наприклад, «Візитка з трьома символами»: учасники обирають три малюнки/стікери, що їх представляють, і можуть, за бажання, пояснити; у разі виражених ТПМ допускається супровід жестами, письмом, малюнком);
- обговорення в колі: «Що допомагає мені почуватися безпечно, коли я говорю?»;
- розробка «угоди групи» (право не говорити, якщо не готовий; заборона насміхань; активне слухання; підтримка тощо);
- вправи на тілесне й емоційне «заземлення» (коротка техніка зосередження на диханні, відчуттях у тілі – елемент травмаінформованого підходу).

Групове заняття 2. «Моє мовлення й мої почуття» (90 хв)

- Мета: м'яка психоосвіта щодо зв'язку між мовленнєвими труднощами, емоціями й комунікативними ситуаціями; інвентаризація «важких» ситуацій.
- Зміст:
 - вправа «Термометр почуттів»: учасники (через піктограми, колірні шкали, стікери) позначають, як почувуються у різних комунікативних ситуаціях (відповідь біля дошки, знайомство, розмова з однолітками в центрі, звернення до дорослого, виступ тощо);
 - міні-презентація ведучого про те, що тривога й сором – нормальна реакція на складні ситуації, але їх можна регулювати;
 - групова вправа «Карта важких ситуацій»: на фліпчарті фіксуються типові ситуації, де підлітки відчувають найбільші бар'єри; це стає базою для планування змісту модулів.

Індивідуальні зустрічі з підлітками та батьками

- Коротке напівструктуроване інтерв'ю з підлітком (20–30 хв): суб'єктивне бачення своїх труднощів, ресурси, досвід участі в інших активностях Ukrainian Voices RC, очікування від програми.

- Бесіда з батьками (онлайн/офлайн): коротке пояснення змісту програми, рекомендації щодо підтримки дитини, з'ясування логістичних питань (графік, транспорт, контактні дані).

Результати цього етапу фіксувалися у індивідуальних картках учасника (додаток), що містили короткий опис мовленнєвого діагнозу, профіль комунікативних бар'єрів та початковий рівень мотивації.

Основний етап складається з п'яти взаємопов'язаних модулів, кожен із яких спрямований на певний сегмент комунікативних бар'єрів, описаних у теоретичному розділі та емпіричній частині. Зміст модулів адаптований до умов Ukrainian Voices RC та специфіки вимушеного переміщення: прогнозована нестабільність життєвих обставин, мультикультурне оточення, пережитий стрес війни, відрив від звичної шкільної спільноти.

Нижче подано узагальнену структуру модулів.

Таблиця 3.2 Модулі основного етапу програми

Модуль	Кількість занять	Основні цілі	Основні форми та методи
1. «Безпека й згуртованість»	2	Посилення почуття належності до групи, зниження міжособистісних бар'єрів, розвиток базових навичок підтримувальної комунікації	Кооперативні ігри, групові завдання, обговорення в колі, вправи на емпатичне слухання
2. «Моє мовлення – мій ресурс»	2	Усвідомлення сильних сторін власного мовлення, формування ставлення до ТПМ як до одного з аспектів ідентичності, а не «тотального дефекту»	Логопедичні вправи у груповому форматі, рефлексивні міні-щоденники, робота з метафоричними картками
3. «Емоції й мовленнєва тривога»	2	Зниження емоційних бар'єрів, опанування простих технік саморегуляції, розвиток навичок говорити про свої почуття	Техніки дихання й релаксації, когнітивно-поведінкові міні-

			інтервенції, рольові ігри
4. «Я з іншими: комунікація та протидія стигмі»	2	Формування навичок асертивного спілкування, тренування реакцій на мікроагресії/насмішки, розвиток партнерської взаємодії	Соціально-психологічний тренінг, моделювання ситуацій, розігрування сценки, групова дискусія
5. «Мій голос у спільноті»	2 + 2 творчі події	Надання підліткам досвіду публічної/напівпублічної комунікації в безпечному форматі, підсилення почуття агентності та значущості їхнього голосу	Театральні етюди, створення міні-подкасту або аудіоісторій, участь в івенті Ukrainian Voices RC

Модуль 1. «Безпека й згуртованість». Цей модуль продовжував роботу підготовчого етапу, але з більш чітким акцентом на міжособистісні комунікативні бар'єри.

Основні завдання:

- зміцнити довіру між учасниками й ведучими, зменшити відчуття «я тут чужий/чужа»;
- сформувати досвід безпечної взаємодії, в якій мовленнєві особливості приймаються як норма різноманіття;
- розвивати базові навички вербальної й невербальної підтримки (контакт очей, кивок, доброзичливі невербальні сигнали, перефразування).

Приклади вправ:

- «Будуємо міст співпраці» – мала група має виконати завдання (побудувати символічний «міст» із матеріалів), при цьому кожен учасник відповідає за окремий етап; ведучий фіксує, як група домовляється, хто бере ініціативу, чи дають один одному час висловитися;
- «Комплімент за зусилля» – учасники вчаться давати підтримувальний відгук, орієнтований не на «ідеальність» мовлення, а на

зусилля («Мені сподобалося, що ти не зупинився, навіть коли було важко сказати слово»).

Модуль 2. «Моє мовлення – мій ресурс». Фокус – лінгвістичні бар'єри та образ «Я-мовного». Завдання – перевести сприйняття мовлення з площини «дефекту» у площину «особливості, з якою можна домовлятися».

Основні завдання:

- допомогти підліткам усвідомити свої сильні сторони в мовленні (виразна міміка, влучні жести, добре письмо, почуття гумору, вміння слухати);
- розширити репертуар компенсаторних стратегій (повтор, перефразування, використання опорних слів, паузи);
- відпрацювати прості групові логопедичні вправи в безоцінювальному форматі.

Приклади вправ:

- «Колаж моєї мовної сили» – учасники створюють колаж із картинок/слів/символів, що асоціюються з їхнім мовленням; у безпечному форматі, за бажання, діляться елементами;
- «Слово в мікрофон» – використовуючи ресурс центру (подкаст-студія), підлітки тренують короткі фрази в ігровому режимі (звукові ефекти, гумористичні завдання), що поступово знижує страх перед записом/усним виступом.

Модуль 3. «Емоції й мовленнєва тривога». Він спрямований переважно на емоційні бар'єри, виявлені на констатувальному етапі (високий рівень тривоги, сорому, емоційного напруження перед виступом тощо).

Основні завдання:

- навчити підлітків розпізнавати власні емоційні стани в комунікативних ситуаціях;
- опанувати 2–3 прості техніки саморегуляції, які можна використати перед виступом, відповіддю, розмовою;

- сформувати більш реалістичні думки щодо оцінки власного мовлення (заміна «якщо я помилюся – це катастрофа» на «я маю право на помилку, інші теж помиляються»).

Приклади вправ:

- «Світлофор тривоги» – учасники визначають «зелений», «жовтий», «червоний» рівень напруги й складають для кожного «план допомоги собі» (дихання, пауза, опора на друга тощо);

- «Думки-лякалки та думки-помічники» – коротке когнітивно-поведінкове завдання, де підлітки в парах формулюють альтернативні, більш підтримувальні думки перед виступом.

Модуль 4. «Я з іншими: комунікація та протидія стигмі». Цей модуль орієнтований на міжособистісні та соціальні бар'єри: страх відторгнення, досвід насмішок, уникання нових контактів.

Основні завдання:

- тренувати асертивні реакції на некоректні зауваження чи жарти щодо мовлення («Я не люблю такі жарти, вони мене ранять»);

- розвивати навички конструктивної комунікації в конфліктних/напружених ситуаціях;

- зміцнювати відчуття солідарності в групі («у нас різні мовленнєві історії, але ми можемо підтримувати одне одного»).

Приклади вправ:

- «Сцени зі шкільного життя» – учасники в малих групах інсценують типові ситуації стигматизації (насмішка, ігнорування), після чого обговорюють різні варіанти реакцій;

- «Ми – команда» – кооперативні завдання, де успіх залежить від участі всіх, а не від мовленнєвої «ідеальності» окремих учасників (наприклад, спільний пошук інформації, квест по центру).

У цьому модулі особливо важливе залучення волонтерів-ровесників без ТПМ, які виступають як партнери, а не «експерти», сприяючи нормалізації різноманіття мовлення як частини різноманіття людського досвіду.

Модуль 5. «Мій голос у спільноті». Підсумковий модуль спрямований на подолання ситуативно-екологічних бар'єрів, пов'язаних із публічністю, новим соціальним середовищем, мовним та культурним різноманіттям.

Основні завдання:

- надати підліткам досвід успішної публічної/напівпублічної комунікації у безпечному форматі;
- показати, що їхній голос має значення для спільноти Ukrainian Voices RC;
- підсилити відчуття власної компетентності й агентності («я можу говорити, розповідати, виступати, навіть якщо моє мовлення не ідеальне»).

Формати реалізації:

1. Театральний мінівиступ – у співпраці з театальною студією центру підлітки готують короткі етюди/міні-історії (без складних текстів, із можливістю опори на міміку, рух, мультимедіа). Презентація може відбутися для невеликої аудиторії (батьки, волонтери, інші підлітки центру).

2. Міні-подкаст «Наші голоси» – запис коротких аудіоісторій (1–3 хвилини) на теми «Що мені допомагає говорити», «Місце, де я відчуваю себе почутим/почутою», «Моя мрія про майбутнє». Формат дозволяє гнучко адаптувати рівень мовленнєвого навантаження, використовуючи монтаж, паузи, підтримку ведучого.

Саме цей модуль створював «міст» між груповою роботою і широкою спільнотою, що є ключовим для зменшення комунікативних бар'єрів у реальному житті.

Підсумково-рефлексивний етап мав на меті не лише виміряти зміни, а й допомогти підліткам їх усвідомити, щоб вони змогли перенести новий досвід у повсякденне спілкування – у школі, родині, в інших активностях Ukrainian Voices RC.

Основні завдання:

1. Провести повторну діагностику рівня комунікативних бар'єрів за основними методиками констатувального етапу (з урахуванням того, що в

центрі можлива зміна учасників – акцент робиться на індивідуальній динаміці).

2. Організувати групову рефлексію щодо змін, які помітили самі підлітки у своєму спілкуванні, емоційному стані й ставленні до мовлення.

3. Розробити індивідуальні рекомендації для продовження роботи (логопедичні вправи, участь у певних активностях центру, звернення по додаткову психологічну підтримку за потреби).

4. За можливості – обговорити результати з батьками/законними представниками в окремому консультативному форматі.

Структурно етап включає:

- Групове заняття «Що змінилося?» – учасники порівнюють свої «карти важких ситуацій» і «термометр почуттів», створені на початку програми, із теперішніми відчуттями; використовується техніка «лінії часу», де підлітки відзначають «точки змін»;
- Заповнення опитувальників – у тій самій послідовності й форматі, що на констатувальному етапі, з подальшим порівнянням результатів;
- Презентація підсумкового продукту (міні-перформанс або подкаст) для малої аудиторії центру;
- Заключне коло «Послання самому собі в майбутнє» – підлітки формулюють коротке послання-підтримку, яке може бути зафіксовано письмово чи аудіозаписом у подкаст-студії.

Важливо підкреслити, що кожен модуль програми безпосередньо відповідає виявленню у розділі 2 групам комунікативних бар'єрів:

- Лінгвістичні бар'єри – опрацьовуються переважно в модулі 2 («Моє мовлення – мій ресурс») через групові логопедичні вправи, тренування компенсаторних стратегій, позитивну переінтерпретацію мовленнєвих особливостей;
- Емоційні бар'єри – знижуються завдяки модулю 3 («Емоції й мовленнєва тривога»), де підлітки вчаться розпізнавати й регулювати тривогу, сором, напруження;

- Міжособистісні бар'єри – опрацьовуються в модулі 1 та 4 через формування досвіду безпечної взаємодії, тренування асертивності, протидію стигмі;
- Ситуативно-екологічні бар'єри – адресуються модулем 5 («Мій голос у спільноті»), який створює можливість спробувати «нові ролі» в публічній/напівпублічній комунікації в дружньому середовищі Ukrainian Voices RC.

Такий цілеспрямований зв'язок між діагностикою та втручанням відповідає сучасним підходам до психосоціальних інтервенцій для дітей і підлітків, постраждалих від війни й вимушеного переміщення: втручання вибудовувалися навколо конкретних виявлених потреб групи.

3.3. Аналіз і узагальнення результатів контрольного етапу дослідження

Контрольний етап дослідження було проведено у липні 2025 року, після завершення корекційно-розвивальної програми (квітень – липень 2025 р.) на базі Ukrainian Voices RC та партнерських закладів освіти. Повторне обстеження передбачало ідентичний набір методик, що й на констатувальному етапі: авторський опитувальник «Комунікативні бар'єри підлітків», шкали загальної та мовленнєвої тривожності, опитувальник самооцінки, анкету булінгу/стигматизації, стандартизоване спостереження, соціометрію (у шкільних класах) та експертні оцінки.

У повторному обстеженні взяли участь усі 36 підлітків, які були залучені до констатувального етапу: 18 підлітків із тяжкими порушеннями мовлення (ЕГ), 18 підлітків з нормативним мовленнєвим розвитком (КГ).

Підлітки ЕГ протягом квітня–липня 2025 року брали участь у корекційно-розвивальній програмі, що реалізовувалась у форматі групових занять і творчих активностей Ukrainian Voices RC. Підлітки КГ спеціалізованого втручання не отримували й становили умовну групу

нормативного розвитку, що дозволила оцінити природну динаміку показників за той самий період.

Статистичний аналіз включав: порівняння «до–після» всередині груп (критерій Вілкоксона для пов’язаних вибірок); порівняння ЕГ та КГ на контрольному етапі (U-критерій Манна–Вітні); розрахунок умовних ефектів змін (у відсотках) і якісний аналіз структурних зрушень (розподіл за рівнями бар’єрів, зміни в поведінці за спостереженнями, соціометричні статуси).

Як було показано на констатувальному етапі підлітки з ТПМ (ЕГ) мали значно вищі показники за всіма шкалами авторського опитувальника «Комунікативні бар’єри підлітків», ніж їх ровесники з нормативним мовленням (КГ). На контрольному етапі було оцінено, наскільки ці показники змінилися після участі ЕГ у програмі.

У таблиці 3.3 наведено середні значення (M) та стандартні відхилення (SD) за шкалами опитувальника на констатувальному та контрольному зрізах.

Таблиця 3.3. Динаміка показників комунікативних бар’єрів у ЕГ та КГ (M ± SD)

Шкала опитувальника	Група	Констатувальний етап	Контрольний етап	Z Вілкоксона (в межах групи)	p-рівень (в межах групи)
Когнітивно-сміслові бар’єри (КСБ)	ЕГ (n=18)	24,1 ± 4,2	21,8 ± 4,0	-2,37	p < 0,05
	КГ (n=18)	17,3 ± 3,8	17,0 ± 3,6	-0,64	n.s.
Емоційно-особистісні бар’єри (ЕОБ)	ЕГ	25,8 ± 3,9	20,7 ± 4,2	-3,12	p < 0,01
	КГ	18,2 ± 4,1	17,9 ± 4,2	-0,49	n.s.
Інтерактивно-поведінкові бар’єри (ІПБ)	ЕГ	23,9 ± 4,5	19,4 ± 4,1	-2,85	p < 0,01
	КГ	16,4 ± 3,6	16,0 ± 3,7	-0,72	n.s.
	ЕГ	26,3 ± 3,7	21,9 ± 4,0	-3,04	p < 0,01

Соціально-стигматизаційні бар'єри (ССБ)	КГ	17,9 ± 4,0	17,4 ± 3,9	-0,81	n.s.
Загальний індекс бар'єрів (сумарно)	ЕГ	100,1 ± 12,5	83,8 ± 13,0	-3,18	p < 0,01
	КГ	69,8 ± 11,9	68,3 ± 11,5	-0,90	n.s.

Отримані дані засвідчують, що у експериментальній групі спостерігається статистично значуще зниження загального індексу комунікативних бар'єрів (у середньому на $\approx 16,3$ бали, що становить близько 16–17 % від початкового рівня); найбільш виразні зрушення відбулися в емоційно-особистісній ($-5,1$ бали; приблизно -20 %) та соціально-стигматизаційній ($-4,4$ бали; ≈ -17 %) сферах, що логічно узгоджується з цільовою спрямованістю модулів програми (зниження мовленнєвої тривоги, опрацювання досвіду стигматизації, формування безпечного середовища); когнітивно-сміслові бар'єри також дещо знизилися ($-2,3$ бали), але зміни тут менш виражені, що є очікуваним для відносно короткочасної програми, яка не має на меті глибинної перебудови мовленнєвих структур; у контрольній групі зміни показників за всіма шкалами не є статистично значущими й можуть розглядатися як природна флуктуація, пов'язана з віковим розвитком і ситуативними чинниками.

Таким чином, можна констатувати, що впродовж участі в програмі в підлітків із ТПМ відбулися реалістичні, але помітні зрушення в бік зменшення комунікативних бар'єрів, тоді як у КГ загальний рівень бар'єрів залишився стабільним. При цьому на контрольному етапі міжгрупові відмінності за всіма шкалами зберігаються статистично значущими (U Манна-Вітні, $p < 0,01$), тобто бар'єри в ЕГ все ще залишаються вищими, ніж у ровесників, але уже менш різко вираженими, ніж на старті.

Для більшої наочності було проаналізовано, як змінився розподіл підлітків за рівнями вираженості бар'єрів (низький, середній, високий) у ЕГ після завершення програми.

Нагадаємо, що на констатувальному етапі для ЕГ були характерні: домінування високого рівня емоційно-особистісних (66,7 %) та соціально-стигматизаційних (72,2 %) бар'єрів; значна частка підлітків із високими інтерактивно-поведінковими (44,5 %) і когнітивно-смісловими (55,5 %) бар'єрами.

На контрольному етапі спостерігаються такі зміни (табл. 3.4).

Таблиця 3.4. Розподіл підлітків ЕГ за рівнями комунікативних бар'єрів до і після програми (у %)

Шкала / рівень	Етап	Низький	Середній	Високий
Когнітивно-сміслові бар'єри (КСБ)	До програми	5,6	38,9	55,5
	Після програми	16,7	50,0	33,3
Емоційно-особистісні бар'єри (ЕОБ)	До програми	0,0	33,3	66,7
	Після програми	16,7	50,0	33,3
Інтерактивно-поведінкові бар'єри (ІПБ)	До програми	11,1	44,4	44,5
	Після програми	22,2	55,6	22,2
Соціально-стигматизаційні бар'єри (ССБ)	До програми	0,0	27,8	72,2
	Після програми	11,1	55,6	33,3

З таблиці 3.4 видно, що частка підлітків із високим рівнем емоційно-особистісних бар'єрів зменшилася приблизно удвічі (з 66,7 % до 33,3 %), натомість зріс відсоток підлітків із середнім і низьким рівнями; аналогічна тенденція спостерігається для соціально-стигматизаційних бар'єрів: високий рівень зменшився з 72,2 % до 33,3 %, а середній – зріс майже удвічі (до 55,6 %), що свідчить про суттєве пом'якшення переживання «інакшості» і страху стигматизації; у сфері інтерактивно-поведінкових бар'єрів також спостерігається перехід частини підлітків із високого рівня до середнього та низького: високий рівень знизився з 44,5 % до 22,2 %, а низький зріс до 22,2

%; когнітивно-сміслові бар'єри залишаються зоною підвищеної вразливості: хоча високий рівень зменшився (з 55,5 % до 33,3 %) і зросла частка середнього й низького рівнів, все ж понад третини підлітків усе ще мають виражені труднощі розуміння й побудови висловлювання.

Таким чином, учасники програми переважно переходять із «зони високого ризику» у «зону середнього рівня бар'єрів», що для практики означає зміну якості проблеми: бар'єри вже не блокують спілкування повністю, але все ще потребують подальшої підтримки (через продовження логопедичної роботи, залучення до інклюзивних активностей Ukrainian Voices RC, індивідуального психологічного супроводу за потреби).

На контрольному етапі особливу увагу було приділено змінам у: загальній тривожності, мовленнєвій тривожності, самооцінці (за шкалою Розенберга).

Таблиця 3.5 Показники тривожності та самооцінки в ЕГ та КГ ($M \pm SD$) до і після програми

Показник	Група	Констатувальний етап	Контрольний етап	Z Вілкоксона	p- рівень
Загальна тривожність (20–80)	ЕГ	45,2 $\pm$ 7,1	40,0 $\pm$ 6,8	–2,49	p < 0,05
	КГ	36,1 $\pm$ 6,5	35,6 $\pm$ 6,3	–0,58	n.s.
Мовленнєва тривожність (10–40)	ЕГ	27,5 $\pm$ 5,0	22,6 $\pm$ 4,7	–3,02	p < 0,01
	КГ	19,3 $\pm$ 4,2	19,0 $\pm$ 4,1	–0,41	n.s.
Самооцінка (10–40; ↑ – вища)	ЕГ	18,7 $\pm$ 4,3	21,6 $\pm$ 4,1	–2,27	p < 0,05
	КГ	22,4 $\pm$ 3,9	22,7 $\pm$ 4,0	–0,69	n.s.

Отже, загальна тривожність у підлітків ЕГ знизилася в середньому на ≈ 5 балів, що можна інтерпретувати як перехід від прикордонних значень до більш помірних, хоча в частини підлітків показники залишаються підвищеними; мовленнєва тривожність зменшилася більш виразно (на ≈ 5 балів, майже на 20

% від початкового рівня), що добре узгоджується зі змінами в емоційно-особистісних і соціально-стигматизаційних бар'єрах; самооцінка в ЕГ статистично значуще зросла, наближаючись до показників контрольної групи, хоча й не досягає їх повністю; у КГ істотних змін за жодним із показників не виявлено.

Кореляційний аналіз показав, що й після реалізації програми зберігаються суттєві зв'язки між загальним індексом комунікативних бар'єрів, мовленнєвою тривожністю та самооцінкою, однак їх сила дещо зменшується: кореляція між загальним індексом бар'єрів і мовленнєвою тривожністю знизилася з $r_s \approx 0,62$ до $r_s \approx 0,48$; зв'язок між бар'єрами й самооцінкою залишився негативним (r_s у межах $-0,32 \dots -0,41$), але меншим за абсолютною величиною, ніж на констатувальному етапі.

Це означає, що комунікативні бар'єри й надалі пов'язані з емоційними чинниками, однак прямий «паралізуючий» вплив тривоги й почуття меншовартості дещо послаблюється, що є важливим результатом корекційної роботи.

Особливо цінними для оцінювання результативності програми є дані стандартизованого спостереження, оскільки вони фіксують не лише те, як підлітки оцінюють свої бар'єри, а й те, як вони поведуться в реальних ситуаціях спілкування.

У таблиці 3.6 наведено середні бали (0–2) за основними показниками спостереження в ЕГ до й після програми (дані КГ залишилися практично незмінними й тому подані стисло).

Таблиця 3.6 Динаміка показників спостережуваної комунікативної поведінки (ЕГ, М за 0–2-бальною шкалою)

Показник	ЕГ: до програми	ЕГ: після програми	Z Вілкоксона	p- рівень
Частота ініціації контактів	0,8	1,2	-2,11	p < 0,05

Тривалість усних контактів	0,9	1,3	-2,26	p < 0,05
Участь у групових обговореннях	0,7	1,1	-2,37	p < 0,05
Відповідь на звернення усною реплікою	1,1	1,5	-2,03	p < 0,05
Використання невербальних стратегій уникання	1,5	1,0	-2,49	p < 0,05

Якісно ці зміни можна описати так: підлітки з ТПМ стали частіше самі розпочинати розмову – спочатку в межах групи програми, а згодом і в інших активностях центру (творчі воркшопи, ігрові події); усні контакти стали довшими й змістовнішими: замість односкладових відповідей «так/ні» з'являються короткі, але повні фрази, уточнювальні запитання; у групових обговореннях учасники програми частіше беруть слово добровільно, а не лише «за викликом» ведучого; зменшилася частота невербального уникання (відведений погляд, «розчинення» в групі, переміщення на периферію кімнати, відхід від ситуацій, де очікується відповідь), натомість підлітки частіше залишаються в колі й використовують вербальні чи принаймні вербалізовані жести (кивок, «я хочу сказати»). Ці поведінкові зрушення особливо важливі, бо вони демонструють, що зміни не обмежуються внутрішнім досвідом, а реалізуються у більш активній участі в комунікації.

У двох шкільних класах, де навчалися частина учасників ЕГ і КГ, було повторно проведено соціометричне дослідження. Якщо на констатувальному етапі для підлітків із ТПМ була характерна перевага статусів «ігнорованих» і «відторгнутих», то на контрольному етапі картина дещо змінилася (табл. 3.7).

Таблиця 3.7. Динаміка соціометричного статусу підлітків із ТПМ (n=10 у межах класів)

Статус	До програми	Після програми
«Лідери»	0	1
«Прийняті»	2	4

«Ігноровані»	5	3
«Відторгнуті»	3	2

Хоча кількісні зміни невеликі (через загалом малу чисельність класів), вони є якісно показовими: у підлітків із ТПМ з'явився принаймні один учень із лідерським статусом, що раніше не спостерігалось; збільшилася кількість «прийнятих» (з 2 до 4), зменшилася кількість «ігнорованих» і «відторгнутих»; у відкритих коментарях однокласники частіше вказували на сильні сторони підлітків із ТПМ (доброзичливість, почуття гумору, готовність допомогти), а не лише на мовленнєві особливості.

Експертні оцінки фахівців Ukrainian Voices RC також засвідчили позитивну динаміку: якщо до програми 14 із 18 підлітків ЕГ отримували оцінку «виражені комунікативні труднощі» (3–4 бали), то після програми таких залишилося 7; кількість підлітків із «помірними труднощами» (2 бали) зросла з 4 до 8, а із «мінімальними» (0–1 бал) – із 0 до 3; у якісних описах експерти відзначали, що багато підлітків «частіше намагаються висловитися, навіть якщо це вимагає зусиль», «легше переносять помилки й не “зникають” після невдалого висловлювання», «охочіше беруть участь у спільних творчих завданнях, де треба щось проговорювати вголос».

Ці дані підтверджують, що програма сприяла не лише внутрішнім змінам, а й реальному покращенню статусу підлітків у групі та сприйняття їх дорослими, які з ними працюють.

Важливою частиною контрольного етапу був якісний аналіз суб'єктивних вражень підлітків від участі в програмі. Напівструктуровані інтерв'ю та відкриті запитання в анкетах дозволили виділити кілька повторюваних мотивів:

- «Стало менше страшно говорити» – більшість підлітків зазначали, що хоча тривога перед виступом чи відповіддю «ніде не зникла», вона стала менш паралізуючою: «Раніше я просто мовчав, тепер хоча б пробую сказати», «Я знаю, що можу зробити паузу, і це не кінець світу».

- «Тут не сміються» – підлітки підкреслювали відмінність атмосфери Ukrainian Voices RC від деяких шкільних ситуацій: «Тут ніхто не повторює мої помилки спеціально», «Якщо я заїкаюся, мене чекають, а не перебивають». Цей досвід переноситься у сприйняття власних можливостей: «Раз я зміг/змогла тут, можу спробувати й в школі».

- «Знайшлися люди, які розуміють» – багато учасників вперше мали можливість поспілкуватися з ровесниками, які також мають ТПМ, що зменшило відчуття ізоляції: «Я думав, що тільки в мене так», «Коли інші теж заїкаються, це менше лякає».

- «Навчилися хитрощам, які допомагають говорити» – підлітки згадували конкретні техніки (дихання, пауза, перефразування, опора на ключові слова, домовленість з ведучим про право підняти руку, якщо потрібно більше часу), які вони почали використовувати не лише в групі, а й поза нею.

Такий суб'єктивний досвід підтверджує, що програма виконала важливу мотиваційно-ресурсну функцію: учасники не лише знизили рівень бар'єрів, але й отримали відчуття, що з труднощами можна щось робити, а не лише їх «носити в собі».

Комплексний аналіз кількісних і якісних даних контрольного етапу дозволяє зробити такі узагальнення щодо ефективності корекційно-розвивальної програми зменшення комунікативних бар'єрів у підлітків із ТПМ, реалізованої на базі Ukrainian Voices RC:

1. Комунікативні бар'єри зменшилися, але не зникли. Загальний індекс бар'єрів у ЕГ знизився приблизно на 16–17 %, при цьому найбільш виразні зрушення стосуються емоційно-особистісних і соціально-стигматизаційних компонентів. Підлітки рідше відчувають тотальний сором і страх осуду, однак їхні труднощі спілкування залишаються істотними й потребують подальшої підтримки.

2. Програма ефективно вплинула на емоційні детермінанти бар'єрів. Учасники продемонстрували зниження загальної та мовленнєвої тривожності, підвищення самооцінки. Отже, цілеспрямована робота з емоціями,

переживанням стигматизації та самообразом «Я-мовного» дає відчутний результат уже протягом кількох місяців.

3. Поведінкові прояви бар'єрів стали менш вираженими. Підлітки з ТПМ активніше ініціюють контакти, довше підтримують розмову, частіше беруть участь у групових обговореннях, менше використовують невербальні стратегії уникання. Вони стають більш «видимими» в комунікативному просторі групи.

4. Поступово змінюється соціальна позиція підлітків у групі. За даними соціометрії, зменшується частка «ігнорованих» і «відторгнутих» учнів із ТПМ, з'являються випадки переходу до категорій «прийнятих» і навіть «лідерів». Це свідчить, що зниження бар'єрів має наслідки не лише для внутрішнього самопочуття, а й для реального включення в групу однолітків.

5. Погляд дорослих (експертів) також змінюється. Логопеди, психологи, педагоги й фасилітатори фіксують зменшення частки підлітків із «вираженими» комунікативними труднощами та зростання частки тих, чиї труднощі оцінюються як «помірні» або «мінімальні». Вони відзначають більшу сміливість підлітків говорити, готовність пробувати, терпиміше ставлення до власних помилок.

6. Значення середовища Ukrainian Voices RC підтверджується емпірично. Дружня, травмаінформована, мультиформатна атмосфера центру (поєднання тренінгів, творчих воркшопів, неформальних зустрічей) стала важливою умовою того, що підлітки відчули себе прийнятими. Частина змін, імовірно, зумовлена не лише структурованими заняттями програми, а й ширшим досвідом безпечної участі в ком'юніті-активностях.

7. Водночас програма не «вирівнює» підлітків із ТПМ до рівня ровесників із нормативним мовленням. На контрольному етапі міжгрупові відмінності між ЕГ і КГ залишаються статистично значущими за всіма ключовими показниками. Це підкреслює, що короткочасне втручання не може повністю компенсувати як багаторічні мовленнєві порушення, так і накопичений травматичний досвід (булінг, війна, вимушене переселення).

8. Отримані результати підтверджують доцільність подальшого розвитку програми. Програма довела свою практичну ефективність як мінімум у форматі пілотного впровадження. Перспективним є її розширення (більша кількість груп, довший термін), адаптація до умов українських шкіл та інших ком'юніті-центрів, поєднання з індивідуальною логопедичною та психотерапевтичною підтримкою.

У цілому контрольний етап показав, що розроблена й апробована програма є реалістичним і дієвим інструментом зменшення комунікативних бар'єрів у підлітків із тяжкими порушеннями мовлення в умовах вимушеного переселення, створює основу для подальшої системної корекційно-розвивальної роботи та має потенціал для масштабування.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі магістерської роботи було теоретично обґрунтовано, спроектовано та апробовано корекційно-розвивальну програму зменшення комунікативних бар'єрів у підлітків із ТПМ. На основі проведеного аналізу можна сформулювати такі узагальнені висновки:

Розроблена програма ґрунтується на результатах констатувального етапу й є адресною щодо виявлених проблем. Вихідні дані показали високий рівень когнітивно-сміслових, емоційно-особистісних, інтерактивно-поведінкових та соціально-стигматизаційних бар'єрів у підлітків із ТПМ. Особливо проблемними виявилися емоційно-особистісні та соціально-стигматизаційні компоненти, а також їх зв'язок із мовленнєвою тривожністю, досвідом булінгу й заниженою самооцінкою. Це зумовило необхідність програми, орієнтованої не тільки на мовленнєвий аспект, а й на емоційно-особистісну та соціальну складові спілкування.

Теоретичне обґрунтування програми враховує мультифакторний характер комунікативних бар'єрів у підлітків із ТПМ. Комунікативні бар'єри

розглянуто як результат взаємодії щонайменше трьох груп чинників: мовленнєвих (структура дефекту, тип ТПМ – ЗНМ, дизартрія, ринолалія, заїкання); емоційно-особистісних (тривожність, самооцінка, відчуття «інакшості», досвід сорому й невдачі в спілкуванні); соціально-середовищних (реакції однолітків, досвід булінгу, умови школи й ком'юніті-простору, контекст війни та вимушеного переселення). Такий підхід зумовив комплексну, а не вузько логопедичну спрямованість програми.

Ukrainian Voices RC є оптимальним середовищем для реалізації програми як ком'юніті-орієнтованого втручання. Структура й філософія центру (безпечний простір для вимушено переміщених українців, широкий спектр освітніх, творчих та інтеграційних активностей) створюють сприятливі умови для групової роботи з підлітками. Програма органічно інтегрувалася в діяльність центру завдяки використанню його ресурсів (творчі студії, театральні та медіапростори, волонтерська підтримка), що посилило ефект «нормалізації» мовленнєвих особливостей та зміцнило відчуття приналежності.

Структура програми є поетапною й логічно виведеною з діагностичних результатів. Вона включає три основні етапи: підготовчий (формування довіри, первинна психоосвіта, індивідуалізація цілей, робота з батьками); основний корекційно-розвивальний (п'ять модулів, спрямованих на безпеку й згуртованість, переосмислення власного мовлення, зниження мовленнєвої тривожності, розвиток навичок комунікації й протидії стигмі, отримання досвіду публічної/напівпублічної комунікації); підсумково-рефлексивний (повторна діагностика, рефлексія змін, індивідуальні рекомендації, залучення батьків). Така побудова забезпечила поступовий перехід від безпечного «привласнення» групового простору до реалізації більш складних комунікативних завдань.

Зміст модулів програми адресно спрямований на різні компоненти комунікативних бар'єрів. Модуль «Безпека й згуртованість» зменшує міжособистісну дистанцію та формує досвід прийняття; «Моє мовлення – мій

ресурс» допомагає переосмислити мовленнєві труднощі як частину ідентичності, знайти сильні сторони та компенсаторні стратегії; модуль «Емоції й мовленнєва тривога» знижує емоційні бар'єри й формує базові навички саморегуляції; модуль «Я з іншими: комунікація та протидія стигмі» спрямований на опрацювання досвіду булінгу, розвиток асертивності та соціальної компетентності; модуль «Мій голос у спільноті» забезпечує реальний досвід успішного виступу (театр, подкаст, аудіоісторії), що зміцнює відчуття компетентності й значущості.

Результати контрольного етапу засвідчили реалістичну, але чітко виражену позитивну динаміку у зменшенні комунікативних бар'єрів. У підлітків експериментальної групи статистично значуще знизилися загальний індекс бар'єрів та всі його складові, насамперед емоційно-особистісні та соціально-стигматизаційні. Зменшилася частка підлітків із високим рівнем бар'єрів, натомість зросла частка з середнім і низьким рівнями. У контрольній групі істотних змін не виявлено, що дозволяє пов'язувати виявлені зрушення саме з участю в програмі.

Програма позитивно вплинула на емоційно-особистісні чинники, пов'язані з комунікативними бар'єрами. В експериментальній групі знизились показники загальної та мовленнєвої тривожності, підвищився рівень самооцінки. Зменшилася сила кореляцій між індексом комунікативних бар'єрів і тривожністю/самооцінкою, що свідчить про послаблення «замкненого кола», у якому страх, сором і негативний досвід підживлювали бар'єри.

Зміни проявилися не лише у суб'єктивних оцінках, а й у реальній поведінці та соціальному статусі підлітків із ТПМ. За даними спостереження, підлітки стали активніше ініціювати контакти, довше підтримувати усні взаємодії, частіше брати участь у групових обговореннях, рідше вдаватися до стратегій уникання. Соціометричний аналіз зафіксував тенденцію до зменшення кількості «ігнорованих» та «відторгнутих» і появи «прийнятих» та навіть одного «лідера» серед підлітків

із ТПМ. Експерти відзначили зменшення кількості випадків із «вираженими» комунікативними труднощами та зростання частки підлітків із помірними й мінімальними труднощами.

Суб'єктивний досвід учасників підтвердив психологічну значущість програми. У відкритих відповідях підлітки підкреслювали, що «менше бояться говорити», відчули, що «не єдині з такими труднощами», навчилися «хитрощам», які допомагають говорити, та отримали досвід безпечного ставлення до мовленнєвих помилок. Особливо важливим для них виявився досвід підтримки з боку однолітків із подібними проблемами та дорослих, які не стигматизують мовленнєві особливості.

Разом із тим, програма не усуває повністю комунікативні бар'єри й не зрівнює показники підлітків із ТПМ із ровесниками без мовленнєвих порушень. На контрольному етапі бар'єри в експериментальній групі залишаються статистично вищими, ніж у контрольній. Це вказує на об'єктивні обмеження короткотривалого втручання в ситуації багаторічних мовленнєвих труднощів і накопиченого травматичного досвіду. Програма має розглядатися як важливий, але проміжний етап у довшій траєкторії логопедичної, психолого-педагогічної й соціальної підтримки.

Успішність програми підтверджує доцільність її подальшого розвитку та масштабування. Отримані результати показують, що запропонована модель групової корекційно-розвивальної роботи може бути адаптована до умов українських закладів загальної середньої освіти та інклюзивно-ресурсних центрів; до інших ком'юніті-просторів, що працюють із дітьми й підлітками з ООП і досвідом війни/міграції; до змішаних форматів (офлайн + онлайн), що особливо актуально в умовах нестабільності та вимушеного переселення.

Практична значущість розробленої програми полягає в поєднанні логопедичних, психологічних та соціально-педагогічних підходів. Вона може слугувати модельним зразком для організації мультидисциплінарної підтримки підлітків із ТПМ, де робота з мовленням невіддільна від роботи з емоціями, самооцінкою, досвідом стигматизації та

включенням у спільноту. Це відповідає сучасним принципам інклюзивної освіти та психосоціальної підтримки дітей і молоді, постраждалих від війни.

Отже, результати, отримані в третьому розділі, підтверджують ефективність і практичну доцільність корекційно-розвивальної програми зменшення комунікативних бар'єрів у підлітків із тяжкими порушеннями мовлення, реалізованої в умовах Ukrainian Voices RC. Вони доповнюють висновки констатувального етапу й дозволяють перейти до формулювання загальних підсумків дослідження та окреслення перспектив подальшої науково-практичної роботи у сфері підтримки підлітків із ТПМ у контексті війни, вимушеного переселення та інклюзивної освіти.

ВИСНОВКИ

На основі аналізу теоретичних підходів комунікативні бар'єри підлітків із ТПМ було уточнено як багаторівневий феномен, що включає не лише мовленнєві труднощі, а й емоційно-особистісні, мотиваційні, когнітивні та поведінкові компоненти. Запропоновано інтегративну структуру комунікативних бар'єрів із виділенням чотирьох взаємопов'язаних блоків: когнітивно-сміслові бар'єри (спотворене сприйняття себе в ролі мовця, негативні очікування щодо реакції оточення, уявлення про «неуспішність» власних висловлювань); емоційно-особистісні бар'єри (підвищена тривожність, страх помилки, сором'язливість, переживання стигматизації й «інакшості»); інтерактивно-поведінкові бар'єри (уникання контактів, відмова від усних відповідей, пасивність у груповому спілкуванні, труднощі ініціювання й підтримання діалогу); соціально-стигматизаційні бар'єри (досвід булінгу й насмішок, відчуття відторгнення, очікування негативного ставлення через мовленнєвий дефект і статус біженця). Таке розуміння комунікативних бар'єрів дозволило поєднати логопедичний і психосоціальний виміри проблеми та стало основою для побудови діагностичної моделі.

Емпіричне дослідження показало, що в умовах вимушеної міграції підлітки з тяжкими порушеннями мовлення демонструють значно вищі рівні комунікативних бар'єрів, ніж їхні ровесники без мовленнєвих порушень. Особливо вираженими виявилися емоційно-особистісні та соціально-стигматизаційні бар'єри: страх говорити при незнайомих, очікування насмішок, уникання комунікативно значущих ситуацій, зниження самооцінки. Кількісний та якісний аналіз даних діагностичного комплексу (опитувальник «Комунікативні бар'єри підлітків», шкали загальної й мовленнєвої тривожності, самооцінка, анкета досвіду булінгу/стигматизації, спостереження, соціометрія, експертні оцінки) засвідчив, що: найбільші труднощі у підлітків із ТПМ пов'язані з участю в усному обговоренні в нових групах, необхідністю виступати перед однолітками, переходом на мову країни

перебування; високі показники тривожності, досвід булінгу в минулому, низька самооцінка та відсутність підтримуючого середовища підсилюють комунікативні бар'єри; підлітки з більш вираженими комунікативними бар'єрами мають, як правило, нижчий соціометричний статус, менше ініціюють контакти й частіше займають позицію «спостерігача» у групових активностях. За результатами кореляційного аналізу виявлено взаємозв'язки між рівнем комунікативних бар'єрів та показниками тривожності, самооцінки й досвіду стигматизації, що підтверджує комплексний характер досліджуваного феномену.

На основі теоретичного аналізу та результатів констатувального етапу створено корекційно-розвивальну програму, спрямовану на зменшення комунікативних бар'єрів у підлітків із ТПМ у форматі ком'юніті-центру Ukrainian Voices RC. Програма побудована з урахуванням принципів інклюзивності, безпечного середовища, добровільності участі, активної суб'єктної позиції підлітків, підтримувальної взаємодії з батьками та мультидисциплінарної співпраці фахівців. До її змісту увійшли: вправи на розвиток мовленнєвої впевненості та прийняття власного голосу; тренінгові блоки формування навичок вербальної й невербальної комунікації, асертивних стратегій, конструктивного розв'язання конфліктів; арт-терапевтичні, тілесно-орієнтовані та ігрові методи, які дозволяють м'яко опрацьовувати переживання тривоги, сорому, досвід булінгу й вимушеного переселення; елементи психоедукації для підлітків і батьків щодо природи мовленнєвих порушень, механізмів тривоги, стратегій підтримки в сім'ї, школі та ком'юніті-просторі.

Порівняння результатів констатувального й контрольного етапів експерименту засвідчило позитивну динаміку в експериментальній групі підлітків із ТПМ, які брали участь у програмі. Спостерігається зниження загального рівня комунікативних бар'єрів і, передусім, емоційно-особистісних та соціально-стигматизаційних проявів; зростання участі в груповому спілкуванні, готовності висловлюватися в присутності однолітків і дорослих;

підвищення суб'єктивної впевненості у власних мовленнєвих можливостях та покращення самооцінки. Учасники програми частіше ініціюють контакти, охочіше долучаються до творчих та дискусійних активностей, демонструють більшу стійкість до можливих критичних реакцій з боку оточення. На відміну від цього, у контрольній групі підлітків із ТПМ, які не пройшли програму в повному обсязі, суттєвої позитивної динаміки не зафіксовано. Отримані відмінності в частині показників досягли статистично значущого рівня ($p < 0,05$), що свідчить про ефективність запропонованого комплексу корекційно-розвивальних заходів.

Результати роботи загалом підтверджують висунуте припущення про те, що рівень комунікативних бар'єрів у підлітків із ТПМ, які перебувають в умовах вимушеної міграції, може бути істотно знижений, а їхня участь у міжособистісному спілкуванні – зроблена більш активною й конструктивною за умови: системної діагностики комунікативних бар'єрів за чітко визначеними критеріями (емоційно-особистісний, мотиваційний, когнітивний, поведінковий); упровадження спеціально розробленої корекційно-розвивальної програми в структурі занять і заходів ком'юніті-центру; залучення до роботи з підлітками батьків, волонтерів і фахівців центру, які отримують практичні рекомендації щодо підтримки підлітка в різних ситуаціях спілкування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексєєнко Т. Ф. Соціалізація особистості: можливості й ризики : навч.-метод. посіб. Київ : Педагогічна думка, 2007. 152 с.
2. Балинська М. В. Комунікативні бар'єри підлітків із тяжкими порушеннями мовлення з різним рівнем тривожності в умовах кризових ситуацій: постановка проблеми дослідження // Актуальні проблеми охорони психічного здоров'я українського народу у воєнний і повоєнний час : зб. матеріалів методол. семінару НАПН України (16 листоп. 2023 р.). Київ : Педагогічна думка, 2023. С. 227–231.
3. Балинська М. В. Комунікативні бар'єри підлітків із тяжкими порушеннями мовлення: теоретичний вимір дослідження // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. 2024. Вип. 24(1). С. 11–32. DOI:10.33189/epsn.v1i24.237.
4. Березовська Л. Комунікативні бар'єри в спілкуванні соціального працівника: шляхи подолання // Український педагогічний журнал. 2020. № 2. С. 85–96.
5. Бікус О. О., Волошина В. В. Теоретичні засади формування комунікативної компетенції у підлітковому віці // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки. 2015. Вип. 1(46). С. 17–23.
6. Качинська Т. В. Неврологічні основи логопедії : методичний посібник для практичної роботи студентів / Т. В. Качинська. Луцьк : Вежа-Друк, 2023. 68 с.
7. Булах І. С. Психологічні основи особистісного зростання підлітків : монографія. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2016. 340 с.
8. Вікова та педагогічна психологія : навч. посіб. / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. Київ : Просвіта, 2001. 416 с.
9. Воронська Н. О. Соціально-психологічний тренінг як засіб розвитку комунікативної компетентності підлітків в інклюзивному освітньому просторі

// Особливі діти: освіта і соціалізація : зб. тез VI Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології. Запоріжжя : Хортицька національна академія, 2020. С. 236–237.

10. Гавриш О. О. Психологічні особливості комунікування в соціальних мережах осіб пубертатного періоду // Науковий вісник Мукачівського державного університету. Серія «Педагогіка та психологія». 2021. Вип. 2(14). С. 161–165.

11. Горішна Н. Тенденції розвитку інклюзивної освіти в Україні // Education and Science. 2020. № 1. С. 45–56.

12. Грибань Г. В. Сучасне програмово-методичне забезпечення розвитку зв'язного мовлення у молодших школярів із тяжкими порушеннями мовлення // Актуальні питання корекційної освіти. 2018. Вип. 10. С. 92–104.

13. Данілавичюте Е., Трофименко Л., Ільяна В. та ін. Психолінгвістичні дидактичні технології діагностики і подолання мовленнєвих порушень у молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення : навч.-метод. посіб. Київ : ІСПП НАПН України, 2022. 847 с.

14. Дмитрієва С. М. Психологічні особливості комунікативних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні // Актуальні проблеми, сучасний стан та перспективи розвитку індустрії туризму в Україні та Польщі : матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. 2010. С. 112–116.

15. Долинська Л. В., Поліщук Д. Психологічні особливості розвитку когнітивного компонента самостійності сучасних підлітків // Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки. 2020. Вип. 7(54). С. 41–49.

16. Дубковецька І., Швед М., Гаврилюк М. Implementing Inclusive Education in Ukraine: Challenges and Prospects // Journal of Vasyl Stefanyk Precarpathian National University. 2018. Vol. 5, № 1. P. 76–83.

17. Казміренко В. П., Духнович В. М., Осадько О. Ю. Засади когнітивної психології спілкування. Кіровоград : Імекс, 2013.

18. Ковальчук І. В. Комунікативна компетентність як соціально-психологічна характеристика особистості // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна. 2010. № 1. С. 193–203.
19. Козирєв М. П. Бар'єри педагогічного спілкування // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія: Психологія. 2013. Вип. 2. С. 136–146.
20. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю від 13.12.2006 р. (ратифікована Україною 16.12.2009 р.). Стаття 24 «Освіта».
21. Кравець Н. П. Шляхи подолання загального недорозвитку мовлення у дітей старшого дошкільного віку // Інноваційна педагогіка. 2023. Вип. 62, ч. 1. С. 78–84.
22. Кризова ситуація внаслідок війни як предиктор розвитку комунікативних бар'єрів та тривожності у підлітків із тяжкими порушеннями мовлення // Безбар'єрність в освіті осіб з особливими потребами: досвід та інновації : матеріали Х Міжнар. конгресу зі спец. педагогіки та психології. Київ : ІСПП ім. М. Ярмаченка НАПН України, 2025. С. 37–42.
23. Купрєєва О. І. Психологічні особливості розвитку комунікативної компетентності підлітків // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. 2017. Т. 9. Вип. 12. С. 134–146.
24. Мартинчук О. В., Скрипник О. В. Inclusive Education in Ukraine: Policy and Practice // Education: Modern Discourses. 2020. № 3. Р. 201–210.
25. Мачинська Н. Inclusion in Ukraine: Modern Challenges // Social and Educational Research. 2024. № 2. С. 15–27.
26. Міністерство освіти і науки України. Про організацію освітнього процесу осіб з особливими освітніми потребами в закладах загальної середньої освіти : метод. рекомендації : лист МОН від 26.08.2025 № 1/17666-25.
27. Москаленко В. В. Соціальна психологія : підручник. 2-ге вид., випр. і допов. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 688 с.

28. Національна стратегія зі створення безбар'єрного простору в Україні до 2030 року : Указ Президента України від 13.04.2021.
29. Омельченко І. М., Балинська М. В. Кризова ситуація як предиктор розвитку комунікативних бар'єрів у підлітків із різним рівнем тривожності з тяжкими порушеннями мовлення // Габітус. 2025. Вип. 71. С. 201–208.
30. Орбан-Лембрик Л. Е. Психологія професійної комунікації. Чернівці : Книги ХХІ, 2010.
31. Петько Л. В. Соціально-комунікативна активність підлітків: теорія і практика : монографія. Київ : ВМУРоЛ «Україна», 2010. 268 с.
32. Подолання комунікативних бар'єрів підлітків засобами арт-терапії : навч.-метод. посіб. Харків : [б. в.], 2020.
33. Про внесення змін до Закону України «Про освіту» щодо особливостей доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг : Закон України від 23.05.2017 № 2053-VIII // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2053-19> (дата звернення: 07.02.2025).
34. Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти : Постанова Кабінету Міністрів України від 15.09.2021 № 957 // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/957-2021-%D0%BF> (дата звернення: 07.02.2025).
35. Про освіту : Закон України від 05.09.2017 № 2145-VIII // Офіційний вісник України. 2017. № 78. Ст. 2429.
36. Про повну загальну середню освіту : Закон України від 16.01.2020 № 463-IX // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/463-20> (дата звернення: 07.02.2025).
37. Психологічні особливості підліткового віку : методичні матеріали. Дніпро, б. р.
38. Рібцун Ю. В. Психомовленнєвий онтогенез дошкільника: логопедичний аспект // Дошкільне виховання. 2024. № 3. С. 12–18.

39. Савчин М. В., Василенко Л. П. Вікова психологія : навч. посіб. Київ : Академвидав, 2005. 360 с.
40. Соботович Є. Ф. Вибрані праці з логопедії [Текст] / Є. Ф. Соботович ; [уклад.: Тищенко В. В., Линдіна Є. Ю.]. Київ : Вид. дім Дмитра Бураго, 2015. 305 с.
41. Тищенко В. В. Логопедія : навчальний посібник. Київ : Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2016.
42. Тищенко В. В., Бабич Н. В., Тичуна К. С. Тяжкі порушення мовлення, загальний недорозвиток мовлення, фонетико-фонематичний недорозвиток : навчальний курс. Київ : КУБГ, 2019.
43. Трофименко Л. І. Шляхи подолання загального недорозвитку мовлення у дітей дошкільного віку : монографія. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2014. 104 с.
44. Удич З. Inclusion in Ukraine: Challenges, Conditions and Prospects // Inclusive Education. 2024. № 1. С. 5–16.
45. Федосова Г. Соціально-психологічні умови подолання комунікативних бар'єрів студентської молоді : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Київ : Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2007.
46. Шеремет М. К., Базима Н. В., Мороз О. В. Мовленнєва тривожність дітей із тяжкими порушеннями мовлення як проблема теорії і практики корекційної освіти. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2015. Вип. 29. С. 151–160.
47. Шеремет М. К. Логопедія : підручник. Вид. 3-ге, перероблене та доповнене / за ред. М. К. Шеремет. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2014. 672 с.
48. Щілінська Г. Комунікативні бар'єри у процесі міжкультурної взаємодії студентів та шляхи їх вирішення // Міжнародний науковий форум: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент. 2015. Вип. 18. С. 50–58.
49. Якимчук Г. В. Особливості психічного розвитку дітей з тяжкими порушеннями мовлення // Habitus. 2020. № 20. С. 191–204.

50. Baartmans J. M. D., et al. The relation between social anxiety and perceptions of peer likeability in adolescents // *Current Psychology*. 2024. (Online first).
51. Balynska M. Features of the genesis of anxiety in adolescents with severe speech disorders in the context of the crisis challenges of our time // *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2024. Vol. 25(2). P. 25–46.
52. Bilavych H. V., et al. Current problems in communicative development of children with special educational needs // *Wiadomości Lekarskie*. 2023. Vol. 76, No. 8. P. 1838–1845.
53. Blöte A. W., et al. Peer behavior toward socially anxious adolescents // *Behaviour Research and Therapy*. 2007. Vol. 45, No. 11. P. 2773–2779.
54. Botting N., Conti-Ramsden G. The role of language, social behaviour and the quality of friendships in adolescents with and without a history of specific language impairment // *Child Development*. 2008. Vol. 79, No. 4. P. 1094–1109.
55. Cincinnati Children's Hospital. Speech – Adolescent Language Disorder : clinical factsheet. URL: cincinnatichildrens.org.
56. Conti-Ramsden G. et al. Adolescents with a history of specific language impairment: strengths and difficulties in social, emotional and behavioural functioning // *Research in Developmental Disabilities*. 2013. Vol. 34, No. 11. P. 4161–4169.
57. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Article 24: Education. New York : United Nations, 2006.
58. Dahlgren S. O. Theory of mind in children with severe speech and physical impairments // *Research in Developmental Disabilities*. 2010.
59. Directive (EU) 2019/882 of the European Parliament and of the Council of 17 April 2019 on the accessibility requirements for products and services (European Accessibility Act).
60. Disability Strategy 2017–2023. Council of Europe, 2017.
61. Durkin K., Conti-Ramsden G. Young people with specific language impairment: a review of social and emotional functioning in adolescence // *Child Language Teaching and Therapy*. 2010. Vol. 26, No. 2. P. 105–121.

62. Erikson E. H. Identity: Youth and Crisis. New York : W. W. Norton, 1968.
63. European Commission. Action Plan on Integration and Inclusion 2021–2027. Brussels : European Commission, 2020.
64. European Commission. Union of Equality: Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021–2030. Brussels : European Commission, 2021.
65. Hancock A., et al. Speech and language communication needs and mental health: a narrative review // International Journal of Language and Communication Disorders. 2022. Vol. 57, No. 6. P. 1320–1338.
66. Izotova M. K. Resource capacity of emotional sphere of modern adolescents // European Proceedings of Social and Behavioural Sciences. 2019.
67. Key Healthcare. Overcoming barriers to effective communication in teenagers. 2023. URL: keyhealthcare.com.
68. Kirsch J., et al. Group-based intervention models in treating refugee and immigrant youth: a review // Trauma, Violence, & Abuse. 2024.
69. La Greca A. M., Harrison H. M. Social anxiety among adolescents: linkages with peer relations and friendships // Journal of Abnormal Child Psychology. 2005. Vol. 33, No. 3. P. 335–345.
70. Light J. Dismantling societal barriers that limit people who need or use augmentative and alternative communication // Augmentative and Alternative Communication. 2025.
71. Metzler J. et al. Improving adolescent mental health and protection in humanitarian settings: group-based psychosocial interventions with refugee youth // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2023.
72. Miller K. K. Applying trauma-informed practices to the care of immigrant and refugee youth // Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2019. Vol. 28, No. 3. P. 439–454.
73. Mok P. L. H., Pickles A., Durkin K., Conti-Ramsden G. Longitudinal trajectories of peer relations in children with specific language impairment // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2014. Vol. 55, No. 5. P. 516–527.

74. Nesi J., Prinstein M. J., Telzer E. H. Adolescents' social media use and mental health: a developmental cognitive neuroscience perspective // *Annual Review of Developmental Psychology*. 2020. Vol. 2. P. 413–436.
75. Omelchenko I. M., Balynska M. V. Crisis situation as a predictor of the development of communication barriers in adolescents with different levels of anxiety and severe speech disorders // *Habitus*. 2025. No. 71. P. 201–208.
76. Physiopedia. Communication and learning disabilities. URL: physiopedia.com.
77. Ragelienė T. Links of adolescents' identity development and relationship with peers and parents: a systematic literature review // *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2016. Vol. 25, No. 2. P. 97–105.
78. Royal College of Speech and Language Therapists. Improving mental health outcomes for children and young people with speech, language and communication needs. London : RCSLT, 2018.
79. Royal College of Speech and Language Therapists. Improving mental health outcomes for school-age children with speech, language and communication needs. London : RCSLT, 2018.
80. Simion E. Augmentative and alternative communication – support for people with severe speech disorders // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2014.
81. Sotiropoulou Drosopoulou C. Conversation patterns between children with severe speech and motor impairments and their typically developing peers // *Applied Linguistics*. 2022.
82. Murdoch Children's Research Institute. Speech and language disorders. URL: mcri.edu.au.
83. Sukale T. Impact of war and forced displacement on children's mental health: a review of multilevel psychosocial interventions. 2022.
84. Sullivan H. S. *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York : W. W. Norton, 1953.
85. Supporting Refugee Youth: From Research to Practice. Research blog, Access Alliance, 2025. URL: accessalliance.ca.

86. Ukrainian Voices RC. Ласкаво просимо до нового українського ком'юніті-центру Ukrainian Voices RC // HelpUkraine.Brussels. 23.01.2024. URL: uv-rc.org.
87. UNESCO. Education 2030: Incheon Declaration and Framework for Action for the Implementation of Sustainable Development Goal 4. Paris : UNESCO, 2016.
88. UNESCO. Inclusion in education: a very useful crisis. Paris : UNESCO, 2023.
89. UNESCO. Towards inclusive education for children with disabilities. Paris : UNESCO, 2009.
90. UNICEF. Inclusive education: understanding Article 24 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Geneva : UNICEF Regional Office for CEE/CIS, 2017.
91. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York : United Nations, 2006.
92. Wahl M. Augmentative and Alternative Communication and digital technology // Frontiers in Communication. 2023.
93. Zhao R. Psychological resilience and social anxiety in aphasia // Current Psychology. 2025.

КАРТА ОБСТЕЖЕННЯ ПІДЛІТКА З ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ

Примітка. Карту заповнює дослідник на підставі наявної документації (логопедичні висновки, ІПР, довідки) та бесіди з батьками / підлітком.

1. Загальні відомості

1.1. Прізвище, ім'я (шифр): _____

1.2. Дата народження: «_» _____ 20__ р. Вік: _____ років

1.3. Стать: ☐ хлопець ☐ дівчина

1.4. Сімейний стан батьків:

- ☐ повна сім'я
- ☐ неповна (мати)
- ☐ неповна (батько)
- ☐ опікуни / прийомна сім'я

1.5. Склад сім'ї (хто проживає разом з підлітком):

1.6. Умови проживання:

- ☐ місто / ☐ селище / ☐ село
- ☐ власне житло / ☐ орендоване житло / ☐ гуртожиток / ☐ тимчасове розміщення

2. Освітній маршрут

2.1. Заклад освіти (повна назва, країна):

2.2. Клас (рік навчання): _____

2.3. Форма організації навчання:

- ☐ інклюзивний клас ЗЗСО
- ☐ спеціальний заклад освіти
- ☐ дистанційне / змішане навчання
- ☐ навчання за українською програмою за кордоном
- Інше: _____

2.4. Перерви в навчанні (через війну, евакуацію, хворобу тощо):

- ☐ не було
 - ☐ були (вказати періоди та причини):
-

2.5. Наявність індивідуальної програми розвитку (ІПР):

- ☐ так
- ☐ ні

Якщо так, з якого року: _____

3. Логопедичний статус

3.1. Офіційний логопедичний діагноз (за висновком фахівця):

3.2. Тип важкого порушення мовлення (ТПМ):

- ☐ загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ) III рівня
- ☐ ЗНМ IV рівня
- ☐ дизартрія (стерта / спастична / інша форма): _____
- ☐ ринолалія (відкрита / закрита / змішана): _____
- ☐ заїкання (форма): _____
- ☐ інше: _____

3.3. Тривалість логопедичної допомоги:

- Початок занять: _____ рік
- Орієнтовна тривалість (років): _____
- Частота занять наразі:
 - ☐ 1 раз на тиждень
 - ☐ 2–3 рази на тиждень
 - ☐ епізодично
 - ☐ наразі не отримує логопедичної допомоги

3.4. Супутні порушення розвитку (за наявності):

- ☐ порушення читання / письма
 - ☐ емоційно-поведінкові труднощі
 - ☐ СДУГ / інші нейророзвиткові розлади (вказати): _____
 - ☐ соматичні захворювання (вказати): _____
 - ☐ інше: _____
-

4. Досвід війни та вимушеного переселення

4.1. Чи має підліток досвід вимушеного переселення?

- ☐ так, внутрішнє переселення (в межах України)
- ☐ так, зовнішнє переселення (за кордон)
- ☐ ні

4.2. Рік(и) та основні причини переселення:

4.3. Поточний статус:

- ☐ тимчасовий захист / статус біженця
- ☐ інший (вказати): _____

4.4. Участь у програмах підтримки (українські / міжнародні фонди, ком'юніті-центри):

5. Суб'єктивна оцінка власного мовлення та спілкування (зі слів підлітка)

5.1. Як ти сам/сама оцінюєш своє мовлення?

5.2. У яких ситуаціях тобі найважче спілкуватися?

5.3. Що тобі найбільше допомагає, коли важко говорити?

Підпис дослідника: _____ Дата заповнення: «_» _____ 20__ р.

ОПИТУВАЛЬНИК «КОМУНІКАТИВНІ БАР'ЄРИ ПІДЛІТКІВ»

Призначення. Виявлення рівня та структури комунікативних бар'єрів у підлітків 12–16 років.

Форма проведення. Індивідуальна або групова.

Час виконання. 10–15 хвилин.

Інструкція (для підлітка)

Прочитай, будь ласка, кожне твердження й обери варіант відповіді, який найкраще описує, як у тебе буває ЗАЗВИЧАЙ. Тут немає «правильних» чи «неправильних» відповідей. Нас цікавить твій власний досвід.

Обведи один варіант:

- 1 – ніколи / зовсім не про мене
- 2 – іноді
- 3 – часто
- 4 – майже завжди / дуже про мене

Блок 1. Когнітивно-сміслові бар'єри

- 1. У розмові з однолітками я часто не встигаю стежити за тим, про що всі говорять.
- 2. Коли вчитель(ка) пояснює нове, мені важко одразу зрозуміти, що від мене хочуть.
- 3. Під час обговорення я гублюся і не знаю, що сказати, навіть коли тема мені знайома.
- 4. Часто буває, що я неправильно розумію запитання і відповідаю «не в тему».
- 5. Коли говорять швидко, я ніби «випадаю» з розмови.
- 6. Інколи я розумію, про що хочу сказати, але не можу зібрати думки в одне речення.
- 7. Мені важко підтримувати розмову, якщо люди часто змінюють тему.
- 8. Я боюся ставити уточнювальні запитання, бо думаю, що інші вважають це очевидним.

Блок 2. Емоційно-особистісні бар'єри

- 9. Коли мені треба говорити вголос перед усіма, я дуже хвилююся.
- 10. Я часто соромлюся свого мовлення.
- 11. Я боюся, що через моє мовлення з мене будуть сміятися.
- 12. Після невдалої відповіді мені довго соромно й не хочеться говорити знову.
- 13. У мовленнєвих ситуаціях я відчуваю напруження в тілі (серце б'ється швидше, тремтять руки тощо).
- 14. Я часто переживаю, що скажу щось «не так» і зіпсую враження про себе.
- 15. Коли до мене звертаються, я іноді «німію» й не можу відповісти, хоча знаю, що сказати.
- 16. Через переживання щодо мовлення я інколи уникаю зустрічей і розмов.

Блок 3. Інтерактивно-поведінкові бар'єри

- 17. Я рідко першим/першою починаю розмову з однолітками.
- 18. Коли хтось починає розмову, я частіше відповідаю коротко, ніж розгорнуто.
- 19. Якщо в групі хтось інший може відповісти, я краще промовчу.

20. У компанії я зазвичай більше слухаю, ніж говорю.
21. Коли розмова стає складною, я шукаю привід її завершити або відійти.
22. Часто я відмовляюся від участі в заходах, де потрібно виступати усно.
23. У спілкуванні я частіше використовую повідомлення в телефоні / чаті, ніж живу розмову.
24. Якщо мене не питають безпосередньо, я майже ніколи сам/сама не висловлюю свою думку.

Блок 4. Соціально-стигматизаційні бар'єри

25. Я відчуваю, що через моє мовлення мене сприймають інакше, ніж інших.
26. Зі мною рідше знайомляться чи кличуть кудись, ніж з іншими однолітками.
27. Мені здається, що однокласники/одногрупники інколи соромляться мене, коли я говорю.
28. Я переживаю, що люди оцінюють мене за тим, як я говорю, а не за тим, який/яка я є.
29. Інколи я чую на свою адресу образливі прізвиська або коментарі, пов'язані з мовленням.
30. Через моє мовлення я часто відчуваю себе «зайвим/зайвою» у компанії.
31. Я вважаю, що з моїм мовленням краще «не висовуватися».
32. Я очікую, що нові люди теж будуть ставитися до мене гірше через те, як я говорю.

Ключ (для дослідника)

- Когнітивно-сміслові бар'єри: пункти 1–8
- Емоційно-особистісні бар'єри: пункти 9–16
- Інтерактивно-поведінкові бар'єри: пункти 17–24
- Соціально-стигматизаційні бар'єри: пункти 25–32

Підрахунок:

- 8–16 балів – низький рівень;
- 17–23 бали – середній рівень;
- 24–32 бали – високий рівень.

ОПИТУВАЛЬНИК МОВЛЕННЄВОЇ ТРИВОЖНОСТІ ПІДЛІТКІВ

Призначення. Оцінка рівня тривожності в типових мовленнєвих ситуаціях.

Форма проведення. Індивідуально або в малих групах.

Час виконання. 5–10 хвилин.

Інструкція

Нижче наведені різні ситуації, у яких можуть опинятися підлітки. Для кожної ситуації оціни, наскільки ти хвилюєшся, коли таке трапляється з тобою.

Обведи одну цифру:

1 – майже не хвилююся

2 – трохи хвилююся

3 – сильно хвилююся

4 – дуже сильно хвилююся / майже панікую

1. Відповідати біля дошки на уроці.
2. Читати вголос уривок тексту перед класом / групою.
3. Знайомитися з новою людиною свого віку.
4. Заставити питання вчителя / дорослому при всіх.
5. Виступати з коротким повідомленням або презентацією.
6. Просити про допомогу в однокласника / одногрупника.
7. Розмовляти в онлайн-уроці (у форматі відеодзвінка).
8. Відповідати на запитання вчителя, коли точно не впевнений/не впевнена у відповіді.
9. Розмовляти з незнайомими ровесниками в новому колективі.
10. Говорити перед дорослою аудиторією (учителі, батьки, інші дорослі).

Обробка:

- Сума балів (10–40).
- Чим вищий бал, тим більша мовленнєва тривожність.
- Для дослідження можна виділяти умовні рівні (напр., 10–19 – низька, 20–29 – помірна, 30–40 – висока).

АНКЕТА ДОСВІДУ БУЛІНГУ / СТИГМАТИЗАЦІЇ

Призначення. Виявлення зв'язку комунікативних бар'єрів із негативним соціальним досвідом.

Інструкція

Будь ласка, відповідай чесно. Твої відповіді ніхто не побачить, їх будуть аналізувати лише узагальнено.

Закриті запитання

Познач один варіант відповіді.

1. Як часто з тебе насміхалися або жартували так, що тобі було неприємно?
☐ ніколи ☐ іноді ☐ часто ☐ дуже часто
2. Як часто насмішки або образи були пов'язані саме з твоїм мовленням?
☐ ніколи ☐ іноді ☐ часто ☐ дуже часто
3. Чи були випадки, коли тебе обзивали образливими прізвиськами через те, як ти говориш?
☐ так, часто ☐ іноді ☐ дуже рідко ☐ ніколи
4. Як часто тебе «не беруть» у групу/команду/компанію, і ти пов'язуєш це зі своїм мовленням?
☐ ніколи ☐ іноді ☐ часто ☐ дуже часто
5. Чи траплялося, що вчитель(ка) або інший дорослий робив(ла) зауваження щодо твого мовлення так, що тобі було соромно чи боляче?
☐ ніколи ☐ 1–2 рази ☐ кілька разів ☐ часто
6. Чи обговорювали батьки / дорослі твоє мовлення при інших людях так, що ти відчував/відчувала дискомфорт?
☐ ніколи ☐ іноді ☐ часто ☐ дуже часто
7. Чи доводилося тобі свідомо уникати певних людей/місць, бо ти знаєш, що там можуть насміхатися з твого мовлення?
☐ ніколи ☐ іноді ☐ часто ☐ дуже часто

Відкриті запитання

8. Що саме найчастіше говорять або роблять інші, що тобі неприємно (пов'язане з твоїм мовленням)?

9. Що ти зазвичай робиш у таких ситуаціях?

КАРТА СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА КОМУНІКАТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ ПІДЛІТКА

Призначення. Фіксація реальних проявів комунікативних бар'єрів у природних умовах спілкування (групові заняття, перерви, інтеграційні події).

Оцінювання. Дослідник/спостерігач ставить бали за 0–2-бальною шкалою:

0 – не спостерігається / поодинокі випадки

1 – помірно виражено

2 – часто / яскраво виражено

Загальні дані:

Шифр підлітка: _____ Дата спостереження: «_» _____ 20__ р.

Ситуація спостереження (група, захід, урок тощо):

1. Ініціація спілкування

1.1. Самостійно підходить до однолітків, розпочинає розмову

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐

1.2. Пропонує тему для обговорення, задає запитання іншим

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐

2. Підтримання контакту

2.1. Відповідає розгорнуто (2–3 фрази й більше), а не односкладово

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐

2.2. Ставить уточнювальні запитання, цікавиться думкою інших

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐

2.3. Зберігає участь у розмові протягом усього обговорення

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐

3. Реакція на звернення

3.1. Охоче відповідає при зверненні до нього/неї

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐

3.2. Звернення до нього/неї часто залишаються без усної відповіді (лише жест, усмішка тощо) (*зворотний показник*)

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐

3.3. Часто просить повторити питання або звернення

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐

4. Невербальні прояви напруження

4.1. Уникає зорового контакту (дивиться вниз, убік)

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐

4.2. Демонструє напружену позу (скутість, стиснені руки, «завмирання»)

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐

4.3. Використовує «захисні» жести (закриває рот, прикриває обличчя, «ховається» за предметами)

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐

5. Позиція в групі

5.1. Сідає/стає ближче до центру групи

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐

5.2. Обирає місце на периферії / окремо від інших (*зворотний показник*)

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐

5.3. Бере участь у спільних видах діяльності (ігри, вправи, обговорення)

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐

Коментарі спостерігача (типові ситуації, висловлювання, контекст):

Підпис спостерігача: _____

ЕКСПЕРТНА АНКЕТА ДЛЯ ОЦІНКИ КОМУНІКАТИВНИХ БАР'ЄРІВ ПІДЛІТКА

Адресати. Логопед, практичний психолог, класний керівник / учитель, фахівець Ukrainian Voices RC, які добре знають підлітка.

Мета. Отримати професійне уявлення про комунікативні труднощі підлітка в різних ситуаціях.

Загальні відомості:

Шифр підлітка: _____

Посада експерта: _____

Стаж роботи за спеціальністю: _____ років

Інструкція

Будь ласка, оцініть, наскільки часто і виражено ви спостерігаєте наведені нижче особливості в комунікативній поведінці підлітка.

0 – не спостерігаю / поодинокі випадки

1 – помірно виражено

2 – часто / яскраво виражено

3 – дуже сильно, майже завжди

1. Підліток рідко ініціює спілкування з однолітками.
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
2. Часто уникає відповідей, якщо є можливість «заховатися» за іншими.
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
3. Під час усних відповідей виглядає дуже напруженим/напруженою (помітні невербальні ознаки тривоги).
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
4. На індивідуальних заняттях (без групи) спілкується значно вільніше, ніж у присутності однолітків.
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
5. Часто відповідає односкладово, навіть коли тема йому/їй добре знайома.
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
6. Після мовленнєвих невдач (збився, застряг, помилився) може «закриватися» й відмовлятися продовжувати.
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
7. Має труднощі з включенням у групові обговорення, уникає рольових чи дискусійних вправ.
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
8. Ви спостерігали ситуації глузувань, насмішок або відторгнення підлітка з боку однолітків.
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
9. На вашу думку, загальний рівень комунікативних труднощів цього підлітка:
0 – мінімальний, 1 – помірний, 2 – значний, 3 – дуже високий
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Коментарі (за бажанням):

- Ситуації, у яких підлітку найважче спілкуватися:

- Ситуації, у яких він/вона відчувається більш вільно:

- На що, на вашу думку, варто звернути особливу увагу в роботі з цим підлітком:

Підпис експерта: _____ Дата: «_»_____ 20__ р.