

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ  
Кафедра спеціальної та інклюзивної освіти**

На правах рукопису

**ОСЮК МАР'ЯНА СТАНІСЛАВІВНА**

**ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ МОВЛЕННЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО  
ВІКУ ІЗ ЗАЇКАННЯМ**

Спеціальність: 016 Спеціальна освіта  
Освітньо-професійна програма: Спеціальна освіта. Інклюзивна освіта  
Робота на здобуття освітнього ступеня магістра

Науковий керівник:  
**ПАВЛИШИНА НАТАЛІЯ БОРИСІВНА,**  
кандидат педагогічних наук, доцент

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ  
Протокол № \_\_\_\_\_  
засідання кафедри \_\_\_\_\_  
від \_\_\_\_\_ 202\_ р.  
Завідувач кафедри  
(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(підпис) ПШ

**ЛУЦЬК - 2025**

## ЗМІСТ

Анотація .....	3
ВСТУП .....	6
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КОРЕКЦІЇ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ЗАЇКАННЯМ .....	11
1.1. Поняття заїкання та його етіологія .....	11
1.2. Особливості мовлення дітей молодшого шкільного віку із заїканням.....	17
1.3. Аналіз сучасних підходів до діагностики та подолання заїкання у дітей молодшого шкільного віку .....	21
ВИСНОВКИ до I-го розділу .....	28
РОЗДІЛ II. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КОРЕКЦІЇ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАЇКАННЯМ .....	30
2.1. Результати обстеження мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку із заїканням .....	30
2.2. Експериментальна модель логопедичної роботи з корекції мовлення та подолання заїкання у дітей молодшого шкільного віку.....	40
2.3. Узагальнення результатів дослідження. Практичні поради щодо логокорекційної роботи з дітьми із заїканням.....	47
ВИСНОВКИ до II-го розділу .....	51
ВИСНОВКИ .....	53
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	55
ДОДАТКИ .....	61

## АНОТАЦІЯ

**Осіюк М. С. Шляхи корекції мовлення дітей молодшого шкільного віку із заїканням.**

У магістерському дослідженні розглянуто проблему корекції мовлення дітей молодшого шкільного віку з логоневрозом (заїканням). У першому розділі проаналізовано сутність поняття «заїкання», розкрито його етіологію, охарактеризовано особливості мовлення дітей молодшого шкільного віку із заїканням. Подано огляд сучасних підходів до діагностики та подолання логоневрозу, висвітлено внесок вітчизняних та зарубіжних науковців у вивчення цієї проблеми.

У другому розділі представлено результати обстеження мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку із заїканням. Запропоновано й експериментально перевірено модель логопедичної роботи, спрямовану на корекцію мовлення та подолання заїкання, що поєднує логопедичні, психотерапевтичні, ігрові та інші методи. Сформульовано практичні поради щодо організації логокорекційної роботи з дітьми, які мають заїкання, із залученням педагогів, психологів та батьків.

За результатами дослідження розроблено методичні рекомендації для логопедів та вчителів початкових класів щодо впровадження ефективних шляхів і засобів подолання заїкання у дітей молодшого шкільного віку.

**Ключові слова:** заїкання, логоневроз, корекція мовлення, діти молодшого шкільного віку, логопедична робота, модель корекції.

## ANNOTATION

### **Osiyuk M. S. Ways to correct the speech of primary school children with stuttering.**

The master's research considers the problem of speech correction in children of primary school age with stuttering. The first section analyzes the essence of the concept of «stutterings», reveals its etiology, characterizes the features of speech in children of primary school age with stuttering. An overview of modern approaches to the diagnosis and overcoming of stutterings is presented, and the contribution of domestic and foreign scientists to the study of this problem is highlighted.

The second section presents the results of a survey of speech development in children of primary school age with stutterings. A model of speech therapy work aimed at speech correction and overcoming stuttering, combining speech therapy, psychotherapeutic and game methods, is proposed and experimentally tested. Practical advice has been formulated on organizing speech correction work with children who stutter, involving teachers, psychologists and parents.

Based on the results of the study, methodological recommendations have been developed for speech therapists and primary school teachers on the implementation of effective ways and means of overcoming speech neurosis in primary school children.

**Keywords:** stuttering, speech neurosis, speech correction, primary school children, speech therapy work, correction model.

## **СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

НУШ – Нова українська школа

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Своєчасний нормативний розвиток мовлення є необхідною умовою повноцінного розвитку дитини, значним фактором становлення її особистості, запорукою успішного навчання у школі. Проте останніми роками спостерігається зростання кількості дітей із мовленнєвими порушеннями, серед яких достатньо поширеним (за даними ВООЗ, у світі від нього страждає від 3 до 5 % населення) є заїкання (логоневроз) – специфічне порушення темпу, ритму та плавності мовлення.

Заїкання має значний науковий і соціальний резонанс, адже воно ускладнює процес спілкування, створює бар'єри для інтеграції дитини у колектив, негативно впливає на навчальну діяльність, та перешкоджає повноцінному розвитку.

У зв'язку з цим проблема його корекції (зокрема на етапі молодшого шкільного віку) перебуває в полі зору багатьох фахівців: психологів, логопедів, педагогів, медиків та знайшла висвітлення в працях як зарубіжних, так і вітчизняних науковців (Л.Арнаутова, Л.Бегас, Л.Гуцал, А.Кравченко, О.Літовченко, С.Миронова, Ю.Рібцун, О.Савченко, Н.Скачедуб, Д.Хрипун, А.Цибулько, Р.Юрова, G.Johnson, A.Kohmäscher, A.Laiho та ін.), а також в нормативних документах – «Державному стандарті початкової освіти» та «Концепції «Нова українська школа»», в яких акцентується увага на створенні умов для всебічного розвитку кожної дитини, врахуванні її індивідуальних потреб та можливостей, підкреслюється необхідність надання своєчасної корекційної допомоги дітям із порушеннями мовлення, що робить дослідження шляхів і засобів корекції заїкання в молодшому шкільному віці надзвичайно важливим і практично значущим.

**Наукова новизна дослідження.** В ході дослідження розроблено та впроваджено комплексну модель логопедичної роботи з корекції мовлення та

подолання заїкання у дітей молодшого шкільного віку; уточнено зміст і структуру корекційних занять, що поєднують логопедичні вправи з елементами психотерапевтичної та ігрової діяльності; дістало подальший розвиток положення про необхідність комплексної взаємодії вчителя, логопеда, психолога та батьків як важливої умови ефективної корекції мовленнєвих порушень у дітей молодшого шкільного віку.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність реалізації комплексної моделі логопедичної роботи з корекції мовлення та подолання заїкання у дітей молодшого шкільного віку.

**Завдання дослідження:**

1. Розглянути заїкання як специфічне мовленнєве порушення.
2. Схарактеризувати особливості мовлення дітей молодшого шкільного віку із заїканням.
3. Розглянути сучасні підходи до діагностики та подолання заїкання у дітей молодшого шкільного віку.
4. Дослідити стан мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку із заїканням.
5. Розробити та впровадити експериментальну модель логопедичної роботи з корекції мовлення та подолання заїкання у дітей молодшого шкільного віку.
6. Проаналізувати результати проведеного дослідження. Скласти практичні поради щодо логокорекційної роботи з дітьми із заїканням.

**Об'єкт дослідження** – заїкання як специфічне мовленнєве порушення.

**Предмет дослідження** – логопедична робота з корекції мовлення дітей молодшого шкільного віку із заїканням.

**Теоретико-методологічними** засадами дослідження стали:

– психолого-педагогічні дослідження з проблеми розвитку мовлення та подолання мовленнєвих порушень (М.Шеремет, Ю. Рібцун, О. Чорна, Н.Гаврилова, Т.Івановата ін.);

– логопедичні підходи до визначення природи та механізмів заїкання, його класифікації та шляхів подолання (Л.Арнаутова, С.Корнєв, В.Кондратенко, А.Кравченко, О.Цехмістро та ін.);

– сучасні наукові дослідження у галузі корекції логоневрозу та розвитку мовленнєвої діяльності дітей молодшого шкільного віку (Л. Гуцал, С. Миронова; С. Byrd , G. Johnson та ін.).

– нормативно-правові документи, що визначають основи організації освітнього процесу і корекційно-розвиткової роботи в закладах освіти України: Державний стандарт початкової освіти; Концепція «Нова українська школа».

**Методи дослідження.** Для розв'язання поставлених завдань, досягнення мети використано:

– загальнонаукові методи теоретичного рівня (аналіз, синтез, порівняння, систематизація, узагальнення науково-теоретичних та емпіричних даних),

– методи емпіричного дослідження (спостереження, бесіда, тестування), педагогічний експеримент (констатувальний, формувальний, контрольний);

– методи обробки та аналізу даних: обробка емпіричних даних, що застосовані для доведення достовірності й ефективності результатів педагогічного експерименту.

**Експериментальна база дослідження.** Дослідно-експериментальна робота на констатувальному, формувальному та контрольному етапах дослідження виконувалася на базі Пісочненського ліцею Поворської сільської ради Ковельського району Волинської області. Вибірку склали 7 молодших школярів віком 7–8 років.

**Практичне значення дослідження.** Розроблена та апробована експериментальна модель логопедичної роботи може бути використана логопедами, вчителями початкових класів, практичними психологами та іншими фахівцями, які працюють з дітьми молодшого шкільного віку із заїканням. Практичні матеріали дослідження можуть бути використані під час організації логопедичних занять, індивідуальної та групової роботи з дітьми, а також у роботі з батьками з метою формування у них компетентності щодо подолання логоневрозу в домашніх умовах.

**Апробація результатів та публікації.** Основні положення та результати дослідження висвітлено та оприлюднено під час:

- науково-практичної конференції «Праксис-звук-вимова» (форма участі – дистанційна, 06 березня 2025);
- науково-практичної конференції «Сучасні теоретичні й прикладні контексти спеціальної та інклюзивної освіти» (Луцьк, 20-21 травня 2025);
- науково-методичного семінару «Інклюзивне навчання: сутність, принципи, переваги» (Луцьк, 21 травня 2025);
- науково-методичного семінару «Сучасні технології навчання осіб із особливими освітніми потребами у закладах спеціальної та інклюзивної освіти» (Луцьк, 15-27 травня 2025).

Публікації за темою дослідження:

1. Осіюк М.С. Фізіологічні, психологічні та соціальні аспекти корекції мовлення дітей молодшого шкільного віку із логоневрозом (заїканням). *Сучасні теоретичні й прикладні контексти спеціальної та інклюзивної освіти. Збірник тез доповідей учасників V Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Луцьк 20-21 травня 2025 р.)*. Луцьк, 2025. С. 198-202.

**Структура кваліфікаційної роботи.** Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, 2 додатків (9 сторінок), списку використаних джерел (50 найменувань, з них 4 – іноземними мовами, 8

Інтернет-сайтів). Повний обсяг роботи становить 69 сторінок, основного тексту – 60 сторінок. Робота містить 8 таблиць і 3 рисунки на 9 сторінках основного тексту.

## РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КОРЕКЦІЇ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ЗАЇКАННЯМ

### 1.1. Поняття заїкання та його етіологія

Помітне зростання кількості дітей, які мають функціональні мовленнєві труднощі, зокрема заїкання (логоневроз), актуалізує потребу у ґрунтовному вивченні його етіологічних чинників, специфіки перебігу та проявів. Це дозволяє не лише чітко диференціювати дане порушення від інших форм заїкання, а й обґрунтувати найбільш ефективні шляхи корекційно-розвивальної роботи.

Аналіз літературних джерел свідчить про те, що поняття логоневроз досить часто використовується поруч із терміном заїкання, що іноді призводить до їх ототожнення. Проте між цими категоріями існують певні відмінності.

Так, у «Понятійно-термінологічному словнику» знаходимо наступне визначення: «Заїкання (від лат. balbuties – запинання) – поліморфний розлад мовлення, порушення комунікації у вигляді дискоординації плавності, ритму, виникнення окремих запинань, повторів ряду звуків і складів унаслідок мовленнєвих судом через перенапруження чи стреси» [27, с.22-23].

Науковці (Д. Костенко, О. Кривцова, Ю. Рібцун, С. Скляр, Г. Соколенко та ін.) зазначають, що найбільш виразно заїкання проявляється у самотійному мовленні, коли дитина формулює власні висловлювання, тоді як у відображеному чи спряженому мовленні його прояви, як правило, менш інтенсивні. Часто заїкання супроводжується додатковими фізичними проявами, такими як супутні рухи, а також використанням «емболів» – додаткових звуків або слів, що виникають як спроба полегшити процес висловлювання.

Крім того фахівці відзначають, що заїкання може впливати не лише на усне мовлення, а й на письмове – в такому випадку у дітей спостерігається

неохайний, дискоординований почерк, сильний натиск на ручку чи олівець, розтягування слів, повторення складів або окремих літер [19; 28; 34; 35].

За даними, які наводить Ю. Рібцун, у науковій літературі розрізняють кілька форм заїкання, що мають певні клінічні характеристики та особливості прояву [27] (Табл.1.1.).

Таблиця 1.1.

## Форми заїкання

Форма заїкання	Характеристика
Клонічна форма	характеризується багаторазовим повторенням окремих звуків чи складів на початку слова (наприклад, «те-те-телефон»)
Тонічна форма	проявляється тривалими судомними скороченнями мовленнєвої мускулатури, що викликають раптові паузи й напружене, «вибухове» продовження мовлення (наприклад, «м машина»)
Клоніко-тонічна (змішана) форма	поєднує ознаки обох попередніх типів, коли повтори звуків чергуються з тривалими блоками у мовленні
Афатичне заїкання	виникає на фоні афазії та супроводжується уповільненим темпом мовлення з повторенням початкових звуків
Індуковане заїкання	зумовлене наслідуванням (пасивним чи активним) мовленнєвої поведінки інших осіб
Неврозоподібне (органічне) заїкання	пов'язане з органічними ураженнями центральної нервової системи
Рецидивуюче заїкання	відновлюється після тривалого періоду вільного мовлення без запинок
Хвилеподібне заїкання	має змінний перебіг: періоди посилення змінюються відносним зменшенням вираженості, проте повного зникнення симптомів не відбувається
Невротичне (функціональне) заїкання (логоневроз)	виникає внаслідок психоемоційних перевантажень і є найпоширенішою формою серед дітей молодшого шкільного віку

Отже, заїкання є більш загальним поняттям, яке охоплює широкий спектр порушень темпу, ритму та плавності мовлення, тоді як логоневроз розглядається як одна з його форм, що має виражений невротичний характер та

виникає, головним чином, на ґрунті психоемоційних перевантажень чи стресових ситуацій.

«Понятійно-термінологічний словник» тлумачить логоневроз (від гр. *logos* – слово, мовлення, *neuron* – нерв) як – «невротичний розлад у вигляді вродженого чи набутого мовленнєвого порушення (невротичного заїкання) внаслідок незрілості артикуляторних механізмів мовлення, зумовлений впливом психотравмуючих факторів» [27, с. 27-28].

Як зазначає В. Компанієць: «Логоневроз виникає внаслідок порушення взаємодії між процесами збудження і гальмування із подальшою появою в мовленнєвій зоні функціонально ізольованої ділянки застійного збудження, наявність якої спричинює зниження контролю кори над підкоркою, що бере участь у регуляції темпу мовлення, порушення взаємодії компонентів мовлення» [13, с.3].

Ю. Рібцун акцентує увагу на особливостях перебігу логоневрозу і зазначає, що він має хвилеподібний характер із періодами загострень і покращень, що часто пов'язано зі стресовими подіями, втому, підвищеним психоемоційним навантаженням [28].

В свою чергу В. Компанієць виокремлює кілька типів перебігу логоневрозу:

– регредієнтний тип характеризується поступовим зменшенням симптомів логоневрозу аж до їх повного зникнення;

– хронічний тип, який має кілька варіантів: стаціонарний (стійкий і монотонний перебіг мовленнєвого порушення), рецидивуючий (коливання інтенсивності проявів у бік покращення або погіршення) та прогредієнтний (тенденція до посилення симптомів) [13].

На думку С. Корнева та О. Козинець, на сучасному етапі не існує єдиної концепції щодо етіології логоневрозу. Вчені сходяться на тому, що його виникнення може бути зумовлене комплексом чинників, серед яких:

- вікові особливості дитини – так звані «критичні періоди» розвитку психомоторної сфери та мовлення, у які ризик появи даного порушення мовлення значно зростає (2–4 роки, 6–8 років, 12–15 років);

- стан центральної нервової системи, що визначає стійкість організму до стресів та навантажень;

- індивідуальні особливості мовленнєвого онтогенезу, які можуть виявлятися у нерівномірному чи затриманому формуванні мовленнєвих навичок;

- особливості розвитку функціональної асиметрії мозку, що впливають на взаємодію між півкулями та мовленнєвими центрами;

- психотравмуючі фактори, здатні порушити мовленнєву діяльність у дітей із підвищеною нервово-психічною чутливістю;

- спадковість [16, с.136].

Більшість науковців (С. Долженко, С. Конопляста, О. Літовченко, Ю. Рібцун, В. Тарасун, М. Шеремет, та ін.) вважають, що заїкання – це патологія невротичного характеру. Його етіологія зумовлена взаємодією біологічних та соціально-психологічних чинників. До біологічних чинників фахівці відносять:

- вроджену або набуту функціональну слабкість нервової системи;

- незрілість мовленнєво-рухових механізмів;

- перинатальні ураження центральної нервової системи;

- спадкову схильність до мовленнєвих порушень.

Соціально-психологічні чинники тісно пов'язані зі стресовими ситуаціями у житті дитини. До них відносять:

- хронічне емоційне напруження (конфлікти у родині, нестабільність у соціальному оточенні);

- надмірні вимоги до мовлення дитини або неправильні методи виховання (покарання за мовленнєві помилки, надмірний контроль);

– раптові психотравмуючі події (переляк, втрата близьких, насильство, війна) [20; 30; 45].

Соціально-психологічні чинники є надзвичайно вагомими у формуванні та перебігу заїкання. Особливу актуальність вони набули в умовах сьогодення через вплив воєнних подій в нашій країні. Вибухи, руйнування, втрати, вимушене переміщення – усе це створює умови постійного психоемоційного стресу. Як зазначають І. Олійник, Л. Яценюк, В. Мойсюк, події, пов'язані з війною є надзвичайно потужними стресогенними факторами, які часто призводять до регресивних змін у мовленнєвому розвитку: у деяких дітей спостерігається поява або посилення заїкання, а в окремих випадках – повна втрата мовлення. В умовах воєнного стану підвищений рівень психоемоційної напруги особливо негативно впливає на дітей із вразливою нервовою системою, зокрема тих, хто схильний до проявів логоневрозу [23, с. 106].

У такій ситуації особливої значущості набуває необхідність чіткої диференціації логоневрозу від інших мовленнєвих порушень, адже від правильності діагностики залежить побудова ефективної корекційної програми. Вчасне визначення характерних ознак логоневрозу дозволяє не лише уникнути хибних підходів у роботі з дитиною, а й сформувати ефективну систему психолого-педагогічної допомоги.

У зв'язку з цим важливо окреслити основні симптоми заїкання. Науковці (В. Компанієць, В. Кондратенко, А. Кравченко, С. Скляр та ін.) зазначають, що симптоматика заїкання зазвичай поділяється на дві групи – фізичні та психічні. Первинними вважають фізичні, а вторинними – психічні прояви.

До фізичних належать судоми мовленнєвих м'язів: тонічні, що спричиняють затримку на одному звуці, та клонічні, які викликають повторювані скорочення мовленнєвих м'язів. Також сюди відносять супровідні рухи немовленнєвих м'язів та вегетативні порушення – нестабільність пульсу, коливання артеріального тиску, прискорене серцебиття тощо.

Психічні симптоми проявляються у вигляді фобій, нав'язливих думок про наявне порушення, а також у використанні захисних прийомів і мовленнєвих «хитрощів». Саме ці вторинні прояви суттєво впливають на перебіг і тривалість розладу, оскільки вони усвідомлювані та закріплюють негативне ставлення до власного мовлення.

Такі психічні утворення особливо негативно відображаються на комунікативній сфері. Людина починає уникати активного спілкування, стає більш замкненою, у неї формується підвищена тривожність, що ускладнює навчальну, професійну та соціальну діяльність. Ситуацію можуть ускладнювати некоректні реакції оточення – надмірні вимоги говорити «правильно», докори або, навпаки, жалісливе ставлення. [13; 14; 17; 34].

Таким чином, логоневроз є функціональною формою заїкання, яка поєднує мовленнєві, моторні та психоемоційні симптоми. Його перебіг безпосередньо залежить від емоційного стану дитини, рівня стресового навантаження та особливостей психофізичного розвитку. Важливим є те, що інтенсивність проявів логоневрозу може коливатися залежно від ситуацій: від майже непомітних у спокійних умовах до виражених у стресових чи відповідальних моментах.

Вчасна диференціація логоневрозу від інших форм заїкання й розуміння його етіології мають важливе значення для правильного вибору методів корекції, індивідуалізації підходів у роботі з дитиною та запобігання закріпленню мовленнєвих порушень у майбутньому.

## **1.2. Особливості мовлення дітей молодшого шкільного віку із заїканням**

У молодшому шкільному віці мовлення дитини досягає достатнього рівня сформованості:

- активно збагачується словниковий запас,
- удосконалюються граматичні конструкції,
- розвивається зв'язність і логічність висловлювань.

Школярі цього віку здатні не лише правильно відтворювати почуте, а й будувати самостійні висловлювання, брати участь у діалогах, вести елементарні дискусії, переказувати прочитане чи побачене. Таким чином, мовлення поступово стає основним засобом навчальної діяльності та соціальної взаємодії.

Однак у дітей із заїканням закономірності мовленнєвого розвитку набувають своєрідного характеру. Порушення темпу, ритму й плавності мовлення ускладнюють не лише комунікацію, а й засвоєння навчального матеріалу, формування впевненості у власних силах та повноцінну соціалізацію.

Як зазначають Р. Юрова, Т. Вітер та ін., мовлення дітей молодшого шкільного віку із заїканням (логоневрозом) має низку специфічних особливостей, які проявляються як у звуковій, так і в інтонаційно-ритмічній організації висловлювань. Найхарактернішою ознакою є порушення плавності мовлення, що виявляється у вигляді судом артикуляційних, голосових або дихальних м'язів. Такі судоми призводять до повторів окремих складів чи звуків, а також до виникнення вимушених пауз, що порушують темпо-ритмічну структуру мовлення. Внаслідок цього висловлювання втрачає цілісність, стає уривчастим і менш зрозумілим для співрозмовника. Часто діти намагаються компенсувати труднощі додатковими звуками, словами або рухами, що ще більше ускладнює комунікативний процес.

Найбільші труднощі у дітей із заїканням спостерігаються в ситуаціях самостійного чи спонтанного мовлення, коли необхідно швидко добирати слова й будувати фрази без попередньої підготовки. У таких випадках мовленнєві запинки стають більш інтенсивними. Це пояснюється тим, що при самостійному висловлюванні активніше залучаються емоційна та когнітивна сфери, а отже, зростає напруження, яке провокує судоми [46].

М. Шеремет, О. Боряк звертають увагу на те, що крім мовленнєвих симптомів, у дітей із логоневрозом нерідко спостерігаються так звані супутні рухи, які виконують роль своєрідних компенсаторних реакцій. Це можуть бути мимовільні жести руками, напружене стискання кулаків, кліпання очима, хитання корпусом чи інші рухи, що з'являються в момент мовленнєвих труднощів. Такі прояви є наслідком підвищеної напруги нервової системи та спроби дитини «допомогти собі» подолати блокування мовлення. Водночас вони створюють враження неузгодженості поведінки й ще більше привертають увагу оточення до мовленнєвого порушення, що може посилювати психологічний дискомфорт дитини [44].

О. Літовченко зазначає, що однією з характерних ознак мовлення дітей із заїканням є використання емболій – вставних звуків, складів чи слів на зразок «е-е», «ну», «це», які виконують функцію заповнювачів пауз. Вони виникають тоді, коли дитина не може відразу вимовити необхідне слово й намагається виграти час, аби підготувати артикуляційний апарат до подальшого висловлювання. Проте така стратегія не вирішує проблеми, а лише ускладнює мовленнєву комунікацію, робить мовлення надмірно розтягнутим і фрагментованим. У результаті в дитини формується негативний досвід спілкування, що може спричинити логофобію [21].

Думку О Літовченко поділяють й інші науковці, зокрема І. Олійник, Л. Яценюк та В. Мойсюк, які стверджують, що: «Заїкання може супроводжуватись логофобією – невротичною реакцією на мовленнєвий розлад у вигляді страху

спілкування. Логофобія в шкільному віці проявляється у нав'язливих переживаннях із приводу можливого виникнення судом у процесі усного мовлення, що значно ускладнює навчальну діяльність здобувачів освіти з мовленнєвими труднощами і перешкоджає вільному володінню мовою, що є ключовою компетентністю, відповідно до Державного стандарту початкової освіти [23, с.106].

У свою чергу, Ю. Рібцун, С. Стуцаренко, О. Чорна та інші дослідники наголошують, що мовлення дітей із заїканням має виразні порушення на інтонаційно-просодичному рівні. Передусім страждає мелодика мовлення: спостерігається одноманітність інтонації, недостатнє інтонаційне оформлення фраз, невміння інтонаційно виділити ключові слова. Часто діти не використовують природних інтонаційних підйомів і спадів голосу, що робить їх мовлення монотонним і важким для сприйняття. Це знижує виразність висловлювань і ускладнює формування комунікативних умінь.

Також у дітей із заїканням виявляються проблеми з темпоритмічною організацією мовлення. Вони можуть говорити або надто швидко, «ковтаючи» склади та слова, або надмірно повільно, з довгими паузами, які не мають логічного обґрунтування. Ритм мовлення часто є збитим: повторювані склади, вимушені зупинки та нерівномірність мовленнєвого потоку призводять до того, що слухачеві складно зрозуміти зміст висловлюваного. Такі труднощі проявляються найсильніше у спонтанному мовленні, тоді як у відтворюваних або заучених текстах (віршах, піснях) ці порушення частково згладжуються.

Не менш важливим є і порушення сили та звучання голосу. У дітей із заїканням голос часто то занадто гучний, то надмірно тихий, іноді глухий і нерівний. Вони мають труднощі з довільним регулюванням сили голосу залежно від комунікативної ситуації. У поєднанні з інтонаційними та ритмічними збоями це створює враження невпевненості й нестабільності мовлення [28; 38; 42].

Підходи до подолання заїкання в дітей шкільного віку визначається залежно від ступеня вираженості мовленнєвих порушень:

– перша стадія – заїкування проявляється лише в окремих ситуаціях, переважно на початку висловлювань або при вимові сполучників і прийменників. Порушення стає помітнішим у стані психологічного напруження. Часто воно поєднується з підвищеною збудливістю, прискореним темпом мовлення та невротичними проявами. На цьому етапі оточення може не звертати уваги на відхилення, а сама дитина не відчуває сорому, вільно спілкується й навіть бере участь у публічних виступах. Проте поступово плавність мовлення знижується, і заїкуватість починає прогресувати;

– друга стадія – ознаки мовленнєвих труднощів стають очевидними як для батьків, так і для самої дитини. Під час мовлення з'являється розтягування звуків, хоча сторонні не завжди одразу помічають відхилення. Судоми виникають епізодично, переважно під час вимови довгих фраз, складних слів або у стані емоційного збудження. У громадських місцях заїкуватість може посилюватися, проте дитина за потреби здатна певною мірою контролювати мовлення;

– третя стадія – мовленнєві судоми стають більш вираженими й регулярними. Дитина постійно заїкається, хоча зберігає здатність логічно будувати висловлювання. Окремі слова можуть викликати особливі труднощі, що призводить до їх уникання або заміни іншими. Попри це, дитина продовжує активно спілкуватися і поки що не відчуває вираженого страху перед людьми чи соціальної ізоляції;

– четверта стадія – порушення мовлення перетворюється на значущу психологічну проблему. Дитина починає соромитися спілкування, у неї формуються негативні установки («я не можу говорити», «мене не почують», «я не подобаюсь іншим»). Виникає страх перед публічними виступами, уникання мовленнєвих ситуацій. У певних умовах заїкуватість різко посилюється, що

супроводжується емоційною напругою. Усвідомлення власної «неповноцінності» призводить до замкненості та уникливих реакцій.

Таким чином, мовлення дітей молодшого шкільного віку із заїканням характеризується не лише специфічними судомними проявами, а й комплексом вторинних особливостей, пов'язаних із психоемоційною сферою, моторною координацією та поведінковими реакціями. Ці діти потребують системної логопедичної та психологічної допомоги, спрямованої не лише на подолання мовленнєвих судом, а й на формування впевненості в собі, розвиток комунікативних навичок та нормалізацію емоційного стану.

У цьому контексті важливого значення набуває вивчення сучасних підходів до діагностики та корекції заїкання.

### **1.3. Аналіз сучасних підходів до діагностики та подолання заїкання у дітей молодшого шкільного віку**

Діагностика заїкання у дітей молодшого шкільного віку є важливим етапом корекційної роботи, оскільки своєчасне виявлення порушень плавності мовлення дозволяє підбирати відповідні методики логокорекції та зменшувати психоемоційні труднощі дитини.

У сучасній науково-педагогічній практиці діагностика розглядається як комплексний процес, що передбачає оцінку не лише зовнішніх проявів заїкання, а й стану артикуляційного апарату, дихальної функції, просодичних характеристик мовлення, лексико-граматичних, фонематичних навичок тощо.

Сучасні підходи до обстеження включають як традиційні методики логопедичного аналізу мовлення, так і інноваційні технології, такі як аудіо- та відеофіксація, комп'ютеризований аналіз темпу та ритму мовлення, а також оцінку психоемоційного стану дитини. Значна увага приділяється міждисциплінарній взаємодії логопеда, психолога та невролога, що дозволяє

отримати комплексну характеристику мовленнєвого розвитку та об'єктивно визначити рівень функціональних порушень. В таблиці 1.2. наведена коротка характеристика сучасних підходів до діагностики заїкання.

Таблиця 1.2.

## Сучасні підходи до діагностики заїкання

№	Підхід	Характеристика
1	Комплексна логопедична оцінка	Сучасна діагностика заїкання передбачає оцінку не лише частоти запинок, а й усіх компонентів мовлення: артикуляції, дихання, темпу, ритму, інтонації, плавності, а також фонематичного та лексико-граматичного розвитку.
2	Спостереження у природних та контрольованих умовах	Важливо спостерігати дитину у різних формах мовлення: вільне спілкування, переказ, читання, відтворення віршів, називання предметів із та без опори на наочність. Це дозволяє виявити зміни проявів заїкання залежно від рівня складності мовлення та стресових ситуацій.
3	Використання відео- та аудіозаписів	Сучасні логопеди часто застосовують аудіо- та відеозапис мовлення дитини для подальшого аналізу. Це дозволяє фіксувати ритмічні порушення, тривалість та частоту запинок, супутні рухи та психофізіологічні реакції (тремтіння, пітливість, напруга м'язів), що важко помітити в реальному часі.
4	Оцінка психоемоційного стану дитини	Сучасні підходи враховують психоемоційний компонент заїкання. Логопед оцінює наявність страху говорити (логофобії), рівень тривожності, самоконтролю, соціальної адаптації та поведінкових реакцій у спілкуванні. Ця інформація допомагає диференціювати органічні і функціональні форми заїкання.
5	Індивідуальна шкала оцінки та бальна система	Для більш об'єктивної оцінки сучасні дослідники пропонують використовувати шкали, де оцінюють різні компоненти мовлення (дихання, артикуляцію, фонемний слух, просодію, плавність, словниковий запас тощо) за рівнями: високий, достатній, середній, низький. Такий підхід дозволяє порівнювати результати обстеження між дітьми та проводити динамічний моніторинг результатів корекційної роботи.

Продовження таблиці 1.2.

6	Комп'ютеризовані методи та технології	Сучасна діагностика може включати спеціальні комп'ютерні програми, що аналізують темп мовлення, частоту повторів, тривалість пауз та зміни голосу. Це особливо корисно для планування корекційної роботи та оцінки її ефективності.
7	Міждисциплінарний підхід	Діагностика логоневрозу сьогодні проводиться у співпраці логопеда, психолога, невролога та, за потреби, педагога-реабілітолога. Такий підхід дозволяє врахувати усі фактори, що впливають на мовлення дитини, та розробити комплексну програму корекції.

Щодо подолання логоневрозу, С. Долженко, О. Горбатюк, Г. Соколова, В. Галущенко зазначають що «...на сьогоднішній день існує декілька підходів, які можна застосовувати фахівцям під час роботи з дітьми із заїканням. До таких підходів відносяться: міждисциплінарний підхід, транспрофесійна модель співпраці, інтегративно-когнітивний підхід, сімейно-центрований підхід, підхід із використанням цифрових технологій» [8, с.31-32]. Охарактеризуємо їх.

Міждисциплінарний підхід передбачає активну взаємодію логопеда, психолога, педагога, медичного фахівця та батьків для створення єдиного корекційного плану. Його сутність полягає у колективному плануванні, регулярних нарадах, спільній відповідальності за результати й постійній комунікації між усіма учасниками процесу. Перевагою цього підходу є системність і комплексність підтримки, що забезпечує більш стійкі результати.

Транспрофесійна модель співпраці базується на тому, що фахівці не лише працюють разом, а й опановують базові навички суміжних професій. Наприклад, педагог у класі може застосовувати елементи логопедичних вправ, а логопед – техніки тілесно-орієнтованої релаксації. Така взаємодія мінімізує дублювання функцій, підвищує оперативність втручання і робить систему допомоги більш гнучкою.

Інтегративно-когнітивний підхід поєднує методи когнітивно-поведінкової терапії, логопедичної корекції та розвитку емоційної саморегуляції. Він

спрямований на зміну негативних установок («Я не зможу сказати»), тренування навичок подолання тривожності (релаксація) і автоматизацію мовлення у безпечних умовах. Даний підхід активно впроваджується в міжнародній практиці (США, Велика Британія, Австралія).

Сімейно-центрований підхід акцентує увагу на активній ролі батьків у подоланні заїкання. Вони навчаються технік уповільненого мовлення, створюють сприятливе комунікативне середовище вдома, залучаються до ігор і занять. Такий підхід довів свою ефективність у програмах раннього втручання, зокрема у відомій Lidcombe Program.

Підхід із використанням цифрових технологій передбачає залучення мобільних додатків (Speech Blubs, Stamura), онлайн-платформ для спільної роботи (Google Workspace, Microsoft Teams) та інструментів телемедицини. Це дає змогу підтримувати дитину навіть у дистанційному або гібридному форматі навчання, забезпечуючи безперервність терапії та швидку комунікацію між фахівцями й родиною [8].

Слід зазначити, що переважна більшість вітчизняних фахівців у галузі корекційної педагогіки наголошує на необхідності застосування комплексного підходу.

Зокрема, А. Кравченко зазначає: «Комплексний метод подолання заїкання вимагає здійснення педагогічного впливу на різні сторони психофізичного стану дитини, яка заїкається. До комплексу лікувально-педагогічних заходів входять лікувальні препарати та процедури, лікувальну фізкультуру, психотерапію, логопедичні заняття, логопедичну ритміку, виховні заходи. Вони мають на меті оздоровлення та зміцнення нервової системи й організму в цілому; подолання неправильного ставлення дитини до своїх мовленнєвих порушень, ослаблення мовленнєвих судом, усунення супутніх розладів голосу, дихання, моторики та язика; соціальну адаптацію осіб із заїканням» [17, с.7-8].

Як свідчить аналіз літературних джерел – у сучасних логопедичних методиках корекційна робота із дітьми, які мають заїкання, передбачає активне застосування ігор, як ефективного засобу подолання мовленнєвих труднощів. Значну увагу цьому аспекту приділяє Ю. Рібцун, яка у своїх наукових працях описує систему ігор, що використовуються на різних етапах логопедичних занять: під час періоду мовчання або шепітного мовлення, на етапах сполученого та відображеного мовлення тощо [28].

В свою чергу О. Літовченко у власних дослідженнях підкреслює, що для подолання різних форм заїкання доцільно застосовувати тілесно орієнтовані ігри та вправи. Вони базуються на поєднанні рухової та мовленнєвої активності дитини, що дозволяє знижувати психоемоційне напруження та водночас тренувати плавність мовлення. Такі вправи спрямовані не лише на корекцію мовленнєвого порушення, а й на гармонізацію психофізичного стану, оскільки заїкання нерозривно пов'язане з роботою нервової системи та загальним рівнем тривожності.

Зміст тілесно орієнтованих ігор полягає у створенні ситуацій, де дитина одночасно виконує прості рухи й вимовляє мовленнєвий матеріал. Це можуть бути вправи на ритмізацію мовлення через крокування, плескання в долоні чи інші ритмічні дії, що допомагають сформувати чіткішу координацію між диханням, артикуляцією та голосом. Важливо, що подібні вправи проводяться у невимушеній ігровій атмосфері, що зменшує страх мовлення та формує позитивний досвід комунікації.

Крім того, тілесно орієнтовані методики мають комплексний ефект: вони розвивають увагу, пам'ять, рухову координацію та впливають на емоційний стан дитини. Заняття такого типу сприяють зниженню внутрішнього напруження, зменшенню частоти судомних проявів та поступовому відновленню довіри до власного мовлення [21, с.141].

О. Савченко, аналізуючи психотерапевтичні підходи до подолання заїкання, наголошує на значному потенціалі методів арт-терапії. «Залучення дітей до творчої діяльності – малювання, ліплення, музики чи театралізованих ігор – створює для них безпечний простір для самовираження та зняття емоційного напруження. Через мистецтво дитина має можливість передавати свої переживання у символічній формі, що сприяє опосередкованому опрацюванню внутрішніх страхів, пов'язаних із мовленням» [32, с.143].

Застосування арт-терапії в логопедичній практиці допомагає гармонізувати емоційний стан, зменшити рівень тривожності та підвищити впевненість у власних можливостях. Крім того, цей метод має виражений корекційний ефект: він стимулює розвиток комунікативних навичок, збагачує уяву та сприяє формуванню позитивної самооцінки. У процесі колективної творчості дитина вчиться взаємодіяти з однолітками, долаючи замкнутість та страх перед мовленнєвим контактом [32].

О. Качуровська, Н. Пахомова, В. Коваленко характеризують традиційні методи логопедичної роботи з особами із заїканням, як-от:

1. Метод звукозаглушення – передбачає використання «білого шуму» або синусового сигналу через навушники для блокування слухового сприйняття власного мовлення. У результаті зменшується напруження голосових зв'язок, знижується інтенсивність судом, підвищується чіткість артикуляції та гучність мовлення. Метод діє завдяки розриву звичного слухо-мовленнєвого зв'язку.

2. Метод звукопідсилення. При використанні спеціальних пристроїв власне мовлення сприймається гучнішим, що стимулює пацієнта знижувати напруження мовленнєвих м'язів і частіше користуватися «м'якою атакою» звуків. На відміну від звукозаглушення, ефект досягається не блокуванням, а зміною інтенсивності акустичного сигналу, що допомагає зменшити судоми.

3. Метод відстроченого акустичного зворотного зв'язку (DAF). Людина чує власне мовлення із затримкою (від 25 до 450 мс), що змушує її

уповільнювати темп висловлювання. Це веде до синхронізації роботи слухового і мовнорухового центрів мозку, розтягування голосних звуків, зменшення мовленнєвих судом і створення більш плавного мовлення.

4. Частотно-зміщений акустичний зворотний зв'язок (FAF). Метод полягає в тому, що голос пацієнта відтворюється у вищому або нижчому регістрі, ніж природно. Це змінює сприйняття власного мовлення і сприяє зменшенню судом. Дослідження показали, що ефект FAF може бути навіть вищим, ніж у DAF, завдяки більшій перебудові слухо-мовленнєвого зворотного зв'язку.

5. Метод біологічного зворотного зв'язку (БЗЗ) – спрямований на розвиток навичок самоконтролю і саморегуляції. За допомогою спеціальних пристроїв дитина отримує слухові чи візуальні сигнали про свій фізіологічний стан (дихання, серцевий ритм, тонус м'язів) і вчиться змінювати ці параметри. Це дозволяє поступово нормалізувати психоемоційний стан і знижувати прояви судом [11, с. 112-115]

Отже, узагальнюючи сучасні підходи до діагностики та подолання логоневрозу у дітей молодшого шкільного віку, можна стверджувати, що вони мають комплексний і міждисциплінарний характер. Діагностика базується не лише на аналізі мовленнєвих особливостей, але й на врахуванні психоемоційного стану, інтонаційної та просодичної сторони мовлення, когнітивних і моторних функцій. Такий підхід дозволяє визначити індивідуальні прояви порушення та обрати найбільш ефективні корекційні стратегії.

## ВИСНОВКИ до I-го розділу

У процесі аналізу теоретичних джерел з проблеми дослідження було встановлено наступне:

1) Заїкання є складним і багатофакторним порушенням комунікативної діяльності, що проявляється у вигляді судом мовленнєвого апарату, порушень темпу, ритму та інтонаційної виразності мовлення. Його природа має поліетіологічний характер, тобто зумовлена поєднанням біологічних, психологічних та соціальних чинників, які у взаємодії створюють передумови для виникнення і закріплення порушення.

До біологічних факторів належать особливості функціонування центральної нервової системи, зокрема її підвищена збудливість, слабкість процесів гальмування, неврологічні ураження, порушення моторної координації. Психологічні чинники часто пов'язані з емоційними травмами, страхами, конфліктними ситуаціями, неправильними стилями виховання, що формують у дитини почуття тривожності, невпевненості у власних силах. Соціальні передумови включають особливості мовленнєвого середовища, надмірні вимоги з боку дорослих, несприятливу атмосферу спілкування, недостатній рівень підтримки з боку родини та педагогів тощо.

2) Мовлення дітей молодшого шкільного віку із заїканням має низку характерних особливостей, які проявляються не лише у судамах артикуляційного апарату, а й у загальній дезорганізації мовленнєвого процесу. Для таких дітей типовими є порушення просодичної організації мовлення – нерівномірність темпу, нестала ритмічність, зниження інтонаційної виразності, що ускладнює процес сприймання мовлення як самою дитиною, так і її співрозмовниками. Часто спостерігаються супутні прояви – страх мовлення, уникання певних звуків чи ситуацій спілкування, емоційна напруга під час висловлювання, що значно погіршує якість комунікації.

У молодшому шкільному віці, коли мовлення стає основним засобом навчальної діяльності та соціальної взаємодії, заїкання негативно впливає на пізнавальний і особистісний розвиток дитини. Діти з логоневрозом (заїканням) часто відчують труднощі у навчанні, зниження самооцінки, уникання колективних форм роботи, комунікативну замкненість. Це, у свою чергу, може призвести до вторинних особистісних порушень – невпевненості, тривожності, соціальної ізоляції.

3) Сучасна логопедія розглядає проблему заїкання у контексті комплексного підходу до діагностики та подолання. Традиційно використовуються логопедичні методики, спрямовані на нормалізацію дихання, формування плавності мовлення, розвиток моторики артикуляційного апарату. Однак досвід сучасних дослідників та практиків свідчить, що лише логопедичний вплив не забезпечує стійких результатів, якщо не враховувати психологічну складову проблеми. Тому актуальним є поєднання психотерапевтичних, арт-терапевтичних, ігрових та тілесно-орієнтованих методів, які дозволяють впливати одночасно на мовленнєвий, емоційний і поведінковий аспекти розвитку дитини.

До ефективних сучасних напрямів роботи з дітьми, що заїкаються, належать методи релаксації, дихальні вправи, музикотерапія, логоритміка, ігри-драматизації, арт-терапія, казкотерапія. Такі підходи сприяють зниженню психоемоційного напруження, розвитку впевненості у власних мовленнєвих можливостях, формуванню позитивного досвіду комунікації. Використання інноваційних технологій у логопедичній практиці (наприклад, мультимедійних засобів, інтерактивних програм, сенсорних методик) створює додаткові можливості для підвищення мотивації дітей до занять та підсилює корекційний ефект.

## **РОЗДІЛ II. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КОРЕКЦІЇ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАЇКАННЯМ**

### **2.1. Результати обстеження мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку із заїканням**

З метою вивчення практичних аспектів корекції мовлення у дітей молодшого шкільного віку із заїканням нами було проведене дослідження яке передбачало послідовну реалізацію наступних етапів:

1. Констатувальний етап (обстеження мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку із заїканням). На цьому етапі було здійснено комплексне вивчення мовленнєвого розвитку дітей, які мають заїкання. Дослідження передбачало визначення рівня сформованості основних мовленнєвих компонентів, виявлення частоти та особливостей мовленнєвих судом, а також аналіз супутніх проявів – емболій, супутніх рухів, порушень темпо-ритмічної сторони мовлення. Паралельно було досліджено психоемоційний стан дітей, їхню комунікативну активність і мотивацію до мовлення. Результати констатувального етапу дали можливість окреслити індивідуальні та групові труднощі школярів, що стали основою для проведення подальшої корекційної роботи.

2. Формувальний етап (розробка та впровадження експериментальної моделі логопедичної роботи з корекції мовлення та подолання заїкання). Цей етап передбачав створення і реалізацію системи логопедичних занять, спрямованих на подолання заїкання та нормалізацію мовленнєвої діяльності. Експериментальна модель включала вправи для розвитку дихальної функції, артикуляційної моторики, формування правильного мовленнєвого ритму та інтонаційної виразності. Особливу увагу приділялося використанню ігор з корекційною спрямованістю, методів релаксації, елементів арт-терапії та

тілесно-орієнтованих вправ, що допомагали знижувати рівень мовленнєвого напруження й тривожності. Заняття проводилися як у груповій, так і в індивідуальній формі, з поступовим переходом від простих до складніших завдань. Важливим компонентом було залучення батьків до корекційного процесу з метою закріплення навичок у домашніх умовах.

3. Контрольний етап (узагальнення результатів дослідження). На завершальному етапі було проведено повторне обстеження дітей з метою виявлення динаміки їхнього мовленнєвого розвитку та ефективності запропонованої корекційної моделі. Порівняння результатів констатувального та контрольного зрізів дало змогу об'єктивно оцінити досягнуті зміни.

За підсумками проведеного дослідження розроблено низку практичних порад для логопедів, учителів та батьків, спрямованих на ефективну корекційну роботу з дітьми, які мають логоневроз.

До участі у педагогічному дослідженні було залучено 7 молодших школярів віком 7–8 років, у яких діагностовано заїкання. Формування вибірки здійснювалося з урахуванням етичних принципів та за чітко визначеними критеріями:

– віковий показник: до дослідження залучалися саме діти молодшого шкільного віку (7–8 років), оскільки цей період є найбільш чутливим для формування та корекції мовленнєвої діяльності;

– обов'язковою умовою була наявність мовленнєвої патології, підтвердженої фахівцями (логопедом, дефектологом або психоневрологом). Це забезпечило достовірність діагнозу та дозволило виокремити саме дітей із заїканням;

– враховувалася відсутність інтелектуальних порушень, які могли б ускладнити адекватну оцінку мовленнєвого розвитку. Такий підхід дав змогу сконцентрувати увагу виключно на особливостях мовлення та факторах, що впливають на прояви заїкання;

– важливим етичним аспектом було отримання добровільної згоди батьків (законних представників) на участь дитини в педагогічному дослідженні. Це дозволило забезпечити дотримання прав неповнолітніх та створити умови психологічної безпеки для учасників.

Таким чином, сформована вибірка відповідає необхідним науково-методичним та етичним вимогам, що забезпечило достовірність та надійність отриманих результатів.

Надамо коротку характеристику учасникам досліджуваної групи (Табл. 2.1).

Таблиця 2.1

## Характеристика учасників досліджуваної групи

№	Ім'я /вік	Діагноз /анамнез	Характер протікання логоневрозу
1	Артем, 7 років	Заїкання середнього ступеня. Початок у 4 р. після сильного переляку. Психогенний фактор (стрес)	Хвилеподібний перебіг, посилення при хвилюванні, судомі на початку слів, уповільнене мовлення, обмежена ініціатива у спілкуванні, тривожність, сором'язливість
2	Владислав, 7 років	Заїкання легкого ступеня. Винило у 5 років, після швидкого темпу мовленнєвого розвитку. Неврологічний фактор + спадковість	Легкі повтори складів, стабільний перебіг, мовлення зрозуміле, іноді наявні повтори. Спілкується вибірково, уникає відповідей при незнайомих, емоційно вразливий
3	Вероніка, 8 років	Заїкання середнього ступеня. З'явилося у 6 р. після зміни середовища (школа). Психосоціальний фактор (адаптаційний стрес)	Хвилеподібний, посилюється в нових ситуаціях, наявні часті повтори, «застрягання». Спілкується переважно з близькими, емоційний стан нестійкий, тривожний
4	Кирило, 7 років	Заїкання тяжкого ступеня. Початок у 3 р. як наслідок енцефалопатії. Органічно-неврологічний фактор	Стійкий, з частими судомами; виражені блоки, нерівномірне мовлення. Уникає активного мовлення, підвищена збудливість

## Продовження таблиці 2.1.

5	Ксенія, 8 років	Заїкання легкого ступеня. З'явився після народження молодшого брата. Психоемоційний фактор (ревності)	Періодичний, з ремісіями, іноді повтори складів. Досить активна, проте невпевнена у незнайомих ситуаціях, емоційно чутлива
6	Тимур, 7 років	Заїкання середнього ступеня. Виник у 5 років після ЧМТ (легкої форми). Органічний фактор	Стійкий перебіг, повтори, «застрягання» на приголосних. Спілкування обмежене, емоційна нестабільність
7	Андрій, 8 років	Заїкання легкого ступеня. Початок у 6 років, без вираженої травми. Змішаний фактор.	Легкий, хвилеподібний. Мовлення зрозуміле, іноді наявні зупинки. Дружній, але говорить тихо, схильний до сором'язливості.

Для обстеження мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку із заїканням нами була використана карта, побудована на основі схеми психолого-педагогічного обстеження дитини, що заїкається (автор О. Літовченко) [21, с. 242-247] (Табл. 2.2.)

Таблиця 2.2.

Карта обстеження мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку із заїканням

№	Напрямок обстеження	Критерії	Рівні оцінювання
1	Будова органів артикуляційного апарату Обстежуються: губи, язик, зуби, піднебіння	форма, симетричність, рухливість, координація рухів	Високий 4 бали – органи артикуляції правильно сформовані, рухи чіткі, координовані. Достатній 3 бали – незначні відхилення у будові чи русі, що не впливають на звуковимову. Середній 2 бали – помірні порушення (складність у виконанні артикуляційних вправ, обмежена рухливість). Низький 1 бал – значні анатомо-фізіологічні відхилення, що ускладнюють мовлення.

## Продовження таблиці 2.2.

2	<p>Стан дихальної функції</p> <p>Досліджуються: тип дихання, ритмічність, характер вдиху при мовленні, тривалість мовного видиху</p>	<p>Критерії:</p> <p>правильність мовленнєвого дихання, співвідношення вдиху та видиху, контроль видиху під час мовлення</p>	<p>Високий 4 бали – дихання діафрагмальне або грудодіафрагмальне, ритмічне, видих плавний і достатньо тривалий.</p> <p>Достатній 3 бали – дихання переважно грудне, незначні порушення ритму.</p> <p>Середній 2 бали – видих короткий, вдих поверхневий, мовлення переривається.</p> <p>Низький 1 бал – хаотичне, нерегульоване дихання, що різко обмежує мовлення.</p>
3	<p>Просодична сторона мовлення</p> <p>Обстежуються: сила та звучання голосу, мелодика, темп, ритм, паузи, логічний наголос, словниковий запас, граматичне оформлення.</p>	<p>Критерії:</p> <p>виразність, плавність, інтонаційне забарвлення, структурна цілісність мовлення.</p>	<p>Високий 4 бали – голос звучний і стійкий, темп оптимальний, паузи логічні, словник багатий, граматики сформована, зв'язне мовлення розгорнуте.</p> <p>Достатній 3 бали – інтонація і темп з незначними відхиленнями, словник достатній, граматики майже без помилок.</p> <p>Середній 2 бали – мовлення монотонне або занадто швидке/повільне, словник обмежений, граматичні помилки часті.</p> <p>Низький 1 бал – просодика грубо порушена, словниковий запас бідний, граматики несформована, зв'язне мовлення уривчасте.</p>
4	<p>Характеристика проявів заїкання</p> <p>Оцінюються: час появи заїкання, локалізація та форма судом (тонічні, клонічні, змішані), частота й тривалість запинок, супутні рухи,</p>	<p>Критерії:</p> <p>ступінь вираженості мовленнєвих судом, наявність додаткових проявів, варіативність залежно від</p>	<p>Високий 4 бали – заїкання проявляється рідко, переважно у стресових ситуаціях, супутні симптоми відсутні.</p> <p>Достатній 3 бали – запинки час від часу в усному мовленні, інтенсивність невисока, супутні рухи незначні.</p> <p>Середній 2 бали – заїкання помітне в різних видах мовлення,</p>

## Продовження таблиці 2.2.

	емболофразія, логофобія. Також аналізується перебіг у різних видах мовлення (сполучене, відображене, називне, діалогічне, монологічне, віршоване).	ситуації	запинки часті, супутні рухи виражені. Низький 1 бал – тяжкі форми судом, логофобія, різке порушення комунікації, мовлення майже неможливе.
5	Особливості мовленнєвого спілкування Досліджуються: характер спілкування, мовленнєва активність, свобода використання мовних засобів, вплив різних ситуацій.	Критерії: активність у діалозі, бажання спілкуватися, адекватність використання мовних засобів.	Високий 4 бали – дитина активно спілкується, легко користується мовними засобами, труднощів у комунікації майже немає. Достатній 3 бали – інколи проявляє сором'язливість, але в цілому комунікація успішна. Середній 2 бали – мовленнєва активність знижена, дитина уникає спілкування в складних ситуаціях. Низький 1 бал – різко обмежене спілкування, страх мовлення, уникання контактів.

За результатами обстеження, дітей, які в сумі за всіма показниками набрали:

– 16-20 балів – було віднесено до *високого рівня*. Така дитина має правильно сформовані артикуляційні органи, мовленнєве дихання врівноважене та ритмічне, мовлення плавне, інтонаційно виразне, словниковий запас багатий, граматична будова сформована. Заїкання проявляється рідко, переважно у стресових ситуаціях, супутні рухи відсутні, комунікативна активність висока.

– 11-15 балів – до *достатнього рівня*. У цих дітей артикуляційний апарат сформований із незначними відхиленнями, мовленнєве дихання у цілому правильне, проте можливі окремі труднощі з регуляцією видиху. Мовлення зрозуміле, але з окремими помилками в просодиці чи граматиці. Запинки при

заїканні з'являються час від часу, інтенсивність невелика, можливі незначні супутні рухи. Комунікативна активність зберігається, але в складних ситуаціях може знижуватися.

– до *середнього рівня* були віднесені школярі, які набрали – 6-10 балів. У них спостерігаються помітні порушення артикуляції та мовленнєвого дихання (короткий видих, порушення ритму). Мовлення монотонне або надто швидке/повільне, словниковий запас обмежений, граматичні помилки часті. Заїкання проявляється у більшості видів мовлення, запинки досить часті, супутні рухи виражені. Дитина схильна уникати тривалих висловлювань, комунікативна активність помірно знижена.

– до *низького рівня* були віднесені школярі, які набрали від 1 до 5 балів. У них наявні виражені анатомо-функціональні порушення артикуляційного апарату, мовленнєве дихання хаотичне, нерегульоване. Просодика грубо порушена, словниковий запас дуже бідний, граматики неформована, зв'язне мовлення уривчасте або відсутнє. Заїкання носить тяжкий характер (тривалі судоми, виражена логофобія, емболофразія, численні супутні рухи). Комунікативна активність різко знижена: дитина уникає мовних контактів.

Заповнення «Карти обстеження мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку із заїканням» здійснювалося на констатувальному етапі педагогічного дослідження. Діагностична робота проводилася у сприятливих психологічних умовах, які забезпечували емоційний комфорт дітей. Обстеження здійснювалося індивідуально у логопедичному кабінеті, де було мінімізовано можливі фактори, що відволікають увагу та підвищують тривожність (шум, присутність сторонніх осіб тощо).

Кожна дитина проходила серію завдань, спрямованих на дослідження окремих параметрів мовленнєвого розвитку.

Отримані дані було систематизовано і для наочності наведено у таблицях 2.3–2.4 та рисунку 2.1.

Таблиця 2.3.

Результати обстеження мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку із заїканням (констатувальний етап)

№	Ім'я	Напрямок обстеження					Бал	Рівень
		Будова органів артикуляційного апарату	Стан дихальної функції	Просодична сторона мовлення	Характеристика проявів заїкання	Особливості мовленнєвого спілкування		
1	Артем	3	2	1	2	2	10	середній
2	Владислав	3	3	2	3	2	13	достатній
3	Вероніка	3	2	2	2	2	10	середній
4	Кирило	3	1	1	1	1	7	середній
5	Ксенія	4	3	3	2	2	14	достатній
6	Тимур	3	1	2	2	2	10	середній
7	Андрій	4	3	3	2	2	14	достатній

Таблиця 2.4

Розподіл за рівнями мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку із заїканням (констатувальний етап)

Рівень	Кількість дітей	%
Високий	-	-
Достатній	3	42,9%
Середній	4	57,1%
Низький	-	-
Разом	7	100 %

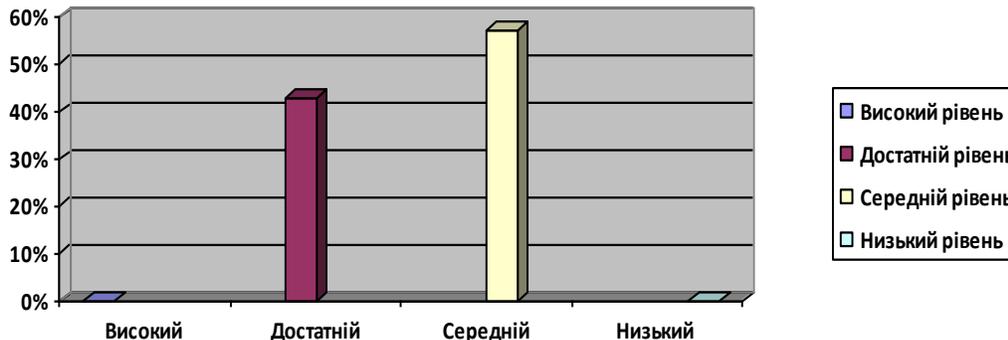


Рис. 2.1. Рівень мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку із заїканням (констатувальний етап)

На першому етапі діагностики ми досліджували стан будови органів артикуляційного апарату.

У більшості дітей показники виявилися достатніми: найвищі бали (4) отримали Ксенія та Андрій, що свідчить про добре сформовану артикуляційну базу.

Артем, Владислав, Вероніка та Тимур отримали по 3 бали – задовільний рівень, що вказує на певні незначні труднощі у роботі артикуляційних органів.

Найнижчий показник (1 бал) мав Кирило, у якого спостерігаються помітні порушення у будові або функціонуванні органів артикуляційного апарату.

Другим напрямом стало обстеження дихальної функції.

Високі результати (3 бали) показали Владислав, Ксенія та Андрій – у цих дітей дихальна система відносно стабільна, що створює сприятливі умови для корекції мовлення.

Артем та Вероніка мали середні показники (2 бали), що свідчить про недостатньо стійке мовленнєве дихання.

Найнижчі бали (1) отримали Кирило та Тимур, у яких виявлено значні труднощі з регуляцією дихання у процесі мовлення.

Третій аспект – просодична сторона мовлення.

Найкраще просодика збережена у Ксенії та Андрія (по 3 бали), їхнє мовлення має відносно виразний інтонаційний малюнок.

Владислав, Вероніка та Тимур продемонстрували середній рівень (2 бали).

Артем і Кирило отримали по 1 балу – у їхньому мовленні чітко виражена монотонність, слабкість інтонацій та ритмічні порушення.

Далі було оцінено характеристику проявів заїкання.

Найкраще показали себе Владислав та Ксенія (по 3 бали) – у них заїкуватість проявляється відносно рідко та не носить різко вираженого характеру.

Артем, Вероніка та Тимур отримали по 2 бали – заїкуватість проявляється періодично, особливо в емоційно значущих ситуаціях.

Кирило – 1 бал: у нього заїкуватість має стійкий характер і суттєво ускладнює мовленнєве спілкування.

Останнім критерієм стали особливості мовленнєвого спілкування.

Найвищі показники (3 бали) знову у Владислава, Ксенії та Андрія – вони намагаються вступати в діалог, хоча іноді проявляють напруженість.

Артем, Вероніка та Тимур мали по 2 бали – їхнє спілкування частково обмежене, з'являється невпевненість у власних мовленнєвих можливостях.

Кирило отримав лише 1 бал – дитина уникає мовленнєвих ситуацій, відчуває страх і скутність у спілкуванні.

Отже, найвищі результати мають Ксенія та Андрій (по 14 балів) і Владислав (13 балів) – їхній рівень розвитку можна оцінити як достатній, що свідчить про позитивні передумови для корекційної роботи.

Артем, Вероніка та Тимур (по 10 балів) показали середній рівень мовленнєвого розвитку.

Кирило (7 балів) має найнижчі показники серед учасників дослідження, що вказує на значні труднощі у всіх напрямках мовленнєвого розвитку та потребує більш інтенсивної і тривалої логопедичної допомоги.

## **2.2. Експериментальна модель логопедичної роботи з корекції мовлення та подолання заїкання у дітей молодшого шкільного віку**

З метою корекції мовленнєвих порушень у дітей молодшого шкільного віку із заїканням нами була розроблена експериментальна модель логопедичної роботи, що ґрунтується на принципах комплексного, системного та особистісно орієнтованого підходу. Її побудова передбачає не лише подолання судом у мовленні, а й формування стійких комунікативних умінь, розвиток психоемоційної стабільності та створення умов для подальшої мовленнєвої і соціальної адаптації дитини.

Сутність моделювання логопедичної роботи полягає у цілеспрямованому поєднанні логопедичних, психотерапевтичних, ігрових, цифрових та інших методів в єдину систему, яка враховує вікові та індивідуальні особливості дітей. Модель виступає своєрідною «програмою дій» для логопеда, що дозволяє структурувати роботу за етапами, визначити завдання на кожному з них і забезпечити узгодженість методів та прийомів впливу.

У межах нашої моделі логопедична допомога розглядається як процес, що охоплює роботу з дитиною, взаємодію з батьками та залучення педагогів. Такий підхід дає змогу досягти більш високої ефективності у подоланні логоневрозу та попередженні його рецидивів.

Наочно структура моделі представлена на Рис. 2.2.

Структура моделі	Блок 1. Діагностичний	обстеження будови органів артикуляційного апарату; стану дихальної функції; просодичного компоненту мовлення; проявів заїкання; особливостей мовленнєвого спілкування (активність, свобода використання мовних засобів, вплив різних ситуацій тощо)
	Блок 2. Логопедичний	логоритмічні вправи, вправи на формування мовленнєвого дихання, логопедичний самомасаж, вправи на темпоритм мовлення (Додаток А).
	Блок 3. Психотерапевтичний	тілесна психотерапія - рухові та дихальні вправи - вправи на розтягування - вправи для релаксації; арт-терапія (нетрадиційні техніки малювання, ігри з кінетичним піском тощо) (Додаток Б)
	Блок 4. Педагогічний (інклюзивно-освітній)	створення доброзичливого середовища у класі; адаптація навчальних завдань за темпом і формою відповіді; включення ігор і командних вправ, що стимулюють комунікацію
	Блок 5. Сімейний	навчання батьків стратегіям підтримки дитини (повільне мовлення, безперервний контакт очей, без тиску); спільні ігри вдома для тренування плавності мовлення; психопросвіта щодо природи логоневрозу для зниження стигми.
	Блок 6. Інноваційно-цифровий	використання мобільних додатків для тренування мовлення; онлайн-комунікація з логопедом; відеозаписи занять для аналізу прогресу.

Рис. 2.2. Модель логопедичної роботи з корекції мовлення та подолання заїкання у дітей молодшого шкільного віку

Охарактеризуємо особливості реалізації кожного блоку запропонованої моделі.

Метою *діагностичного блоку* було комплексне вивчення мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку із заїканням. На етапі діагностики було проведено обстеження органів артикуляційного апарату, у ході якого з'ясуувалася їхня будова та функціональна готовність до мовленнєвої діяльності. Паралельно досліджувався стан дихальної функції: тривалість і сила видиху, уміння координувати дихання з мовленням. Окрему увагу приділяли просодичному компоненту – темпу, ритму, інтонаційній виразності мовлення. Вивчення проявів заїкання відбувалося під час різних видів мовленнєвої активності (читання, переказ, спонтанна розмова), що дозволило простежити закономірності й умови посилення судомних проявів.

Також аналізувалися особливості мовленнєвого спілкування: активність дітей у діалозі, свобода у використанні мовних засобів, реакція на зміну комунікативних умов. Очікуваним результатом діагностичного блоку стало отримання повної картини стану мовленнєвого розвитку досліджуваної групи.

Другий (*логопедичний*) блок експериментальної моделі передбачав безпосередню реалізацію комплексу логопедичних вправ, спрямованих на подолання заїкання та формування плавного, ритмічного мовлення у дітей молодшого шкільного віку. Його основною метою було закріплення правильних мовленнєвих навичок, розвиток дихального та артикуляційного апарату, а також вироблення в учнів уміння контролювати темп, ритм та інтонаційну виразність власного мовлення.

У межах логоритмічних занять використовувалися рухливі ігри, поєднані з музичним супроводом та ритмічними вправами. Діти виконували завдання на узгодження рухів і мовлення, що сприяло зниженню м'язового напруження, активізації уваги та формуванню відчуття ритму. Ці вправи допомагали гармонізувати психофізичний стан дітей, зменшували мовленнєві судоми та створювали позитивний емоційний фон для подальшої роботи.

Особливе значення мали вправи на формування мовленнєвого дихання. Під час їх виконання діти вчилися правильно набирати повітря через ніс, здійснювати рівномірний, тривалий видих і координувати його з вимовою фраз. Такі завдання дозволяли поступово формувати дихальний ритм, необхідний для плавного мовлення. Регулярне виконання дихальних вправ сприяло підвищенню стійкості мовлення у спонтанних ситуаціях.

До комплексу також було включено логопедичний самомасаж, який виконувався з метою зниження м'язового напруження артикуляційного апарату. Діти під наглядом логопеда виконували прості масажні рухи для губ, язика, щік, що допомагало нормалізувати їхню роботу та підвищувало чутливість мовних органів. Завершальним напрямом роботи стали вправи на темпоритм мовлення. Учні практикували читання в унісон, під музику та у визначеному ритмі, що формувало відчуття плавності, послідовності та контрольованості мовленнєвого процесу. У результаті реалізації логопедичного блоку було досягнуто поступове зниження проявів заїкання, а також підвищення впевненості дітей у власному мовленні.

Третій (*психотерапевтичний*) блок експериментальної моделі був спрямований на психоемоційну підтримку дітей молодшого шкільного віку із заїканням. Його метою було зниження тривожності, формування впевненості у власних комунікативних здібностях та створення умов для гармонійного розвитку мовлення в психологічно безпечному середовищі. Реалізація цього блоку передбачала поєднання тілесної психотерапії та арт-терапевтичних методик, що дозволяло комплексно впливати на фізичний і емоційний стан дітей.

У межах тілесної психотерапії використовувалися спеціальні рухові та дихальні вправи. Діти виконували завдання на розтягування м'язів, контроль дихання та координацію рухів, що сприяло зниженню м'язового напруження, активізації дихальної системи та гармонізації нервової діяльності. Виконання

таких вправ допомагало дітям усвідомлювати власне тіло, відчувати контроль над рухами і, як наслідок, покращувало контроль мовного апарату у процесі спілкування.

Окремий напрямок психотерапевтичного блоку становили вправи на релаксацію. Під керівництвом логопеда та психолога діти вчилися розслаблятися після напруженої мовленнєвої діяльності, що зменшувало прояви мовленнєвих судом, покращувало психоемоційний стан та знижувало рівень тривоги під час спонтанного мовлення. Виконання релаксаційних технік у формі гри сприяло формуванню позитивного емоційного досвіду та створювало мотивацію до подальшої участі у корекційних заняттях.

Велику увагу приділяли арт-терапії та ігровим методикам, зокрема нетрадиційним технікам малювання та роботі з кінетичним піском. Такі заняття дозволяли дітям вільно виражати власні емоції, зменшувати напруження та страх перед спілкуванням. Робота з піском та творчі вправи активізували сенсомоторні та когнітивні процеси, розвивали уяву, увагу та дрібну моторику, що прямо впливало на якість мовлення.

Завдяки комплексному поєднанню тілесної психотерапії та арт-терапії вдалось досягти стабілізації емоційного стану дітей, підвищення їхньої впевненості у спілкуванні та формування позитивного ставлення до власного мовлення.

*Педагогічний (інклюзивно-освітній)* блок моделі був спрямований на створення сприятливого освітнього середовища для дітей із заїканням у класі. Під час його реалізації педагогам надавали рекомендації щодо формування доброзичливої атмосфери, де кожна дитина могла відчувати себе впевнено та безпечно. Логопед та психолог працювали спільно з класними керівниками, демонструючи прийоми підтримки учнів у процесі мовленнєвої діяльності та навичок комунікації.

Особлива увага приділялася адаптації навчальних завдань відповідно до темпу та форми відповіді дітей. Вчителі вчилися надавати можливість дитині висловлюватися у комфортному для неї темпі, уникати поспіху та тиску, а також використовувати різні форми відповіді – усну, письмову, у вигляді малюнка чи дії. Це дозволяло школярам ефективніше долати мовні труднощі та зменшувати прояви заїкання під час уроків.

Використання ігор та командних вправ у класі сприяло стимуляції комунікативної активності. Діти брали участь у спільних завданнях, де могли взаємодіяти з однокласниками у підтримуючій атмосфері. Це дозволяло практикувати плавність мовлення, зменшувати мовленнєву тривожність та формувати позитивний досвід спілкування в колективі, що безпосередньо впливало на загальну ефективність корекційного процесу.

П'ятий блок моделі (*сімейний*) був спрямований на залучення батьків до корекційного процесу та створення стабільного підтримувального середовища вдома. Під час його реалізації батьків навчали конкретним стратегіям підтримки дитини під час мовлення, зокрема методам уповільненого мовлення, підтримки зорового контакту та уникання тиску під час спілкування. Це дозволяло зменшувати тривожність у дитини та формувати позитивний досвід спілкування.

Окрім цього, батьки активно включалися у спільні ігри та вправи вдома, які відпрацьовували плавність мовлення та мовленнєві навички, отримані під час логопедичних занять. Регулярне виконання таких вправ сприяло закріпленню результатів корекції та розвитку впевненості дитини у власних мовних здібностях.

Також важливим напрямом роботи з батьками була психопросвіта щодо природи заїкання. Батьки отримували інформацію про механізми виникнення та прояви заїкання, що допомагало формувати терпимість та розуміння до

труднощів дитини. Це забезпечувало цілісний сімейно-педагогічний підхід та підвищувало ефективність реалізації всієї моделі логопедичної роботи

Шостий блок моделі (*інноваційно-цифровий*) був спрямований на впровадження сучасних цифрових технологій у корекційну роботу з дітьми молодшого шкільного віку із заїканням. Використання мобільних додатків для тренування мовлення дозволяло школярам виконувати вправи вдома у зручному для них темпі, що забезпечувало системність та регулярність корекційного процесу.

Особливу увагу приділяли онлайн-комунікації з логопедом. Завдяки відеозаняттям та консультаціям у режимі реального часу батьки та діти отримували оперативні рекомендації щодо виконання вправ, а фахівець мав змогу контролювати техніку виконання завдань та коригувати помилки. Такий підхід сприяв збереженню безперервності корекційного процесу, особливо в умовах дистанційного або гібридного навчання.

Додатковим інструментом цифрового блоку стали відеозаписи занять для аналізу прогресу. Логопед міг переглядати виконання вправ, оцінювати динаміку мовленнєвого розвитку та своєчасно вносити зміни до індивідуальної програми корекції. Використання цифрових технологій підвищувало ефективність моделі та забезпечувало інтеграцію традиційних і сучасних методів роботи, відповідаючи сучасним вимогам інклюзивної освіти.

З метою перевірки ефективності впровадження моделі логопедичної роботи з корекції мовлення та подолання заїкання у дітей молодшого шкільного віку нами була реалізована контрольна діагностика.

### 2.3. Узагальнення результатів дослідження. Практичні поради щодо логокорекційної роботи з дітьми із заїканням

На контрольному етапі для обстеження мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку із заїканням нами повторно була використана карта, побудована на основі схеми психолого-педагогічного обстеження дитини, що заїкається (автор О. Літовченко). Отримані дані було систематизовано і для наочності наведено у таблицях 2.5-2.6 та рисунку 2.3.

Таблиця 2.5.

Результати обстеження мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку із заїканням (контрольний етап)

№	Ім'я	Напрямок обстеження					Бал	Рівень
		Будова органів артикуляційного апарату	Стан дихальної функції	Прямодічна сторона мовлення	Характеристика проявів заїкання	Особливості мовленнєвого спілкування		
1	Артем	3	3	2	2	3	13	достатній
2	Владислав	3	3	3	3	3	15	достатній
3	Вероніка	3	3	2	3	2	13	достатній
4	Кирило	3	2	2	1	2	10	середній
5	Ксенія	4	4	3	3	3	17	високий
6	Тимур	3	1	2	2	2	10	середній
7	Андрій	4	4	3	3	3	17	високий

Таблиця 2.6

Розподіл за рівнями мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку із заїканням (констатувальний етап)

Рівень	Констатувальний етап		Контрольний етап	
	Кількість дітей	%	Кількість дітей	%
Високий	-	-	2	28,6%
Достатній	3	42,9%	3	42,9%
Середній	4	57,1%	2	28,6%
Низький	-	-	-	-
Разом	7	100 %	7	100 %

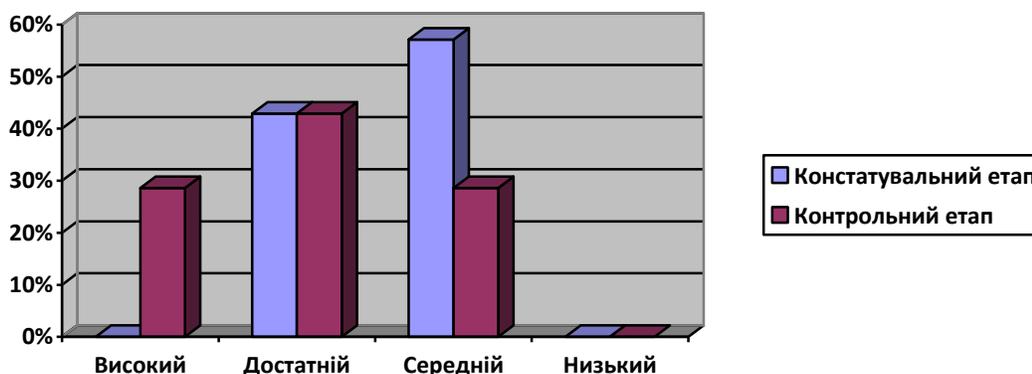


Рис. 2.3. Рівень мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку із заїканням (констатувальний і контрольний етап)

Аналіз результатів контрольного етапу обстеження мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку із заїканням засвідчив позитивну динаміку у більшості досліджуваних учасників. У порівнянні з констатувальним етапом спостерігається підвищення показників як за окремими напрямками (дихальна функція, просодична сторона мовлення, прояви заїкання, особливості

мовленнєвого спілкування), так і за загальним рівнем сформованості мовленнєвих навичок.

Так, у Артема було зафіксовано зростання сумарного балу з 10 до 13, що дозволило йому перейти із середнього рівня на достатній. У Владислава спостерігалася стабільно висока динаміка: він піднявся з 13 до 15 балів, зберігши рівень «достатній», але наблизившись до високого. У Вероніки відбулося підвищення з 10 до 13 балів, що також дало можливість досягти достатнього рівня. Кирило продемонстрував найнижчу динаміку – з 7 до 10 балів, що все ж свідчить про певні покращення, хоча він залишився на середньому рівні.

Ксенія показала найвагоміші зрушення: з 14 балів (достатній рівень) до 17 балів (високий рівень), що свідчить про успішну реалізацію корекційної моделі. Аналогічні результати продемонстрував Андрій, який також піднявся з 14 до 17 балів і досяг високого рівня мовленнєвого розвитку. Тимур, попри незначні труднощі у формуванні дихальної функції та просодичної сторони мовлення, утримався на рівні 10 балів, залишившись у категорії «середній».

Порівняльний аналіз розподілу рівнів засвідчив, що після впровадження експериментальної моделі двоє дітей (28,6 %) досягли високого рівня мовленнєвого розвитку, тоді як на констатувальному етапі таких показників не було. Кількість дітей із достатнім рівнем залишилася незмінною (42,9 %), проте якісно їхні бали зросли. Водночас кількість учнів із середнім рівнем зменшилася з 57,1 % до 28,6 %. Таким чином, результати контрольного етапу підтвердили ефективність комплексного підходу до подолання заїкання в дітей молодшого шкільного віку.

На основі отриманих результатів дослідження можна сформулювати такі практичні поради щодо організації логокорекційної роботи з дітьми молодшого шкільного віку, які мають заїкання:

1) корекційна робота повинна поєднувати логопедичні вправи, психотерапевтичні методики, педагогічну підтримку та залучення сім'ї. Це дозволяє працювати не лише з мовленнєвим порушенням, а й з психологічними бар'єрами та соціальною адаптацією дитини;

2) регулярне виконання вправ на контроль видиху, ритмічне проговорювання текстів під музику чи в унісон, а також використання логоритмічних ігор допомагають сформувати плавність мовлення та знизити кількість судом;

3) тілесно-орієнтовані вправи, розтягування, релаксаційні техніки, арт-терапія (малювання, ігри з кінетичним піском) сприяють зниженню тривожності та формуванню позитивного емоційного ставлення до мовлення;

4) класі, де навчається дитина з логоневрозом важливо створювати доброзичливу атмосферу, адаптувати завдання за темпом і формою відповіді, залучати дітей із логоневрозом до колективних ігор та командних завдань, що стимулюють комунікацію без страху помилитися;

5) батькам слід рекомендувати:

- підтримувати спокійний темп мовлення вдома;
- уникати тиску чи критики під час спілкування з дитиною;
- практикувати спільні ігри, які допомагають закріплювати плавність мовлення;
- брати участь у психопросвітницьких зустрічах, щоб краще розуміти природу заїкання;

6) мобільні додатки для тренування мовлення, онлайн-консультації з логопедом та перегляд відеозаписів занять дають змогу закріплювати навички вдома й відслідковувати прогрес у динаміці.

Організація логокорекційної роботи з дітьми з логоневрозом має бути багатовекторною, систематичною та враховувати індивідуальні особливості дитини, її психологічний стан і соціальне середовище.

## ВИСНОВКИ до II-го розділу

У другому розділі представлено результати практичного дослідження мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку із заїканням, а також апробації експериментальної моделі логопедичної роботи, спрямованої на його подолання.

У ході проведення констатувального етапу експерименту було здійснено обстеження мовленнєвих, психоемоційних і особистісних характеристик дітей молодшого шкільного віку, які мають заїкання. Встановлено, що у більшості з них спостерігаються порушення плавності мовлення, зумовлені судомами артикуляційного апарату, нерівномірністю темпу та ритму, монотонністю інтонації, невпевненістю у власних висловлюваннях. Такі діти мають підвищену тривожність, емоційну нестійкість, схильність до уникання комунікативних ситуацій, що посилює прояви мовленнєвого порушення.

У процесі обстеження з'ясовано, що у більшості дітей спостерігається низький або середній рівень розвитку мовленнєвих компонентів, зокрема: порушення дихальної координації, недостатній розвиток артикуляційної моторики, слабкий мовленнєвий темп і ритм. Крім того, простежено зв'язок між вираженістю заїкання та особливостями емоційно-вольової сфери дитини: діти з більш вираженим заїканням проявляли вищий рівень внутрішньої напруги, невпевненості, підвищену реактивність у ситуаціях спілкування. Це свідчить про необхідність паралельної роботи над мовленнєвими і психологічними аспектами у процесі логокорекції.

На формульовальному етапі було реалізовано розроблену експериментальну модель логопедичної роботи, що передбачала поєднання традиційних логопедичних методик із сучасними інноваційними підходами. Модель включала шість основних блоків:

– діагностичний,

- логопедичний,
- психотерапевтичний,
- педагогічний (інклюзивно-освітній),
- сімейний,
- інноваційно-цифровий.

У межах кожного блоку здійснювалися відповідні завдання, зокрема: обстеження будови органів артикуляційного апарату; стану дихальної функції; просодичного компоненту мовлення; проявів заїкання тощо; впровадження логоритмічних вправ, вправ на формування мовленнєвого дихання, проведення логопедичного самомасажу; застосування арт-терапевтичних технік, навчання батьків стратегіям підтримки дитини; використання мобільних додатків для тренування мовлення; онлайн-комунікація з логопедом та ін..

Реалізація моделі корекційної роботи продемонструвала свою ефективність:

- у більшості дітей відмічено позитивну динаміку у плавності мовлення,
- зниження частоти судом,
- підвищення впевненості у спілкуванні.

Порівняння результатів констатувального і контрольного етапів засвідчило зростання кількості дітей із достатнім та високим рівнем мовленнєвого розвитку.

За результатами дослідження розроблено методичні рекомендації для логопедів та вчителів початкових класів щодо впровадження ефективних шляхів і засобів подолання заїкання у дітей молодшого шкільного віку.

## ВИСНОВКИ

У процесі виконання завдань дослідження було отримано результати, що підтверджують актуальність та ефективність комплексного підходу до подолання заїкання в дітей молодшого шкільного віку.

По-перше, було розглянуто заїкання як специфічне мовленнєве порушення, що характеризується судомами артикуляційного, голосового чи дихального апарату, супроводжується супутніми рухами, емоційним напруженням і має значний вплив на комунікативний розвиток дитини.

По-друге, проаналізовано особливості мовлення молодших школярів із заїканням: порушення плавності, наявність вставних слів та емболів, специфічність просодичної сторони мовлення, а також вторинні психоемоційні прояви, що ускладнюють спілкування.

По-третє, узагальнено сучасні підходи до діагностики та подолання заїкання, серед яких важливе місце займають логопедичні методики, психотерапевтичні практики (арт-терапія, тілесно-орієнтовані вправи), використання ігор і інноваційних технологій.

По-четверте, проведено обстеження мовленнєвого розвитку дітей досліджуваної групи дало змогу встановити рівень сформованості артикуляційних навичок, дихальної функції, просодики, а також виявити індивідуальні прояви заїкання та особливості мовленнєвої комунікації.

По-п'яте, розроблена та впроваджена експериментальна модель логопедичної роботи, яка включала діагностичний, логопедичний, психотерапевтичний, педагогічний, сімейний та інноваційно-цифровий блоки, забезпечила системність і комплексність впливу.

По-шосте, аналіз результатів контрольного етапу засвідчив позитивну динаміку: зменшення кількості дітей із середнім рівнем мовленнєвого розвитку та зростання показників достатнього і високого рівнів. Це підтвердило

ефективність розробленої моделі та довело доцільність поєднання традиційних і сучасних методів логокорекції.

Отже, поставлені завдання дослідження були успішно реалізовані, а отримані результати дозволили сформулювати практичні рекомендації для логопедів, учителів та батьків у подоланні заїкання в молодших школярів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Арнаутова Л.В. Корекція заїкання у вітчизняній та зарубіжній практиці. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць*. 2017. № 9. С.5-9.
2. Бегас Л. Д. Історія вивчення та пошуку нових методів подолання заїкання. *Вісник Черкаського університету*. 2008. № 126. С. 18–22.
3. Биковець Л.Л. Сучасні підходи до корекційно-розвиткової роботи з дітьми, які мають порушення мовлення. *Актуальні проблеми психології*. 2015. № 11(3). С. 127-134.
4. Гаврилова Н.С. Класифікації порушень мовлення Кам'янець-Подільський: ПП Медобори, 2012. С. 327–349.
5. Голуб Н.М., Потамошнієва О.М., Хребтова Н.П. Диференційна діагностика мовленнєвих порушень: Методичні рекомендації з курсу «Логопедія». Харків: ХНУ імені Г.С. Сковороди, 2007. 240 с.
6. Гуцал Л. Л., Миронова С. П. Корекція заїкання у молодших школярів : навч.- метод. посіб. Київ : Шкільний світ, 2010. 120 с.
7. Державний стандарт початкової освіти. Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 21.02.2018 № 87. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/87-2018-п#Text>
8. Долженко С., Горбатюк О., Соколова Г., Галущенко В. Взаємодія фахівців: стратегії підтримки дітей із заїканням. *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Педагогічні науки*. 2025. Випуск 2 (65). С. 29-35.
9. Заїкання (логоневроз) у дітей та дорослих. URL: <https://bettertone.com.ua/uk/zayikannya-lohonevroz-u-ditey-i-doroslykh/?srsltid=AfmBOorCtCSweA8VSi4VuIiWYqm7Hric-eOjbqcBnXLJE9doPjSQSDGe>

10. Іванова Т.І., Кваша Т.І. Корекція заїкання. Київ: Шкільний світ, 2015. 136с.
11. Качуровська О.Б., Пахомова Н.Г., Коваленко В.В. Особливості використання технічних засобів у корекційній роботі з особами із заїканням. *Науковий журнал Хортицької національної академії. Серія: Педагогіка. Соціальна робота.* 2024. Випуск 1(10), С.112-119.
12. Комір С.М. Роль і місце дихальних вправ в корекції заїкання. URL: <https://naurok.com.ua/stattya-rol-i-misce-dihalnih-vprav-v-korekci-za-kannya-336089.html>
13. Компанієць В.В. Прояви логоневрозу у молодших школярів. URL: <https://ekhsuir.kspu.edu/server/api/core/bitstreams/3b2b1792-8f45-425d-9d35-2073f1007f79/content>
14. Кондратенко В.М. Заїкання: феноменологія та основні напрями реабілітації: посіб. для вищ. навч. закладів. Київ: Вища школа, 2016. 70 с.
15. Концепція «Нова українська школа» URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/zagalna%20serednya/nova-ukrainska-shkola-compressed.pdf>
16. Корнєв С. І., Козинець О. В. Погляди на природу заїкання в площині психосоматики. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія.* 2023. № 44. С. 135 -144.
17. Кравченко А. І. З історії питання клініко-фізіологічної характеристики заїкання. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології,* 2014. № 9 (43). С.1-10.
18. Кравченко А.І., Скачедуб Н.М. Корекція заїкання засобами комплексної фізичної реабілітації: навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. 178 с.

19. Кривцова О. Я. Проблема заїкання дітей і підлітків у психолого-педагогічній літературі. *Актуальні питання корекційної освіти. Педагогічні науки*. 2012. Вип. 3. С. 119-127.
20. Літовченко О. В. Заїкання у дітей: профілактика і корекція: навчальний посібник. Одеса: Видавництво ТОВ Лерадрук, 2021. 248 с.
21. Літовченко О. В. Шляхи профілактики та корекції затяжних форм заїкання у дітей. *Інноваційна педагогіка*. 2020. № 25. С.138-143.
22. Несторук Н.А., Кокоріна Л.В. Словник педагогічних та психологічних термінів. Слов'янськ: Вид-во Б. І. Маторіна. 2019. С. 131.
23. Олійник І.М., Яценюк Л.І., Мойсюк В.Д. Сучасні підходи щодо профілактики і корекції заїкання у дітей. *Імідж сучасного педагога*. 2024. № 6 (219) . С. 105-109.
24. Програма з корекційно-розвиткової роботи для підготовчих, 1–4 класів спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей з тяжкими порушеннями мовлення («Корекція мовлення») / відп. за вип.: Л. І. Трофименко. Київ, 2016. 90 с.
25. Риндіна Є.Ю. Ревуцька О.В. Технології логопедичного обстеження. Бердянськ: БДПУ, 2018. 238 с.
26. Рібцун Ю. Учні початкових класів із тяжкими порушеннями мовлення: навчання та розвиток: навчально-методичний посібник. Львів: Видавництво «Світ», 2020. 234 с.
27. Рібцун Ю. В. Понятійно-термінологічний словник. Логопедія. Логопсихологія : довідкове видання. Київ: ІСПП, 2022, 48с.
28. Рібцун Ю. В. Заїкання: підтримка дитини з особливими мовленнєвими потребами в освітньому середовищі : навч.-метод. посіб. Київ: інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України 2022. 14 с.

29. Рібцун Ю. В. Психолого-педагогічна підтримка дітей із заїканням в умовах війни : навч.-метод. посіб. Київ : ІСПП, 2022. 24 с.
30. Рібцун Ю. В., Долженко С. Г. До проблеми етіології заїкання: історичний аспект. *Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т.Г.Шевченка*. 2020. Вип. 6 (162). С. 41–47.
31. Рускуліс Л. В. Види та причини мовленнєвих порушень у дітей. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2024. №3. С. 63-68.
32. Савченко О. І. Стратегії забезпечення психологічної підтримки молодших школярів із заїканням в умовах воєнного стану. *Інноваційні підходи в освіті та реабілітації дітей з особливими освітніми потребами: зб. наук. пр.* 2024. С. 142–145.
33. Сай Н.В., Кравченко А.І. Особливості роботи логопеда в комплексному підході до корекції заїкання у дітей молодшого шкільного віку. *Сучасні проблеми логопедії та реабілітації*. 2017. № 4. С 129-131.
34. Скляр С.В Сучасні погляди на сутність заїкання та методи його корекції. URL: <https://enpuirb.udu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/6697236a-fcc2-4b40-86c2-7a211d6dfbaa/content>
35. Соколенко Г. А., Костенко Д. А. Проблема заїкання у наукових дослідженнях. Проблеми реабілітації: зб. наук. праць. Одеса : Вид-ць Букаєв Вадим Вікторович, 2021. С. 74–78.
36. Спеціальна педагогіка і психологія: сучас. термінол. словник / за ред. Л. Прохоренко, В. Засенка. Київ : Генеза, 2024. 272 с.
37. Статистичні дані URL: <https://www.unian.ua/health/country/10733445-eksperti-rozpovili-yaki-lyudi-shilni-do-zajikannya-i-chi-mozhna-likuvati-cey-defekt-video.html>
38. Стуцаренко С. О. Заїкання як актуальна логопедична проблема. Формування життєвої компетентності осіб з особливими освітніми потребами в

системі позашкільної, спеціальної та інклюзивної освіти : зб. наук. праць. Харків : Харків. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди, 2023. С. 566–570.

39. Форостян О. І., Добрева Р. Р. Корекція заїкання у молодших школярів. Проблеми реабілітації : зб. наук. праць. Одеса: Вид-ць Букаєв Вадим Вікторович, 2023. С. 182–186.

40. Хрипун Д., Цибулько А. Основні напрямки комплексної корекційної роботи по подоланню заїкання у дітей. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2023. Вип. 69. С. 285-291.

41. Цехмістро О.В., Мальцева О.Г. Комплексність підходів у подоланні заїкання у дітей молодшого шкільного віку. *Інноваційна педагогіка*. 2022. Випуск 53. С. 63-66.

42. Чорна О.П. Психолого-педагогічна діагностика та корекція заїкання у дітей: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: ТОВ «Друк-Сервіс», 2013. 148 с.

43. Шевців З.М. Основи інклюзивної педагогіки: підручник / З.М. Шевців Київ: ЦУЛ, 2017. 248 с.

44. Шеремет М.К., Боряк О.В. Неврологічні основи логопедії: навч. посіб. Суми: ФОП Цьома С.П., 2016. 252 с.

45. Шеремет М.К., Тарасун В.В., Конопляста С.Ю. Логопедія: підручник. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2015. 776 с.

46. Юрова Р. А., Вітер Т. Г, Казьміна А. І., Щолокова А. В. Методичний посібник із подолання заїкання (для логопедів, учителів, батьків, осіб, які мають заїкання): навч. видання. Київ: Центр патології мовлення, 2007. 246 с.

47. Byrd C., Coalson G., Conture E. CARE Model of Treatment for stuttering: Theory, assumptions, and preliminary findings. *Frontiers in Psychology*. 2024. № 10. PP. 1021-1035.

48. Johnson G., Onslow M., Horton S., Kefalianos E. Reduced stuttering for school-age children: A systematic review. *Journal of Fluency Disorders*. 2023, № 78, PP.154-161.

49. Kohmäscher A., Primabin A., Heiler S., Da Costa Avelar P. Effectiveness of Stuttering Modification Treatment in School-Age Children Who Stutter: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2023. № 11. PP. 4191-4205.

50. Laiho A., Elovaara H., Kaisamatti K. Stuttering interventions for children, adolescents, and adults: a systematic review as a part of clinical guidelines. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35751980/>

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Логопедичні ігри і вправи

##### *Логоритмічні вправи*

##### 1. Вправи на орієнтування у просторі

«Живі скульптури». Учні стають у коло. Логопед дає інструкцію: «Встаньте так, щоб один був праворуч від іншого, а третій — позаду». Поступово завдання ускладнюється: потрібно створити «фігуру» з 4–5 дітей (наприклад: «потяг», «зірка»). Після цього діти описують словами, де хто стоїть.

«Робот». Один учень – «робот», інший – «оператор». Оператор дає чіткі команди: «Крок уперед», «Два кроки ліворуч», «Повернись праворуч», «Підніми руку» тощо. Потім ролі змінюються.

##### 2. Ритміко-гімнастичні вправи

«Марш із завданням». Учні маршують під музику, але мають плеснути у долоні на певний ритм (наприклад, на кожен третій крок). Потім додаються слова чи короткі скоромовки.

«Естафета рухів». Перший учень показує рух під ритм (плескання, стрибок, нахил), другий повторює й додає свій, третій — повторює попередні та додає ще один. Так утворюється «ланцюжок».

##### 3. Вправи з дитячими музичними інструментами

«Оркестр емоцій». Кожен учень має інструмент (бубон, барабан, дзвіночок). Логопед показує картку з емоцією («радість», «сум», «злість»), і діти відтворюють її грою на інструменті. Після цього описують словами, чому вони так зіграли.

«Музичний диктант». Логопед відбиває короткий ритм на барабані. Учні мають його відтворити. Потім завдання ускладнюється — повторити ритм і проговорити одночасно слова чи склади (наприклад, «па-та-ка»).

##### *Вправи на формування мовленнєвого дихання*

1. «Свічка». Дитина робить повільний вдих носом. Потім плавно видихає через рот на полум'я свічки, щоб воно хиталося, але не гасло. Мета: тренувати контрольований видих.

2. «Подуй на кульбабку». Використовується кулька з паперу або вата. Дитина дмухає на неї тривалим рівним видихом. Ускладнення: здувати кульку на більшу відстань.

3. «Мильні бульбашки». Дитина повільно й плавно видихає повітря у трубочку, утворюючи бульбашки. Завдання: зробити якомога більше бульбашок на одному видиху.

4. «Вітерець». На столі розкладені легкі паперові фігурки (листочки, кораблики). Дитина дмухає на них так, щоб вони рухались у заданому напрямку. Варіант: «загнати» паперовий човник у «порт» (намальоване коло).

5. «Зігріємо ручки». Дитина складає долоньки «чашечкою» і дмухає на них із вимовою «х-х-х», імітуючи зігрівання рук. Завдання: подовжити час видиху.

6. «Дмухаємо на кульку». Дитина повільно надуває повітряну кульку, роблячи глибокий вдих носом і плавний видих ротом. Ускладнення: тримати стабільний темп без різких видихів.

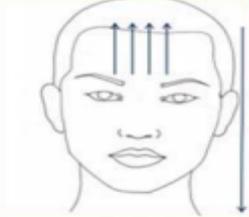
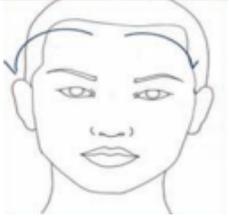
7. «Сопілочка». Дитина дмухає у свисток, дудочку чи трубочку. Мета: відчувати силу і тривалість видиху, підлаштовуючи його до звучання.

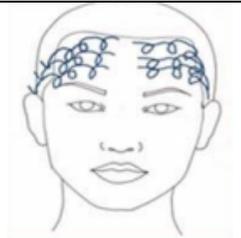
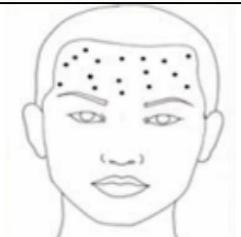
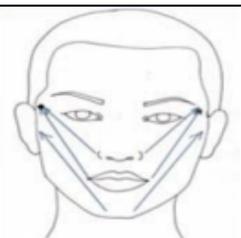
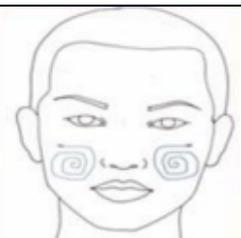
8. «Хто довше?». Декілька дітей по черзі роблять видих із протяжним звуком («аааа», «уууу», «оооо»). Виграє той, у кого звук триває найдовше.

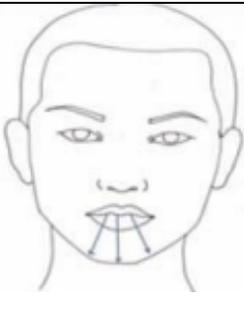
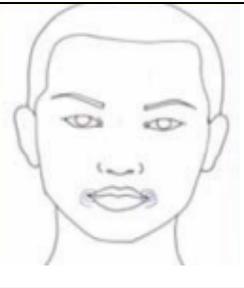
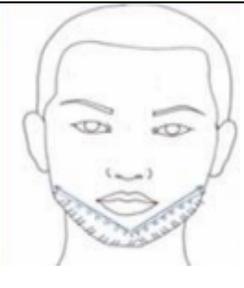
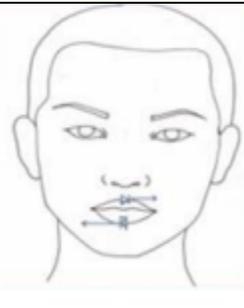
9. «Вітряк». Перед дитиною ставиться іграшковий вітряк. Завдання: зробити кілька рівних видихів, щоб лопаті крутилися плавно.

10. «Дудочки» (з ритмом). Дитина дує у трубочку під рахунок: «раз-два» (короткі видихи), «раз-два-три» (довший видих). Потім з'єднує видих із вимовою складів: «па-па-па», «ма-ма-ма».

### *Логопедичний самомасаж*

Схематичне зображення дії	Дії, що виконує дитина
	<p>Розташувати долоні обох рук на голові, на лобі, з'єднати пальці, і потім погладити долонями по лобі, волоссю, опускаючись вниз через вуха і бокові поверхні шиї до плечей.</p>
	<p>Вихідне положення рук те саме. Погладити лоб від центру лоба в сторони, до вуха, а потім по передньобоківій частини шиї до яремної ямки.</p>

	<p>Поглажування лоба від центру до скронь.</p>
	<p>Кругові розтирання від середини лоба до скронь.</p>
	<p>Легкі постукування або поплескування кінчиками пальців по лобі.</p>
	<p>Поглажування, а потім кругові розтирання пальцями по трьом лицьовим лініям.</p>
	<p>Легкі пощипування щік вказівним і великим пальцями.</p>
	<p>Легке кругове поглажування щік.</p>

	<p>Кругові рухи язика з внутрішньої боку щік і губ: а долонькою зовні притискати щоку. «Намалювати» 5-6 кругів в одну та іншу сторони.</p>
	<p>Вказівними пальцями поглажувати від виличної кістки вниз, потім розтирати по тим же лініям, починаючи від жувальних м'язів.</p>
	<p>Стиснути губи, надути щоки, утримати повітря 2-3 секунди і випустити через губи, промовляючи: «Пух!».</p>
	<p>Кругове розминання в кутах рота.</p>
	<p>Спочатку поглажувати подушечками пальців від середини підборіддя до вух. Потім розтирати, далі розминати круговими рухами, потім легко поціпати. Закінчити легким поглажуванням</p>
	<p>Затиснути між пальцями верхню і нижню губу, рухати ними вправо-вліво, вгору-вниз.</p>

### *Вправи на темпоритм мовлення*

1. «Читання в унісон». Логопед і діти одночасно читають короткі вірші, скоромовки або прислів'я. Завдання: підтримувати однаковий темп і інтонацію. Варіанти: читання з поступовим уповільненням / пришвидшенням; читання пошепки або голосніше.

2. «Ритмічні плескання». Логопед відбиває ритм плесканням у долоні. Діти повторюють ритм, одночасно промовляючи склади («па-па-па», «та-ка-та-ка») або короткі слова.

Потім переходять на фрази: «Мама миє мило», «Сонце в небі сяє».

3. «Читання під музику». Вибирається проста мелодія з чітким ритмом (марш, вальс). Діти читають текст (вірш, скоромовку) у ритмі музики. Ускладнення: змінювати темп музики (повільніше/швидше) й підлаштовувати мовлення.

4. «Крокуємо та говоримо». Діти йдуть по колу у ритмі кроків і промовляють склади («ма-ма-ма», «са-са-са»), поступово переходять до коротких речень. Варіант: плескати або тупати ногами у заданому ритмі та поєднувати це з мовленням.

5. «Ритмічні ланцюжки». Перший учень промовляє склад у ритмі (наприклад, «та-та»), другий додає свій («та-та-му»), третій – ще один («та-та-му-ла»).

Таким чином утворюється ланцюжок, який усі повторюють разом.

6. «Повтори за мною». Логопед промовляє фразу, поєднуючи її з плесканням або ударами по столу («Я люблю читати книжки» – 4 удари). Діти мають повторити точно так само.

7. «Читання у ритмі метронома». Використовується метроном (або просте відбивання ритму долонями/інструментом). Діти читають текст, підлаштовуючи темп мовлення до звуку метронома. Завдання: рівно артикулювати слова, не вибиваючись із ритму.

## Додаток Б

## Тілесна психотерапія

*Рухові та дихальні вправи*

1. «Силач». Вправа виконується шляхом контрастного напруження і розслаблення плечового поясу, рук і ніг, уявляючи, що дитина тримає в руках (руки на плечі) важкі гири, піднімає над головою важкий кошик, віджимас штангу тощо.
2. «Терези». Дитині пропонується уявити, що її долоні – чашечки терезів, що утримують вантаж. Встати, поставивши руки перед грудьми, долонями вгору, пальці спрямувати назустріч один одному, лікті в сторони. Зробити вдих через ніс і затримати дихання. Повільно витягнути одну руку над головою, повертаючи кисть, подивитись на неї. Іншу руку опустити донизу, тримаючи кисть горизонтально, долонею вниз, повернувши пальці від себе. Із силою витягнути її, повільно видихнути, розслабитись. Повторити вправу, змінивши положення рук.

*Вправи на розтягування*

Вправи лежачи на спині:

1. Лягти на спину, ноги дитини зігнуті в колінах, одна рука лежить на сонячному сплетінні, інша – на пупку. На вдиху учень прогинає спину, спираючись на плечі і куприк, на видиху – повертається у вихідне положення.
2. Руки за головою, ноги зігнуті в колінах. На вдиху дитина прогинає спину з опорою на плечі і куприк, на видиху – поперековий відділ хребта опускається, а голова і плечі піднімаються так, щоб дитина бачила свої коліна.

Вправи лежачи на животі:

1. «Човник». Витягнутись усім тілом. Дитина за інструкцією вчителя-логопеда піднімає пряму ногу (руку); обидві ноги (руки), одночасно руку і ногу. Потім разом з кінцівками піднімаються та опускаються голова та очі.
2. «Кобра». Долоні впираються в підлогу на рівні плечей. «Як кобра, поволі підніміть голову, поступово випрямляючи руки і відкриваючи рот, підведіть верхню частину тулуба, прогніть спину. Сідниці та ноги при цьому повинні бути розслаблені і лежати на підлозі». Повільно повернення у вихідне положення і розслаблення.

Вправи сидячи:

1. «Метелик». Захопити складені підшвами стопи руками, коліна в сторони. Рухи стегнами подібні до помахів крил метелика.
2. «Лев». Сидячи на п'ятах, необхідно трохи наблизитись уперед, спираючись руками об коліна (підлогу). Широко відкрити рот, висунути язик і видати гучний «левиний» рик.

Вправи стоячи:

1. Потягування. Ноги на ширині плечей, руки стиснуті в кулак. Великі пальці в середині долонь, кулаки притиснуті до низу живота. Дитині необхідно підняти кулаки до плечей і, піднімаючись навшпиньки, потягнутись.
2. «Тягнемось до сонечка». Дитина встає до стіни, торкаючись її п'ятами, сідницями, лопатками, плечима. Робить вдих, піднімає руки вгору, затримує дихання і пальчиками рук тягнеться до сонця.

#### *Вправи для релаксації*

1. «Наслідування польоту птахів». Підняти руки до рівня плечей і опустити. Підняти руки вгору і опустити їх із боків, розгойдучи розслабленими руками вперед–назад.
2. «Пляж». Уявіть, що ви на пляжі засмагаєте лежачи. Спробуйте змінити положення тіла так, щоб було зручно.

### Арт-терапія

#### *Ігри з кінетичним піском*

1. «Чарівні сліди». Дитина проводить пальцем або паличкою по піску, утворюючи хвилясті чи прямі лінії. Логопед пропонує проговорювати в ритмі малювання протяжні голосні («ааа», «ууу», «ооо») або короткі склади («ма», «па»). Мета: поєднання ритмічних рухів із мовленням, розвиток плавності.
2. «Знайди скарб». У пісок закопуються маленькі іграшки чи камінці. Дитина відкопує їх, а кожен знайдений предмет називає або складає з ним речення. Мета: стимулювати мовленнєву активність у ненапруженій атмосфері.
3. «Будівельники». Дитина з піску будує вежі, тунелі чи «доріжки». Під час будівництва логопед дає мовленнєві інструкції («поклади зверху», «збудуй високу башту»). Мета: тренувати слухове сприйняття та відтворення мовленнєвих структур у спокійному ритмі.
4. «Мовні доріжки». На піску проводяться «доріжки», по яких дитина «веде» пальчиком чи іграшковою машинкою. Паралельно вимовляються ритмізовані фрази («їде машинка – бі-бі-бі», «стукає молоток – тук-тук-тук»). Мета: формування плавного темпоритму мовлення.
5. «Казкові відбитки». Дитина залишає у піску відбитки форм (штапки, іграшки). Кожен відбиток «оживає» – дитина придумує слово, речення чи маленьку історію. Мета: розвиток мовленнєвої творчості, подолання страху перед висловлюванням.
6. «Подих у піску». Дитина через трубочку повільно дмухає на поверхню піску, створюючи «вітер». Паралельно промовляє звуки («с-с-с», «ф-ф-ф», «х-х-х»). Мета: тренування мовленнєвого дихання у грі.
7. «Сліди звірят». У пісок залишаються відбитки іграшкових тваринок. Дитина відгадує, кому належать сліди, і складає речення («Це слід зайчика. Він стрибає у ліс»). Мета: стимулювати зв'язне мовлення у невимушеній формі.

### *Нетрадиційні методи малювання*

- Малювання методом напилення (набрызок). Технологія малювання: на одному аркуші паперу намалювати контур предмета та акуратно вирізати його. Силует предмета відкласти убік. Накласти аркуш паперу, з якого було вирізано контур, на інший цільний аркуш, скріпити їх. Зубну щітку з фарбою тримають на невеликій відстані від аркуша паперу. Взяти паличку та проводити нею по ворсу рухом на себе. Фарба напилюється на папір дрібними крапельками. Коли вона висохне, зніміть верхній лист.

- «М'ятий малюнок». Техніка малювання: на аркуші паперу намалювати кольоровою крейдою предмет, навколо предмета восковою крейдою зробити фон. Аркуш паперу повинен бути повністю зафарбований. Малюнок акуратно зім'яти, щоб не порвати папір, потім розпрямити, зафарбувати фон і картинку гуашшю. Не чекаючи, поки фарба висохне, за допомогою губки під проточною водою змити гуаш. Фарба повинна залишитися у тріщинах паперу.

- «Ниткографія». Для малювання в техніці «ніткографія» потрібна нитка довжиною 30-35 см. Один кінець нитки необхідно намотати на палець або зробити петельку для зручності. Вільним кільцем опустити її на палітру з фарбою. Притримуючи пензлем, щоб не набралася зайва фарба, витягти нитку з палітри і викласти її петельками на один бік зігнутого навпіл листа так, щоб чистий кінець нитки звисав з нього, накрити другою половиною аркуша, притиснути зверху лівою рукою і витягнути нитку рухом на себе та праворуч. При розгортанні листа на двох сторонах утворюється симетричне зображення.

- Малювання на зволоженому аркуші паперу (монотипія) - дозволяє отримати малюнки з розмитими, нечіткими контурами, створити переходи, ніжність, гармонійність кольорових рішень.

Зволожується аркуш паперу і кладеться на вологу серветку. Потім наноситься малюнок пензликом або пальцем, вмочений в акварельні фарби одну сторону зігнутого навпіл листа, накрити другою половиною листа. При розгортанні листа на двох сторонах утворюється симетричне зображення.

- Набивка фарби сухим пензликом. Фарба повинна бути напівсуха, пензлик також - сухий. Періодично набираючи фарбу на пензель прикладати ворс до листа, використовуючи його як паличку, ніби набиваємо фарбу.

- Для техніки штампування листочками необхідно відібрати потрібні листочки, покласти їх на клейонку або листок та зафарбувати гуашшю відповідних кольорів. Намазувати фарбу слід від середини до країв листочка, потім слід перекласти його на чистий аркуш паперу, добре притиснути. Також робляться інші необхідні відбитки. Пензликом можна домалювати дрібні деталі: очі та носики звірам, стебла до квітів, орнаменти на вазах та ін.

- Для малювання в техніці видування знадобляться трубочки для коктейлю, піпетки і рідкі гуашові фарби або туш. За допомогою піпетки наносимо фарбу на лист (набираємо в піпетку і виливаємо, щоб утворилася ляпка). Ляпку роздмухують за допомогою трубочки для коктейлю так, щоб

перетворити її на щось цікаве (дерево, кущ, павука, квітку та ін.). Пензлем можна домалювати те, чого на думку дитини, не вистачає на малюнку.

- Малювання картопляними штампами. На одному з кінців картопляного шматочка вирізати форму будь-якого предмета (листочок, сніжинку, кружальце, квіточку, метелика та ін.). Штмп вмочується в фарбу і прикладається там, де має бути листок, квіточка або метелик. Коли потрібно малювати фарбою іншого кольору, штамп акуратно витирається серветкою.

