

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Херсонський державний університет

Педагогічний факультет

Кафедра спеціальної освіти

**ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ЛОГОРИТМІКИ У КОМПЛЕКСНІЙ
СИСТЕМІ ПОДОЛАННЯ ЗАЇКАННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ**

Кваліфікаційна робота (проект)
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконала: здобувачка 2 курсу 213-М групи
Спеціальності 016 Спеціальна освіта
Спеціалізації 016.01 Логопедія
Освітньо-професійної (наукової)
програми Логопедія
Онофришин Анна Іванівна

Керівник: докторка філософії,
ст.викладачка Дрозд Л.В.

Рецензент: Хоруженко Т.А., директорка
Антонівського закладу дошкільної освіти №4
комбінованого типу Херсонської міської ради

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. Науково-теоретичні засади дослідження проблеми заїкання у дітей дошкільного віку	7
1.1. Розвиток темпо - ритмічної сторони мовлення в онтогенезі.....	7
1.2. Концептуальні основи вивчення структури та класифікації заїкання.....	14
1.3. Логоритміка в системі корекційної роботи з подолання заїкання у дітей дошкільного віку.....	24
РОЗДІЛ 2. Організація експериментального дослідження корекційного впливу засобів логоритміки в процесі подолання заїкання в дітей дошкільного віку	34
2.1. Організація експериментального дослідження стану мовленнєвої діяльності дітей дошкільного віку із заїканням	34
2.2. Напрями та структура логоритмічної корекції заїкання у дітей дошкільного віку.....	43
2.3. Результати корекційної роботи з дітьми дошкільного віку із заїканням засобами логоритміки.....	51
2.4. Методичні рекомендації з профілактики заїкання у дітей дошкільного віку.....	56
ВИСНОВКИ	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	68

ВСТУП

Актуальність теми. Заїкання, як складний розлад мовлення, супроводжується порушеннями ритміко-темпоральних характеристик мовленнєвого потоку, що проявляється у нерівномірності темпу, порушенні ритму, збоях у координації дихання, фонації та артикуляції.

Корекція заїкання у дошкільному віці є ключовим напрямом у діяльності логопедів, оскільки це порушення мовлення є серйозним чинником ризику шкільної дезадаптації та неуспішності. Особливої актуальності набуває науково обгрунтована та цілеспрямована побудова логопедичного впливу на патогенетичні механізми заїкання в дітей дошкільного віку (Конопляста С.Ю., Мальцева О.Г., Сак Т.В. Цехмістро О.В.)

Для дітей дошкільного віку, у яких мовленнєвий розвиток перебуває на стадії активного формування, правильне оволодіння темпо-ритмічною організацією мовлення має особливо важливого значення. Темпо-ритмічна сторона мовлення є однією з провідних характеристик комунікативної діяльності людини, оскільки саме завдяки ритму, темпу та інтонаційній виразності забезпечується плавність, логічність і емоційна насиченість мовлення. Ці труднощі призводять не лише до зниження комунікативної ефективності, а й до формування вторинних психологічних проявів - тривожності, невпевненості у спілкуванні, страху мовлення (Золотарьова О.І., Костенко Д., Рібцун Ю., Соколенко Г. А., Чеснокова Л.В.)

Серед сучасних методів корекції заїкання у дітей дошкільного віку, які застосовуються в логопедичній практиці, особливе місце займає логоритміка. Журавльова Л. С., Найдич В.М. вважають її ефективним засобом, який широко використовується в корекційній роботі в дошкільних закладах освіти. Логоритміка є системою спеціально підібраних ритмізованих вправ, в яких мова і рухи утворюють єдине ціле і гармонійно поєднуються з музичним супроводом.

Сучасні дослідження Гандзюк С., Григор'євої О.Є. , Зелінської-Любченко М.О. Московченко М.О., Призванської Р, підтверджують, що

технологія логоритміки має виражений і стійкий терапевтичний ефект в роботі з дітьми, які страждають заїканням, оскільки сприяє вирішенню одночасно корекційних, освітніх та оздоровчих завдань.

Завдяки ігровому характеру занять та використанню легкої, емоційно привабливої музики, діти швидше засвоюють і надовго закріплюють правильні мовні навички, опановують навички правильного мовного дихання, що сприяє покращенню всіх компонентів просодичного боку мови.

Вивчення темпо-ритмічної сторони мовлення у дітей дошкільного віку із заїканням має важливе значення для вдосконалення сучасних методів корекційної роботи та підвищення ефективності подолання цього мовленнєвого розладу. Саме необхідність глибшого аналізу механізмів заїкання та пошук оптимальних шляхів його корекції зумовили актуальність даного дослідження і визначили вибір теми випускної кваліфікаційного дослідження: «Використання засобів логоритміки у комплексній системі подолання заїкання у дітей дошкільного віку».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Кваліфікаційна робота виконана у межах науково-дослідної теми кафедри спеціальної освіти Херсонського державного університету «Технології корекційно-розвиткової, абілітаційної та реабілітаційної роботи в системі спеціальної та інклюзивної освіти в умовах сучасних викликів суспільства» (0124U004367 від 11.10.2024.).

Мета дослідження – обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність використання засобів логоритміки у комплексній системі корекційної роботи з подолання заїкання у дітей дошкільного віку.

Для реалізації поставленої мети було поставлено наступні **завдання**:

1) проаналізувати науково-теоретичні підходи до вивчення проблеми заїкання у дітей дошкільного віку та визначити місце логоритміки в системі корекційного впливу;

2) розкрити сутність і структуру логоритміки як засобу формування темпо-ритмічної організації мовлення дітей дошкільного віку із заїканням;

3) визначити ефективність комплексу логоритмічних вправ у системі корекційної роботи з дітьми дошкільного віку із заїканням.

Об'єкт дослідження – процес корекції заїкання у дітей дошкільного віку.

Предмет дослідження – засоби логоритміки як складова комплексної корекційної роботи з подолання заїкання у дітей дошкільного віку.

Для вирішення поставлених завдань були використані наступні *методи дослідження*: аналіз і узагальнення теоретичних положень за літературними джерелами, спостереження, тестування.

Наукове значення дослідження розширює теоретичні уявлення про нейрофізіологічні та психологічні механізми корекційного впливу ритму, музики та руху на мовленнєву функцію дітей дошкільного віку із заїканням; уточнено сутність понять «логоритміка», «комплексна система подолання заїкання», «темпо-ритмічна організація мовлення дошкільників», що дало змогу розкрити логоритміку як інтегрований корекційно-розвивальний засіб, який спрямований на гармонізацію психомоторної, емоційної та мовленнєвої сфер дитини; подальшого розвитку набули положення про роль логоритмічних засобів у формуванні плавності, ритмічності та інтонаційної виразності мовлення дітей дошкільного віку із заїканням; обґрунтовано наукові засади інтеграції логоритмічних вправ у структуру логопедичних занять, що сприяє удосконаленню сучасних методів подолання заїкання та формуванню більш цілісної системи корекційно-розвивального впливу.

Практичне значення дослідження. Практична значущість дослідження полягає у його спрямованості на оптимізацію корекційно-розвиткового процесу в роботі з дітьми дошкільного віку із заїканням, що відповідає актуальним потребам сучасної логопедії. Проведене дослідження емпірично підтверджує ефективність логоритміки як системного компонента у подоланні заїкання. Апробований комплекс занять може бути впроваджений в роботу логопедів, вихователів та музичних керівників дошкільних освітніх закладів (ДОЗ). Результати дослідження можуть

служувати підґрунтям для оновлення навчальних програм та створення нових навчально-методичних посібників. На основі дослідження можуть бути розроблені практичні рекомендації для батьків, які дозволять їм використовувати елементи логоритміки в домашніх умовах, забезпечуючи неперервність та системність корекційного впливу.

Апробація дослідження. Матеріали роботи представлено у публікації: Інтегрований підхід до подолання заїкання у дітей дошкільного віку. *Магістерські студії. Альманах. Вип. 25. 2025. – Херсон – Івано-Франківськ. ХДУ, 2025. с.*

Структура роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 73 сторінках друкованого тексту і складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЗАЇКАННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

1.1. Розвиток темпо - ритмічної сторони мовлення в онтогенезі.

Основна функція мови полягає у забезпеченні комунікації між людьми, а також у передачі та висловленні їх думок, почуттів та емоційних станів. Мова є результатом складної психічної діяльності людини, заснованої на взаємодії різних структур головного мозку. Процес реалізації мовлення здійснюється завдяки скоординованій роботі периферичного мовно - рухового апарату, діяльність якого регулюється центральною нервовою системою.

Мова виступає не тільки засобом обміну інформацією, а й найважливішим інструментом формування свідомості, регуляції поведінки й міжособистісного взаємодії. Її розвиток та функціонування тісно пов'язане з когнітивними, емоційними та моторними процесами, що підкреслює її багаторівневу та інтегративну природу. Порушення у діяльності мозкових структур або мовнорухового апарату призводять до різних видів мовленнєвих порушень. Тому вивчення механізмів мовленнєвої діяльності та шляхів її корекції є одним із ключових завдань сучасної логопедії та нейропсихології [21, 29] .

Дошкільний вік є ключовим періодом у формуванні та розвитку мовлення дитини. Саме в цей період мовленнєва діяльність удосконалюється у різних напрямках. Дитина засвоює звукову структуру слова, його лексичне та граматичне значення, а також способи побудови висловлювань. У результаті мовленнєвого розвитку формуються не тільки засоби мовлення, а й уміння їх адекватного використовувати у процесі спілкування.

Мовлення в цей віковий період в умовах його інтенсивного становлення представляє собою складну функціональну систему, яка стає найбільш чутливою до впливу несприятливих факторів.

Повноцінний розвиток мовлення у дошкільному впливає на становлення пізнавальної діяльності, формування мислення, розвиток комунікативних та емоційно-вольових процесів. Порушення мовленнєвого розвитку, що виникають у цей період, можуть негативно впливати на загальний психічний та особистісний розвиток дитини, ускладнювати її соціальну адаптацію та успішне засвоєння освітніх програм. Тому своєчасне виявлення та корекція відхилень мовленнєвого розвитку мають особливе значення для забезпечення гармонійного становлення особистості дошкільника [38].

На процес реалізації мовленнєвої діяльності впливає комплекс фізичних, фізіологічних та психолінгвістичних факторів. Крім семантичної сторони мовлення, в процесі її сприйняття ключове значення для слухача має просодичний компонент. Він забезпечує виразність та емоційне наповнення висловлювання. У рамках просодичного компоненту мовлення особлива увага приділяється інтонації, яка є основним засобом передачі змістовних та емоційних відтінків мовлення. Відсутність інтонаційних засобів ускладнює розуміння тексту, тоді як його цілеспрямоване використання дозволяє впливати на емоційне сприйняття слухача та уточнювати зміст висловлювання.

Інтонація є складною, багаторівневою категорією, яка включає певні акустичні та артикуляційні компоненти: тональність, тембр, інтенсивність голосового потоку, силу вимови, темп мовлення, логічні наголоси і паузи між одиницями висловлювання. Сукупність цих елементів формує організаційну структуру мовлення, що забезпечує її зміст, логічну зв'язність і цілісність тексту [26].

Просодичні властивості мовлення зазвичай сприймається як єдина сукупність, яка формує ритмічну організацію мовлення. Ця організація є фундаментальною основою усної вимови, яка забезпечує інтеграцію всіх чинників та елементів, які впливають на формування мовленнєвого висловлювання. До цих факторів належать артикуляторні механізми, програми структурування мови на лексичному та граматичному рівнях, а

також повний комплекс просодичних характеристик, які включають інтонацію, силу голосу, тембр, ритм та паузи.

Особливого значення в структурі темпо-ритмічної сторони мовлення надається темпу мовлення, який розглядається як один з ключових компонентів, що забезпечує природність і виразність висловлювання. Адекватне темпо-ритмічне оформлення сприяє як позитивному сприйняттю змісту інформації так й регуляції мовної діяльності людини, яка висловлює свою думку. У контексті корекції порушень мовлення у дітей дошкільного віку, зокрема при заїканні, дотримання темпо-ритмічних параметрів набуває особливого значення. Вони формують основу для плавності, виразності та правильної темпо-ритмічної побудови усного мовлення.

Темпом мови називають швидкість, з якою здійснюється промовляння мовних одиниць. Він характеризується кількістю елементів мови, що вимовляються за певний часовий проміжок. Темп мовлення відображає не тільки швидкість артикуляції, а й рівень координації роботи дихального, голосового й артикуляторного апаратів. Це робить його важливим показником функціонального стану мовленнєвої системи [10, 24].

В якості мовленнєвої одиниці може виступати окремий звук, склад чи слово, а вимір темпу здійснюється шляхом підрахунку цих одиниць за фіксований часовий інтервал. У дорослої людини, яка перебуває у стані мовного спокою, середній темп становить приблизно від 90 до 175 складів на хвилину. Цей показник є орієнтиром для оцінки нормальної швидкості мовлення, а також є важливим критерієм при аналізі темпо-ритмічних особливостей усного мовлення.

Контроль і коригування темпу мовлення грають ключову роль в логопедичній практиці, оскільки оптимальний темп сприяє плавності, розбірливості й емоційної спрямованості вимови. Особливо важливим є вивчення та регулювання темпу мовлення у дітей дошкільного віку. Саме на цьому етапі формуються основи мовної моторики та темпо-ритмічної

організації мови, що має прямий вплив на загальну ефективність комунікації та успішність подальшого навчання.

Виділяють три основні різновиди темпу мовлення: повільний, швидкий та нормальний. Швидкість мови може бути як мінливою, так і відносно стабільною. При цьому типова стабільність темпу спостерігається лише на обмеженому часовому відрізку. Через темп мовлення людина здатна передавати емоційну інформацію та висловлювати психоемоційний стан. З іншого боку, темп є одним із ключових чинників, що визначають інший важливий параметр усного мовлення - ритм мовлення [31].

Ритм мовлення в своїй структурі має кілька компонентів. Основна якість ритму - його регулярність. Ритм має метричні характеристики, які є основою ритмічної структури і можуть бути відображені в метричних схемах. До них відносять кількість і розташування складів, наголошених та ненаголошених елементів. Крім цього, ритм має неметричні ознаки, що формують мовленнєву мелодику. Мелодика визначає зміни висоти голосу, що допомагає передавати інтонацію, запитання, вигуки чи ствердження.

Усне мовлення структурується на основі темпу та ритму, які виконують функцію координуючого та поєднуючого початку для всіх компонентів усного висловлювання. До таких компонентів належать лексико-граматичне оформлення мови, артикуляторно-дихальні процеси та повний комплекс просодичних характеристик.

На сьогодні існує поняття темпо-ритмо-інтонаційного розділення фрази. Воно трапляється не як наслідок звукового аранжування, не як лексико-синтаксична структура мовлення, а утворюється при формулюванні думки та перенесенні її в мовлення. Темпо-ритмо-інтонаційний розподіл поділяє висловлювання на фази, першою з яких є інтенція, тобто те, що людина має намір вимовити. Також захоплює моторно-дихальну організацію мови, що включає дихання, артикуляцію, а також лексико-синтаксичний фактор [31, 36].

Слід зазначити, що темп і ритм мови перебувають у взаємній залежності і утворюють єдину систему, що забезпечує впорядкованість та виразність усного висловлювання. Темп мовлення визначає характер ритмічної організації. Він задає частоту і послідовність чергування мовних елементів. Ритм, в свою чергу, надає мовленню внутрішню структурованість і мелодійну виразність. Таким чином ритм формує звукову композицію висловлювання.

Ритм представляє собою звукову організацію фрази, в основі якої лежить закономірне чергування наголошених та ненаголошених складів. Завдяки ритмічній упорядкованості мовлення стає більш плавним, чітким та емоційно насиченим. Темпо-ритмічна єдність відіграє важливу роль у сприйнятті мовлення слухачем, а також у формуванні правильної артикуляції та дихальної координації того, хто говорить. Порушення цієї єдності часто призводить до спотворення плавності мовлення, що особливо помітно при різних мовленнєвих розладах, зокрема заїкання.

Конопляста С.Ю., Сак Т.В. зазначають, що основною властивістю ритму є його регулярність, тобто впорядкованість та повторюваність звукових елементів у мовленні. Слід зазначити, що метричні характеристики ритму є його основою. Саме на їх базі формуються метричні схеми, що дозволяють визначити кількість та послідовність наголошених та ненаголошених складів у мовленнєвому потоці. Разом з тим, при аналізі ритму важливо враховувати і неметричні компоненти, які мають значний вплив на мовну мелодику, надаючи виразності та емоційного забарвлення [21].

Бегас Л.Д. наголошує, що ритміка та інтонація - це ключовий елемент усного мовлення, який виникає, коли людина починає говорити, переводячи свою думку в слова (вербалізуючи). Цей процес членування починається вже з моменту задуму висловлювання та охоплює його структурування і безпосередньо впливає на дихання та артикуляцію. Цей процес задає ритм мовленню [3].

Розвиток темпо-ритмічної організації мовлення - тобто швидкості, плавності, ритму та інтонації - є поетапним процесом у ході індивідуального розвитку (онтогенезу) людини. Ці стадії передбачувані та відповідають певному віку дитини та нормотиповому мовленнєвому розвитку.

Перший етап формування темпо-ритмічної сторони мовлення у дитини ми можемо спостерігати на 5 - 6 місяці життя. Він характеризується ритмічно організованим лепетом, який нерозривно пов'язаний із ритмічними рухами малюка (наприклад, розгойдуванням або підстрибуванням на руках батьків). У цей час діти можуть безперервно вимовляти склади, такі як та-та-та або га-га-га, синхронізуючи їх з моторикою.

Ці склади представляють собою архаїчну лінгвістичну фазу, що пояснює їх ранню появу. Наступний етап мовленнєвого розвитку обумовлений обов'язковою мовною взаємодією дитини з дорослими (зоровою і слуховою). Обов'язковою умовою на цьому етапі є збереження сенсорних функцій дитини, таких як слуху та зір. При збереженому слуху в цей період виникає аутоехолалія, яка є другим етапом формування лепету. Вона характеризується тривалим, зосередженим повторенням ідентичного складу та самоконтролем (прислуховуванням до своєї вимови) [2].

Другий етап формування темпо-ритмічної сторони мовлення в дітей раннього віку демонструє залежність від статі і відрізняється термінами в хлопчиків і дівчаток. Спостереження показують, що дівчатка, зазвичай, починають вимовляти перші слова раніше (вже в 8–9 місяців), тоді як хлопчики досягають цього етапу до 11–12 місяців. Вимовляючи перші слова, діти повинні правильно відтворити загальну звукову інтонацію. При цьому допускається спотворення окремих звуків. Слід зазначити, що фонетична будова мовлення та словниковий запас розвиваються стрибкоподібно. При цьому розширення фонетичної системи мовлення відбувається в проці появи нових слів, які виступають у ролі смислових одиниць (семантичних одиниць) [28].

Швидкість засвоєння активного словника протягом другого року життя у кожної дитини індивідуальна і не залежить від її статевої приналежності. При цьому найшвидше зростання словника спостерігається на останніх місяцях другого року життя. Численні дослідження підтверджують, що темп мовленнєвого розвитку в цей віковий період вкрай неоднорідний і суто індивідуальний.

На третьому році життя (від 2 до 3 років) дитина переходить до елементарного фразового мовлення, зазвичай використовуючи дво- або трисловні конструкції (наприклад, «Мама, дай»), які часто мають імперативний (наказовий) характер. Якщо дитина не почала говорити фразами до двох з половиною років, його темп мовного розвитку може бути розцінений як затриманий.

Після трьох років дитина не просто засвоює лексику, граматику та фонетику рідної мови, а й починає активно розвивати артикуляційні та дихальні механізми. Це створює передумови для формування мовного дихання. У віці трьох років ці механізми знаходяться лише на початковій стадії розвитку: дитина може вимовляти окремі слова або короткі фрази, роблячи це незалежно від фази дихання (на вдиху, на видиху або навіть під час пауз між ними). Зовні ця особливість темпо-ритміки проявляється як "захльобування" мовою або говоріння "на вдиху/видиху".

Після трьох років, дитина починає активно розмовляти. Однак до школи її фрази стверджувальний характер. Їм притаманний специфічний порядок слів, у якому головне слово вимовляється першим. З трьох років діти починають використовувати мовлення для гри з іграшками, тваринами. Словесне спілкування стає пріоритетним для встановлення контактів з дорослими. Жести і міміка, якими раніше дитина активно користувалась втрачають свою домінуючу роль [41].

В шестирічному віці дихальні та артикуляційні параметри мовлення ще нестабільні, але вже з'являється важлива закономірність: перші слова, як правило, вимовляються на початку фази видиху. Якщо довжина видиху

дозволяє, вся фраза вимовляється у ньому. Проте, в процесі промовляння довгих фраз помітні порушення мовного дихання. Діти в шість років ще не можуть повністю вимовити довгу фразу на одному видосі. В результаті частина фрази може бути вимовлена на вдиху, або дитина змушена робити поверхневий додатковий вдих, щоб закінчити фразу. Таким чином, у наступні роки, у молодшому шкільному віці, відбувається подальше вдосконалення темпо-ритмічної сторони мовлення за рахунок повноцінного оволодіння мовленнєвим диханням.

З десяти років школярі демонструють зрілий контроль над мовленнєвим диханням, що дозволяє їм, як і дорослим, повністю вимовляти довгі фрази на одному видиху. У цьому віці інтенсивно розвиваються механізми мовленнєвого дихання, які є основою для синтагматичної організації мовлення, тобто для правильного змістовного і ритмічного поділу тексту [45].

1.2. Концептуальні основи вивчення структури та класифікації заїкання.

Заїкання - це розлад мовлення, що проявляється у вигляді повторень або розтягування звуків, складів, слів, а також необґрунтованих пауз, порушень ритму та темпу мовлення. Незважаючи на наявність різних методів лікування, ця проблема зберігає свою актуальність через широку поширеність, неоднозначність причин виникнення (поліетіологічність) та серйозного негативного впливу на соціалізацію та психічне здоров'я людини [5].

Заїкання включає в себе специфічний симптомокомплекс серйозних мовленнєвих порушень, різних за своїм характером, які відрізняються низькою ефективністю корекції. Дослідження показують, що заїкання в основному з'являється у дітей приблизно від трьох до шести-семи років. В наслідок того, що цей віковий період відрізняється найбільшою сензитивністю, заїкання ускладнює соціальну адаптацію дитини, часто

створює перешкоди для ефективної комунікації, що позначається на розвитку особистості дитини, її характері та внутрішньому стані.

Заїкання проявляється зовні як порушення плавності мовлення, що виражається у вимушених зупинках і повтореннях звуків, складів або слів. Це відбувається внаслідок судом мовленнєвого апарату, які найчастіше поширюються на м'язи обличчя та ший. Ці судоми можуть бути різними за частотою, тривалістю та місцем виникнення. Не існує суворої закономірності в тому, де саме у фразі вони з'являються (на початку, середині або кінці, на голосних чи приголосних). Однак заїкання - це не лише запинки. Воно також включає розлади дихання та голосу: діти говорять на вдиху чи повному видиху, голос стає здавленим, слабким чи монотонним. Мовлення людини, яка заїкається часто супроводжується супутніми рухами (наприклад, похитуванням голови).

Згідно з дослідженнями Літовченко О. В., Сікорського І.Л., в основі виникнення заїкання у дошкільників лежить патологічний рефлекс. Він формується під впливом зовнішніх умов на тлі ранніх мовленнєвих автоматизмів, до яких належать гуління, белькіт і механічне повторення складів або звукокомплексів.

Березан О.І. визначає заїкання як захворювання, в основі якого лежить порушення у сфері оформлення зв'язних розгорнутих висловлювань, де необхідні складні фрази та речення. При цьому порушення мовленнєвої діяльності можуть бути зумовлені затримками розвитку мовлення (це і численні аграматизми, недорозвиток словникового запасу, порушення звуковимови), а також зміною мови, білінгвізм у сім'ї, патології внутрішньоутробного розвитку з наступним включенням у патологічний процес емоційно-особистісної сфери [5, 10].

Сікорський І.А. серед перших визначив заїкання як дитячу хворобу. Він пояснював це тим, що початок виникнення заїкання з часом саме по собі не порходить. Часто перші симптоми розвитку заїкання супроводжуються змінами у поведінці дитини – підвищується рівень тривожності, з'являються

невмотивовані страхи, помітні різкі перепади настрою, дитина стає плаксивою, вразливою. Початок заїкання буває різним. Іноді запинки з'являються стрімко, раптово, а в інших випадках заїкання виникає поступово, непомітно для оточуючих [36].

На сьогоднішній день в логопедії та нейрофізіології відсутня єдина, науково обґрунтована та загальновизнана етіологічна концепція, яка здатна забезпечити систематизацію та уніфікацію накопиченого емпіричного матеріалу, а також інтегрувати численні гіпотези, запропоновані дослідниками для пояснення генези (походження) даного складного мовленнєвого порушення.

Незважаючи на активні дослідження в галузі причинно-наслідкових зв'язків заїкання, різноманітність експериментальних відомостей та теоретичних підходів (яке неврогенні, психогенні та конституційні теорії) не дозволяє звести їх до єдиного пояснювального принципу. Цей феномен свідчить про поліморфність патогенезу заїкання.

Проте існує консенсус серед фахівців щодо ключового аспекту етіології: заїкання не є наслідком впливу єдиної, специфічної та ізольованої причини. Навпаки, клінічні спостереження та експериментальні дані переконливо демонструють поліетіологічність цього розладу. Виникнення заїкання обумовлено комплексною та багаторівневою взаємодією ряду факторів, які можуть бути класифіковані як: ендогенні та екзогенні.

Ендогенні (до яких дитина схильна): фактори, що створюють уразливість центральної нервової системи (спадковість, мінімальна мозкова дисфункція, особливості темпераменту, вік дитини, стан ЦНС):

1. Діти дошкільного віку (2–6 років), оскільки у цей час відбувається інтенсивне становлення координаторних механізмів мовної діяльності. Слід зазначити, що будь-яка функціональна система, яка перебуває на етапі активного формування, характеризується підвищеною або вибірковою вразливістю до впливу різних патогенних (шкідливих) факторів.

2. Важливим фактором є стан центральної нервової системи. Часто етіологія заїкуватості включає органічне ураження структур головного мозку, що відбулося на будь-якому етапі раннього розвитку: у внутрішньоутробному періоді, перинатальному або постнатальному. Ці патологічні зміни спричиняють соматичні та психоневрологічні порушення, провокують затримку мовленнєвого онтогенезу та інші мовленнєві порушення, що в сукупності підвищують ризик розвитку заїкання. Але є частина людей, які страждають на заїкання та не мають ознак органічного ураження головного мозку. Тим не менш, у них часто спостерігається підвищена лабільність вищої нервової діяльності, що проявляється у надмірній вразливості, а також у високому рівні тривожності, зниженій адаптивності та вразливості перед психотравмуючими факторами [40].

3. *Спадкова схильність* обумовлена генетичною трансмісією специфічних характеристик вищої нервової діяльності. Ці характеристики включають підвищену збудливість та акселерацію темпу загальної моторики та продуктів мовленнєвої діяльності. Таким чином, передається конституційна слабкість центральних механізмів мовлення, що робить їх сприйнятливішими до впливу патогенних факторів. Генетична обтяженість може бути простежена протягом кількох поколінь. Слід зауважити, що серед чоловіків схильність до заїкання на 20% більша ніж у жінок.

4. Важливим етіологічним фактором є *функціональна асиметрія* півкуль головного мозку. Існують показники, які вказують на кореляцію між виникненням заїкання та перекваліфікацією ліворукості у праворукість. Згідно з гіпотезою М.Є. Хватцева (1959), цей процес призводить не тільки до дезорганізації міжпівкульних зв'язків, а й негативно впливає на стан правої півкулі, що є домінантною для мовленнєвих функцій у шульги. Результати електрофізіологічних досліджень доводять, що у тих, хто заїкається, спостерігається дисфункція провідної ролі лівої півкулі в процесі вербальної комунікації. Порушення міжпівкульної взаємодії робить цю центральну нервову систему надзвичайно вразливою [39].

5. *Специфіка протікання мовленнєвого онтогенезу.* Особлива увага приділяється періоду інтенсивного становлення мовленнєвої функції. Для дітей дошкільного віку (2-5 років) характерна поява фізіологічних ітерацій (від латів. *iterate* - повторювати), що виявляються у вигляді повторень або пролонгації звукових, складових або словесних одиниць. Також можуть спостерігатися емболи – вербальні включення, що не несуть семантичне або емоційне навантаження («а», «ну», «е»). Ці явища розглядаються як закономірний етап формування ритмічної організації мовлення, що зумовлений недостатньою зрілістю мовленнєвого дихання та його невідповідністю, що до зростаючої складності синтаксичних конструкцій.

Екзогенні (які з'явилися як результат негативного впливу): фактори, що виступають як безпосередній "пусковий механізм" (гострі психотравмуючі ситуації, соматичні захворювання, інтенсивні мовні навантаження в критичні періоди розвитку дитини)

1. *Психічні травми.* Психічні травми можуть бути гострими та хронічними, залежно від характеру та тривалості впливу несприятливих факторів.

Гостра психічна травма виникає як реакція на раптову, сильну по емоційному впливу подію, яка виходить за межі звичного життєвого досвіду дитини. Це може бути переляк, втрата близької людини, конфліктна чи загрозлива ситуація. У таких випадках емоційна напруга досягає високої інтенсивності, викликаючи короточасні, але виражені порушення психічного стану - страх, тривогу, розгубленість, плаксивість, порушення сну та апетиту[6,9, 23].

Хронічна психічна травма, навпаки, формується внаслідок тривалого впливу негативних емоційних чинників. Вона проявляється у стійкій психічній напрузі, почутті тривожності, внутрішньому дискомфорті та емоційному виснаженні. Джерелом подібних травм найчастіше стають неблагополучні внутрішньосімейні відносини, постійні конфлікти,

авторитарні методи виховання, а також труднощі соціальної адаптації дитини до дитячого колективу чи освітнього закладу.

Таким чином, патогенез заїкуватості слід розглядати в рамках біопсихосоціальної моделі, де розлад формується на тлі органічної або функціональної передиспозиції під впливом зовнішніх умов, що провокують.

Існують клінічні форми заїкання та їх класифікація відповідно до наявних практичних досліджень та клінічних спостережень. Головним проявом заїкання є мовні судоми, які виникають у момент вимовляння слів чи спробі розпочати мовлення. Ці судоми можуть відрізнятися за характером, місцем їх виникнення та ступенем вираженості. У логопедії прийнято розрізняти два основних види мовних судом: **тонічні та клонічні**.

Тонічні судоми є раптовим і насильницьким підвищенням м'язової напруги, яке одночасно зачіпає різні групи м'язів мовленнєвого апарату (наприклад, губ, язика або щік). У дитини, яка заїкається це супроводжується вираженою напругою м'язів обличчя (наприклад, губи сильно стиснуті або рот застигає напіввідкритим), скутістю тіла та напругою плечового пояса. На рівні промовляння в мовленні у дитини це проявляється як тривала, фіксована пауза чи повна зупинка. Тонічна форма заїкання проявляється у мовних блоках - тривалих зупинках, які є результатом м'язового спазму. Під час цих зупинок дитина робить насильницький, силовий тиск як на приголосних, так і на голосних звуках, намагаючись "проштовхнути" мовлення (д-д-д-двері, м-м-м-м-море).

Клонічні судоми характеризуються насильницьким, ритмічним та багаторазовим скороченням м'язів мовленнєвого апарату. На рівні мовлення це супроводжується феноменом ітерації - повторенням декілька разів на початку слова окремих приголосних звуків (п, т, к, д, г, с - "с-с-с-сумка"), чи складів ("па-па-па-папір"). Клонічний тип заїкання найчастіше проявляється на початку прояві порушення [13, 16].

Найчастіше діагностується змішаний тип мовних судом, який характеризується комбінацією (поєднанням) тонічних та клонічних проявів в

однієї й тієї ж людини із заїканням: клонічно-тонічні та тонічно-клонічні типи заїкання. *Клоно-тонічний* (змішаний) тип заїкання характеризується комбінуванням двох форм мовних судом. Прояви включають: ітерації – багаторазові повторення звукових чи складових одиниць (які є характерними для клонічного заїкання), які змінюються блоками – тривалими, насильницькими зупинками на певному звуку з вираженим м'язовим напруженням (натиском), що унеможлиблює подальше мовлення (характерні для тонічного заїкання). *Тонічно-клонічний* тип заїкуватості визнається найбільш поширеною та клінічно складною формою заїкання. Цей тип характеризується переважанням судомних проявів, що виникають внаслідок функціональної чи органічної недостатності центральних механізмів координації промови. Суть тоно-клонічного заїкуватості полягає в чергуванні та комбінації двох антагоністичних феноменів: тонічних судом (фіксованих, тривалих спазмів, що виявляються у вигляді «блоків» і насильницького натиску на звуку) і клонічних судом (ритмічних, багаторазових скорочень, що викликають ітерації – повторення звуків) [2, 20].

За місцем локалізації судоми можуть бути ***дихальні, голосові, артикуляційні***.

На рівні *дихальної системи* мовні судоми можна розділити на два типи: інспіраторні та експіраторні. *Інспіраторна судом* характеризується різким мимовільним вдихом (інспірацією) серед мовного потоку, що провокує необґрунтовану паузу. Зовні такі судоми часто малопомітні, але супроводжуються суб'єктивним відчуттям напруги у грудній клітці. *Експіраторна судом* є раптовим, форсованим видихом (експірацією) під час говоріння. При цьому повітря гучно та різко проходить крізь розкриту голосову щілину. Суб'єктивно супроводжується почуттям напруги абдомінальних м'язів, стискування грудної клітки та дефіциту повітря.

На рівні *голосового апарату*, судоми найчастіше виникають при артикуляції голосних звуків та поділяються на два типи: змикальні та вокальні.

Змикальна (оклюзійна) судома є різким спастичним змиканням голосових складок, що перешкоджає проходженню експіраторного потоку повітря. Клінічно проявляється афонією (повною відсутністю звуку/мовчанням). При пролонгованому спазмі відзначається виражена напруга м'язів обличчя, а також відчуття напруги в гортані, грудній клітці та абдомінальній ділянці.

Вокальна (тонічна) судома зумовлена підвищенням тону голосових м'язів. У мові проявляється як патологічна пролонгація (розтягування) голосного звуку. У момент спроби голосоутворення може виникнути поштовхоподібний гортанний спазм, що перериває мовлення тремтячим звуком, що інтермітує. Для цього типу характерна відкрита ротова порожнина та супутні рухи у вигляді ритмічного відкидання голови.

На рівні *артикуляційного апарату* судоми поділяються на спазми губ, нижньої щелепи, язика та м'якого піднебіння. Однією з превалюючих форм, що відзначається вже на початкових етапах заїкання, є замикаюча судома губ. Вона викликана спазмом кругового м'яза рота, що призводить до сильного стискання губ і, як наслідок, порушення артикуляції губних фонем. Другу групу становлять судоми язика, які виникають при промовлянні звуків в артикуляції яких приймає участь язик і локалізуються в різних м'язових групах язика (наприклад, у корені, кінчику язика або під'язикової області). Найрідкіснішими є судоми м'якого піднебіння, які клінічно проявляються гіперназалізацією (наданням звуків носового відтінку).

У клінічній практиці заїкання переважають змішані форми судом, які є поєднанням спазмів різних систем мовленнєвого апарату (дихальної, артикуляційної, голосової). При цьому, як правило, спостерігається домінування одного з компонентів, що визначає специфічну класифікацію (дихально-артикуляційні або дихально-голосові судоми).

Проблема об'єктивної уніфікованої оцінки ступенів складності заїкання на сьогодні залишається невирішеною. Однак у логопедичної практиці (Григор'єва О., Козинець О., Притиковська С.) прийнято визначати ступінь

складності розладу, з можливості особистості зберігати плавність вимови у різних за складністю комунікативних ситуаціях.

Важкий ступінь спостерігається за наявності запинок вже в простих, полегшених формах мовлення.

Середній ступінь встановлюється, якщо судомні прояви обмежуються діалогічним та монологічним мовленням.

Легкий ступінь діагностується лише за умови, що запинки виникають виключно у монологічній формі мовлення.

Крім якісного аналізу, для визначення ступеня тяжкості також можуть застосовуватися кількісні критерії, що включають темпоральні характеристики мовлення, показники тривалості пауз та рівень артикуляційних спотворень.

Для клінічної картини заїкання характерна наявність супутніх рухів, які синхронні з актом мовлення (таких, як кивання головою, похитування корпусу, маніпуляції з пальцями). Ці рухи не мають емоційно-експресивного значення. Вони класифікуються або як насильницькі (гіперкінетичного типу), або як хитрощі (маскувальні прийоми). У процесі висловлювання у людини, яка заїкається можуть різко активізуватися вегетативні реакції організму: спостерігається лабільність судинного тону (почервоніння або збліднення шкіри обличчя), тахікардія (прискорене серцебиття) та гіпергідроз (потовиділення). Такі прояви аналогічні вегетативним реакціям, що є характерними для людей, без мовленнєвої патології у стані вираженої психоемоційної напруги.

В умовах хронічного перебігу заїкання у переважної більшості людей спостерігається тенденція до використання стереотипних, багаторазово повторюваних вокалізацій або лексичних одиниць (таких як «а», «е-е», «ось це»). Даний феномен отримав назву емболофразія, а слова, що вставляються або звуки, що не несуть змістовного навантаження, позначаються як емболи.

Характерним симптомом, що ускладнює клінічну картину заїкання, є логофобія - ірраціональний страх перед актом мовлення. Логофобія

проявляється у нав'язливих переживаннях, страху виникнення мовних судом та вибіркового страху певних фонем чи лексичних одиниць. Цей розлад, як правило, переважає у підлітковому віці і може призводити до самоізоляції, обмеження комунікативної активності, замкнутості або, в окремих випадках, навіть до агресивних реакцій. Наявність логофобії значно посилює психоемоційний стан особистості, що заїкається, вимагаючи відповідної психокорекційної роботи.

Емоційне ставлення особистості до свого дефекту мовлення, відоме як феномен фіксованості на заїканні, виступає як ключовий, фундаментальний фактор, який детермінує (визначає) характер і ступінь складності всіх супутніх психологічних особливостей. Таким чином, фіксованість є інтегральною частиною складної структури розладу мовлення. На підставі цього критерію науковцями Лопатинською Н.А., Сікорським І.Л., Соколенко Г. А було проведено класифікацію людей, що заїкаються з виділенням трьох груп.

До першої групи належать діти з нульовим ступенем фіксованості на мовному дефекті. Ці діти індиферентні до свого порушення: вони не порявляють ознаки емоційного утиску, стиснення чи реактивної образливості, пов'язаних з усвідомленням своєї неповноцінної мовної функції.

До другої групи належать діти з помірним ступенем фіксованості. Їм характерна наявність негативних емоційних переживань щодо свого мовного порушення, прагнення приховати дефект і використання компенсаторних поведінкових стратегій (хитрощів) у процесі комунікації. Проте ці переживання не трансформуються в хронічні патологічно виражені почуття власної неповноцінності.

До третьої групи належать діти з вираженим ступенем фіксованості на порушенні мовлення. Ці діти демонструють постійну концентрацію уваги на своїх труднощах мовлення і схильні до глибоких, пролонгованих негативних переживань з цього приводу. Їх психологічний профіль характеризується

соціальною замкненістю, патологічною недовірливістю і яскраво вираженою логофобією (страхом мови).

У клінічній логопедії виділяють п'ять основних типів динаміки перебігу заїкання, що визначаються характером зміни його клінічної симптоматики у часі.

1. Регредієнтний тип характеризується позитивною динамікою, за якої відбувається поступова редукція (зникнення) мовної симптоматики, що веде до стійкої компенсації або повного одужання.

2. Стаціонарний тип визначається стабільністю та монотонністю клінічних проявів. Відсутність значних ремісій чи загострень свідчить про фіксований характер порушення мовлення.

3. Рецидивуючий тип виявляється хвилювими чергуванням періодів повної ремісії (плавної мови) з періодами загострення (рецидиву заїкання). Динаміка залежить від зовнішніх та внутрішніх факторів.

4. Хвилеподібний тип відрізняється періодичною флуктуацією ступеня тяжкості (коливання у бік поліпшення чи погіршення), проте періоди повної відсутності судом (плавної мови) немає. Мовленнєве порушення присутнє постійно, змінюючи лише свою виразність.

5. Прогредієнтний тип найбільш несприятливий тип перебігу, при якому відбувається прогресивне ускладнення клінічної симптоматики, обтяження судом та погіршення загального психоемоційного стану людини, що заїкається.

1.3. Логоритміка в системі корекційної роботи з подолання заїкання.

В арсеналі сучасних корекційних методик, що використовуються логопедами для подолання заїкання у дітей, логопедична ритміка є одним з найбільш значущих і підходів, що активно впроваджуються в практику. Даний метод знаходить широке застосування у роботі з дітьми у корекційних групах дошкільних закладів.

Логопедична ритміка є спеціальним корекційно-розвиваючим комплексом, в основі якого лежать принципи інтеграції рухової, мовної та слухової сфер, де рух і мова виступають в органічній єдності з музичним ритмом. Ефективність даної технології в корекції заїкання емпірично доведена та обумовлена її здатністю одночасно вирішувати комплекс освітніх, корекційних та оздоровчих завдань. Згідно з результатами практичних досліджень Найдич В.М., Холостенко С.С., Шпирна О. М, синхронізація спеціальних рухів, мовлення та музики сприяє успішному формуванню просторової орієнтації, загальної моторики, зміцненню м'язового корсету та надає оптимальну корекційну дію на мовленнєву функцію. Ігровий формат занять та доступний музичний матеріал забезпечують швидке засвоєння та міцне закріплення мовленнєвих навичок, включаючи формування фізіологічно правильного мовного дихання, що позитивно впливає на всі просодичні компоненти мовлення.

Логоритміка має значний потенціал у корекційно-розвивальній роботі з дітьми. Її вплив охоплює безліч сфер, що включають стимуляцію мовленнєвого розвитку, корекцію поведінкових патернів та становлення ключових соціальних та комунікативних компетенцій.

Логоритміка ставить перед собою своїм ключовим завданням корекцію порушення мовлення, використовуючи при цьому розвиток та упорядкування рухової функції. Виходячи з цієї мети, формуються три категорії завдань, що реалізуються на заняттях з логоритміки: корекційні, виховні та освітні.

Корекційні завдання логоритміки фокусуються на трьох ключових напрямках: усунення основного мовного порушення, розвиток та покращення дихальної, голосової та артикуляційної функцій, а також удосконалення базових психомоторних навичок (якостей).

До освітнього блоку завдань логоритміки відносяться: цілеспрямоване формування рухових компетенцій та навичок, розширення репертуару рухів через ознайомлення з їхньою різноманітністю, та інтеграція базових музичних понять у пізнавальну сферу дитини.

Виховна мета логоритміки спрямована на розвиток внутрішнього почуття ритму та навичок синхронізації рухів із музичним ритмом. У цьому психомоторні функції удосконалюються автоматично (на мимовільному рівні). Успіхи, досягнуті у сфері моторики, є опорою для впорядкування та покращення мовного процесу.

Щоб зрозуміти суть поняття логопедичної ритміки, необхідно насамперед дати визначення загальному поняття "ритміка".

Фундаментом життєдіяльності людини є рухова активність, основним змістом якої виступають рухове вміння та рухова навичка.

Рухове вміння визначається як початковий рівень оволодіння технікою виконання дії, що вимагає значної концентрації довільної уваги на окремих компонентах руху та алгоритмі розв'язання рухової задачі.

Рухова навичка представляє собою вищий ступінь оволодіння технікою дії. Її ключова характеристика це автоматизоване управління рухом, що забезпечує високу стабільність та надійність виконання.

З педагогічної точки зору, ритміка визначається як система фізичної активності, заснована на органічному взаємозв'язку рухів із музичним супроводом. Метою даних вправ є розвиток почуття ритму - здатності до диференціації чергування акцентованих і неакцентованих часток музичного метра та подальшого відтворення ритмічного патерну за допомогою рухового акту (наприклад, кінестетичні прояви). З огляду на моторно-емоційну природу музичного ритму його повноцінне сприйняття неможливе без інтеграції тілесних (соматичних) відчуттів ритму.

Музичні заняття це процес систематичного та цілеспрямованого формування музичних здібностей у дітей. Зміст занять інтегрує кілька видів активності: вокальне виконання (спів), перцептивне сприйняття (слухання музики), музично-ритмічні вправи та інструментальна діяльність (гра на дитячих інструментах). Ключові завдання включають виховання сталого інтересу до музики та її жанрового розмаїття, розвиток звуковисотного та

мелодійного слуху, а також удосконалення виконавських навичок у співі та ритмічній моториці.

Музично-ритмічна діяльність демонструє тісну кореляцію з розвитком загальних рухів, що системно здійснюється на заняттях з фізичного виховання. Основне завдання цих занять - формування базисних якостей загальної моторики, включаючи нормалізацію м'язового тону, поліпшення координації, підвищення перемикання рухів та розвиток рухової пам'яті. Успішне оволодіння власним тілом досягається шляхом виконання фундаментальних рухових актів: ходьби, бігу, стрибків, перебудов та участі у спортивних іграх.

Формування фізичних компетенцій та ритмічних здібностей є пролонгованим процесом, що охоплює весь дошкільний період (від 3 до 7 років). Цей період є ключовим етапом підготовки дітей до зростаючих освітніх навантажень у шкільному навчанні. Однак у дітей, які мають мовленнєві порушення, як правило, діагностуються суттєві дисфункції як у мовному онтогенезі, так і в психомоторній сфері.

У дітей дошкільного віку із вираженими мовними порушеннями спостерігається комплекс відхилень у психомоторній сфері. До них належать: недостатнє освоєння базових рухових компетенцій, загальна моторна диспраксія (незручність), а також порушення зорово-просторового сприйняття. Їхнім рухам не вистачає ритмічної впорядкованості, відзначається швидка стомлюваність при фізичній активності та зниження здатності запам'ятовувати та концентрувати увагу на рухових програмах.

Слід зазначити, що стандартні програми з фізичної культури та музичного виховання не забезпечують досягнення необхідних корекційних завдань у сфері психомоторного розвитку дітей із мовленнєвими порушеннями. Найбільш адекватним та ефективним засобом для розвитку психічної та моторної сфер цієї категорії дітей виступає логопедична ритміка, яка базується на інтегративному використанні слова, музики та руху.

Фундаментальною характеристикою будь-якого рухового акта людини є його ритмічна організація. Почуття ритму є універсальною вродженою здатністю. У сфері трудової діяльності ритм визначається технологічною логікою процесу. Еволюційно, із цього утилітарного (трудового) ритму сформувався художній ритм, який знайшов своє втілення в музиці, поезії та танцях.

Ключовою характеристикою ритму прийнято вважати періодичність і регулярність повторення складових його елементів. Відповідно до концепції Б.М. Теплова, ритм є специфічною тимчасовою організацією процесу, необхідною умовою якої є певна кластеризація (угруповання) наступних один за одним стимулів (подразників).

Необхідною умовою формування ритму є присутність посиленних подразнень. Акцентуація є фундаментом ритмічної структури. Незважаючи на те, що поняття ритму переважно корелює з темпоральними особливостями чергування явищ, можна використовувати термін «просторовий ритм» (наприклад, в образотворчому чи архітектурному мистецтві). Отже, ритм як універсальна категорія визначається ознакою впорядкованого розташування елементів, процесів чи явищ у просторі чи часі.

Музичний ритм сприймається не лише слуховим аналізатором, а й усім тілом, викликаючи моторний відгук та відчуття руху (кінестезію). Ця тілесна відповідь включає: мікроскорочення м'язів (включаючи м'язи язика, щелепи, голови, пальців) та загальне підвищення тону в гортані, грудях та кінцівках. Характерною особливістю є синхронна стимуляція протидіючих м'язів (антагоністів), що створює ритмічне чергування напруги та розслаблення на місці, без необхідності зміни положення частини тіла.

Музичний акцент є найбільш потужним стимулом для прояву моторних реакцій, які поділяються на два види. Дійсні рухи – це рухи, які проявляються ззовні, що здійснюються іноді автоматично чи несвідомо (наприклад, розмахування рукою чи постукування ногою для відбивання

такту). Уявні рухи позбавлені зовнішньої експресії, представляють собою суто уявне, внутрішнє відтворення рухів слухачем.

Оскільки рух за своєю природою впливає позитивно на організм, його використовували як профілактичний та лікувальний засіб ще з давніх часів. Сучасна практика лікування рухом використовує різні його форми як терапевтичний фактор, що сьогодні позначається терміном «кінезітерапія».

Лікувальна ритміка – це компонент кінезіотерапії. Її завдання - розвиток почуття ритму за допомогою системи фізичних вправ та музики для подальшого використання цього ритму з лікувально-корекційною метою. Логопедична ритміка, в свою чергу, є складовою ланкою лікувальної ритміки.

Логопедична ритміка структурно є вузькоспрямованим напрямом або спеціалізованим компонентом загальної лікувальної ритміки.

Рухова складова мовлення та загальна моторика організму взаємопов'язані на функціональному рівні. Плавність та адекватність мовлення є результатом скоординованої діяльності центральних відділів головного мозку. Клінічні спостереження вказують, що ушкодження специфічних зон кори призводить до вибіркового мовних порушень. При цьому чим ближче травма або ураження перебуває до мовнорухового центру (зона Брока), то більш вираженими стають моторні дисфункції мовленнєвого апарату.

Для забезпечення нормальної роботи будь-якої функції, в тому числі й мовленнєвої, потрібна точна координація за часом, швидкістю, ритмом та термінами виконання окремих дій. Ця тимчасова "ув'язка" стосується не тільки вищих кіркових відділів мовленнєвої системи, а й мозочкових структур (контролюють м'язи гортані, голови, шиї, плечей), а також відділів довгастого мозку (які регулюють дихальні м'язи) та інших глибинних структур.

Обов'язковою умовою нормальної роботи складної мовленнєвої системи є узгодженість її компонентів у часі, швидкості та ритмі. Отже,

неузгодженість діяльності цих компонентів у часі може стати функціональною причиною виникнення мовленнєвих порушень. Науковці Бегас Л.Д., Березан О.І., Кравченко А. І., Сак Т.В., вказують про важливість цієї узгодженості, яка підтверджується тим, що будь-яка зміна ритму мовлення людини, яка заїкається (наприклад, читання або декламація) знижує заїкуватість. Ефект досягається і при відбиванні такту рукою під час розмови. Це знімає судомність. Використання ритмічного звучання метронома також ефективно покращує мовлення. Це говорить про те, що центральні нервові механізми мовлення потребують зовнішнього датчика ритму, який здатний підтримувати постійний темп нервових процесів.

Необхідність диференціації темпів, що пропонуються "датчиком ритму", для людини, яка має заїкання з клонічною та тонічною формами свідчить про відмінності в темпоральних характеристиках перебігу їх нервових процесів. В основі цієї відмінності лежить різний рівень локалізації основної патогенетичної ланки порушення: клонічне заїкання пов'язане з кірковим рівнем (що вимагають більш високих ритмів через лабільність), тоді як тонічне заїкання - з глибинними структурами (що вимагають нижчих ритмів через меншу функціональну рухливість). Ця гіпотеза про диференційований підхід до ритмотерапії потребує ретельного наукового дослідження.

В роботах вітчизняних (Гандзюк С. П., Кривцова О. Я.,) та зарубіжних дослідників стверджується, що ритмічний вплив (ритмічна стимуляція) є високоефективним терапевтичним прийомом при заїканні. Цей підхід базується на гіпотезі про те, що заїкання пов'язане з дефіцитом у руховій сфері, а екзогенно нав'язаний ритм сприяє функціональній компенсації цієї моторної дисфункції 7, 19.

Коли мовлення набуває рухової (моторної) форми, воно стає підконтрольним процесом комплексу регулятивних систем таким як лінгвістична (граматика, синтаксис, семантика) і фонематична. Слід зазначити, що вплив фонетики виходить за рамки поверхневої організації і

стає ключовим структурно-динамічним механізмом, критично важливим для точної передачі змістового компонента повідомлення.

Логічні наголоси у мовленні, крім змістовної функції, виражаються фонетично через підвищення висоти тону, уповільнення чи зміни звучання слова. Мова характеризується такими параметрами, як тривалість, сила, якість та точність. Пауза також має свою тривалість і точність, що проявляється у вираженні активного гальмування у процесі мовлення. Зрештою, музичність (мелодика) фрази надає їй особливого, додаткового змісту.

Організація акту мовлення покращується за рахунок використання музичних елементів промови, зокрема, ритму і мелодії. Згідно з клінічними даними, мова людей, які мають заїкання, яка синхронізується ззовні заданим ритмічним патерном (наприклад, у формі декламації або вокалізації), набуває необхідної структурної опори і відновлює темпоральну рівновагу. Цей підхід позитивно впливає на мовлення дитини із заїканням, що призводить до тимчасової елімінації (зникнення) заїкання.

Концептуальним ядром систем лікувальної та логопедичної ритміки є поняття ритму. Він організовує та дисциплінує, ці фактори надають структуровану форму будь-якій дії та регулюють поведінкові реакції особистості. Дозовані фізичні навантаження, які отримує дитина із заїканням в процесі логоритмічних занять, активізують нервові процеси, що в свою чергу забезпечує виражений позитивний терапевтичний результат.

Музичний ритм визнаний найбільш кращим методом для роботи з дітьми, що мають заїкання. Оскільки він має високу методичну насиченість, сприяє колективній інтеграції і позитивно впливає на емоційну стабільність і вольову регуляцію особистості.

Ритм регулює не тільки рух, а й слово. Він керує як темпом, так і динамічними особливостями мовлення. Музичне фразування та нюансування, пауза, акцент також знаходять своє відображення у мовленні. Колективні заняття логопедичною ритмікою дозволяють перевиховати у

особистості із заїканням ставлення до свого дефекту, сформулювати нову, правильну установку на взаємини з оточуючими та на мовленнєве спілкування з ними [41].

Логоритмічні заняття дають можливість ставити дитину із заїканням в найрізноманітніші ситуації, які матимуть корекційний вплив: протиставляти одного цілому колективу, розбивати колектив групи. Такий формат дає можливість у мовно-руховій формі програвати різні соціальні ролі, стверджуватися в активній, ініціативній поведінці.

Логопедична ритміка забезпечує значний психотерапевтичний вплив на особистість людини із заїканням. Вона сприяє актуалізації її позитивних аспектів та нівелює негативні прояви. Системне проведення занять, орієнтованих на психо-ортопедичний підхід, сприяє корекції особистісних девіацій та формуванню довільної, регульованої поведінкової активності.

Логопедична ритміка має потенціал для подолання широкого спектру мовленнєвих порушень: від незначних дефектів звуковимови до важких форм мовленнєвої патології. Крім прямого впливу на мовлення, її методичні засоби дозволяють здійснювати й опосередковану корекцію поведінкових патернів дитини. Необхідність цього зумовлена тим, що порушення вимови часто пов'язані з численними особистісними відхиленнями та затримками у психічному розвитку дітей [19].

Психофізіологічні особливості цих дітей включають низький рівень продуктивності, швидку втомлюваність, гіперзбудливість та моторну розгальмованість. Логоритміка ефективно нейтралізує зазначені порушення та одночасно покращує координацію рухів, їх точність та динамічні (перемикання) характеристики.

Основний терапевтичний ефект логопедичної ритміки полягає у формуванні навичок концентрації уваги. Цей феномен є базисом довільної регуляції. Розвиток цієї навички має вирішальне значення, оскільки вона лежить в основі самоконтролю рухових актів та поведінкового регулювання.

Подальше оволодіння цими вміннями створює умови для успішного становлення соціальних та комунікативних компетенцій [20].

Логоритмічні вправи розвивають мовленнєві навички за рахунок розширення словника та вдосконалення артикуляційних, мовних, мімічних і голосових функцій. Ефективність досягається завдяки музично-руховим вправам, які створюють ігрову ситуацію та дозволяють дітям максимально ефективно розвивати та закріплювати основні здібності та навички [19].

Розвиток особистості дитини потребує обов'язкового та безперервного спілкування з оточуючими. Враховуючи вікові особливості, найдоцільніше будувати спілкування дошкільнят на основі гри. Гра є ключовим виховним інструментом, що забезпечує реалізацію всіх основних потреб та відпрацювання навичок взаємодії. Дітей інтегрує спільна ігрова діяльність, яка виступає механізмом формування спільних інтересів, потреб та цільових установок. Колективна діяльність в ігровій формі сприяє гармонійному розвитку особистості, становленню соціально значущих компетенцій та комунікативних навичок. Гра тренує навички ефективної соціальної взаємодії [4].

Логоритміка є багатофункціональним корекційно-педагогічним засобом, який має комплексний вплив на розвиток дитини, зокрема, у логопедичному та виховному аспектах. У процесі реалізації корекційних програм педагог може активно задіяти ігрові логоритмічні технології. Тому що їх елементи спрямовані на вирішення широкого спектра корекційних завдань.

Ключовим напрямом роботи має стати розвиток комунікативних навичок мовлення та зміцнення позитивних зв'язків у колективі. У таких умовах дошкільник вмотивований спілкуватися, відчуває свою приналежність до групи та прагне вербалізувати (висловити) свої внутрішні переживання, а також активно намагається зрозуміти інших. Цей внутрішній комунікативний імпульс є основною рушійною силою у розвитку мовлення [13].

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ КОРЕКЦІЙНОГО ВПЛИВУ ЗАСОБІВ ЛОГОРИТМІКИ В ПРОЦЕСІ ПОДОЛАННЯ ЗАЇКАННЯ В ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

2.1. Організація експериментального дослідження стану мовленнєвої діяльності дітей дошкільного віку із заїканням .

Виникнення заїкання пов'язано з впливом надмірного подразника, який викликає гальмування у мовних центрах мозку і призводить до дезорганізації мовної діяльності. Цей механізм наголошує на необхідності системного підходу до корекції, що включає поступове відновлення координації мовних рухів та зниження впливу стресових факторів на процес мовлення.

Корекція заїкання у дошкільнят є пріоритетним завданням логопедичної практики. Саме при переході до шкільного навчання такі діти нерідко потрапляють до групи ризику успішності. Особлива значущість належить вивченню механізмів розвитку цього порушення та формуванню рекомендацій щодо його корекції.

Рання корекція заїкання є необхідною умовою для успішного подолання порушення мовлення, оскільки згодом воно фіксується, а процес виправлення може затягнутися і не завжди призвести до позитивного результату. У цьому своєчасне визначення ступеня сформованості мовних навичок стає основою для науково обгрунтованої побудови корекційної логопедичної роботи [2].

Серед сучасних методів корекції заїкання у дітей, які застосовуються в логопедичній практиці, особливе місце займає логопедична ритміка. Цей метод заснований на спільному використанні мовної та рухової активності, що сприяє координації моторних функцій з мовними процесами та формуванню плавного мовного потоку.

Метою експериментальної роботи є перевірка ефективності логоритмічних засобів у корекції заїкання у дітей дошкільного віку (5–6

років) шляхом вивчення динаміки мовленнєвих проявів - плавності, темпоритмічної організації, частоти судом та комунікативної активності дітей - до і після проведення логоритмічної програми.

Для досягнення поставленої мети були використані наступні методи:

- збір та систематизація первинної інформації про кожного учасника експериментальної групи. Цей процес включав аналіз особистих справ дітей, медичної та психолого-педагогічної документації (зокрема, історії розвитку, висновків профільних фахівців та карт обстеження);
- співпраця з вчителем- логопедом;
- проведення експериментального дослідження з дітьми, яке було спрямоване на дослідження корекційного впливу засабів логоритміки в процесі подолання заїкання в дітей дошкільного віку;
- аналіз проведеної діагностичної роботи.

Експериментально-дослідницька робота проводилась в декілька етапів.

На *першому* етапі здійснювалась діагностика стану мовлення дітей дошкільного віку для виявлення ступеня заїкання.

На *другому* етапі на основі отриманих даних розробили та впровадили комплекс логоритмічних вправ для корекції заїкання в дітей дошкільного віку.

На *третьому* етапі експериментальної роботи було здійснено контрольний зріз з метою оцінки результативності розробленої методики.

Експериментальна робота була організована та проведена на базі Івано-Франківського центру розвитку особистості «Унікум». В експериментальну роботу було залучено 7 дітей дошкільного віку (5–6 років).

Метою нашого аналізу було визначення типу порушення, особливостей судомних проявів, супровідних рухів, частоти та ступеня тяжкості заїкання, а також характеристика мовлення кожної дитини (таблиця 2.1.).

Діагностика показників прояву заїкання в дітей дошкільного віку проводилась відповідно поставлених завдань в кілька етапів.

1. Спостереження за мовленнєвою поведінкою дитини.

2. Діагностика темпо-ритмічної сторони мовлення (визначення частоти мовленнєвих судом).

3. Аналіз рухових проявів в процесі мовленнєвої діяльності.

4. Оцінка психоемоційного ставлення до мовлення.

5. Визначення рівня заїкання.

1. Спостереження за мовленнєвою поведінкою дитини (методика Л.І. Белякової, Г.А. Волкової).

Мета: виявлення умов, за яких виникають або посилюються мовленнєві судом (емоційні, ситуаційні, комунікативні фактори).

Протягом 3–4 днів проводиться цілеспрямоване спостереження за дитиною в різних умовах: вільне спілкування з однолітками; діалог із дорослим; відповіді на запитання в групі; декламація знайомого вірша, спів.

Оцінювані показники:

- наявність судом у різних ситуаціях;
- характер судом (тонічні, клонічні, змішані);
- наявність супровідних рухів;
- поведінкові реакції (емоційне напруження, уникання мовлення).

Результат: дозволяє визначити тип заїкання, реакцію дитини на мовленнєве навантаження, ступінь емоційної нестабільності.

2. Діагностика темпо-ритмічної сторони мовлення (визначення частоти мовленнєвих судом). Дослідження плавності мовлення за методикою Л. З. Андронові має на меті кількісне визначення частоти судомних проявів у мовленні дитини.

Дитині пропонують послідовно 3 види мовленнєвих завдань:

- спонтанна розповідь (“Розкажи, як ти грався у дворі”);
- опис предмета або картинки;
- повторення знайомих фраз.

Запис мовлення триває 2–3 хвилини, після чого проводиться підрахунок кількості слів із судомними запинками. Показник частоти судом (у %) розраховується за формулою:

$$\text{Частота судом} = \frac{\text{кількість слів із запинками}}{\text{загальна кількість слів}} \times 100$$

Інтерпретація результатів:

до 10% – легкий ступінь заїкання;

11–20% – середній;

понад 21% – важкий.

Результат: відображено у таблиці (графі “Частота судом” та “Ступінь заїкання”).

3. Аналіз рухових проявів в процесі мовленнєвої діяльності.

Оцінка моторного супроводу мовлення (за В.М. Шкловським) визначає наявності супровідних рухів, що супроводжують мовлення при судамах.

Під час бесіди, декламації чи ігор фіксуються мимічні напруження обличчя, губ, очей; рухи голови, плечей, рук; позиційне напруження тіла.

Оцінка:

0 – відсутні рухи;

1 – поодинокі мимічні реакції;

2 – помітні рухи обличчя або тіла;

3 – виражені рухові супроводи, що заважають мовленню.

Результат: характеризує моторну напруженість і рівень автоматизації мовлення.

4. Оцінка психоемоційного ставлення до мовлення.

Методика визначення особливостей мовленнєвої поведінки проявляється у виявленні психоемоційного ставлення дитини до мовлення (страх говоріння, уникання, надмірна збудливість).

В процесі ігрових ситуацій (“Розкажи казочку”, “Візьми інтерв’ю в ляльки”, “Поговоримо по телефону”) логопед спостерігає як дитина реагує на мовленнєві завдання, чи прагне уникнути відповіді, як змінюється інтонація, гучність, темп при хвилюванні.

Результат: у таблиці подано як “особливості мовлення” (наприклад, посилення судом при зверненні до дорослого, страх мовлення, зниження напруження під час співу тощо).

5. Визначення рівня заїкання.

На основі сукупності показників (тип судом, частота, моторний супровід, емоційна реакція) визначено ступінь заїкання кожної дитини за трирівневою шкалою:

легкий ступінь – судом поодинокі, контроль збережений, мовлення плавне в емоційно спокійних ситуаціях;

середній ступінь – судом часті, супроводжуються напруженням і порушенням ритму;

важкий ступінь – судом систематичні, супроводжуються моторними рухами, страхом мовлення, униканням комунікації.

Експериментальна робота була організована та проведена на базі Івано-Франківського центру розвитку особистості «Унікум». В експериментальну роботу було залучено 7 дітей дошкільного віку (5–6 років).

Метою нашого аналізу було визначення типу порушення, особливостей судомних проявів, супровідних рухів, частоти та ступеня тяжкості заїкання, а також характеристика мовлення кожної дитини (таблиця 2.1.).

Таблиця 2.1.

Показники прояву заїкання у дітей дошкільного віку

№	Імя дитини	Вік	Тип заїкання	Характер судом	Супровідні рухи	Частота судом	Ступінь заїкання	Особливості мовлення
1.	Андрій	6 р.	Змішане	Тоніко-клонічне	Напруження обличчя, моргання	15%	Середній	Судом частіше при хвилюванні
2.	Олена	5р 7м.	Клонічне	Повторення складів	Відсутні	8%	Легкий	Мовлення плавне при співі

Продовження таблиці 2.1.

№	Імя дитини	Вік	Тип заїкання	Характер судом	Супровідні рухи	Частота судом	Ступінь заїкання	Особливості мовлення
3.	Остап	6р.	Тонічне	Затримка початку слова	Напруження губ	20%	Середній	Посилення при зверненні до дорослого
4.	Марійка	5р. 5м	Змішане	Повторення+напруження	Рухи плечима	25%	Важкий	Боїться говорити перед групою
5.	Назар	5 р.	Клонічне	Повторення перших звуків	Відсутні	10%	Легкий	Судоми зникають при спокої
6.	Софія	6 р.	Тонічне	Блокування мовлення	Напруження шиї	18%	Середній	Супроводжується емоційною напругою
7.	Степан	5	Змішане	Комбіновані судоми	Посмикування головою	30%	Важкий	Значна емоційна реакція, страх мовлення

Аналіз еспериментальної групи дітей показав, що змішана форма заїкання є домінуючою: вона виявлена у трьох із семи дітей (42,8%). Решта випадків розподілилися рівномірно між тонічною та клонічною формами (по дві дитини, або по 28,6%). Переважання змішаного типу заїкання підтверджує складний механізм порушення у цій групі, що вимагає корекційної роботи, спрямованої на подолання судом різного характеру та глибокої дезорганізації темпо-ритмічної організації мовлення. Аналіз показав, що мовленнєві судоми мають чітку диференціацію. Їх характер тісно пов'язаний із формою заїкання. Для клонічної форми типові часті повторення звукових одиниць або складів. Тонічна форма характеризується виникненням мовленнєвих блоків та труднощами в ініціації слова. Поєднання цих двох типів судом у змішаній формі призводить до поглиблення дезорганізації мовлення та його плавності. Слід відзначити, що зростання і комбінування

моторних проявів (різних судом) прямо корелює з підвищенням ступеня тяжкості заїкання (рис. 2.1.).

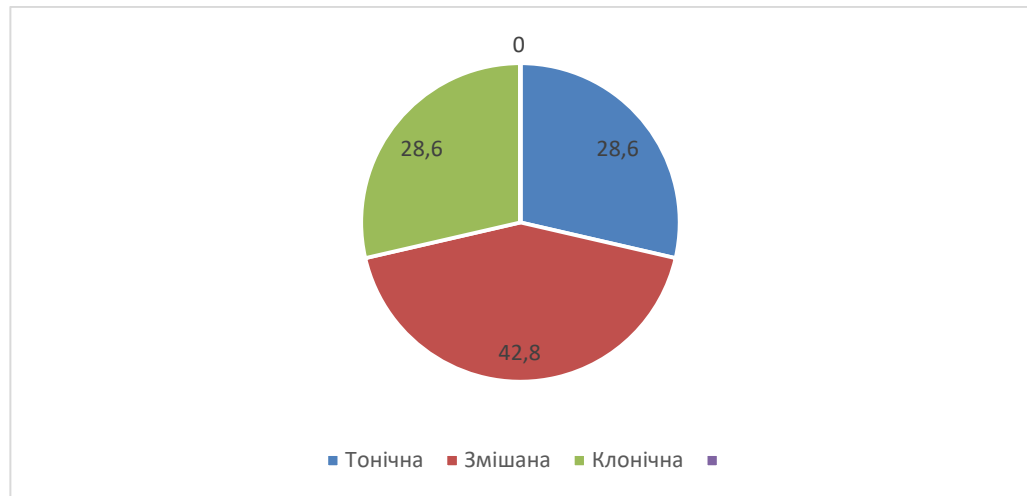


Рис. 2.1. Форми заїкання за результатами діагностичного обстеження.

Аналіз клінічних проявів показав, що у більшості обстежуваних дітей (5 осіб, або 71,4%) спостерігаються різного виду супровідні рухи (синкинезії). Найбільш типовими серед них є напруження м'язів обличчя та шиї, а також посмикування головою чи плечима. Лише двоє дітей (28,6%) не демонструють додаткових моторних реакцій під час мовлення.

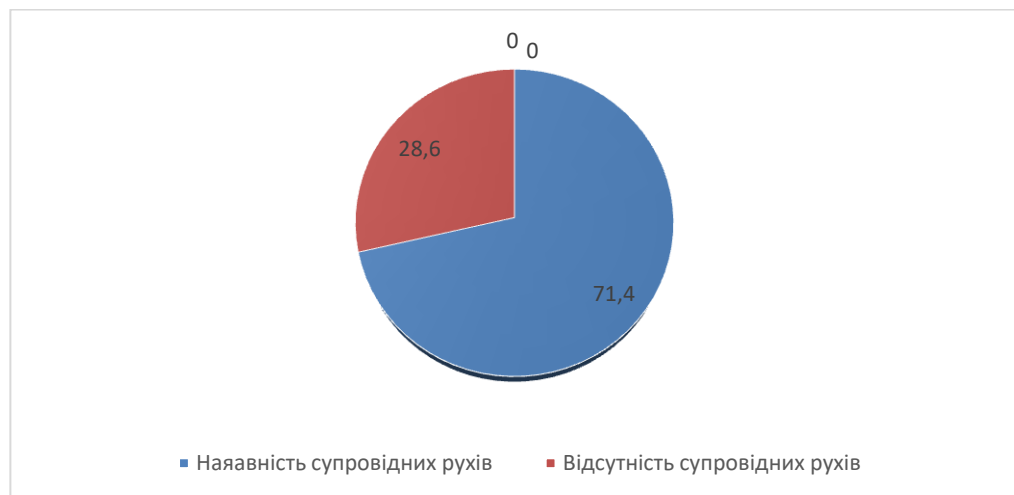


Рис. 2.2. Наявність супровідних рухів в дітей дошкільного віку із заїканням.

Наявність супровідних рухів є вагомим індикатором підвищеної емоційно-м'язової напруги, яка виникає як вторинна реакція на основне мовленнєве порушення (заїкання). Ці рухи не лише відображають ступінь

напруги, але й сприяють фіксації патологічного мовленнєвого стереотипу, ускладнюючи корекційний процес (рис. 2.2.).

Аналіз частоти судомних проявів у мовленні дітей засвідчує їх залежність від клінічного ступеня тяжкості заїкання. Отже маємо: легкий ступінь, який корелює з частотою 8 -10%; середній ступінь (Андрій, Остап, Софія) має показники в діапазоні 15 - 20%; важкий ступінь (Марійка, Степан) супроводжується найвищою частотою - 25 - 30%. Ці емпіричні дані підтверджують, що частота судом є надійним кількісним критерієм тяжкості порушення: зростання цього показника прямо пропорційно відображає збільшення вираженості мовленнєвих судом та підвищення рівня психоемоційної напруги дитини (рис. 2.3.).

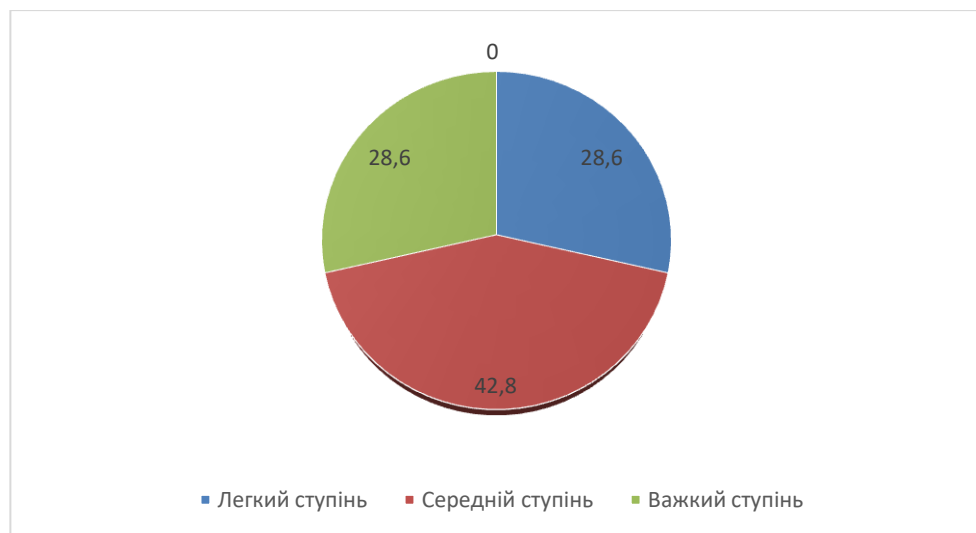


Рис. 2.3. Частота судомних проявів в дітей дошкільного віку із заїканням.

Розподіл обстежуваних дітей за ступенем тяжкості заїкання виявив переважання середнього ступеня вираженості порушення (3 особи – 42.8%), це свідчить про те, що більшість дітей мають систематичні судомні прояви, які вже впливають на комунікативну функцію, але ще не досягли критичного рівня дезінтеграції мовлення. Наявність цієї групи є показовою, оскільки середній ступінь тяжкості зазвичай асоціюється із значним потенціалом до

корекції, що підкреслює доцільність впровадження спеціалізованої логоритмічної програми. Легкий та важкий ступінь мають по 2 дітей, це відповідно по 28,6% (рис. 2.4.).

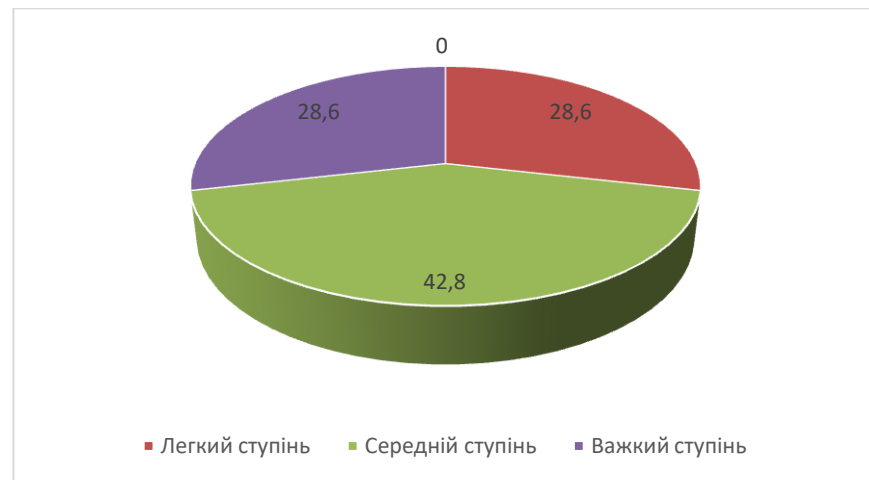


Рис. 2.4. Ступінь важкості заїкання в дітей досліджуваної групи.

Аналіз особливостей мовлення та поведінкових реакцій дітей у процесі комунікації виявив чітку кореляцію з визначеним ступенем тяжкості заїкання. Легкий ступінь (28,6%) характеризується переважно плавним, уповільненим мовленням з мінімальними клонічними проявами (незначними повтореннями), які мають ситуативний характер і зникають в умовах зниженої комунікативної напруги (у спокійній обстановці або під час співу). При середньому ступені (42,8%) діти демонструють помітне емоційне напруження, яке проявляється посиленням судомних проявів, особливо в ситуаціях прямого звернення до дорослого. Також при середньому ступені відзначається зниження мовленнєвої ініціативи в дітей дошкільного віку з заїканням. Важкий ступінь (28,6%) супроводжується вираженою логофобією (страхом мовлення), що призводить до уникання комунікативних ситуацій та значної моторної напруги артикуляційного апарату і загальної мускулатури. Аналіз отриманих даних підтверджує що емоційний чинник є критично важливим і суттєво впливає на частоту та вираженість судомних проявів. Інтенсивність психоемоційної реакції (напруга, страх) прямо пропорційна тяжкості заїкання та його проявам у мовленні.

Отримані діагностичні дані стали підставою для подальшої розробки корекційно-розвивальної програми з використанням логоритмічних вправ, спрямованої на нормалізацію темпо-ритмічної сторони мовлення, зниження психофізіологічної напруги та формування позитивного мовленнєвого досвіду дітей дошкільного віку із заїканням.

2.2. Напрями та структура логоритмічної корекції заїкання у дітей дошкільного віку.

Згідно з визначеною метою дослідження, в межах експериментально-дослідницької роботи було апробовано спеціально підібраний логоритмічний комплекс методик, що становить основу нашого дослідження. Корекційна робота проводилась за кількома напрямками:

1. Нормалізація темпу, ритму, плавності мовлення та розвиток відчуття музичного ритму (синхронізація мовлення з рухом, мелодекламація та спів, ритмічні ігри та вправи з інструментами).

1. Етап. Формування базового ритму та плавності руху.

На цьому етапі основна увага приділяється засвоєнню плавного, рівномірного руху руки, який у подальшому стане "буксиром" для мовлення. Мовлення мінімальне або відсутнє.

Завдання 1. «Плавний човник» - закріпити відчуття рівномірного, плавного, безупинного руху.

Дитина сидить або стоїть. Логопед задає плавний, повільний, дугоподібний рух провідною рукою (зліва направо). Дитина імітує цей рух, уявляючи, що її рука - це човник, що пливе по воді. Мовлення відсутнє.

Завдання 2. «Відстукування ритму» - розвиток відчуття ритму, підготовка до синхронізації мовлення з ударами.

Дитина відстукує простий ритм (наприклад, четвертними нотами) долонею по столу або коліну. Спочатку логопед задає темп, потім дитина виконує самостійно. Мовлення: повторення в голос складів. Наприклад: "Туп-туп-туп-туп".

2. Етап. Синхронізація мовлення з рухом на рівні слів і фраз.

На цьому етапі кожне слово або частина фрази синхронізується з окремим плавним рухом руки ("буксиром").

Завдання 1. «Крокуємо словами» - дитина промовляє слово одночасно з плавним кроком або легким, плавним ударом долонею по столу. Довжина слова повинна відповідати тривалості руху.

Мовленнєвий матеріал: Ма-ма. Ми-ко-ла. Я-блу-ко. Пі-сок. По-не-ді-лок.

Завдання 2. «Паровозик» - дитина промовляє дво- або трислівну фразу. Кожне слово супроводжується одним плавним горизонтальним рухом руки. Рух "тягне" за собою слово, забезпечуючи плавний початок.

Мовленнєвий матеріал: Я і-ду.

Завдання 3. "Ритмічна лічилка" - промовляння відомої лічилки, де кожен склад або група складів синхронізується з легким, ритмічним відстукуванням пальцем або долонею. Виконується в помірному темпі.

Мовленнєвий матеріал:

Один – дзві-но-чок за-дзве-нів,

Два – ме-те-лик по-ле-тів,

Три - у не-бі сон-це ся-є,

Хто без пі-сні – ви-бу-ває!

3. Етап. Промовляння віршів і фраз із "буксиром".

На цьому етапі рух руки використовується для синхронізації дихання та мовлення, а також для подолання логоневротичних затисків на початку фрази.

Завдання 1. «Плавний віршик» - промовляння короткого, простого вірша. Перед початком кожної фрази робиться плавний, довгий вдих, а на весь рядок виконується один довгий, плавний рух рукою.

Мовленнєвий матеріал:

Зайчик сірий вушка має (плавний рух рукою) .

На-весні траву щипає." (плавний рух).

Завдання 2. «Запитання-відповідь» - логопед ставить запитання. Дитина має відповісти повною фразою, синхронізуючи всю відповідь з одним-двома плавними рухами руки.

Мовленнєвий матеріал:

Логопед: "Що ти бачиш на малюнку?" Дитина (з рухом): "Я ба-чу ки-цю." (або 3 рухи: Я бачу кицю).

Завдання 3. "Інтонаційний буксир" - використання руху руки для підсилення інтонації. Рука підіймається вгору на наголошеному або підвищеному тоном слові. Це допомагає акцентувати слово та відволікає увагу від моменту заїкання.

Мовленнєвий матеріал:

Я хо-чу гру-шу! (Рука різко підіймається на наголошених складах.)

Критерії оцінювання кожного завдання.

Високий рівень – 3 бали - рух плавний, стабільний, без напруження, зберігає темп без нагадувань; плавна, природна амплітуда; виконує вільно, емоційно, з уявою.

Середній рівень – 2 бали - іноді спостерігається різкість або зупинка; час від часу потребує підказки; виконує технічно, але без образності;

Низький рівень – 1 бал - рухи уривчасті, нечіткі, дитина втрачає темп; не може підтримувати увагу, відволікається; ритм спотворений, нерівномірний; не може поєднати мовлення з рухом;

2. Формування правильного мовленнєвого дихання (глибокий, плавний вдих, довгий, рівномірний видих) та корекція голосоподачі.

1. Дихальна гімнастика (формування діафрагмального дихання) мета цих вправ - навчити дитину глибокому, плавному, діафрагмальному вдиху та довгому, економному видиху, необхідному для мовлення. Усі вправи виконуються переважно носом (вдих) і ротом (видих), контролюючи живіт.

Завдання 1. «Насос» - дитина стоїть, нахиляє тулуб уперед, ніби накачує шину. Нахил супроводжується різким, коротким вдихом через ніс

(модифікована вправа Стрельникової). Повернення у вихідне положення - пасивний видих.

Логоритмічна інтеграція: виконується ритмічно (1:1), 8–10 разів.

Завдання 2. "Задми кульбабку" - дитина робить глибокий вдих носом (живіт надувається), а потім плавний, тривалий видих ротом, ніби дмухає на квітку, щоб здути всі насінини. Контроль долонею на животі.

Логоритмічна інтеграція: видих супроводжується плавним рухом руки ("буксиром") або легким присіданням для зняття м'язового затиску.

Завдання 3. "Пароплав гуде" - дитина набирає повітря і на довгому, рівномірному видиху вимовляє голосні звуки: /уууууу/ або /аааааа/ (спочатку тихо, потім трохи голосніше).

Логоритмічна інтеграція: тривалість вимовляння звуку вимірюється і порівнюється (наприклад, до і після курсу, фіксація тривалості мовленнєвого видиху).

Критерії оцінювання кожного завдання.

Високий рівень – 3 бали. Дитина виконує короткий, активний вдих через ніс під час нахилу, живіт втягується при видиху; рухи та дихання синхронізовані, темп стабільний (8–10 повторів без перевтоми).

Середній рівень – 2 бали. Вдих правильний, але не завжди ритмічний; помірна координація з рухом, спостерігається незначна напруга.

Низький рівень – 1 бал. Дихання поверхневе або виконується ротом; порушено ритм рухів і дихання; дитина швидко втомлюється.

2. *Розвиток сили, висоти та модуляції голосу.* Мета цих вправ - тренувати м'яку, вчасну голосоподачу, запобігаючи вокальним судомам.

Завдання 1. "Луна в горах" - дитина послідовно вимовляє слово або склад із зміною гучності за інструкцією: голосно → тихо → пошепки.

Логоритмічна інтеграція: рух "буксиру" синхронізується з гучністю: широка амплітуда - голосно, мінімальна - тихо.

Завдання 2. "Маленький - Великий Ведмідь" - дитина вимовляє склади або короткі фрази, змінюючи висоту голосу: "Ба-ба-ба" низьким тоном (як великий ведмідь) і "Пі-пі-пі" високим тоном (як мишка).

Логоритмічна інтеграція: рух на низький тон - присідання, на високий тон - піднімання на носочки.

Завдання 3. "Мовна хвиля" - дитина на одному видиху починає вимовляти склад (/па-па-па/) тихо, поступово збільшує гучність до максимуму, а потім поступово знову переходить на тихий звук (плавна зміна голосової модуляції).

Логоритмічна інтеграція: рух руки імітує хвилю: починається низько, піднімається вгору (максимум звуку), і знову опускається.

Завдання 4. "Ехо" - логопед задає ритмічну фразу (наприклад, "Тук-тук! Хто там?") з різною інтонацією. Дитина повторює фразу, намагаючись зберегти темп, ритм та інтонацію, але з меншою гучністю (як ехо).

Логоритмічна інтеграція: це завдання тренує імітацію просодики (ритму та інтонації), яка часто порушена при заїканні.

Кожне завдання оцінюється за наступними критеріями:

Високий рівень – 3 – бали. Дитина чітко відтворює зміну гучності у правильній послідовності; рухи повністю синхронізовані з мовленням; темп і ритм збережено; інтонація природна; дитина виконує завдання охоче, впевнено, без напруги.

Середній рівень – 2 – бали. Зміна гучності відтворюється з незначними похибками (наприклад, недостатньо виражене “пошепки”); рухи здебільшого узгоджені з мовленням; спостерігається незначна напруженість або збивання темпу. Частково сформовані навички, потребує подальшого тренування.

Низький рівень – 1 – бал. Недостатня сформованість навичок; необхідна індивідуальна корекційна робота.

3. Зменшення загальної та мовленнєвої напруги (логофобії, м'язових затисків).

М'язова релаксація (за принципом напруження-розслаблення). Ці вправи ґрунтуються на принципі прогресивної м'язової релаксації (спрощені варіанти за Е. Джекобсоном), де свідоме напруження допомагає відчутти і досягти глибокого розслаблення (таблиця 2.2.).

Таблиця 2.2.

Комплекс вправ на чергування напруження та розслаблення м'язів для розвитку моторної та ритмічної координації

Група м'язів	Назва завдання	Опис та експериментальне застосування
Верхні кінцівки	"Кулачки-силачі та ниточки"	1. Напруження: Сильно-сильно стиснути кулаки, напружити руки до плечей, утримувати напругу 5-7 секунд (відчутти "силу"). 2. Розслаблення: Різко, з видихом, розтиснути кулаки, опустити руки і "кинути" їх, немов вони стали важкими й безвільними, як мотузки. Повторити 3 рази.
Плечовий пояс та шия	"Черепаха та жираф"	1. Напруження ("Черепаха"): Підняти плечі максимально високо до вух, втягнути голову в плечі, сильно напружити м'язи ший та плечей. Утримувати 5 секунд. 2. Розслаблення ("Жираф"): З видихом опустити плечі, подовжити шию, розслабити всі м'язи. Зробити повільні, м'які повороти голови (без напруги). Повторити 3 рази.
Тулуб та нижні кінцівки	"Камінь та водорість"	1. Напруження ("Камінь"): Лежачи або сидячи, напружити м'язи живота, сідниць та ніг, витягнувши носки на себе. Утримувати 5-7 секунд. 2. Розслаблення ("Водорість"): Повністю розслабити м'язи тіла, відпустити ноги та живіт, зробити глибокий, повільний видих. Відчутти важкість і тепло в м'язах. Повторити 2 рази.

Пантомімічні вправи. Ці завдання поєднують рух і міміку для зняття загальної напруги та підготовки артикуляційного апарату до вільного мовлення.

Завдання 1. «Струсимо воду». Розслаблення кисті рук. Злегка зігнути руки в ліктях. Почати швидко й дрібно "струшувати" кистями, немов струшуєте краплі води (як собака після купання). Поступово збільшувати амплітуду до струшування всією рукою. Закінчити різким опусканням рук, дозволяючи їм повністю розслабитися. Повторити 2-3 рази.

Завдання 2. «Пташка махає крильцями». Зняття напруги з плечового пояса. Встати, розвести руки в сторони. Почати повільно й плавно "махати крилами" (руками), піднімаючи їх до рівня плечей і опускаючи. Рухи повинні бути легкими, вільними, без зайвого м'язового зусилля. Зробити 10-15 плавних помахів.

Завдання 3. "Падаюче листя". Загальне розслаблення тіла. Підняти руки вгору, натягнутися. Зробити глибокий вдих. На повільному, довгому видиху повністю розслабити руки, плечі, тулуб, дозволяючи їм "впасти", нахилившись вперед, як опадаючий листок. Повільно випрямитися. Повторити 2 рази.

Мімічні вправи. Ці вправи спрямовані на релаксацію м'язів обличчя.

Завдання 1. Зморщуємо – Розгладжуємо.

Мета: Релаксація м'язів чола та м'язів навколо очей.

1. Напруження: Сильно-сильно заплющити очі, наморщити чоло, насупити брови (утримувати 5 секунд). 2. Розслаблення: Різко розслабити м'язи, відкрити очі, розгладити чоло. Уявити, що обличчя стало м'яким і гладким. Повторити 3 рази.

Завдання 2. Кислий лимон і Солодка цукерка"

Мета: Напруження та релаксація м'язів щік та губ.

1. Напруження ("Лимон"): Максимально стиснути губи (як від кислого), втягнути щоки, напружити навколоротові м'язи. Утримувати 5 секунд.

2. Розслаблення ("Цукерка"): Розслабити губи, дозволити їм злегка відкритися, зробити м'який, легкий видих через рот. М'язи щік повністю розслаблені. Повторити 3 рази.

Завдання 3. Артикуляційна гімнастика.

Мета: Зняття гіпертонусу язика. Повільно та без напруги робити м'який круговий рух кінчиком язика між зубами та губами (в одну сторону 5 разів, потім в іншу 5 разів). Важливо: рух має бути в'ялим, "лінивим", без сильного натискання.

Критерії оцінювання.

Оцінювання цих вправ є суб'єктивним та якісним. Воно фокусується не на силі чи швидкості, а на свідомості виконання, якості напруження - розслаблення та досягненні стану спокою. Оцінка проводиться для кожного блоку за шкалою від 1 до 3 (або "Не засвоєно," "Частково засвоєно," "Засвоєно").

4. Поліпшення координації рухів та ритмічності за рахунок розвитку загальної та дрібної моторики.

Метою цих вправ є синхронізація рухового та мовленнєвого ритму, що сприяє усуненню мовленнєвих судом (заїкання). Оцінка фокусується на координації, ритмічності та плавності виконання (таблиця 2.3.) .

Таблиця 2.3.

Вправи на координацію руху та мовлення

Назва завдання	Опис та експериментальне застосування	Критерії оцінювання, засвоєння
Ритмічний марш з бітами	Хо́да на місці під рахунок або під задану бітову структуру (наприклад, три удари). На кожен крок промовляється один склад: 1-2-3-4 (крок-крок-крок-крок), та-та-та-та (склад-склад-склад-склад).	1. Синхронність: Крок і склад промовляються строго одночасно. 2. Ритмічність: Темп рухів та мовлення стійкий , без прискорення чи уповільнення. 3. Плавність мовлення: Відсутність запинок, спотикань, повторів чи голосових затисків при артикуляції.

Продовження таблиці 2.3.

Назва завдання	Опис та експериментальне застосування	Критерії оцінювання, засвоєння
Великі кроки та фрази	Крокування по прямій лінії. На сильний удар (наприклад, ліва нога) промовляється перше слово короткої фрази, на слабкі удари (права нога та наступний лівий) — решта слів. <i>Приклад: "Я (ліва) / йду (права) / додому (ліва)".</i>	1. Координація: Своєчасний початок мовлення, що збігається з моментом торкання підлоги ногою. 2. Орієнтація: Здатність підтримувати напрямок і баланс під час мовлення. 3. Мелодичність: Фраза вимовляється як єдине ціле, а не як набір окремих слів (збереження фразового наголосу)
Стрибки на зміну темпу	Стрибки на двох ногах на місці. Спочатку виконуються повільно (на рахунок 1-2), потім швидко (на рахунок 1). На кожен стрибок промовляється звук [А] або [О].	1. Чітка Зміна Темпу: Різкий перехід від повільного до швидкого ритму та навпаки за командою. 2. Артикуляційна точність: Чітке, повне вимовлення заданого голосного звуку без редукції.

2.3. Результати корекційної роботи з дітьми дошкільного віку із заїканням засобами логоритміки.

З метою перевірки ефективності запропонованого нами комплексу логоритмічних методів для подолання заїкання в дітей дошкільного віку було проведено контрольний експеримент з використанням аналогічної методики, що й на діагностичному етапі.

Аналіз результатів контрольного етапу експерименту свідчить про позитивну динаміку у подоланні заїкання в дітей дошкільного віку. Зокрема, у 28,6 % дітей, які на початку дослідження мали легкий ступінь заїкання, після проведення корекційно-розвивальної роботи діагноз заїкання було знято повністю, що свідчить про повне відновлення плавності мовлення.

У групі дітей із середнім ступенем заїкання (42,8 %) після завершення логопедичних занять спостерігається зниження проявів порушення до легкого ступеня. Це демонструє значне покращення темпо-ритмічної організації мовлення, зменшення частоти судом та моторного супроводу.

Діти з важким ступенем заїкання (28,6 %) після проходження курсу корекційної роботи перейшли до середнього ступеня, що також є позитивною тенденцією і свідчить про ефективність використаних логоритмічних методик (рис.2.5.) .

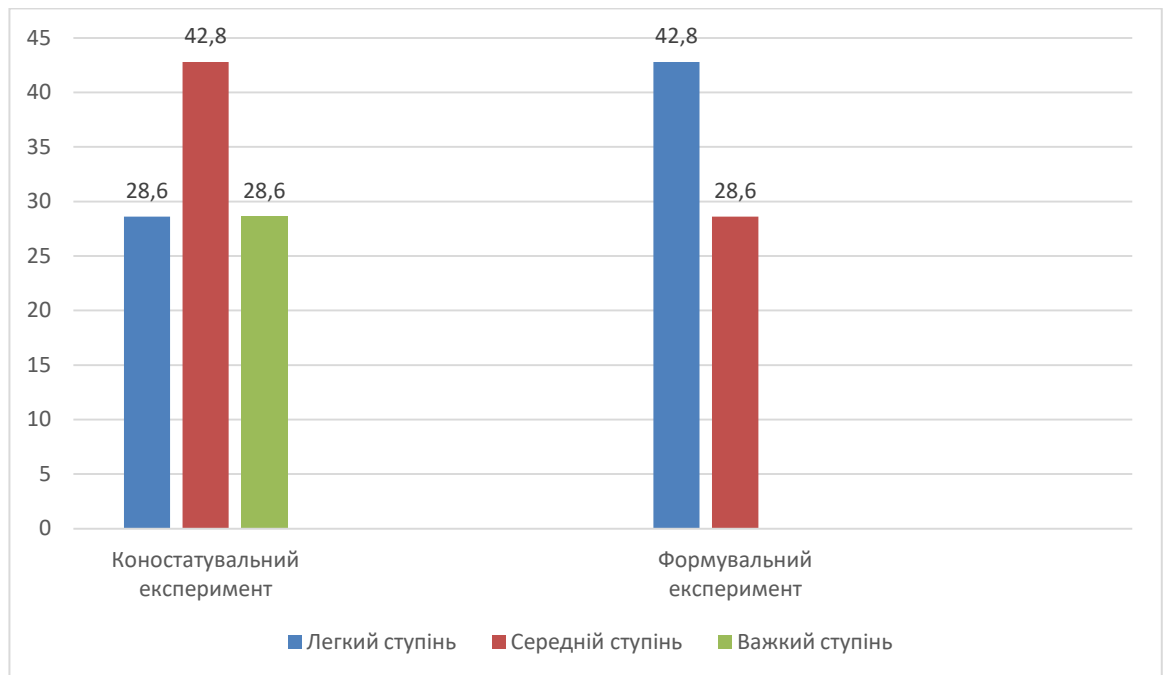


Рис.2.5. Порівняльні показники ступенів важкості заїкання «до» та «після» корекційної роботи.

Аналіз динаміки проявів супровідних рухів (синкінезій) після проведення корекційної роботи свідчить про помітне покращення моторної координації та зниження м'язової напруги у дітей дошкільного віку із заїканням. Після проведення логоритмічної та корекційно-відновлювальної роботи відзначено позитивну динаміку у стані моторної сфери. Зокрема у двох дітей (28,6 %), у яких після корекційної роботи діагноз заїкання знято, супровідні рухи повністю відсутні.

Три дитини (42,8 %) мають незначні, майже непомітні синкінезії, що не впливають на темпо-ритмічну організацію мовлення. Дві дитини (28,6 %) все ще демонструють яскраво виражені супровідні рухи, проте їхня частота та інтенсивність помітно зменшилися порівняно з початковими показниками (рис. 2.6.).

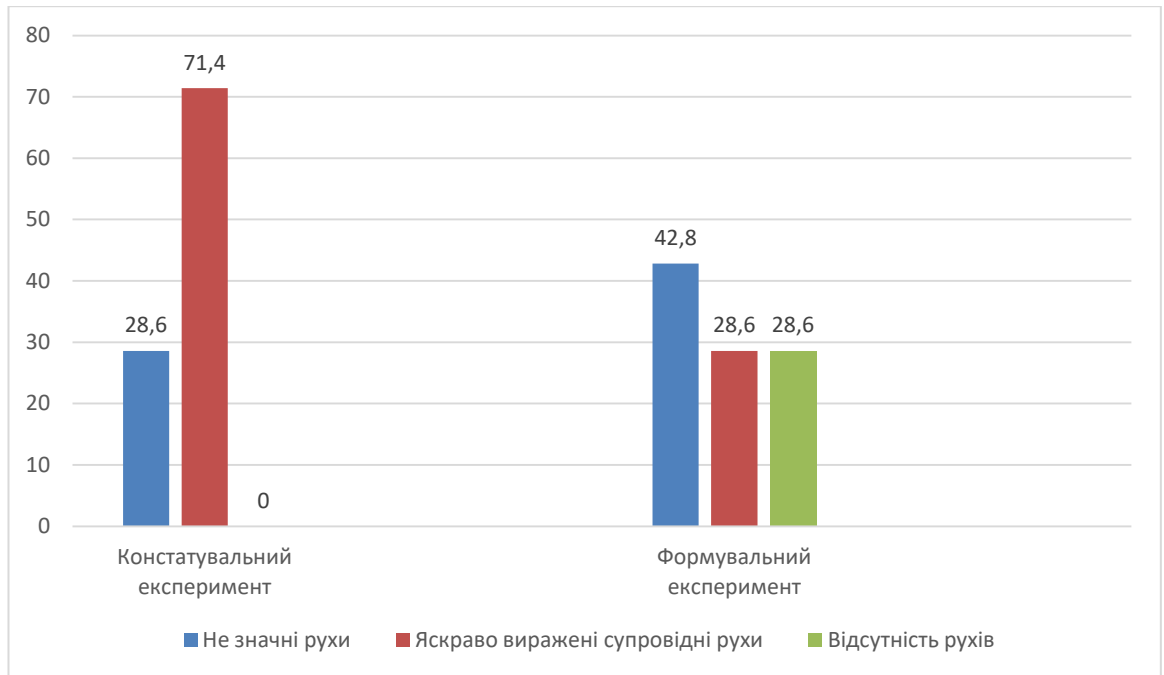


Рис. 2.6. Порівняльні показники проявів супровідних рухів «до» та «після» проведення корекційної роботи.

Результати контрольного зрізу засвідчують ефективність проведеної логоритмічної та логопедичної роботи, спрямованої на зменшення судомних проявів у мовленні. У більшості дітей відзначено покращення темпо-ритмічної організації мовлення, підвищення впевненості та комунікативної активності, що свідчить про результативність використаних корекційних методик. У двох дітей (28,6 %) судомні прояви повністю відсутні, що свідчить про відновлення плавності мовлення та зняття діагнозу «заїкання». Троє дітей - 42,8 % мають легкий ступінь заїкання, тобто частота судомних запинок значно зменшилася, мовлення стало більш ритмічним і впевненим.

Із середнім ступенем заїкання залишається 28,6 % дітей , однак у них також спостерігається зниження частоти судом і позитивна динаміка у мовленнєвій активності (рис. 2.7.).

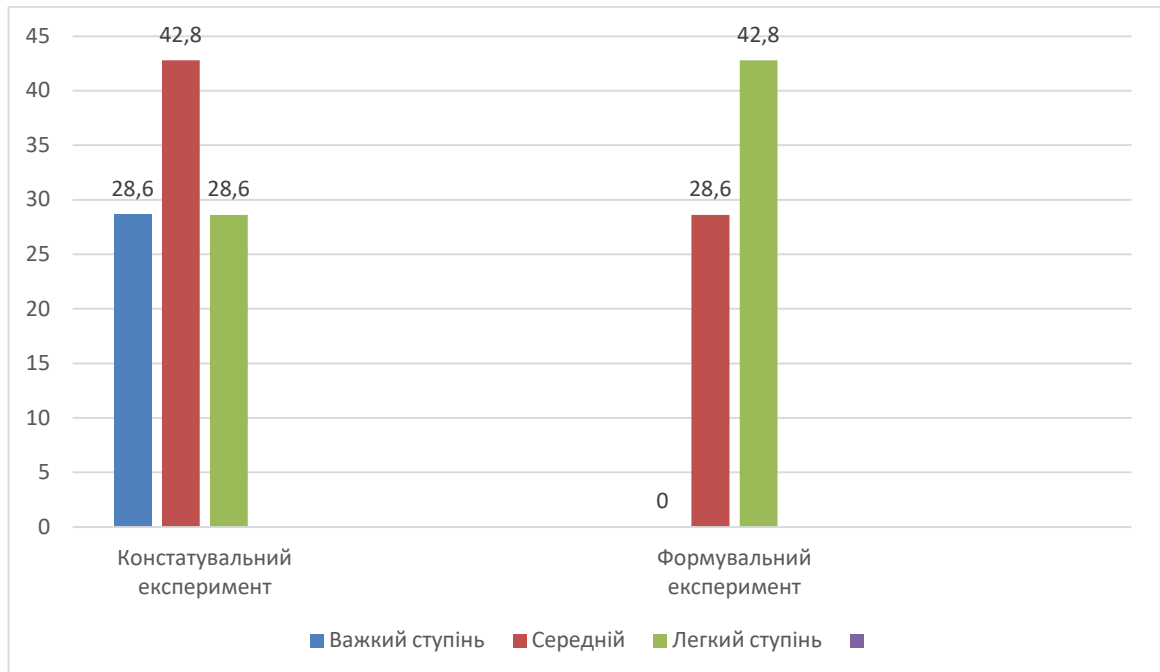


Рис. 2.7. Порівняльні показники судомних проявів «до» та «після» проведення корекційної роботи.

Таким чином, результати підтверджують ефективність проведеної корекційної роботи, спрямованої на нормалізацію м'язового тону, узгодження рухів та мовлення, розвиток відчуття ритму й загальної моторної координації. Загальна тенденція свідчить про зменшення вираженості синкінезій і стабілізацію мовленнєво-рухової діяльності у більшості дітей

Після проведення формувального етапу експериментальної роботи, спрямованої на корекцію заїкання засобами логоритміки, було відзначено суттєві позитивні зміни у мовленнєвій діяльності та поведінкових реакціях дітей. Застосування системи логоритмічних вправ, спрямованих на нормалізацію темпо-ритмічної організації мовлення, розвиток мовленнєвого дихання, зниження емоційної напруги та формування впевненості в мовленнєвій діяльності, дало можливість досягти помітного зниження

ступеня заїкання в більшості учасників експерименту. Результати контрольного зрізу засвідчили, що 28,6 % дітей (2 особи), які на початку дослідження мали легкий ступінь заїкання, після проведення корекційної роботи повністю позбулися мовленнєвих судом, і діагноз «заїкання» у них знято. У 42,8 % дітей (3 особи), які спочатку демонстрували середній ступінь тяжкості, спостерігається помітне покращення мовленнєвої плавності — судами набули легкого, епізодичного характеру, а рівень мовленнєвої впевненості та комунікативної активності зріс. У дітей із важким ступенем (28,6 %) відбулося пом'якшення судомних проявів до середнього рівня, зменшення логофобії, зниження емоційного напруження та підвищення готовності до участі у спонтанному мовленні.

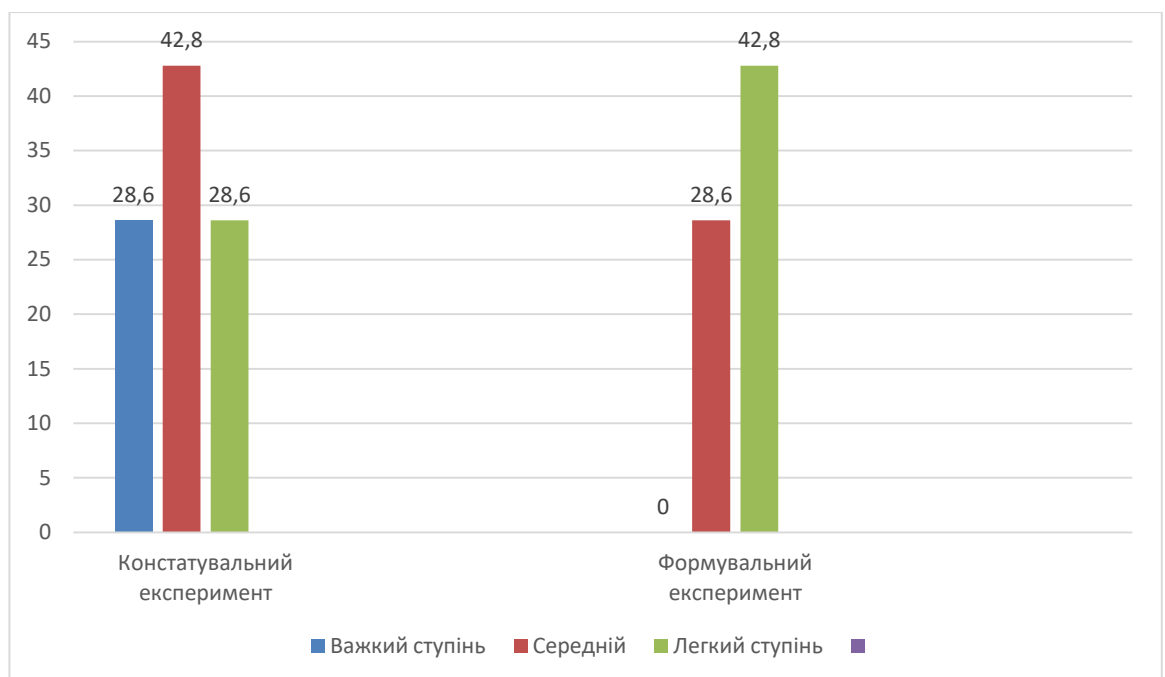


Рис. 2.8. Порівняльні показники мовленнєвої діяльності та поведнікових реакцій у дітей дошкільного віку із заїканням «до» та «після» проведення корекційної роботи.

Отримані результати свідчать про високу ефективність логоритмічної методики, що забезпечила не лише покращення темпо-ритмічної організації мовлення, а й стабілізацію емоційного стану дітей, розвиток у них

впевненості у власних мовленнєвих можливостях. Формувальний експеримент підтвердив доцільність систематичного використання логоритмічних засобів у комплексній корекційній роботі з дітьми, які заїкаються.

Таким чином, отримані результати підтверджують ефективність запропонованої системи корекційних вправ: у більшості дітей спостерігається зменшення ступеня заїкання, покращення плавності, ритмічності та виразності мовлення.

2.4. Методичні рекомендації з профілактики заїкання у дітей дошкільного віку.

Базовим підходом у розробці системи логопрофілактики виникнення заїкання у дітей дошкільного віку лежить концепція динамічного співвідношення пато- і саногенезу. Ця парадигма визнає нерозривний зв'язок між механізмами розвитку порушення (патогенез) та внутрішніми силами організму, спрямованими на його подолання та компенсацію (саногенез).

Базуючись на цьому підході, формуються індивідуально-інтегративні програми превентивних заходів, які мають комплексний і багатовекторний характер. Впровадження цієї системи включає п'ять ключових взаємопов'язаних блоків.

Профілактика заїкання у дітей насамперед передбачає організацію систематичної просвітницько-профілактичної роботи серед батьків та педагогічних кадрів закладів дошкільної освіти, спрямованої на формування у них знань про умови гармонійного мовленнєвого розвитку дитини та фактори ризику виникнення мовленнєвих порушень.

Профілактика заїкання є багатоаспектним процесом, що охоплює низку стратегічних інтервенцій, спрямованих на запобігання виникненню, прогресуванню та вторинним наслідкам цього порушення мовлення. У межах науково обґрунтованого підходу виділяються декілька ключових

взаємопов'язаних напрямів: зміцнення нейропсихічного фундаменту, ідентифікація та моніторинг груп ризику, диференційована діагностика та раннє втручання, профілактика та десенсибілізація логофобій, корекція сімейного мікроклімату та мовленнєва єдність.

1. Зміцнення нейропсихічного фундаменту. Першочерговим і найважливішим завданням на цьому етапі є оптимізація нервово-психічного здоров'я дитини, що слугує надійним фундаментом для її всебічного розвитку та здатності до навчання. Це комплексний процес, який охоплює декілька ключових аспектів:

Створення оптимального режиму та гігієни сну. Сприятливий режим дня: необхідно розробити та суворо дотримуватись чіткого, стабільного розпорядку дня, який включає фіксований час для сну, харчування, навчальної діяльності, ігрових занять та прогулянок на свіжому повітрі. Ритмічність і передбачуваність знижують рівень тривожності та забезпечують кращу організацію роботи центральної нервової системи (ЦНС).

Забезпечення достатньої кількості та якості сну: сон є критично важливим для консолідації пам'яті, відновлення нейронних структур та "перезавантаження" ЦНС. Потрібно забезпечити відповідну вікову тривалість сну та створити оптимальні умови: темна, тиха, прохолодна спальня. Важливо уникати використання гаджетів та активних ігор безпосередньо перед сном.

Мінімізація психотравмуючих та стресових факторів. Створення безпечного середовища: потрібно максимально мінімізувати вплив психотравмуючих факторів у сімейному та соціальному оточенні (конфлікти, надмірна критика, емоційне напруження).

Забезпечення емоційної підтримки: створення атмосфери безумовної любові, прийняття та емоційної безпеки допомагає дитині ефективніше справлятися з зовнішніми викликами та формує здорову самооцінку.

Формування стійкості ЦНС та нейрорегуляція. Для підвищення стресостійкості слід активно впроваджувати методики, спрямовані на формування стійкості центральної нервової системи до стресових, перенапружувальних та інформаційних впливів. Це може включати елементи дихальних вправ, релаксації (наприклад, аутогенне тренування чи прогресивна м'язова релаксація, відповідно до віку) та ігор на розвиток самоконтролю.

Важливим фактором також є збалансоване навантаження. Важливо запобігати хронічному перенапруженню, яке може виникнути через надмірну кількість гуртків, додаткових занять чи невідповідні віку навчальні вимоги. Потрібно дотримуватися принципу поступовості та чергування активності й відпочинку.

Невідомою частиною є стимуляція фізичного розвитку. Регулярна фізична активність (спорт, рухливі ігри, прогулянки) є потужним інструментом для нормалізації нейромедіаторного обміну та поліпшення нейрорегуляції, опосередковано зміцнюючи психічне здоров'я.

Таким чином, зміцнення нейропсихічного фундаменту - це цілісна стратегія, що забезпечує необхідний ресурс для подальшого успішного розвитку пізнавальних функцій дитини.

2. Ідентифікація та моніторинг груп ризику.

Ключовим превентивним кроком у запобіганні формуванню порушень комунікації, зокрема заїкання (логоневрозу), є систематична ідентифікація та проспективний моніторинг дітей раннього та переддошкільного віку, які належать до груп підвищеного ризику. Такий підхід забезпечує можливість застосування цільових превентивних та інтервенційних стратегій до моменту маніфестації стійких клінічних симптомів.

Ідентифікація базується на аналізі низки предикторних факторів, які можуть підвищувати вразливість нейрофізіологічних механізмів, відповідальних за плавне мовлення. Обтяжений спадковий анамнез (генетична схильність): наявність випадків заїкання, інших розладів

мовлення або нервово-психічних порушень у прямих родичів (особливо першого ступеня споріднення) є одним із найбільш вагомих предикторів. Це свідчить про потенційну генетичну де'термінацію особливостей функціонування мовленнєвих центрів та їхньої нейродинаміки.

Ранні перинатальні ураження центральної нервової системи (ЦНС): Фактори, що викликають мінімальну мозкову дисфункцію, такі як гіпоксія, внутрішньоутробні інфекції, травматичні пологи або ускладнення раннього неонатального періоду, можуть порушити дозрівання корково-підкоркових зв'язків, які критично важливі для синхронізації мовленнєвого акту.

Особливості психотипу та нейродинаміки. Надмірна сенситивність та тривожність: діти з підвищеною емоційною лабільністю, реактивністю та низькою толерантністю до стресу мають ослаблену стійкість лімбічної системи, що може призводити до дезорганізації мовленнєвого ритму під впливом емоційного напруження.

Акселерація Мовленнєвого Розвитку (Jargon Stage/Rapid Language Growth): Надто швидкий темп формування лексико-граматичної системи може створювати функціональне напруження між потребою комунікації (інтенцією) та моторною здатністю її реалізації, що може спровокувати дисфлюенції.

Запобігання виникненню заїкання у дитячому віці. Цей напрям зосереджений на усуненні або мінімізації етіологічних факторів і факторів ризику, що можуть спровокувати появу заїкання у дітей на ранніх етапах розвитку мовленнєвої функції. До основних заходів відносять: створення оптимального психолінгвістичного середовища в сім'ї та дошкільних закладах, рання діагностика та корекція мінімальних мозкових дисфункцій чи затримки мовленнєвого розвитку, психогігієна мовлення, а також просвітницька робота з батьками щодо нормативної динаміки формування мовлення та уникнення травмуючих комунікативних ситуацій. Метою є підтримка синхронного та плавного розвитку мовленнєвої системи.

Попередження хроніфікації та рецидивів розладів.

Вторинна профілактика орієнтована на осіб, у яких вже виявилися початкові симптоми заїкання (навіть транзиторного характеру). Її ключова мета - не допустити переходу заїкання у стійку, хронічну форму та запобігти його відновленню після періодів ремісії.

Основні заходи: Своєчасне залучення до комплексної логопедичної та психотерапевтичної корекції на початкових етапах розладу. Це включає застосування методів, спрямованих на відновлення фізіологічної плавності мовлення, зниження рівня тривожності, пов'язаної з комунікацією, та закріплення досягнутих результатів корекційної роботи, особливо у періоди підвищеного емоційного та мовленнєвого навантаження.

Попередження порушень соціальної адаптації та вторинних психологічних наслідків. Третинна профілактика має на меті мінімізувати психосоціальні наслідки стійкого заїкання, які можуть значно погіршити якість життя особистості.

Основні заходи: Робота спрямована на подолання логофобії (страху мовлення), зниження рівня соціальної тривожності та уникнення комунікації. Це передбачає використання психокорекційних методик, які сприяють формуванню позитивної самооцінки, розвитку соціальної компетентності, здатності до повноцінної інтеграції у навчальне, професійне та громадське життя, незважаючи на наявність флюєнсичного розладу.

Можна виділити кілька категорій дітей, які мають підвищений ризик розвитку заїкуватості. Насамперед, це діти з вираженими тривожними рисами характеру. Вони часто сильно прив'язані до матері та гостро реагують на зміни її емоційного стану. У таких дітей нерідко спостерігаються порушення сну, апетиту, підвищена дратівливість або плаксивість у відповідь на різкі зміни у навколишньому середовищі, наприклад, при вступі до дошкільного закладу або тривалій відсутності матері.

До групи ризику відносяться діти з раннім розвитком мовлення. У них перші слова з'являються ще до досягнення одного року, а до 1,6–1,8 років формується здатність до фразового мовлення. Вже у віці 2–2,5 років вони

починають використовувати повні, розгорнуті речення. Ці діти вирізняються високою мовленнєвою активністю, при цьому у їхній мові часто спостерігаються численні повтори та ітерації. Крім того, промова у цей період часто відбувається під час фаз вдиху.

3. Диференційована діагностика та раннє втручання як ключовий елемент первинної профілактики заїкання

Диференційована діагностика та раннє втручання є критично важливими компонентами сучасної логопедичної та нейропсихологічної стратегії, спрямованої на первинну профілактику переходу фізіологічних (нормальних) дисфлюенцій у стійкі патологічні форми заїкання (логоневрозу) у дітей переддошкільного віку. Цей підхід забезпечує своєчасне застосування корекційних заходів, мінімізуючи ризик хронізації порушення.

Диференційована діагностика на ранніх етапах розвитку мовлення полягає у чіткому розмежуванні фізіологічних (нормальних) мовленнєвих дисфлюенцій від патологічних (первинних ознак заїкання). Це необхідно для уникнення надмірної тривоги батьків та необґрунтованої корекції, а також для своєчасного початку цільової інтервенції.

2. Принципи раннього втручання (первинна профілактика)

Раннє втручання застосовується відразу після ідентифікації патологічних дисфлюенцій або високого ризику їхньої хронізації. Його мета - нейтралізувати провокуючі фактори та створити умови для відновлення нормального ритму мовлення.

Психокорекція сімейного оточення – опосередковане втручання.

Це основний напрямок на початковому етапі, оскільки батьківська комунікація часто є каталізатором порушення. Навчання батьків мовленнєвій гігієні: інструктування щодо необхідності говорити з дитиною уповільненим, чітким, ритмічним тоном (модель "повільного мовлення").

Створення емоційно-стабільного середовища. Зниження вимог до мовлення дитини, відмова від критики, переривань та спонукання "говорити швидко". Акцент на слуханні змісту, а не форми мовлення.

Своєчасна диференційована діагностика дозволяє перехопити порушення на стадії функціональних змін, запобігаючи закріпленню патологічного мовленнєвого стереотипу та формуванню вторинних невротичних нашарувань (логофобії, фіксації на дефекті). Таким чином, раннє втручання перетворюється з лікування на високоефективний профілактичний захід, що має довгостроковий позитивний вплив на комунікативний, емоційний та соціальний розвиток дитини.

4. Профілактика та десенсибілізація логофобій.

Логофобія (страх мовлення) у дошкільному віці є вторинним психогенним ускладненням заїкання. Вона формується як реакція на негативне емоційне підкріплення мовленнєвого дефекту. Основна стратегія роботи з логофобією у цій віковій групі зосереджена на первинній профілактиці (запобіганні фіксації на дефекті) та опосередкованій десенсибілізації через ігрове середовище та роботу з батьками.

Логофобія у дітей 3–6 років часто має несвідомий або нечітко усвідомлений характер. Дитина не формулює свій страх вербально, але виявляє його на поведінковому рівні: уникаюча поведінка, відмова від розмови з незнайомими, мовчання у присутності сторонніх, використання жестів замість слів. Специфічні соматичні реакції: підвищення м'язового тону, скутість, плач або підвищена тривожність перед необхідністю говорити. Фіксація на дефекті: роздратування або злість під час запинки, намагання приховати її (про що свідчить напруження артикуляційного апарату).

Етіологічним чинником виступає емоційна травматизація через: а) надмірну вимогливість батьків, б) нетерплячість або висміювання з боку однолітків чи дорослих, в) постійне акцентування уваги на дефекті.

Профілактичні заходи спрямовані на створення такого мовленнєвого середовища, яке унеможливорює формування стійкого зв'язку «запинка-

страх». Ключовим елемент профілактики заїкання у дошкільному віці є оптимізація комунікативного середовища - робота з батьками.

Принцип емоційної безпеки: батьки навчаються безумовному прийняттю мовлення дитини. Слід ігнорувати форму мовлення (заїкання) і зосереджуватися лише на змісті повідомлення.

Уповільнене мовлення дорослих: батьки мають свідомо використовувати спокійний, розмірений і повільний темп власного мовлення (як модель). Це знижує загальну психоемоційну напругу вдома і дає дитині більше часу для формування мовленнєвого висловлювання.

Мінімізація мовленнєвих вимог: заборона на прохання "повторити правильно", "говорити швидше" або "не заїкатися". Слід знизити конкурентність у мовленні (наприклад, не змушувати говорити перед гостями).

Формування позитивного мовленнєвого досвіду. Створення ситуацій успіху: забезпечення умов, де дитина говорить плавно (наприклад, читання віршів наодинці з мамою, спів, гра, мовлення в такт).

Десенсибілізація логофобії. У дошкільному віці десенсибілізація не проводиться прямо через свідому експозицію, а реалізується опосередковано – через ігрову терапію та формування нової мовленнєвої поведінки. Використання рольових ігор, де дитина може виразити свій страх через іграшки або персонажів, що "важко говорять". Логопед допомагає "персонажу" навчитися говорити легко і без страху. Створення ігрових ситуацій (наприклад, "подорож до лісу"), які вимагають комунікації, але проходять у безпечному та контрольованому середовищі, де мовлення підкріплюється успіхом.

У дошкільному віці профілактика має пріоритет над лікуванням. Створення сприятливого середовища та використання ігрових методів десенсибілізації запобігає хронізації логофобії, забезпечуючи перехід від дисфлюенцій до плавного мовлення без формування вторинних невротичних бар'єрів.

Корекція сімейного мікроклімату як профілактичний засіб.

Сімейний мікроклімат – це система емоційно-психологічних зв'язків та відносин, які безпосередньо впливають на нейропсихічну стійкість дитини. Для дитини з потенційним ризиком заїкання (обтяжений анамнез, підвищена сенситивність) негативний мікроклімат стає потужним психотравмуючим фактором, що дезорганізує роботу мовленнєвих центрів.

Несприятливі фактори, що посилюють ризик заїкання:

- надмірна тривожність батьків, гіперопіка або перфекціоністські вимоги до дитини створюють постійне внутрішнє напруження;

- дисгармонія та конфлікти: часті сварки між батьками чи емоційна нестабільність у домі підвищують рівень кортизолу у дитини, знижуючи її стресостійкість і поріг збудливості ЦНС;

- нерівномірність вимог: суворі покарання та непослідовність у вихованні порушують відчуття безпеки та передбачуваності, критично важливі для нейрорегуляції.

Мета корекції сімейного мікроклімату - забезпечити атмосферу безумовного прийняття та емоційної стабільності. Управління тривогою дорослих: проведення консультацій з батьками, спрямованих на усвідомлення ними власної тривожності та її впливу на мовлення дитини. Впровадження методів батьківської релаксації. Зниження комунікативного тиску: усунення будь-яких форм критики, ігнорування запинок та відмова від прохань "повторити правильно" чи "говорити повільніше" у момент дисфлюенції.

Мовленнєва єдність – це узгодженість темпорально-ритмічних, інтонаційних та емоційних параметрів мовлення усіх дорослих, які спілкуються з дитиною. У дошкільному віці мовлення формується шляхом імітації, і будь-яка дисгармонія мовленнєвого зразка може стати провокуючим фактором.

Швидке, квапливе мовлення дорослих змушує дитину напружувати свою ще незрілу артикуляційну та дихальну систему, намагаючись не

відставати. Це призводить до функціонального перевантаження мовленнєвого апарату. Використання дорослими надмірно довгих, складних речень випереджає можливості дитини щодо їхнього сприйняття та відтворення. Надмірно гучне, експресивне або, навпаки, монотонне мовлення порушує баланс між корою та підкіркою.

Впровадження МЄ як профілактичного засобу вимагає від дорослих свідомої зміни власних мовленнєвих звичок. Дорослі мають говорити спокійним, розміреним темпом, з фізіологічними паузами між фразами. Це надає дитині додатковий час для планування висловлювання, знижує внутрішню напругу і покращує аудіо-моторну координацію. Ритмічна організація мовлення дорослих має бути ритмічною і пивною, без різких стрибків гучності чи інтонації, що слугує для ЦНС стабілізуючим сигналом. Близьке оточення має використовувати чіткі, граматично правильні, але не надто розгорнуті фрази, що відповідають зоні найближчого розвитку дитини.

Таким чином, корекція сімейного мікроклімату та забезпечення мовленнєвої єдності є взаємодоповнювальними, неінвазивними профілактичними заходами, що створюють оптимальне середовище для природного дозрівання мовленнєвої функції та запобігають хронізації заїкання.

ВИСНОВКИ

В ході аналізу науково-теоретичних джерел встановлено, що заїкання є складним поліетологічним порушенням мовленнєвої діяльності, у розвитку якого поєднуються неврологічні, психічні та соціально-комунікативні чинники. Сучасні дослідження розглядають заїкання не лише як дефект темпо-ритмічної організації мовлення, а як системне порушення, що охоплює всі ланки мовленнєвої діяльності дитини - від мотиваційно-емоційної до моторно-артикуляційної. Ефективність подолання заїкання залежить від комплексного, міждисциплінарного підходу, який поєднує логопедичні, психологічні, медичні та педагогічні засоби. Особливе місце в цій системі посідає логоритміка.

Логоритміка є ефективним комплексним методом корекційного впливу, який поєднує рух, музику та мовлення в єдину систему, спрямовану на гармонізацію психофізичного стану дитини та нормалізацію темпо-ритмічної організації мовлення. Її сутність полягає у взаємодії рухової, мовленнєвої та музично-ритмічної активності, що забезпечує узгодженість функціонування моторних, дихальних, артикуляційних і мовленнєвих процесів, які є порушеними при заїканні. Логоритмічні вправи сприяють формуванню плавного, інтонаційно виразного мовлення, покращують дихальну та артикуляційну регуляцію, знижують рівень емоційного напруження та тривожності, що часто супроводжують заїкання.

За результатами проведеного дослідження, спрямованого на визначення ефективності комплексу логоритмічних вправ у корекційній роботі з дітьми дошкільного віку із заїканням, встановлено, що проведений формувальний експеримент підтвердив високу ефективність розробленого комплексу логоритмічних вправ. Порівняльний аналіз даних констатувального та контрольного зрізів засвідчив позитивну динаміку. Впровадження логоритмічних засобів забезпечило корекцію ключових симптомів заїкання, а саме: зниження частоти судом, покращення плавності та ритму мовлення,

нормалізацію дихально-голосової функції. Спеціальні дихальні та голосові вправи призвели до збільшення тривалості мовленнєвого видиху та освоєння м'якої голосоподачі, що мінімізувало вокальні судоми.

Логоритмічні заняття мали виражений психокорекційний ефект. Відзначено значне зниження м'язової та емоційної напруги (зменшення супровідних рухів). Спостерігалось зменшення проявів логофобії (страху мовлення) та зростання комунікативної активності та ініціативності дітей.

На основі отриманих даних можна стверджувати, що комплекс логоритмічних вправ є високоефективним, доступним та необхідним компонентом комплексної системи подолання заїкання у дітей дошкільного віку, оскільки він цілісно впливає як на моторну, так і на психоемоційну складові порушення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Барсуковська Г. Модель логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку із заїканням. *Path of Science*. 2024. Vol. 10. No 5. С.3070-3077 URL: <file:///C:/Users/Profi/Desktop/3129-6258-3-PB.pdf> (дата звернення: 09.09.2025).
2. Корекція заїкання у молодших школярів: навчально-методичний посібник / А.Й. Бєлая, Л.Ю. Коблик, О.Б. Мартинюк; за ред. Н.С. Гаврилової. – Кам'янець-Подільський: ТОВ «Друк-Сервіс», 2014. – 76 с.
3. Бегас Л.Д. Корекція заїкання дітей старшого дошкільного віку засобами театралізованої діяльності: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.03 / Л.Д. Бегас; НПУ ім. М.П. Драгоманова. К., 2016. 16 с.
4. Бегас Л.Д. Комплексні системи реабілітації заїкання у старших дошкільників. НАУКОВИЙ ЧАСОПИС НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Зб. наукових праць. – К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. – № 14. – С. 6-9.
5. Березан О.І. Неврологічні основи логопедії : навчальний посібник. Полтава : Ткалич А.М., 2008. 92 с.
6. Гаврилова Н.С. Порушення фонологічного боку мовлення у дітей. Монографія. Кам'янець Подільський: ТОВ “Друк Сервіс, 2011. 284 с.
7. Гандзюк С. П. Весела логоритміка. Методичний посібник / С. П. Гандзюк. Нетішин, 2009. 85 с.
8. Голуб Н. Психологічний тренінг як засіб корекції мовлення у дітей з мовленнєвими порушеннями. Збірник наукових праць 91 Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини. Ч. 3 / Уман. держ. пед. ун-т ім. Павла Тичини. Умань: Жовтий О.О., 2014. С.96-102.
9. Григор'єва О.Є. Розвиток мовлення і корекція звукопорушень у старших дошкільників на музичних заняттях із використанням логоритміки та логопедичних вправ. *Логопед*. 2017. №3. С.8-14.

10. Гуцал, Л. Л., Миронова, С. П. (2001). Теоретичні аспекти та методика подолання заїкання у молодших школярів: Навчально-методичний посібник. – Хмельницький: Поділля, 2001. – 91 с.
11. Журавльова Л. С. Розвиток мовлення у старших дошкільників із заїканням засобами музично-дидактичних ігор
12. Забара О.В. З історії виникнення логопедичної ритміки. Логопед. 2012. №10. С. 8–15.
13. Іванова Т. І. Корекція заїкання. К. : Вид. гр. «Шк. Світ», 2015. 136 с.
14. Істоміна Н.В. Використання ігор та вправ в логоритміки в структурі традиційних логопедичних занять. <https://nmc.zt.ua/wp-content/uploads/2024/03/56-Істоміна-Н.В.ЖДНЗ-№56-.pdf> (дата звернення 05.09.2025).
15. Гуцал Л. Л., Миронова С. П. Корекція заїкання у молодших школярів : навч.- метод. посіб. Київ : Шкільний світ, 2010. 120 с.
16. Кравченко А. І. Корекція заїкання з використанням артикуляторної рефлексотерапії та аутогенного тренування. Молода спортивна наука України : зб. наук. праць. – Львів : ЛДІФК, 2000. – Вип. 4. – С. 292–294.
17. Кравченко А. І. Корекція заїкання засобами комплексної фізичної реабілітації : навч.- метод. посіб. А. І. Кравченко, Н. М. Скачедуб – Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. – 178 с.
18. Кравченко А. І. Харченко А.І. Застосування комплексного підходу в корекційній роботі з подолання заїкання в дітей дошкільного віку. URL: <https://repository.sspu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/3e45badb-1a06-4221-8a1c-81f5c65779ba/content> (дата звернення: 25.08.2025).
19. Кривцова О. Я. Проблема заїкання дітей і підлітків у психолого-педагогічній літературі. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки). Збірник наукових праць. – Кам'янецьПодільський : ПП Медобори-2006, 2012. – С. 119–126.
20. Кондратенко В. Ломоносов В. Заїкання: феноменологія та основні напрями реабілітації. Навчальний посібник для студентів дефектологічних

факультетів вищих педагогічних навчальних закладів, Київ: Вид-во НПУ ім. П.М. Драгоманова, 2005. 70 с.

21. Конопляста С.Ю., Сак Т.В. Логопсихологія: навч. Посіб.; за ред. М.К. Шеремет. Київ: Знання, 2010. 293 с.

22. Козинець О. Технології подолання заїкання в науковій спадщині Рудольфа Краєвського. *Distance Education in Ukraine: Innovative, Normative-Legal, Pedagogical Aspects*. 2023. № 2. С. 230–240. URL: <https://doi.org/10.18372/2786-5495.1.17327>(дата звернення: 09.08.2025).

23. 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 URL:https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/41803/Korniev_Kozy_nets.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата звернення 05.09.2025).

24. Літовченко О. В. Заїкання у дітей: профілактика і корекція: навчальний посібник / О. В. Літовченко. – Одеса: Видавництво ТОВ Лерадрук, 2021. – 248 с URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/11212/1/Litovchenko%20Olga%20Vasylivna%202021.pdf>

25. Літовченко О. В. Сучасні підходи до комплексної психокорекційної роботи з подолання заїкання у дошкільників. *Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К.Д. Ушинського*. 2019. № 3 (128). С. 104–109.

26. Лопатинська Н.А. Неврологічні основи логопедії. Курс лекцій: навчальний посібник для студентів спеціальності 016 «Спеціальна освіта» / Н.А. Лопатинська. – Київ: Видавничий Дім «Слово», 2017. – 152 с.

27. Московченко М.О., Зелінська-Любченко М.О. Корекція заїкання у дітей дошкільного віку засобами логоритміки. URL: <https://repository.sspu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/a1d596ce-806a-4073-87ce-0c5dc6d36c58/content> (дата звернення: 25.08.2025).

28. Найдич В.М. Використання логоритмічних прийомів у корекційній роботі. *Логопед: науково-методичний журнал*. 2014. № 3. С. 28–30.

29. Плиска О.І. Фізіологія вищої нервової діяльності та сенсорних систем : посібник. Київ : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2009. 285 с.

30. Призванська Р. До питання використання музично-ритмічної діяльності у корекції заїкання. *Наука і освіта*, № 1, 2023. С. 58-62. URL: https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2023/1_2023/9.pdf

31. Притиковська С.Д. Теоретичні та методичні аспекти розвитку темпоритму мовлення засобами музично-ритмічного та фізичного виховання // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки). Збірник наукових праць / за ред. В.М. Синьова, О.В. Гаврилова. Вип.14. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори-2019. С.248-251.

32. Рібцун Ю. В. Нейрофізіологічні аспекти порушень писемного мовлення у молодших школярів із заїканням. Current issues of science, prospects and challenges: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the II International Scientific and Theoretical Conference (Vol. 3), June 10, 2022. Sydney, Australia: European Scientific Platform. – С. 20-23. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/730794>

33. Рібцун Ю. В. Подолання заїкання у дітей в умовах воєнного стану. Матеріали VIII Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології «Освіта дітей з особливими потребами: виклики воєнного часу» / Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка Національної академії педагогічних наук України/ Київ, 2022.

34. Рібцун Ю. Роль родинного виховання у психо-мовленнєвому розвитку дітей із заїканням. Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України. 2023. URL: https://lib.iitta.gov.ua/735839/1/Родина_2023.pdf (дата звернення: 09.09.2025) .

35. Рібцун Ю.В. Формування міжпівкульної взаємодії у дітей із заїканням. Interdisciplinary research: scientific horizons and perspectives: collection of scientific papers «SCIENTIA» May 6, 2022. С.121-125

36. Сікорський І.Л. Про заїкання. - Київ, 1989., 2005.
37. Скляр С. Особливості корекції заїкання в дітей дошкільного віку. *Humanities science current issues*. 2019. Т. 1, № 19. С. 219–222. URL: https://www.aphn-journal.in.ua/archive/19_2018/part_1/44.pdf (дата звернення: 01.08.2025).
38. Соботович Є.Ф. Психолінгвістична періодизація мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку. К.: Актуальна освіта, 2004. С. 7-35.
39. 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
40. Тарасун В.В. Логодидактика. Київ:Вид-во НПУ ім. П.М. Драгоманова, 2004, 348с.
41. Холостенко С.С. Усунення вад мовлення у дітей молодшого шкільного віку засобами логоритміки. *Логопед: науково-методичний журнал*. 2017. № 12. С. 21–27.
42. Цехмістро О.В., Мальцева О.Г. Комплексність підходів у подоланні заїкання у дітей молодшого шкільного віку. *Корекційна педагогіка*. Випуск 53. Том 2. 2022. С. 63-66. URL: http://www.innovpedagogy.od.ua/archives/2022/53/part_2/13.pdf .
43. Чекан О. І. Теоретичний аспект дослідження просодичної сторони мовлення у дітей дошкільного віку з дизартрією [Електронний ресурс] / О. І. Чекан, В. В. Іванова, Х. В. Барна // Науковий вісник Ужгородського національного університету : серія: Педагогіка. Соціальна робота / гол. ред. І.В. Козубовська. – Ужгород : Говерла, 2019. – Вип. 2 (45). – С. 228–232– URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/24929>
44. Чеснокова Л.В. Золотарьова О.І. Заняття з логоритміки для дітей із вадами мовлення. Харків.: Вид. група «Основа», 2017. 160 с.
45. Шабутін С., С. Хміль, Шабутіна І. Зцілення музикою. Тернопіль : Підручники і посібники, 2008. 120 с.

46. Шеремет М. К., Тарасун В. В., Кондратенко В. О, Конопляста С. Ю., Чередніченко Н. В. Логопедія. Підручник. За ред. М.К.Шеремет. - Київ: Видавничий Дім "Слово", 2010. – 376 с.: іл.

47. Шпирна О. М. Коваленко М.А. Використання логритмічних прийомів у корекційній роботі: (початкова школа). Логопед: науково-методичний журнал. 2012. №1. С. 28 – 31.

48. Blanchet, P., Boroń, A., Węsierska, K., et al. (2020). Sukces w terapii jąkania - czym jest i jak go osiągnąć - opinie „podwójnych ekspertów”. W: K. Węsierska, M. Witkowski (red.), "Zaburzenia płynności mowy: teoria i praktyka. T. 2" (S. 13-31). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Retrieved from

https://rebus.us.edu.pl/bitstream/20.500.12128/18820/1/Boron_Sukces_w_terapii_jakania_czym_jest_i_jak_go_osiagnac.pdf

49. Tarkowski, Z. (2010). Jąkanie. Księga pytań i odpowiedzi. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/350671267_Rec_Zbigniew_Tarkowski_Jakanie_Ksiega_pytan_i_odpowiedzi_Wydawnictwo_Harmonia_Gdansk_2010

50. Woźniak, T. (2015). Teorie pochodzenia jąkania oparte na dowodach. Logopedia Silesiana, 4, 72-80. Retrieved from https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Logopedia_Silesiana/Logopedia_Silesianar2015-t4/Logopedia_Silesiana-r2015-t4-s72-80/Logopedia_Silesiana-r2015-t4-s72-80.pdf