МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему: **«КОРЕКЦІЯ ЗАЇКАННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ПІСЛЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ»**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.0164
спеціальності 016 «Логопедія»
освітньої програми «Логопедія»
Т. Р. Хамурда

Керівник: доцент кафедри соціальної педагогіки
та спеціальної освіти, кандидат педагогічних наук,
доцент М. О. Гладиш

Рецензент _____
_____

Запоріжжя
2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра соціальної педагогіки та спеціальної освіти
Рівень вищої освіти магістерський
Спеціальність 016 «Логопедія»
Освітньо-професійна програма «Логопедія»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри _____
«____»_____2025 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Хамурді Тетяні Романівні

1. Тема роботи: «Корекція заїкання у дітей дошкільного віку після травматичних подій»
керівник роботи Гладиш М. О., канд. пед. наук, доцент
затверджена наказом ЗНУ від «24» вересня 2024 року № 1447-с

2. Строк подання студентом роботи: 29. 11. 2025 р.

3. Вихідні дані до роботи: матеріали педагогічної практики

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) Окреслити сутність поняття заїкання у логопедичній, психологічній та медико-педагогічній літературі, визначити його види, причини та механізми виникнення у дітей дошкільного віку; вивчити психолого-педагогічні особливості дітей дошкільного віку, які пережили травматичні події, та вплив травматичного досвіду на мовленнєвий розвиток і перебіг заїкання; проаналізувати сучасні підходи, методи та засоби корекції заїкання у дітей дошкільного віку, зокрема в умовах післятравматичних переживань; визначити вихідний рівень мовленнєвого розвитку та проявів заїкання у дітей дошкільного віку, які зазнали травматичних подій; надати методичні рекомендації для логопедів, психологів і педагогів щодо організації ефективної корекційної роботи з дітьми дошкільного віку, які мають заїкання внаслідок пережитих травматичних подій.

5. Перелік графічного матеріалу: 3 таблиці з результатами дослідження.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Гладиш М. О.	12.02.25 р.	12.02.25 р.
Розділ 1	Гладиш М. О.	18.03.25 р.	18.03.25 р.
Розділ 2	Гладиш М. О.	20.09.25 р.	20.09.25 р.
Висновки	Гладиш М. О.	08.11.25 р.	08.11.25 р.
Додатки	Гладиш М. О.	20.11.25 р.	20.11.25 р.

7. Дата видачі завдання: _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень	виконано
2	Написання вступу	лютий	виконано
3	Робота над першим розділом	березень-серпень	виконано
4	Робота над другим розділом	вересень	виконано
5	Написання висновків	жовтень	виконано
6	Написання додатків	листорад	виконано
7	Оформлення роботи, рецензування	грудень	виконано
8	Захист	грудень	

Студент _____ Хамурда Т. Р.

Керівник роботи _____ Гладиш М. О.

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Апухтіна В. В.

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 68 с., 3 таблиці, 68 джерел, 1 додаток.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити розроблені рекомендації для логопедичного супроводу дітей дошкільного віку із заїкання, що виникло внаслідок психоемоційного стресу, спричиненого війною.

Об’єкт дослідження – мовленнєва діяльність дітей дошкільного віку з заїканням на фоні посттравматичного стресу.

Предмет дослідження – психолого-педагогічні умови, методи та засоби корекції заїкання у дітей дошкільного віку, які пережили стресові ситуації через військові дії.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз, синтез, узагальнення наукової літератури, порівняльний аналіз; емпіричні – спостереження, бесіди, анкетування, логопедичне обстеження; психодіагностичні – методика визначення рівня тривожності; педагогічний експеримент; статистичні.

Наукова значущість дослідження полягає в узагальненні підходів до вивчення мовленнєвих порушень у контексті ПТСР та обґрунтуванні міждисциплінарного логопедичного супроводу дошкільників із заїканням в умовах воєнних подій.

Практичне значення полягає в розробці рекомендацій з логопедичного супроводу дітей дошкільного віку із заїканням, спричиненим психоемоційним стресом, для використання в роботі фахівців і з батьками.

Галузь використання: заклади дошкільної освіти, консультативна та корекційно-розвивальна практика.

ЗАЇКАННЯ, ДІТИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ, ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТРЕС, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕС, ЛОГОПЕДИЧНИЙ СУПРОВІД, КОРЕКЦІЯ МОВЛЕННЯ, ВОЄННІ ПОДІЇ

SUMMARY

Khamurda T. Correction of stuttering in preschool children after traumatic events. Zaporizhzhia, 2025. 68 p.

The qualification work consists of an introduction, 2 sections, findings, a list of references (68 items, 6 of them in a foreign language), 1 appendix on 1 pages. The qualification work volume is 68 pages, 53 of them – main text.

The purpose of the study is to theoretically substantiate and experimentally verify the developed recommendations for speech therapy support of preschool children with stuttering that has arisen as a result of psycho-emotional stress caused by war.

The object of the study is the speech activity of preschool children with stuttering against the background of post-traumatic stress.

The subject of the study is the psychological and pedagogical conditions, methods, and means of correcting stuttering in preschool children who have experienced stressful situations due to military actions.

The tasks of the qualification work are:

1) to analyze the essence, causes, and mechanisms of stuttering in preschool children in psychological, pedagogical, and speech therapy literature, especially in the context of psycho-emotional trauma;

2) to study the psychological and speech characteristics of preschool children with stuttering after traumatic events;

3) to determine the criteria, indicators, and levels of formation of speech and psycho-emotional components in preschool children with stuttering;

4) to diagnose the level of speech disorders and emotional state of preschool children with stuttering against the background of post-traumatic stress;

5) to develop and experimentally test recommendations for speech therapy support aimed at correcting stuttering in preschool children after traumatic events.

Research methods include theoretical methods – analysis, synthesis,

generalization of scientific literature, and comparative analysis to study the mechanisms and characteristics of stuttering in preschool children under conditions of psycho-emotional traumatization; empirical methods – observation, interviews with children and parents, questionnaires, and speech therapy assessment;psychodiagnostic methods – anxiety level assessment methods adapted for preschool children and projective techniques (drawing tests); pedagogical experiment; statistical methods.

Section 1 “Theoretical Foundations of Stuttering Correction in Preschool Children after Traumatic Events” analyzes scientific approaches to understanding stuttering, reveals its psychological and speech mechanisms, and characterizes the impact of psycho-emotional stress and traumatic experiences on speech development in preschool children.

Section 2 “Experimental Research on the Correction of Stuttering in Preschool Children after Traumatic Events” defines the criteria, indicators, and levels of speech and psycho-emotional development, presents the results of diagnostic assessment, describes the formative experiment, and substantiates recommendations for speech therapy support of preschool children with stuttering in conditions of post-traumatic stress.

The research results can be used in the professional activities of speech therapists, practical psychologists, preschool educators, and in counseling work with parents.

Keywords: stuttering, preschool children, psycho-emotional stress, post-traumatic stress, speech therapy support, speech correction, military events.

ЗМІСТ

Вступ…… 8
Розділ 1. Теоретичні основи логопедичного супроводу дітей із заїканням.. 11
1.1 Заїкання як порушення темпу і ритму мовлення…… 11
1.2 Стресові чинники та мовлення дітей із постресовим заїканням…… 18
1.3 Корекційний процес подолання постстресових мовленнєвих порушень 25
Розділ 2. Організація логопедичного супроводу дітей із ПТСР…….. 37
2.1 Організація та методика дослідження мовлення дітей із постстресовим заїканням……. 37
2.2 Аналіз результатів дослідження мовлення дітей із постстресовим заїканням……. 47
2.3 Рекомендації щодо логопедичного супроводу дітей із постстресовим заїканням……. 54
Висновки……..… 58
Список використаних джерел……... 61
Додатки…… 68

ВСТУП

Мовлення є складним психофізіологічним процесом, у якому темп і ритм відіграють базову роль у забезпеченні його плавності, послідовності, інтонаційної виразності та комунікативної ефективності. Порушення темпо-ритмічної організації мовлення, зокрема у формі заїкання, становлять серйозний логопедичний і психолого-педагогічний виклик, оскільки зачіпають одночасно моторну, емоційну й когнітивну сфери дитини. У сучасній науковій літературі проблема заїкання розглядається як така, що має міждисциплінарну природу, а її вивчення перебуває у фокусі уваги медиків, психологів, нейропсихологів, логопедів і спеціальних педагогів. Дослідження підтверджують, що формування цього порушення тісно пов’язане з підвищеною емоційною збудливістю у відповідь на психотравмівні стимули. У таких умовах знижується ефективність гальмівних механізмів нервової системи, що порушує синхронну роботу мовленнєвих центрів головного мозку, передусім зони Брока, відповідальної за темп, плавність і моторну організацію мовлення.

24 лютого 2022 року Україна зазнала повномасштабного вторгнення з боку країни-агресора. Війна є джерелом стресу та тривог для кожного українця, а особливо для дітей. Внаслідок воєнних дій діти різного віку зазнали психологічних травм, що навіть при попередній відсутності мовленнєвих порушень призвело як до повного зникнення мовлення – мутизму, так і до заїкання. А вже наявні у дитини мовленнєві і психоемоційні труднощі значно загострюються, коли вона стикається з різними психотравмуючими ситуаціями – наприклад, вимушена розлука з одним із батьків, надмірно прискорений ритм незвичного життя, зміна усталеного режиму дня, місця та умов проживання, втрата улюблених іграшок (речей) тощо.

Стресогенні фактори мають набагато більший вплив на психіку дітей, у яких наявні особливі освітні потреби. Найбільш вразливою категорією є діти з труднощами темпо-ритмічної сторони мовлення, тобто із заїканням. Внаслідок

порушеної нейропластичності у дітей із заїканням кожен новий вибух чи канонада, зміна чергового місця перебування щоразу створює нову реальність, до якої діти не в змозі адаптуватися.

Тема дослідження є актуальною оскільки умови в яких перебуває наша країна, а саме в умовах війни, мають негативний і вагомий вплив на психіку дітей з особливими освітніми потребами. Діти з заїканням найбільше потребують психолого-педагогічної підтримки, включаючи, обов'язково, і корекцію мовлення, адже мовлення є одним з найголовніших чинників у загальному розвитку дитини, яке впливає на формування її особистості, характеру, поглядів, переконань і взаємодію з суспільством.

Об'єкт дослідження: мовленнєва діяльність дітей дошкільного віку з заїканням на фоні посттравматичного стресу.

Предмет дослідження: психолого-педагогічні умови, методи та засоби корекції заїкання у дітей дошкільного віку, які пережили стресові ситуації через військові дії.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити розроблені рекомендації для логопедичного супроводу дітей дошкільного віку із заїканням, що виникло внаслідок психоемоційного стресу, спричиненого війною.

Гіпотеза: якщо у логопедичному супроводі дітей дошкільного віку із заїканням, спричиненим психоемоційним стресом на тлі воєнних подій, використовувати міждисциплінарний підхід, що поєднує логопедичну, психологічну та ігрову терапію, то це сприятиме зниженню проявів заїкання, нормалізації психоемоційного стану та покращенню мовленнєвої активності дітей.

Для досягнення даної мети, нами були поставлені такі **завдання:**

1. Проаналізувати психолого-педагогічну та логопедичну літературу з проблеми заїкання та його зв'язку зі стресовими чинниками.
2. Визначити особливості мовленнєвого розвитку дітей із заїканням, спричиненим психоемоційною травмою.

3. Дослідити мовленнєву діяльність дошкільників, які пережили стресові ситуації через військові дії.

4. Розробити рекомендації логопедичного супроводу дітей із заїканням у контексті подолання наслідків ПТСР.

Для виконання поставлених завдань, ми використали наступні **методи:** теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення наукової літератури, порівняльний аналіз; емпіричні: спостереження, бесіда з дітьми та батьками, анкетування, логопедичне обстеження; психодіагностичні: методика визначення тривожності (адаптована для дітей), проективні методи (малюнкові тести); педагогічний експеримент: констатувальний, формувальний, контрольний етапи; статистичні: кількісний та якісний аналіз результатів дослідження.

Теоретичне значення роботи полягає в уточненні уявлень про механізми виникнення заїкання у дітей дошкільного віку внаслідок психоемоційного стресу; узагальненні та систематизації наукових підходів до вивчення мовленнєвих порушень на тлі посттравматичного стресового розладу (ПТСР); обґрунтуванні доцільності міждисциплінарного підходу в логопедичному супроводі дошкільників із заїканням у контексті впливу воєнних подій.

Практичне значення роботи полягає у розробці та апробації рекомендацій з логопедичного супроводу дітей дошкільного віку із заїканням, спричиненим психоемоційним стресом на тлі воєнних подій.

Запропонована система вправ, методів і засобів міждисциплінарної допомоги може бути використана логопедами в закладах дошкільної освіти, фахівцями інклюзивно-ресурсних центрів, психологами та педагогами, які працюють з дітьми, що зазнали психотравм, у програмах підвищення кваліфікації фахівців.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЛОГОПЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ ІЗ ЗАЇКАННЯМ

1.1 Заїкання як порушення темпу і ритму мовлення

Мовлення є складним психофізіологічним процесом, у якому темп і ритм відіграють важливу роль у забезпеченні його плавності, послідовності та інтонаційної виразності. Порушення темпо-ритмічної організації мовлення, зокрема у формі заїкання, становлять серйозний логопедичний і психолого-педагогічний виклик.

У сучасній науковій літературі проблема заїкання перебуває у фокусі уваги медиків, психологів, нейропсихологів і спеціальних педагогів, що підкреслює її міждисциплінарний характер. Останні дослідження підтверджують, що формування цього мовленнєвого порушення тісно пов’язане з підвищеною емоційною збудливістю дитини у відповідь на психоемоційні стимули. У таких умовах знижується ефективність гальмівних механізмів нервової системи, що порушує синхронну роботу мовленнєвих центрів головного мозку, зокрема зони Брока, відповідальної за темп і плавність мовлення [20, с. 6].

Проблема заїкання вивчалася багатьма науковцями з різних галузей – медицини, психології, лінгвістики та педагогіки, адже це порушення має комплексний характер і потребує міждисциплінарного підходу.

Український психіатр І. Сікорський був одним із перших дослідників, хто детально описав прояви заїкання, проаналізував судоми при логоневрозі та підкреслив потребу комплексної корекції. Він розглядав заїкання як «дитячу хворобу», що найчастіше виникає у віці від двох до п’яти років – у період активного становлення мовлення. Початок розладу, за Сікорським, пов’язаний із переходом до фразового мовлення та негативною емоційною реакцією дитини на зовнішні подразники. Таким чином, заїкання може мати як органічну, так і

функціональну природу, але в будь-якому разі є центрально обумовленим [46, с. 104].

У «Словнику-довіднику психіатричних термінів» подано визначення: «Заїкання – це розлад мовлення, при якому плавність її перебігу переривається мимовільними затримками, змушеними повтореннями, розтягуванням окремих слів або складів» [17, с. 49].

У підручнику М. Шеремет «Логопедія» заїкання визначається як: «Порушення темпу та ритму мовленнєвої діяльності дитини, що виникає внаслідок судомного стану м'язів мовленнєвого апарату» [61, с. 43]

Сучасний підхід подано у статті Ю. Рібцун, де зазначено, що заїкання (від лат. *Balbuties* – запинання) – це поліморфний мовленнєвий розлад, що проявляється у дискоординації плавності та ритму мовлення, появі запинань, повторень звуків чи складів унаслідок мовленнєвих судом, які часто провокуються перевтомою або стресовими ситуаціями [40, с. 54].

Подібної думки дотримувалися також Т. Непфнер, Е. Фрешельс і А. Лібман, які розглядали заїкання як асоціативний психологічний розлад, підкреслюючи його психогенний характер.

У логопедичній практиці заїкання визначається як розлад темпо-ритмічної організації мовлення, що проявляється у вигляді судомних скорочень м'язів мовленнєвого апарату, які перешкоджають вільному і послідовному відтворенню мовленнєвих одиниць [20, с. 24].

Як зазначає О. Козинець, ритм мовлення виконує інтегративну функцію – забезпечує єдність звукової та смислової сторін висловлювання, тому його порушення неминуче призводить до деформації комунікативної діяльності дитини [18, с. 167].

У дослідженнях вітчизняних науковців заїкання визначається як складне мовленнєве порушення, що проявляється у вигляді спазмів мовленнєвого апарату, нерівномірного темпу, повторень, запинок, подовжень звуків і раптових зупинок.

Ю. Рібцун зазначає, що дискоординація темпо-ритмічної структури

мовлення часто розглядається як центральна ознака заїкання. Дослідниця у своєму логопсихосинергетичному підході наголошує, що заїкання є не лише порушенням мовлення, а й виявом глибших нейропсихологічних збоїв, які порушують автоматизацію мовленнєвої програми. Згідно з її даними, дисфункції регуляторних процесів ЦНС, що відповідають за моторно-ритмічну організацію мовлення, є ключовими у патогенезі заїкання [39, с. 192]

Сучасна логопедія розглядає заїкання як багатофакторне порушення, в етіології якого важливу роль відіграють як біологічні, так і психологічні чинники. У наукових дослідженнях питання заїкання займає чільне місце, а його природа розглядається з різних наукових позицій. Так, Т. Шахрай у своїй роботі детально аналізує еволюцію теорій заїкання від античних часів до XIX століття, що підкреслює історичну глибину проблеми та сталий інтерес до неї [61, с. 44]

О. Козинець та С. Корнєв проводять диференціальний аналіз заїкання та клатерингу (розладу темпу мовлення), наголошуючи, що хоча обидва порушення впливають на темпо-ритмічну сторону мовлення, їхні механізми та клінічні прояви істотно відрізняються. Дослідники зазначають, що заїкання має переважно судомний компонент, тоді як клатеринг пов’язаний із порушенням регуляції темпу мовлення та дефіцитом мовленнєвого контролю. Вони розглядають природу заїкання у контексті психосоматики, підкреслюючи взаємозв’язок між психоемоційним станом особистості та фізіологічними проявами порушення. Такий підхід підтверджує необхідність урахування психологічного компоненту під час діагностики та корекції заїкання [17, с.168].

Важливим напрямом сучасних досліджень є вивчення генетичної схильності до заїкання. В. Помогайбо, О. Березан та А. Петрушов довели, що спадковість може виступати фактором ризику формування заїкання, зумовлюючи вроджену нестійкість нервових процесів [4, с. 170].

Разом з тим, як зазначає Ю. Рібцун, заїкання у дітей може мати різну етіологію, тому його корекція має базуватися на комплексному аналізі медичних, психологічних і соціальних чинників [40, с. 169].

Зарубіжні та українські дослідження підтверджують універсальність цієї

проблеми, адже подібні патогенетичні механізми простежуються у дітей різних культурних та мовних середовищ [38, с. 220].

Л. Бегас аналізує психологічні аспекти виникнення заїкання, зокрема невротичну його форму, яка зазвичай виникає під впливом сильних емоційних потрясінь або психотравм. Ця форма має хвилеподібний перебіг, що свідчить про її тісний зв’язок із психоемоційним станом дитини [3, с. 86].

Г. Соколенко та Д. Костенко розглядають заїкання як наукову проблему, що потребує подальшого міждисциплінарного вивчення. Вони підкреслюють, що складність дослідження зумовлена необхідністю одночасного врахування логопедичних, неврологічних і психологічних чинників.

Н. Савінова зосереджує увагу на питанні корекції заїкання, наголошуючи на потребі розробки індивідуалізованих програм, які враховують вікові, емоційні та когнітивні особливості дітей [47, с. 75].

С. Стуцаренко підкреслює, що заїкання залишається однією з найактуальніших проблем логопедії, оскільки воно істотно впливає на комунікативні можливості, соціальну адаптацію та формування особистості дитини [50, с. 567].

Згідно з даними класичних досліджень Р. Боскіс, Р. Левіної, В. Селіверстова, М. Хватцева, А. Ястребової, під час аналізу експресивного мовлення осіб, які заїкаються, виділяють низку характерних зовнішніх ознак:

1) порушення плавності, темпу та мелодики мовлення – воно стає переривчастим, з необґрунтованими паузами, повтореннями складів і звуків, або утрудненим початком фраз;

2) мовленнєві хитрощі (емболофразія) – використання допоміжних звуків чи слів для полегшення початку висловлювання;

3) зниження мовленнєвої активності – уникання комунікації, що свідчить про вторинні психологічні реакції;

4) недоліки звуковимови та граматичної побудови мовлення;

5) відображення порушень усного мовлення у письмі – повторення букв, складів, розриви слів, спотворення синтаксичної структури [61, с. 193].

Таким чином, заїкання є складним порушенням темпо-ритмічної організації мовлення, яке має поліетологічний характер, виявляється у різних формах і ступенях вираженості, та потребує системного підходу до діагностики і корекції.

Заїкання може бути спричинене різними факторами. Згідно з останніми дослідженнями, серед головних причин виникнення заїкання виділяються:

- генетична схильність: деякі діти можуть мати спадкову схильність до заїкання, яка передається від батьків. Генетичні дослідження дозволяють виявляти специфічні гени, що збільшують ризик розвитку заїкання.

- нейрофізіологічні аспекти: дослідження мозкової активності та функціонального магнітного резонансу показують, що заїкання може бути пов'язане з аномаліями в роботі мозкових областей, відповідальних за мовлення.

- психологічні чинники: стрес, тривожність, негативні емоції та невпевненість в собі можуть сприяти виникненню та погіршенню заїкання [16, с. 66].

Донині немає єдиного погляду на етіологію заїкання. Всі дослідники погоджуються, що в етіології заїкання можуть мати значення такі чинники:

1) вік дитини (зокрема, активні періоди розвитку психомотрної сфери дитини та гіперсенситивні періоди розвитку мовлення, коли ризик виникнення заїкання збільшується: 2-4 років; 6-8 років; 12-15 років);

2) стан центральної нервової системи;

3) індивідуальні особливості перебігу мовленнєвого онтогенезу дитини;

4) особливості формування функціональної асиметрії мозку;

5) наявність психічної травматизації;

6) генетичний чинник [23, с. 357].

Заїкання може приймати різні форми та має різні рівні важкості. Відомі такі види заїкання:

- тонічне заїкання: характеризується повторенням складів слів або звуків (наприклад, «ма-ма-ма-ма»).

- клонічне заїкання: поліпшені повторення цілих слів (наприклад, "я хочу-

хочу піти гуляти").

- спастичне заїкання: супроводжується зупинками та напруженням м'язів гортані, губ і язика.

- мішане заїкання: комбінує різні види заїкання.

Важкість заїкання може коливатися від легкого до важкого, і враховуючи цей фактор, визначається стратегія корекції [59, с. 76].

У сучасних наукових джерелах подано класифікацію заїкання залежно від патогенетичних механізмів його виникнення. Зокрема, Ю. Рібцун виділяє такі види порушення:

1) афатичне заїкання – проявляється повторенням початкових звуків на тлі уповільненого мовлення, що спостерігається при афазії;

2) індуковане заїкання – виникає внаслідок психічної індукції, яка може бути пасивною (через наслідування) або активною (через цілеспрямоване копіювання мовлення іншої особи);

3) клонічне заїкання – характеризується багаторазовими короткими повтореннями першого складу або звука слова (наприклад, «о-о-олівець»);

4) тонічне заїкання – проявляється у вигляді тривалих судомних скорочень мовленнєвих м’язів, що спричиняють раптові паузи, після яких відбувається «вибухоподібне» видихання повітря з напруженим промовлянням слова (наприклад, «с__умка») [38, с. 24].

Науковиця також підкреслює, що заїкання складних форм, як самостійний мовленнєвий розлад, може бути зумовлене патологічними змінами на генетичному, молекулярному чи клітинному рівнях. Воно часто супроводжується підвищеним тонусом і судомною готовністю мовленнєвих зон кори головного мозку, передусім моторних центрів, зокрема центру Брока. Крім того, дослідниця вказує на недостатню кількість нейрогліальних клітин зірчастої форми – астроцитів – у мозку, особливо в ділянці мозолистого тіла, що порушує взаємодію між півкулями. Ці клітини за певних умов можуть перетворюватися на нейрони та забезпечувати міжпівкульні зв’язки, тому їхня недостатність може бути однією з причин виникнення мовленнєвих порушень [40, с. 113].

За спостереженнями Ю. Рібцун, у дітей із заїканням виявляється низка характерних нейропсихологічних та психофізіологічних порушень, які суттєво впливають на формування та реалізацію мовленнєвої діяльності.

Передусім, у таких дітей часто спостерігаються дисфункції лімбічної системи, а також лобних (особливо задньолобних і глибинних) та скроневих ділянок кори головного мозку, що забезпечують нейронний контроль мовленнєвої моторики [40, с. 11].

Крім того, для дітей із заїканням характерна рухова виснажуваність, напруженість, сповільненість або, навпаки, імпульсивність поведінки, що відображає особливості нервово-м'язового тонусу та регуляції моторних актів [3].

Відзначаються також труднощі засвоєння рухових програм, порушення оптико-просторової та серійної організації рухів, що ускладнює формування цілісних мовленнєвих і рухових навичок [68, с. 68].

Важливою характеристикою є і недостатність вербальної та моторної пам'яті, що проявляється у зниженні продуктивності запам'ятовування, труднощах із збереженням послідовності дій, вибірковості пам'яті та загальмованості мнестичних процесів [39, с. 165].

Окрім того, дослідниця вказує на зниження функціональної активності нейродинамічної сфери, що може виявлятися у симптомах брадифренії (уповільнення мислення) та зниженні розумової працездатності [6, с. 133].

Насамкінець, спостерігається недостатність усіх компонентів мовленнєвої діяльності, особливо у процесах саморегуляції мовлення – підготовці до висловлювання, оцінюванні якості мовного продукту, що зумовлено стійкою неузгодженістю аферентних слухових і кінестетичних сигналів [39, с. 165].

Отож, заїкання є складним поліфакторним порушенням мовлення, у структурі якого провідним симптомом виступає розлад темпо-ритмічної організації мовлення, зумовлений дискоординацією діяльності центральної нервової системи. Порушення ритму і темпу мовлення виявляється у вигляді судом артикуляційних, дихальних і голосових м'язів, що призводить до

переривчастості мовлення, його нерівномірності та напруженості.

Наукові дослідження свідчать, що заїкання має комплексну природу – поєднує неврологічні, психоемоційні та психолінгвістичні чинники. Воно не лише змінює мовленнєву структуру, але й впливає на комунікативну активність, самооцінку та соціальну адаптацію особи.

Отже, розгляд питання про заїкання як порушення темпу і ритму мовлення дає підстави розуміти його не лише як дефект мовленнєвої моторики, а як системне порушення мовленнєвої діяльності, що потребує міждисциплінарного підходу до діагностики й корекції.

1.2 Стресові чинники та мовлення дітей із пострес овим заїканням

Проблема заїкання як наслідку психотравмових впливів широко висвітлена в сучасній науковій літературі, причому дослідницькі підходи охоплюють медичну, психологічну, нейрофізіологічну та педагогічну перспективи. О. Літовченко узагальнює емпіричні дані щодо впливу стресорів на мовленнєвий розвиток дошкільників, показуючи, що підвищена емоційна збудливість і порушення механізмів гальмування ведуть до дисрегуляції темпо-ритмічних процесів мовлення. Авторка виокремлює роль порушеної ритміко-темпоритмічної організації у формуванні заїкання та наголошує на необхідності ранньої діагностики і комплексної корекції [20, с. 45].

Також О. Літовченко у своїх працях акцентує увагу на практичних аспектах корекції: вона обґрунтовує потребу в індивідуалізованих програмах, які враховують вік, ступінь травматизації, когнітивні можливості та конкретні мовленнєві дефіцити дитини. Авторка також підкреслює важливість залучення сім’ї та педагогічного середовища до процесу реабілітації для підсилення ефекту втручання [19, с. 140].

С. Корнєв і О. Козинець фокусуються на клініко-психопатологічних характеристиках заїкання, пов’язаного з воєнною травмою. Вони описують

типові прояви – спастичні епізоди, порушення дихально-фонаційного циклу та підвищену тривожність – і підкреслюють змішаний, невротичний характер таких розладів. На підставі клінічних спостережень автори аргументують необхідність міждисциплінарного підходу, що поєднує логопедичні методи з психотерапією і неврологічним супроводом [18, с. 143].

Ю. Рібцун робить акцент на механізмах взаємодії психогенних факторів і функціональних порушень мовленнєвого апарату. У своїй роботі він аналізує нейрофізіологічні основи темпо-ритмічної дисфункції, зокрема порушення координації зон, відповідальних за планування та реалізацію мовних актів. Дослідниця підкреслює, що ефективна корекція має спиратися не лише на традиційні артикуляційні вправи, але й на втручання, які відновлюють психомоторну синхронність та емоційну регуляцію [39, с. 32-34].

Ю. Рібцун також розширює теоретичну базу, розглядаючи заїкання як комплексний феномен, що вимагає урахування одночасно логопедичних, неврологічних і соціально-психологічних чинників. Вона наголошують на методологічній складності дослідження, зумовленій мультифакторністю явища, і пропонують інтегративні моделі діагностики, які включають скринінг емоційного стану, нейроповедінкові тести та спостереження в природних умовах [41, с. 584].

Незважаючи на значні наукові напрацювання, аналіз літератури показує низку невирішених питань. Зокрема, бракує системних досліджень, що поєднують нейрофізіологічні маркери з довготривалими результатами соціально-педагогічних втручань у природних умовах освітнього процесу. Недостатньо вивченою залишається інтеграція технологій соціального проєктування в логопедичну та психологічну реабілітацію дітей із травмоіндукованим заїканням. Також потребує уточнення ефективність міждисциплінарних моделей допомоги за різних рівнів психотравматизації, зокрема серед дітей із сімей внутрішньо переміщених осіб. Саме ці прогалини визначають актуальність та напрям подальшого наукового пошуку.

Мовленнєвий розвиток дитини є надзвичайно чутливим до впливу

зовнішніх і внутрішніх стресових факторів. Відомо, що вразлива нервова система дошкільнят особливо гостро реагує на психотравмівні події, що може призводити до порушень темпо-ритмічної організації мовлення, у тому числі до заїкання [24, с. 45].

Серед найпоширеніших стресових чинників, які виступають передумовами виникнення заїкання у дітей, дослідники виділяють:

- сімейні конфлікти та дисгармонійні стосунки в родині;
- психоемоційні перевантаження**,** пов'язані з підвищеними вимогами до дитини;
- травматичні ситуації у дитячому колективі (булінг, ізоляція, відторгнення);
- раптові життєві зміни (переїзд, розлучення батьків, втрата близьких);
- страх і тривога через невідомі чи небезпечні обставини;
- воєнна травма [17, с. 166].

Сімейні конфлікти та дисгармонійні стосунки в родині

Одним із найвагоміших психотравмівних чинників, що сприяють виникненню та закріпленню заїкання у дітей, є несприятливий мікроклімат у родині, зокрема постійні конфлікти, агресивна комунікація між батьками, емоційне відторгнення або гіперопіка щодо дитини. За даними Корнєва К., атмосфера психологічної напруги в сім'ї створює хронічний стресовий фон, у якому дитина позбавлена відчуття безпеки й стабільності. Це, своєю чергою, підвищує рівень тривожності, формує невротичні реакції та негативно впливає на розвиток мовленнєвої діяльності [18, с. 255].

На думку О. Федорчук, емоційна нестабільність у стосунках між дорослими призводить до того, що дитина ідентифікує себе як «винуватця» ситуації, що посилює внутрішнє напруження. У такому випадку мовлення стає каналом вивільнення емоційного дискомфорту, а порушення темпо-ритмічної організації мовлення проявляються у вигляді судом та блоків [53, с. 110].

Дослідження вчених підтверджують, що емоційна холодність батьків, надмірна критика або відсутність підтримки ускладнюють мовленнєвий

розвиток дітей. У такій сімейній атмосфері дитина уникає активної комунікації, що поглиблює мовленнєві труднощі та сприяє закріпленню патологічного мовленнєвого патерну [53, с. 78].

Таким чином, дисгармонійні стосунки в сім'ї створюють умови для формування стійкої мовленнєвої тривожності, яка стає значущим фактором розвитку заїкання.

Психоемоційні перевантаження, пов'язані з підвищеними вимогами до дитини. У дошкільному віці дитина ще не володіє достатніми механізмами саморегуляції. Коли дорослі висувають завищені вимоги, пов'язані з навчанням, мовленнєвою активністю чи соціальною поведінкою, формується стан хронічного перенапруження. Постійне відчуття невідповідності очікуванням дорослих спричиняє розвиток тривожності, що у мовленні проявляється у вигляді заїкання, уповільнень чи повторів слів [53, с. 120].

Важливим стресогенним фактором, що провокує появу або посилює перебіг заїкання, є надмірні вимоги до дитини з боку батьків або педагогів. На думку С. Корнєва , така ситуація виникає тоді, коли дорослі очікують від дитини результатів, які не відповідають її віковим та індивідуальним можливостям. Постійне прагнення «бути кращим» і страх не виправдати очікування дорослих формують у дошкільника стійке почуття тривоги та невпевненості у власних силах [19, с. 255].

Згідно з дослідженнями О. Чекстере, гіперсоціалізовані сім'ї, де цінується лише досягнення і відсутня толерантність до помилок, створюють високий ризик для розвитку невротичних реакцій. У таких умовах мовлення дитини стає «зоною контролю», адже саме через нього вона демонструє свої знання, уміння та інтелектуальні здібності. Будь-які труднощі у висловлюванні супроводжуються різким емоційним напруженням, що призводить до мовленнєвих судом [58, с.66].

За даними О. Козинця, нереалістичні педагогічні вимоги – раннє навчання читанню, письму, іноземним мовам без урахування вікових особливостей – стають фактором психоемоційного перевантаження. Дитина перебуває у стані хронічного стресу, втрачає інтерес до навчання, а мовленнєва активність

знижується через страх помилки чи осуду [15, с. 255].

Таким чином, підвищені вимоги до дитини без урахування її психофізіологічних можливостей формують мовленнєву тривожність і блоки, які можуть стати безпосереднім пусковим механізмом заїкання.

Травматичні ситуації у дитячому колективі (булінг, ізоляція, відторгнення). Дошкільнята дуже залежні від прийняття з боку ровесників. Будь-які випадки відторгнення, насмішки або булінг формують у дитини почуття самотності, занижену самооцінку і страх мовленнєвої взаємодії. Дитина намагається уникати комунікації, а в ситуаціях вимушеного висловлювання у неї виникають блоки, повтори звуків або слів, що посилює заїкання [39, с. 48].

Дитячий колектив є одним із ключових середовищ соціалізації дошкільника, тому негативний досвід взаємодії з однолітками може стати серйозним психотравмуючим чинником. Як зазначає Н. Гоцуляк, булінг, систематичні насмішки чи приниження з боку однолітків формують у дитини стійке відчуття небезпеки та соціальної тривожності. У таких умовах кожен мовленнєвий акт супроводжується страхом бути висміяним, що провокує додаткове напруження та підвищує ризик виникнення заїкання [8, с. 61].

Дослідження В. Купчишиної, М. Олійник, І. Перепелюк підкреслюють, що ізоляція від колективу або відторгнення дитини групою призводять до почуття самотності та невпевненості у власній цінності. Для дошкільного віку, коли потреба у спілкуванні з однолітками є провідною, така ситуація сприймається як сильна психоемоційна травма. Вона може викликати різноманітні невротичні прояви, серед яких мовленнєві розлади займають провідне місце [14, с. 27] .

О. Козинець наголошує, що соціальний тиск у колективі (змагання, постійне порівняння результатів діяльності, диференціація «сильних» і «слабких») створює ситуацію постійного стресу. Уразливі діти реагують на нього порушенням мовленнєвої поведінки: під час спроби висловитися з’являються блоки, повтори звуків чи складів, які з часом закріплюються і трансформуються у стійке заїкання [18, с. 332].

Таким чином, булінг, ізоляція та відторгнення у дитячому колективі

виступають значущими психотравмуючими факторами, що формують у дитини високий рівень мовленнєвої тривожності та стають передумовою виникнення заїкання.

Раптові життєві зміни (переїзд, розлучення батьків, втрата близьких). Зміна стабільного життєвого середовища дитини часто виступає сильним психотравмувальним фактором, що може призвести до порушень мовленнєвого розвитку. Переїзд у нове місце проживання пов'язаний із втратою звичних соціальних контактів, адаптацією до нового дитячого колективу, невизначеністю і відчуттям нестабільності, що формує підвищену тривожність у дитини.

Розлучення батьків створює додаткове емоційне навантаження, оскільки дитина нерідко переживає почуття провини, відкинутості або страху втратити ще одного з батьків. Особливо значним є вплив втрати близької людини: переживання горя на тлі недостатніх вікових ресурсів для його осмислення часто призводить до тривалого емоційного стресу. У таких випадках психоемоційне напруження безпосередньо впливає на мовленнєву сферу, провокуючи появу або посилення заїкання [40, с. 34-38].

Страх і тривога через невідомі чи небезпечні обставини

Страх як базова емоція у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку може бути особливо інтенсивним, адже в цей період світ сприймається як непередбачуваний і небезпечний. Тривога перед новими чи незрозумілими ситуаціями (темрява, гучні звуки, нові люди, перші соціальні контакти поза сім’єю) нерідко викликає психофізіологічне напруження. Особливо небезпечними є ситуації, що асоціюються із реальною загрозою (наприклад, воєнні дії, стихійні лиха, аварії), оскільки вони формують відчуття небезпеки, яке дитина не може контролювати чи пояснити. Хронічне відчуття тривоги дезорганізує когнітивну та емоційну сфери, впливаючи на роботу центральної нервової системи, що може проявлятися у порушеннях темпо-ритмічної організації мовлення [8, с. 58].

Таким чином, кожен із перелічених чинників сам по собі може бути передумовою розвитку заїкання, однак у сучасних умовах найбільш потужним

стресогенним фактором є *воєнна травма*, оскільки вона поєднує в собі всі перелічені загрози – втрату безпеки, розлуку з близькими, небезпеку для життя та порушення звичного способу існування.

За даними Л. Потапюк, перебування дітей у зоні бойових дій, вимушене переміщення, втрата домівки чи близьких, постійна небезпека та звуки обстрілів формують хронічний стрес, що підвищує ймовірність виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР). У таких умовах мовлення стає однією з найбільш вразливих сфер розвитку [36, с. 152].

Дослідження С. Мокії-Сербіної, Н. Заболотної та М. Мавропуло показують, що у дітей з ПТСР часто спостерігається підвищена тривожність, порушення сну, соматичні реакції та мовленнєві розлади. Заїкання в цьому випадку розглядається як психосоматичний симптом, який відображає внутрішню напругу і неврівноваженість нервових процесів [13, с. 92].

В. Зливков та співавтори наголошують, що війна призводить до багаторівневої травматизації дитини – від руйнування базового відчуття безпеки до глибоких змін у когнітивно-мовленнєвій сфері. У дітей дошкільного віку, для яких мовлення є основним засобом соціалізації, воєнна травма може проявлятися у вигляді:

- регресу мовленнєвих навичок (втрата вже засвоєних умінь);
- зниження темпу мовлення;
- появи судом у процесі висловлювання;
- мовленнєвих блоків на фоні страху;
- збільшення кількості повторів і пролонгацій [10, с. 61].

Як підкреслюють Л. Браткова і А. Радченко, діти з постстресовим заїканням мають характерний психосоматичний профіль:

- підвищена емоційна чутливість;
- імпульсивність;
- схильність до соматичних реакцій (енурез, тики), що підсилює мовленнєву симптоматику [2, с. 67].

Як зазначає Ю. Рібцун, у дітей, які пережили бойові дії, заїкання часто має

змішаний невротичний і неврозоподібний характер, тобто поєднує психогенну основу з функціональними порушеннями роботи мовленнєвого апарату. Це підтверджує необхідність міждисциплінарного підходу до допомоги таким дітям – логопед повинен працювати у тісній співпраці з психологом, неврологом і психотерапевтом [39, с. 76].

Таким чином, аналіз наукових джерел дає підстави стверджувати, що стресові чинники є однією з ключових передумов розвитку заїкання, а серед них воєнна травма виступає найбільш потужним і руйнівним фактором. Саме тому у сучасних умовах важливим завданням логопедичного супроводу є не лише робота з мовленнєвими порушеннями, а й врахування психотравмівного досвіду дитини, який потребує міждисциплінарної допомоги.

1.3 Корекційний процес подолання постстресових мовленнєвих порушень

Корекційна робота з дітьми, які мають постстресові мовленнєві порушення, зокрема заїкання, вимагає комплексного та міждисциплінарного підходу. Важливим є врахування як мовленнєвих, так і психоемоційних аспектів розвитку дитини, оскільки саме психотравмувальні фактори виступають ключовою передумовою дезорганізації мовленнєвого процесу [56, с. 65].

Принципи корекційного процесу:

- **комплексність впливу** – ефективна допомога дитині можлива лише за умови міждисциплінарної взаємодії. Логопед працює над відновленням мовленнєвої функції, психолог – над зниженням рівня тривожності та формуванням адаптивних механізмів подолання стресу. Невролог здійснює медичний супровід, оцінює стан нервової системи та за необхідності призначає медикаментозне лікування. Психотерапевт допомагає дитині пропрацювати травматичний досвід, що є підґрунтям для стабілізації емоційного стану та зниження симптомів посттравматичного стресового розладу. Такий підхід

дозволяє впливати на проблему з різних боків і забезпечує більш стійкі результати;

- **індивідуалізація** – кожна дитина має власний темп розвитку, рівень стресостійкості, особливості перебігу мовленнєвого порушення. Тому корекційна програма має підбиратися з урахуванням віку, тяжкості порушення, інтенсивності симптомів, супутніх психологічних чи соматичних проблем. Наприклад, для дошкільників ефективними є ігрові та казкотерапевтичні методи, тоді як для школярів – когнітивно-поведінкові вправи та робота з усвідомленим контролем мовлення;
- **систематичність і поступовість** – корекційна робота повинна бути регулярною та послідовною. Важливо уникати перевантаження дитини, оскільки це може посилювати тривожність і поглиблювати мовленнєві розлади. Завдання мають ускладнюватися поступово: від простих вправ на дихання та артикуляцію до складних форм діалогічного й монологічного мовлення. Систематичність створює передумови для закріплення нових мовленнєвих навичок і формування відчуття впевненості у власних силах;
- **емоційна безпека** – будь-яка корекційна робота повинна проводитися в умовах емоційно-сприятливого середовища. Це означає створення атмосфери довіри, підтримки та стабільності, що допомагає дитині поступово знижувати рівень тривожності. Участь сім'ї є ключовою: батьки мають уникати надмірних вимог, демонструвати прийняття, підтримку і готовність допомогти. Саме почуття безпеки формує основу для відновлення мовленнєвої діяльності після травматичного досвіду [55, с. 287].

Етапи корекційної роботи:

І. Діагностичний – виявлення механізмів мовленнєвого порушення та рівня психоемоційної напруги. Діагностичний етап є вихідною точкою корекційного процесу, оскільки від правильності та повноти діагностики залежить ефективність подальших психотерапевтичних і логопедичних заходів. Він передбачає комплексне обстеження дитини командою фахівців (логопед, психолог, невролог, психотерапевт, за потреби – психіатр).

Основні завдання діагностичного етапу:

1) визначення особливостей мовленнєвого порушення (його механізмів, ступеня та проявів);

2) оцінка рівня психоемоційної напруги та виявлення симптомів ПТСР;

3) збір анамнезу життя і розвитку дитини, з'ясування чинників, що спричинили або посилили мовленнєве порушення;

4) встановлення вихідного рівня мовленнєвого, когнітивного та соціально-емоційного розвитку;

5) формування індивідуального прогнозу і програми корекційної роботи [29, с. 95].

На цьому етапі застосовуються такі методи обстеження:

- ***логопедичні методи,*** які включають в себе аналіз стану артикуляційного апарату, визначення якості мовленнєвого дихання, вивчення особливостей голосоутворення (сила, висота, тембр, стабільність), оцінку темпо-ритмічної організації мовлення, наявність судомних проявів, спостереження за діалогічним і монологічним мовленням.
- ***психологічні методи*** – проективні методики (малюнкові тести – «Малюнок сім'ї», «Неіснуюча тварина»), спостереження за поведінкою в ігровій та комунікативній діяльності, тести для визначення рівня тривожності та страхів.
- ***медичні методи*** – консультація невролога (оцінка стану нервової системи, виявлення органічних уражень), за потреби – електроенцефалографія, нейропсихологічне обстеження, психотерапевтична бесіда для з'ясування наявності симптомів ПТСР (нав'язливі спогади, нічні кошмари, уникання певних ситуацій, підвищена збудливість) [38].

На діагностичному етапі обов'язково проводиться детальне опитування батьків, на якому фахівці з'ясовують:

- особливості раннього розвитку дитини;
- історію мовленнєвого становлення;
- умови виховання та сімейний мікроклімат;
- пережиті дитиною психотравмівні події;

- реакції дитини на стресові ситуації.

Результатом діагностичного етапу корекційної роботи буде визначення індивідуальної структури мовленнєвого порушення, встановлення взаємозв'язку між психотравмою та мовленнєвими проблемами, окреслення сильних сторін дитини, на які можна спиратися в корекційній роботі, розробка індивідуальної програми допомоги з урахуванням актуального психоемоційного стану [39, с. 36].

ІІ. Психотерапевтичний етап має ключове значення, оскільки саме він забезпечує зниження рівня психоемоційної напруги, стабілізацію психічного стану дитини та створює передумови для подальшої логопедичної і педагогічної роботи. В умовах постстресових розладів мовлення головним завданням є допомогти дитині безпечно прожити травматичний досвід, відновити почуття контролю та сформувати адаптивні механізми подолання стресу.

Виділяють такі основні напрямки роботи на даному етапі корекції:

1. **Арттерапія** – використання малювання, ліплення, аплікації чи музики як засобу невербального вираження емоцій. Діти з посттравматичними розладами часто мають труднощі з вербалізацією свого стану, тому образотворчі форми дають можливість символічно «вивільнити» напругу. Арттерапевтичні техніки сприяють зниженню тривожності, нормалізації настрою та підвищенню комунікативної активності [9, с. 35].

2. **Ігротерапія –** гра виступає природним середовищем для дитини дошкільного та молодшого шкільного віку. Через сюжетно-рольові ігри дитина може відтворювати травматичні події в символічній формі, що допомагає їй поступово інтегрувати травматичний досвід у власну картину світу. Ігротерапія також стимулює мовленнєву активність, розвиток діалогічних форм спілкування та соціальних навичок [48, с. 220].

3. **Казкотерапія** – один із найефективніших методів роботи з дітьми, які мають стресові та мовленнєві розлади. Казковий сюжет дозволяє дитині ідентифікувати себе з героєм, символічно «переживати» власні страхи та знаходити вихід із складних ситуацій. Казкотерапія формує позитивні установки,

знижує страхи, підтримує впевненість у власних силах та відкриває можливості для відновлення мовлення в безпечному, ігровому форматі [43, с. 120].

Завданням психотерапевтичного етапу є:

- зниження рівня психоемоційної напруги;
- забезпечення дитині відчуття безпеки та підтримки;
- допомога дитині в опрацюванні травматичного досвіду у символічній формі;
- відновлення комунікативної мотивації;
- підготовлення бази для ефективного логопедичного втручання [28, с. 107].

Поєднання психотерапевтичних методів із логопедичною корекцією забезпечує більш стійкі результати, ніж використання лише мовленнєвих вправ.

III. Логопедичний – спрямований на відновлення та розвиток мовленнєвої функції, нормалізацію дихання, голосоутворення, артикуляційних рухів і формування комунікативних навичок. У цьому процесі важливим є поступове поєднання технік релаксації з традиційними логопедичними вправами, що дозволяє уникнути повторного травмування дитини.

Виділяють такі основні напрями логопедичної роботи:

1. **Дихальна гімнастика.** Мета цього напряму полягає в відновленні правильного фізіологічного типу дихання, формування навички ритмічного, спокійного мовленнєвого видиху. Діти із постстресовими мовленнєвими порушеннями часто дихають поверхнево або нерівномірно, що провокує мовленнєву судомність.

Приклади вправ:

- «Свічка» – дитина дмухає на уявне або справжнє полум’я;
- «Пір’їнка» – дути на легкий предмет, намагаючись утримати його в повітрі;
- «Надуй щічки» – короткі вдихи й тривалий видих;
- «Паровозик» – імітація звуку поїзда на подовженому видиху.

Після проведення дихальної гімнастики спостерігається подовження фази

видиху, зниження мовленнєвого напруження, формування ритмічного дихання, що сприяє плавності мовлення [52, с. 222].

2. **Артикуляційна гімнастика**. Метою артикуляційної гімнастики є тренування м'язів язика, губ, щік, м'якого піднебіння, які можуть бути гіпотонічними або надмірно напруженими внаслідок стресових впливів.

Приклади вправ:

- «Годинник» – переміщення язика вліво-вправо;
- «Гойдалка» – рух язика вгору-вниз;
- «Хоботок-усмішка» – чергування витягування губ уперед і усмішки;
- «Барабанчик» – постукування язиком по піднебінню.

Результатом артикуляційної гімнастики буде підвищення точності та свободи артикуляційних рухів, підготовка до чіткого звукотворення [60, с. 125].

3. **Міофункціональна терапія.** Мета міофункціональної терапії полягає в нормалізації тонусу орофаціальних м'язів, формування правильних рухових патернів у процесі мовлення та ковтання. При міофункціональній терапії використовуються вправи на розвиток координації язика, губ та нижньої щелепи. У результаті буде спостерігатися гармонізація роботи периферичного мовленнєвого апарату, зменшення напруження [28, с. 107].

4. **Ритміко-музичні вправи.** Метою таких вправ є відновлення темпо-ритмічної організації мовлення через поєднання слова, руху та музики. Використовують плескання в ритм під вірш, співання коротких фраз, вправи на ритмічне проговорювання складів. Результатом застосування таких вправ буде підвищення плавності мовлення, зняття страху перед висловлюванням [54, с. 60].

5. **Робота з діалогічним та монологічним мовленням** включає такі етапи:

- від простих діалогічних реплік («запитання–відповідь») → до розширених висловлювань;
- поступове формування монологів (опис іграшки, розповідь за картинкою, переказ казки).

В результаті буде спостерігатися розвиток комунікативної активності,

підвищення впевненості у власному мовленні [20, с.153].

Завдання логопедичного етапу полягають в:

- нормалізації дихальної, артикуляційної та голосової функції;
- відновленні плавності і виразності мовлення;
- формуванні стійких навичок діалогічного й монологічного спілкування;
- зниженні мовленнєвої тривожності, пов'язаної зі страхом говоріння;
- підготовці дитини до повноцінної інтеграції у навчальний та соціальний простір [57, с. 64].

IV. Формування навичок подолання стресу – цей етап є ключовим для профілактики рецидивів мовленнєвих порушень, адже саме стрес часто виступає пусковим механізмом для виникнення або загострення заїкання та інших мовленнєвих труднощів. Мета роботи – навчити дитину саморегуляції, сформувати стійкі стратегії керування власними емоціями та тілесними реакціями.

Виділяють такі основні напрямки роботи:

1. Техніки релаксації – вони спрямовані на зниження рівня тілесної та психоемоційної напруги. До таких методів належать:

- прогресивна м'язова релаксація, яка передбачає поетапне напруження й розслаблення різних груп м'язів, що допомагає дитині відчути контраст між напругою та спокоєм;

- візуалізація, або метод «уяви безпечне місце», під час якого дитина переноситься у подумки створене середовище, де вона почувається захищеною;

- вправа «М'яка хвиля», коли розслаблення тіла супроводжується спокійною музикою, що допомагає синхронізувати дихання, серцебиття й внутрішній ритм організму.

В результаті застосування техніки релаксації буде спостерігатися зниження тілесної напруги, зменшення тривожності, відновлення відчуття контролю над власним тілом [59, с. 96].

2. Техніки контролю дихання – цей напрям є надзвичайно важливим для дітей із заїканням або іншими мовленнєвими порушеннями, адже дихання

безпосередньо впливає на темп, ритм і плавність мовлення. Основні техніки:

- діафрагмальне дихання (повільний вдих через ніс і тривалий видих через рот), що сприяє заспокоєнню нервової системи;

- «квадратне дихання» – рівні інтервали вдиху, затримки, видиху й повторної паузи (по 4 секунди кожен);

- вправа «Свічка» – короткий вдих і тривалий, плавний видих, ніби дитина намагається «дмухати» на свічку, не гасячи її.

Результатом буде стабілізація темпу та ритму мовлення, зниження фізіологічних проявів стресу (серцебиття, пітливість, напруга) [42, с. 115].

3. Робота з голосом – цей напрям допомагає дитині відновити природне звучання голосу, відчути впевненість у мовленнєвій діяльності.

Використовують такі вправи:

- плавне голосоведення (протягування голосних звуків, що формує контроль за силою й висотою голосу);

- спів або наспівування коротких фраз, що знімає голосову напругу;

- гра «шепіт–голос», у якій дитина поступово переходить від тихого шепоту до впевненого голосного мовлення.

Результатом використання таких вправ буде розвиток контрольованого голосоведення, зменшення страху говоріння та формування впевненості у власних мовленнєвих можливостях [58, с. 130].

4. Емоційна саморегуляція – полягає в використання «емоційних термометрів» (дитина показує рівень напруги), ведення «щоденника настрою», виконанні вправ з тілесною усвідомленістю. В результаті дитина навчається розпізнавати власний емоційний стан і підбирати відповідні стратегії подолання тривоги [21, с. 49].

5. Формування життєстійкості включає в себе казкотерапію: історії про героїв, які долають труднощі; рольові ігри з програванням ситуацій публічних виступів чи діалогів; вправи на розвиток упевненості («Я можу!», «У мене вийде!»). Результатом використання такого напрямку роботи буде підвищення віри у власні можливості, зменшення мовленнєвого страху, розвиток стійкості до

стресових ситуацій [38, с. 140].

Отже, завданнями етапу формування навичок подолання стресу можна виділити наступні:

- навчити дитину технік швидкого зниження напруги;
- сформувати стратегії контролю дихання й голосу в умовах стресу;
- підвищити рівень емоційної саморегуляції;
- розвинути впевненість у власних мовленнєвих можливостях;
- запобігти повторному виникненню або посиленню мовленнєвих порушень під дією стресових чинників.

V. Робота з батьками. У корекції постстресових мовленнєвих порушень у дітей участь батьків є вирішальною, адже саме вони створюють умови для емоційної безпеки та закріплюють результати занять удома.

Основними напрямами роботи з батьками є:

1. Психоедукація батьків, яка полягає в наданні знань про механізми виникнення мовленнєвих порушень під впливом стресу, ознайомленні з принципами корекційної роботи (систематичність, поступовість, індивідуалізація), роз'ясненні ролі сім'ї у зниженні тривожності дитини. В результаті батьки усвідомлюють власну роль, зменшують надмірні вимоги та тиск на дитину.

2. Формування підтримувальної атмосфери вдома – зміна стилю виховання з авторитарного на демократичний, партнерський, виключення критики та порівнянь («говори швидше», «подивись, як інші вміють»), створення «острівців безпеки» – ситуацій, де дитина відчуває себе спокійно (ритуали, спільні ігри, читання казок). Як результат спостерігається зниження мовленнєвої напруги, підвищення впевненості дитини [16, с. 95].

3. Практичне навчання батьків комунікативним стратегіям. Тут доцільно використати підхід Project ImPACT (Improving Parents As Communication Teachers) – доказову програму, розроблену для дітей із комунікативними порушеннями.

Основними принципами підходу Project ImPACT є те, що батьки стають

активними «терапевтами», які впроваджують корекційні методики у повсякденне життя, використання ігрових ситуацій для навчання мовленню та соціальним навичкам, акцент на мотивації дитини: дорослий підлаштовується під інтереси, вибір і темп малюка, застосування природного підкріплення (похвала, успіх у грі, спільна радість).

Ця програма включає такі техніки для батьків:

- модельоване мовлення**:** батьки повторюють слова й фрази дитини, розширюючи їх («м'яч» → «синій м'яч котиться»);
- спільна увага: дивитися в очі, стежити за поглядом і діями дитини, коментувати їх;
- вбудоване навчання: використовувати повсякденні ситуації (їжа, прогулянка, купання) для тренування мовлення;
- регуляція темпу: уповільнене мовлення батьків як модель для дитини.

В підсумку цей підхід забезпечує розвиток комунікативних навичок у природних умовах, зниження мовленнєвого страху, формування стійких позитивних звичок у взаємодії [46, с. 210].

4. Робота з емоційним станом батьків, яка полягає в психологічній підтримці: подолання батьківської тривоги, почуття провини; тренінги саморегуляції (дихальні вправи, майндфулнес); групи підтримки батьків, які виховують дітей із подібними труднощами.

Основним результатом буде стабілізація психологічного клімату в сім'ї, підвищення ефективності взаємодії з дитиною [13, с. 25].

Підсумовуючи сказане, можна зробити висновок, що завданнями етапу роботи з батьками є:

- забезпечити батьків знаннями про природу мовленнєвих порушень;
- навчити ефективним методам комунікації (через Project ImPACT та інші підходи);
- змінити стиль виховання у бік більш прийнятного та підтримувального;
- підтримати психологічний ресурс батьків.

Розуміння першоджерела виникнення психічного розладу та мовленнєвого

порушення є передумовою ефективного лікування. При виборі психокорекційних методів фахівці мають враховувати етапи проживання дітьми травматичного досвіду:

- шоковий етап – відсутність цілеспрямованої активності, контактів із середовищем;
- етап стабілізації – поступове відновлення відчуття безпеки, контроль емоцій;
- етап відновлення – робота з ресурсними образами, нормалізація психоемоційного стану, сприятливого для відновлення навичок;
- етап інтеграції – тематичні терапевтичні зустрічі, безпосередня логопедична корекція мовленнєвого порушення [24, с. 72].

Таким чином, третій етап створює умови для відновлення раніше сформованих мовленнєвих навичок у дітей із тяжкими порушеннями, а четвертий – для активної корекційної роботи.

Сучасна практика вказує на потребу логопедів та психологів володіти специфічними методами роботи з психотравмою. Наразі констатується брак фахівців, які мають підготовку у сфері психічного здоров’я та вміють працювати з дітьми, що пережили травматичні події. Це зумовлює нові вимоги: логопед має не лише володіти традиційними методами корекції мовлення, але й розуміти особливості перебігу ПТСР, етапи переживання травми та їхній вплив на мовленнєву діяльність.

Згідно із Законом України «Про освіту», діти з психотравмою та ПТСР можуть розглядатися як окрема категорія дітей з особливими освітніми потребами. Військові дії значно збільшили поширеність таких випадків, що створює суспільний запит на спеціалістів, здатних поєднувати логопедичну та психокорекційну роботу.

Отже, процес корекції постстресових мовленнєвих порушень передбачає системний, міждисциплінарний підхід, спрямований на гармонізацію психоемоційного стану дитини та відновлення цілісності мовленнєвої діяльності. Ефективність корекційної роботи забезпечується поєднанням

логопедичних, психотерапевтичних і нейропсихологічних методів, які мають не лише мовленнєву, а й психокорекційну спрямованість. Важливою умовою успіху є залучення родини до терапевтичного процесу, формування підтримувальної атмосфери у найближчому соціальному оточенні дитини. Такий підхід сприяє стабілізації емоційної сфери, зниженню тривожності та поступовому відновленню темпо-ритмічної організації мовлення.

РОЗДІЛ 2
ОРГАНІЗАЦІЯ ЛОГОПЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ ІЗ ПТСР

2.1 Організація та методика дослідження мовлення дітей із постстресовим заїканням

Дослідження проводилося на базі ЗДО № 150 м. Львова, де у старшій групі було відібрано 6 дітей віком 5-6 років, які мали діагностоване постстресове заїкання. Із них троє дітей є внутрішньо переміщеними особами (ВПО).

Причинами мовленнєвих порушень визначено пережиті стресові події: вимушена зміна місця проживання, перебування у зоні звукових вибухів, розлука або втрата членів сім'ї, тривале перебування в укритті. Емоційно-психологічні наслідки цих подій проявилися у порушеннях темпо-ритмічної організації мовлення, підвищеній тривожності, спазматичності артикуляційних рухів та нестійкості дихально-фонаторного циклу.

Мета дослідження полягала в визначенні особливостей мовлення дітей із постстресовим заїканням та розробці індивідуального логопедичного маршруту корекційної роботи з урахуванням психоемоційного стану дітей.

Для досягнення мети було поставлено такі завдання:

1. провести первинне мовленнєве обстеження з акцентом на ритмі, темпі, плавності мовлення та супровідних рухах;
2. дослідити психоемоційний фон дітей (спостереження, бесіди, дані психолога);
3. визначити рівень сформованості дихального, голосового та артикуляційного компонентів мовлення;
4. розробити та впровадити індивідуальні логопедичні маршрути корекції постстресового заїкання;
5. оцінити ефективність використаних корекційних технологій.

Дослідження складалося з трьох етапів:

І. Констатувальний етап

На цьому етапі проводилася комплексна діагностика, яка включала:

- обстеження темпо-ритмічної сторони мовлення, а саме визначення частоти й типів судом (тонічні/клонічні), оцінка плавності та безперервності мовлення, аналіз мовленнєвого дихання, реєстрація супутніх рухів;
- психологічне обстеження, яке включало в себе оцінку рівня тривожності, визначення наявності страху мовлення, характеристику поведінкових реакцій на стресові стимули;
- дослідження артикуляційної й дихальної моторики: проби на координацію рухів (поєднання дихання-голосу-артикуляції), оцінка плавних переходів у мовленні, аналіз синхронності мовленнєвих рухів.

Для обстеження темпо-ритмічної сторони мовлення було використано такі завдання:

1. Обстеження автоматизованого мовлення

Попросити дитину проговорити:

- лічбу 1-10;
- дні тижня;
- пори року.

Критерії оцінювання: рівномірність темпу, наявність «застрягань», прискорень, пауз.

2. Обстеження можливості повторення фраз із різним темпом

Логопед дає інструкції:

- «Скажи повільно: Мама мила раму».
- «Скажи швидко: Біжить зайчик по лісочку».
- «Скажи звичайним голосом: Я люблю морозиво».

Критерії оцінювання:

- чи здатна дитина регулювати темп за інструкцією;
- чи змінюється плавність при зміні швидкості.

3. Повторення слів зі складною ритмікою: «телевізор», «доброзичливість», «автомобіліст», «мандарини», «тортиками».

Критерії оцінювання:

- пропуски складів;
- перестановки;
- розтягування голосних;
- мимовільні паузи всередині слів.

4. Артикуляційно-ритмічна проба

Логопед задає ритм плесканням або барабанчиком:

- рівний темп (наприклад, 4 удари);
- прискорення;
- уповільнення;

Дитина супроводжує ритм словами («та-та-та», «па-па-па»).

Критерії оцінювання:

- здатність утримувати темп;
- синхронність мовлення та руху;
- збої при зміні ритму.

5. Спонтанне мовлення (2-3 хвилини розповіді)

Теми:

- «Що ти робив учора?»
- «Моя улюблена іграшка»
- «Що я люблю в дитсадку»

Критерії оцінювання:

- наявність судомних пауз;
- раптові прискорення;
- «Заклинювання» на першому звуці;
- ритмічність фраз (чи є «вибуховість»).

Було проведено таке діагностичне завдання:

«Уважні вушка»

Мета – визначення стану темпоритмічного складника на матеріалі немовленнєвих звуків.

Обладнання: метроном, музичний трикутник, музичний матеріал

«Метроном»

Підготовча робота: ознайомлення з метрономом, його звучанням.

Перебіг проведення. Логопед пропонує послухати звук метронома та повторити його звучання за допомогою музичного трикутника. Спочатку дитина слухає рівномірне звучання метронома (запис), далі педагог задає визначений ритмічний малюнок, а дитина відтворює його.

Інструкція. Уважно послухай ритмічну мелодію та повтори.

Психологічне обстеження проводилося практичним психологом закладу та включало оцінку емоційно-вольової сфери, рівня тривожності, поведінкових реакцій на стрес та адаптаційних ресурсів. За результатами психологічного висновку встановлено підвищений рівень емоційної напруги, наявність залишкових проявів гострої стресової реакції та труднощі саморегуляції.

Психологом були використані такі методики:

- Спостереження за поведінкою (вільне та структуроване).
- Дитячий проективний тест «Малюнок сім'ї».
- Шкала тривожності Р. Теммла – Доркі – Амен (адаптована).
- Бесіда з дитиною (відповідна віку).
- Опитування батьків (анкета оцінки стресових проявів).
- Ігрова діагностика емоційного стану (вибір смайликів, карточок-емоцій).

Отримані дані були використані для уточнення індивідуального корекційного маршруту, визначення оптимального темпу роботи та підбору методів, що мінімізують психоемоційне навантаження. Психологічний статус дитини враховувався при доборі вправ на мовленнєве дихання, ритмізацію та регуляцію темпу мовлення.

Дослідження артикуляційної та дихальної моторики проводилося з метою оцінки координованості роботи дихального, фонаційного й артикуляційного компонентів мовлення, а також виявлення можливих дискоординацій, які лежать в основі заїкання.

Для дослідження артикуляційної та дихальної моторики були використані

такі діагностичні проби:

1. Діагностичне завдання «Цікавий футбол»

Мета – діагностика стану мовленнєвого дихання.

Обладнання: пінопластова (ватна) кулька, ігрові ворота, фішки, музичний матеріал: «М'ячик».

Мовленнєвий матеріал:

Гру цю люблять всі на світі:
І батьки, і їхні діти.
М'яч. Удар. І крики: «Го-о-ол!»
Пречудова гра <…> (футбол).
(Ігор Січовик)

Перебіг проведення. Логопед пропонує дитині відгадати загадку та пограти в незвичний цікавий футбол. Педагог виставляє імпровізовані ворота, дає дитині кульку, проводить кілька мінітренувань. Матч проводиться під легку ритмічну музику. Кожен гол фіксується за допомогою фішки. Виграє той, у кого фішок на кінець гри виявилося більше.

Інструкція. Давай пограємо з тобою в цікавий футбол.

1-ий тайм. Губи витягни вперед. Здувай кульку на протилежний край столу, намагаючись закотити м'яч у ворота. Стеж, щоб видихуваний струмінь повітря був вузьким, а не розсіяним, щоки не надувалися.

2-ий тайм. Рот трохи відкрий. Губи в посмішці. Широкий язик поклади на нижню губу. Наче вимовляючи звук [ф], дми на язик так, щоб здути кульку в потрібному напрямку. Ведучи м'яч, руками користуватися не можна.

2. Діагностичне завдання «Вправне Акуленятко»

Мета – визначення стану сформованості артикуляційної моторики шляхом виконання статичних («Млинчик», «Чашечка», «Голочка») і динамічних («Гойдалка», «Годинничок», «Каруселі») вправ.

Обладнання: іграшкове акуленятко, предметні картинки на позначення артикуляційних вправ, індивідуальне дзеркало, паперові серветки.

Мовленнєвий матеріал: віршики до артикуляційних вправ, Музичний

матеріал «Міогімнастика для м’язів язика з Акуленятком».

Попередня робота: ізольоване виконання артикуляційних вправ під віршований супровід.

Перебіг проведення. Логопед показує дитині іграшку та знайомить з Акуленятком. Повідомляє, що Акуленятко, хоч і має гострі зубки, зовсім не сердите, а навпаки, добре, веселе та дуже любить грати з дітьми, особливо виконуючи вправи з язичком. Пропонує виконати артикуляційні вправи під музику разом із ним.

Інструкція. Зроби вправи для язичка разом з Акуленятком.

Таблиця 2.1 – Шкала оцінювання виконання логодіагностичних проб

Бал	Рівень
10	найвищий – безпомилкове виконання проби
9-7	виконання завдання з мінімальними похибками
6-5	достатній – виконання проби із залученням незначної допомоги логопеда
4-1	неповне виконання проби, переривання процесу виконання, невиконання завдання

Результати діагностики показали, що всі діти мали виражені порушення плавності мовлення, нестійке дихання та підвищене м’язове напруження. У дітей-ВПО виявлено також високий рівень тривожності та уникання мовленнєвих ситуацій.

ІІ. Формувальний етап – спрямований на реалізацію індивідуальних логопедичних маршрутів, розроблених за результатами констатувального обстеження. Його метою стало відновлення плавності мовлення, нормалізація мовленнєвого дихання, зниження мовленнєвої тривожності та відновлення психофізіологічної стабільності дітей. Тривалість етапу становила 10 тижнів, інтенсивність – 3 логопедичні заняття на тиждень, тривалістю 25-30 хвилин кожне.

Корекційна програма мала комплексний міждисциплінарний характер,

включаючи логопедичні, психолого-педагогічні, дихальні, ритмічні та релаксаційні методики.

На цьому етапі застосовувалися такі основні напрями та методики корекції:

1. Корекція мовленнєвого дихання – центральний компонент формувального етапу, оскільки порушення дихання є базовим механізмом заїкання.

Застосовувалися такі методики:

- вправи на подовження видиху («Свічка», «Пір'їнка», «Човник», «Кульбабка»);
- координація дихання–голосу–артикуляції (плавне голосоведення на видиху);
- дихальні ритмічні комплекси (вдих 2 секунди — видих 4–5 секунд);
- релаксаційні техніки дихання (діафрагмальне дихання, дихання «хвилею»).

Мета полягала в зниженні м'язового напруження, виробленні плавного видиху й стійкого голосоутворення.

2. Формування плавності мовлення

Корекція темпу, ритму та плавності здійснювалася через:

- методику «м'якого голосового старту» (легкий початок слова з плавним наростанням сили голосу);
- подовження фонем і складів (співуче мовлення);
- методику «фразового мовлення» - вимова фрази на одному подовженому видиху;
- уповільнене мовлення з ритмічною опорою (тапінг, кроки, музика);
- поступове ускладнення мовленнєвих завдань: звук → слово → словосполучення → коротка фраза → діалог → вільне висловлювання.

Мета: відновлення плавності, керованого темпу та цілісності мовленнєвого висловлення.

3. Логоритміка

Логоритмічна робота включала поєднання руху, дихання та мовлення. Використовувалися:

- ритмічні вправи під повільну музичну композицію;
- вправи на синхронізацію ходи й мовлення (крок — слово);
- віршовані логоритмічні комплекси;
- вправи для зниження психомоторного напруження («Маятник», «Хвилинка тиші»).

Мета логоритмічних завдань – стабілізація мовленнєвої моторики, зниження м’язових блоків, нормалізація ритму.

4. М’язово-артикуляційна релаксація

Оскільки у дітей із постстресовим заїканням систематично спостерігається перенапруга артикуляційної мускулатури, застосовувалися:

- масаж артикуляційних м’язів (щелепові, губні, під’язикові);
- вправи на розслаблення плечового поясу;
- методика «теплий долоньковий дотик»;
- артикуляційна гімнастика у повільному темпі;
- вправи на «гальмування» надмірної м’язової реакції.

Мета: зменшення супутніх рухів, зниження м’язової напруги, стабілізація артикуляційної бази.

5. Психоемоційна стабілізація дитини

Оскільки заїкання носить посттравматичний характер, важливим компонентом стала робота над емоційною сферою, яку проводив психолог:

- казкотерапія (історії про дітей, які долають страх говоріння);
- арт-терапевтичні техніки (малювання страху, «коробочка безпеки»);
- серія вправ для саморегуляції («Заземлення», «М’язовий релакс», «Дихання квадратом»);
- психологічні міні-паузи у структурі заняття.

Мета: зниження мовленнєвого страху, підвищення впевненості дитини у власних можливостях.

6. Робота над комунікативними ситуаціями

Для підготовки до реальних мовленнєвих ситуацій використовувалися:

- рольові ігри («В магазині», «У лікаря», «На дитячому майданчику»);
- постановка коротких діалогів;
- вправи «говоріння за планом»;
- позитивні «мовленнєві проби» у безпечній атмосфері.

Мета: перенесення навичок плавного мовлення у повсякденні ситуації.

7. Робота з батьками

Батьків залучали до корекційного процесу через:

- щотижневі консультації;
- роз'яснення правил мовленнєвого супроводу дитини вдома;
- навчання технікам зниження мовленнєвого тиску;
- підбір домашніх вправ на 3-5 хвилин щоденно.

Мета роботи з батьками полягала в забезпеченні безперервності корекції у сімейному середовищі.

Формувальний етап базувався на комплексному впливі: нормалізації дихання, формуванні плавності, логоритміці, зниженні психоемоційної напруги, роботі над комунікативними ситуаціями та активній співпраці з батьками. Саме поєднання цих методів дозволило забезпечити поступове зменшення мовленнєвих судом, нормалізацію темпо-ритмічних параметрів і підвищення комунікативної впевненості дітей.

III. Контрольний етап мав на меті визначити ефективність упровадженої корекційної програми, спрямованої на подолання постстресового заїкання у дітей старшого дошкільного віку. Після завершення формувального впливу було повторно проведено комплексне логопедичне обстеження, яке за структурою, методами та діагностичними інструментами повністю відповідало констатувальному етапу. Це забезпечило можливість об’єктивного порівняння отриманих результатів та встановлення динаміки мовленнєвого розвитку.

Завдання контрольного етапу:

1) повторно оцінити рівень вираженості симптомів заїкання (частота й сила судом, типи запинок, рівень мовленнєвої тривожності);

2) визначити динаміку в сформованості дихально-артикуляційної координації;

3) проаналізувати зміни у темпі, ритмі та плавності мовлення;

4) оцінити розвиток емоційно-вольової регуляції під час мовлення;

5) зіставити індивідуальні результати дітей з їхніми стартовими показниками;

6) визначити ефективність застосованих корекційних методів та доцільність подальшого логопедичного супроводу.

Методики, використані на контрольному етапі:

1. Логопедичне обстеження плавності мовлення:
   - повторне усне висловлювання за картинками;
   - прочитання коротких віршів/ритмізованих текстів (при наявності навички);
   - спонтанне мовлення на тему («Що я робив учора»).
2. Шкала оцінки частоти та інтенсивності мовленнєвих судом (за тією ж системою, що на констатувальному етапі).
3. «Логопедична карта плавності мовлення» - повторне заповнення для аналізу динаміки.
4. Оцінка рівня мовленнєвої тривожності.
5. Спостереження за поведінкою дитини в комунікативних ситуаціях
   - реакція на звернення,
   - ініціація мовлення,
   - рухова й дихальна координація.

Контрольний етап було проведено через 3 дні після завершення формувального впливу. Дослідження проводилося у знайомому для дітей середовищі (логопедичний кабінет ЗДО №150). Усі діти проходили обстеження індивідуально. Умови відтворювали ситуації констатувального етапу, щоб мінімізувати вплив зовнішніх факторів.

2.2 Результати дослідження та їх інтерпретація

Дослідження проводилося у три етапи: констатувальний, формувальний та контрольний. Метою було визначити вихідний стан темпо-ритмічної організації мовлення дітей із постстресовим заїканням та оцінити ефективність розробленого індивідуального логопедичного маршруту.

Для інтерпретації результатів дослідження необхідно охарактеризувати критерії, показники та рівні сформованості мовленнєвих і психоемоційних компонентів у дітей дошкільного віку із заїканням після травматичних подій. В нашому дослідженні ми обрали мовленнєвий критерій, який характеризує особливості усного мовлення та ступінь прояву заїкання.

Показниками мовленнєвого критерію є:

- частота та тривалість судом мовленнєвого апарату (тонічних, клонічних або змішаних);
- локалізація мовленнєвих судом (дихальні, голосові, артикуляційні);
- темпо-ритмічна організація мовлення;
- мовленнєве дихання (плавність і зв’язність мовлення);
- виразність мовлення, інтонаційна різноманітність;
- мовленнєва активність у спонтанному та ситуативному мовленні.

У даному дослідженні показниками мовленнєвого критерію обрано частота та тривалість судом мовленнєвого апарату, темпо-ритмічна організація мовлення та мовленнєве дихання (плавність і зв’язність мовлення).

Рівні сформованості:

Високий рівень – емоційний стан відносно стабільний, страх мовлення відсутній або мінімальний, дитина контролює свої емоції.

Середній рівень – помірна тривожність, емоційна напруга в складних або нових ситуаціях, періодичні негативні переживання.

Низький рівень – високий рівень тривожності, стійкий страх мовлення, часті емоційні зриви, пов’язані з мовленнєвою діяльністю.

Методи, які використовувалися під час дослідження:

Логопедичне спостереження та фонетичний аналіз мовлення – аналізуються випадки блокування, повторів, затримок звуків.

- Тестування на плавність мовлення: спеціальні тексти або короткі оповідання для спонтанного мовлення.

- Відеозапис мовлення дозволяє оцінити клонічні (швидкі повтори) та тонічні (тривалі блоки) судоми.

1. Результати констатувального етапу

Констатувальне обстеження 6 дітей віком 5-6 років (з них 3 – ВПО) виявило характерні для постстресового заїкання порушення:

- неплавність мовлення: наявність тонічних та клонічних судом, повтори складів, протяжні паузи;
- різке прискорення або загальмування темпу мовлення;
- супутні рухи: напруження в області губ, плечей, моргання;
- порушення мовленнєвого дихання: короткий вдих, судомний видих;
- підвищена тривожність під час мовлення, уникання відповіді перед групою;
- у дітей-ВПО фіксувались симптоми посттравматичної реактивності (гіпервразливість на звуки, скута поведінка, періодичні мовленнєві блоки).

Таблиця 2.2 – Показники темпо-ритмічної сторони мовлення дітей на констатувальному етапі

№ дитини	Плавність мовлення	Типи судом	Мовленнєве дихання	Темп мовлення	Супутні рухи	Рівень тривожності
Д1	Низька	Клонічні	Поверхневе	Прискорений	Є	Високий
Д2	Низька	Тонічні	Судомний видих	Сповільнений	Виражені	Високий
Д3 (ВПО)	Дуже низька	Змішані	Нестійке	Варіативний	Є	Дуже високий
Д4 (ВПО)	Низька	Клонічні	Короткий вдих	Прискорений	Є	Підвищений
Д5 (ВПО)	Дуже низька	Тонічні	Судомний видих	Сповільнений	Є	Дуже високий

Продовження табл. 2.2

Д6 (ВПО)	Низька	Клонічні	Короткий вдих	Прискорений	Є	Підвищений

2. Результати формувального етапу.

На формувальному етапі реалізовувався індивідуальний логопедичний маршрут, який включав:

- корекцію мовленнєвого дихання;
- формування плавності мовлення;
- логоритміку;
- м’язово-артикуляційна релаксацію;
- психоемоційну стабілізацію дитини;
- роботу над комунікативними ситуаціями;
- роботу з батьками.

Корекційний цикл тривав 10 тижнів по 3 заняття щотижня.

Вже на 4-5 тижні було зафіксовано помітне зниження кількості судом, подовження видиху та зменшення супутніх рухів. У дітей-ВПО спостерігалася позитивна динаміка емоційної стабілізації.

3. Результати контрольного етапу

Порівняння даних контрольного етапу з результатами констатувального обстеження засвідчило позитивні зміни у всіх дітей.

Таблиця 2.3 – Динаміка мовленнєвих показників після корекційної роботи

№ дитини	Плавність мовлення	Типи судом	Мовленнєве дихання	Темп мовлення	Супутні рухи	Рівень тривожності
Д1	Середня (спостерігається покращення)	Поодинокі клонічні	Стабілізоване, подовжений видих	Нормалізований	Зменшилися, епізодичні	Середній
Д2	Середня	Зменшені тонічні напруження	Контрольований видих, ритмічніший	Близький до норми	Менш виражені	Середній
Д3 (ВПО)	Низька–середня (виражена динаміка)	Менш часті змішані	Стабілізується, короткі зриви	Варіативний, з тенденцією до вирівнювання	Зменшилися	Високий → Підвищений

Продовження табл. 2.3

Д4 (ВПО)	Середня	Рідкі клонічні	Глибший вдих, подовжений видих	Сповільнений до норми	Епізодичні	Середній
Д5 (ВПО)	Низька–середня	Менш часті тонічні	Контрольований судомний видих (значне зменшення судомності)	Стабільний повільний	Значно зменшені	Дуже високий → Підвищений

Таблиця 2.3 – Зведена таблиця з відсотковим розподілом показників для всіх дітей (6 осіб)

Показник	Варіант	Кількість дітей	Відсоток (%)
Плавність мовлення	Дуже низька	2	33,3%
	Низька	4	66,7%
Типи судом	Клонічні	3	50%
	Тонічні	2	33,3%
	Змішані	1	16,7%
Мовленнєве дихання	Поверхневе	1	16,7%
	Судомний видих	2	33,3%
	Нестійке	1	16,7%
	Короткий вдих	2	33,3%
Темп мовлення	Прискорений	3	50%
	Сповільнений	2	33,3%
	Варіативний	1	16,7%
Супутні рухи	Є	5	83,3%
	Виражені	1	16,7%
Рівень тривожності	Дуже високий	2	33,3%
	Високий	2	33,3%
	Підвищений	2	33,3%

Порівняльний аналіз показників мовлення дітей із постстресовим заїканням до та після проведення корекційно-розвиткової роботи свідчить про позитивну динаміку за всіма досліджуваними критеріями. Результати демонструють, що застосований міждисциплінарний підхід (поєднання логопедичних методик, елементів логоритміки, дихальних вправ, емоційно-релаксаційних технік та роботи з батьками) є ефективним для дітей 5-6 років, які

пережили стресові події, зокрема вимушене переселення та вплив бойових дій.

Проаналізуємо кожен критерій:

1. Плавність мовлення

До корекції плавність мовлення у всіх дітей була зниженою або дуже низькою, що проявлялося у вигляді частих повторів, блоків, раптових зупинок та надмірної напруженості мовленнєвого потоку.

Після корекції спостерігається помітне покращення плавності в усіх учасників:

- у дітей Д1, Д2 і Д4 плавність підвищилася до середнього рівня,
- у дітей Д3 і Д5 – до низького–середнього, що свідчить про позитивну, але повільнішу динаміку у дітей з вищим рівнем тривожності та змішаними формами судом.

Отримані зміни засвідчують, що системна робота над темпоритмічними характеристиками мовлення, використання технік «м’якого старту» та ритмізованого проговорювання сприяли поступовому зменшенню мовленнєвих труднощів.

2. Типи та вираженість мовленнєвих судом

До корекції в дітей переважали клонічні, тонічні та змішані судоми, із високою частотою вияву.

Після корекційної роботи:

- у дітей із клонічними судомами (Д1, Д4) їх частота зменшилася до епізодичної;
- у дітей із тонічними судомами (Д2, Д5) спостерігається зниження інтенсивності напруження в моменті мовлення;
- у дитини Д3 зі змішаними судомами інтенсивність зменшилася, але залишаються короткі зриви, що відповідає її високому рівню тривожності та складнішому анамнезу.

Загалом кількість і сила судом знизилися, що свідчить про результативність дихальних, артикуляційних та релаксаційних методик у зменшенні м’язових спазмів.

3. Мовленнєве дихання

До початку роботи у дітей спостерігалися поверхневе дихання, судомний видих, нестійкий ритм, що значно ускладнювало мовленнєву діяльність.

Після корекції відзначено:

- у трьох дітей (Д1, Д2, Д4) – стабілізацію дихального циклу (правильний вдих, подовжений і керований видих);
- у дітей (Д3 і Д5) – зменшення судомності видиху, покращення ритмічності та контрольованості.

Покращення є результатом систематичної логопедичної роботи над диханням, що є ключовим напрямом при постстресовому заїканні.

4. Темп мовлення

До корекції темп був або надмірно прискорений (Д1, Д4), або сповільнений і «рваний» (Д2, Д5), або нестабільний (Д3).

Після корекційної роботи:

- темп у більшості дітей наблизився до вікової норми;
- у дітей із варіативним темпом (Д3, Д5) спостерігається тенденція до стабілізації;
- надмірно прискорений темп (Д1, Д4) сповільнився до комфортного рівня.

Це свідчить про ефективність ритмізації мовлення, логоритмічних вправ та формування навичок мовленнєвого самоконтролю.

5. Супутні рухи

До корекції у всіх дітей були наявні супутні рухи різного ступеня вираженості (миготіння, напруження плечей, гримаси), що є типовими проявами тривожного заїкання.

Після корекції:

- у всіх дітей частота супутніх рухів зменшилася;
- у Д1, Д4 – залишилися поодинокі епізоди;
- у Д2, Д5 – рухи зменшились, але інколи проявляються при емоційному напруженні;

- у Д3 – зберігаються, але стали менш регулярними.

Зменшення супутніх рухів відбувається паралельно зі зниженням тривожності, покращенням контролю дихання та зменшенням мовленнєвих блоків.

6. Рівень тривожності

Рівень тривожності є ключовим показником при постстресовому заїканні. До корекції у всіх дітей він був або підвищений, або дуже високий.

Після корекційної роботи:

- у Д1, Д2, Д4 – зменшився до середнього рівня;
- у Д3 і Д5 – знизився з «дуже високого» до «підвищеного».

Це підтверджує високу результативність емоційно-розвантажувальних методик: арт-терапії, казкотерапії, дихальних релаксацій та підтримувальної взаємодії з родиною.

Отримані результати свідчать, що впроваджена корекційна програма забезпечила:

- покращення плавності мовлення в усіх дітей;
- значне зниження частоти та сили судом;
- стабілізацію мовленнєвого дихання;
- нормалізацію темпу мовлення;
- зменшення супутніх рухів;
- зниження рівня тривожності, особливо важливо у дітей-ВПО.

Загалом це підтверджує ефективність міждисциплінарного підходу та індивідуальних логопедичних маршрутів у роботі з дітьми, які мають постстресове заїкання.

2.3 Рекомендації щодо логопедичного супроводу дітей із постстресовим заїканням

Логопедичний супровід дітей із постстресовим заїканням потребує комплексного, тривалого та індивідуалізованого підходу, оскільки порушення темпу, ритму й плавності мовлення в умовах пережитих травматичних подій часто супроводжується підвищеною тривожністю, проявами емоційної нестабільності та порушеннями мовленнєвої моторики. На основі результатів апробації корекційної програми, отриманих у ході формувального експерименту, а також сучасних наукових даних окреслено такі ключові рекомендації.

1. Організаційно-педагогічні рекомендації, до яких можна віднести:

- створення емоційно безпечного середовища – дитина з постстресовим заїканням реагує на будь-яке напруження посиленням судом. Тому логопедичні заняття мають проходити в спокійній атмосфері, з мінімумом зовнішніх подразників, із чіткою структурою та передбачуваністю;
- гнучкість тривалості й інтенсивності занять – діти з підвищеною тривожністю та нестійкими емоційними станами потребують коротших, але регулярних занять (15–20 хв), із можливістю пауз для релаксації;
- урахування статусу ВПО – для дітей із досвідом вимушеного переселення необхідні додаткові психоемоційні ресурси: більше часу на адаптацію, поступове введення вправ, робота на відновлення відчуття безпеки.

2. Логопедичні рекомендації (основні напрями), які включають в себе:

2.1. Нормалізацію мовленнєвого дихання

На основі результатів констатувального етапу видно, що більшість дітей мали нестабільне дихання, судомний або поверхневий тип, що безпосередньо пов’язано зі спазматичним мовленням.

Рекомендується:

- вправи на подовження видиху: «Свічка», «Пір’їнка», «Кораблик»;
- тренування ритмічного дихання «вдих–коротка пауза–повільний видих»;

- артикуляційно-дихальна координація (поєднання рухів язика з видихом);
- обов’язкова тілесно-орієнтована релаксація перед заняттям (2–3 хв).

2.2. Формування плавності мовлення

Після корекційної програми відзначено покращення, але плавність залишилася недостатньою у дітей з тонічними й змішаними формами судом.

Доцільно застосовувати:

- методику повільного старту мовлення: м’який вхід у слово, поступове нарощування голосу;
- прийоми ритмізації мовлення (хлопки, кроки, метроном);
- фразову та текстову інтонаційно-ритмічну проговорку;
- голосові тренінги з автоматизацією м’якого початку голосоутворення.

2.3. Зниження частоти та сили судом

Для дітей із клонічними судомами:

- вправи на темпо-ритмічну організацію мовлення;
- уповільнення темпу з поступовим переходом до природного.
- Для дітей із тонічними судомами:
- робота «м’який видих → м’який звук»;
- вправи на розслаблення артикуляційної мускулатури (масаж, пасивні рухи язика, позіхання).

Для змішаної форми:

- комбінування обох підходів;
- робота з емоційними тригерами (обов’язково разом із психологом).

2.4. Робота зі супутніми рухами (тики, напруження м’язів обличчя, плечового поясу)

У результатах експерименту було виявлено зменшення супутніх рухів, але повне усунення потребує тривалого супроводу.

Рекомендації:

- тілесно-орієнтовані вправи: «важкі плечі», «теплі щоки», «легка голова»;

- біофідбек-тренінги (за можливості);
- контрольоване напруження–розслаблення (методика Якобсона);
- включення вправ у руховій формі: плавні танцювальні рухи, динамічні паузи.

3. Психолого-логопедичні рекомендації, яка включає:

1. Обов'язкову психоемоційну підтримку.

Високий та дуже високий рівень тривожності, зафіксований у дітей Д3, Д5, є прямим чинником посилення заїкання. Робота психолога включає:

- техніки стабілізації (заземлення, дихальні вправи);
- ігрова терапія (пісочна, казкотерапія);
- робота з травматичними переживаннями у безпечному форматі.

2. Зменшення мовленнєвого тиску.

Дитині не рекомендується:

- примусові відповіді;
- швидкі темпи діалогу;
- виправлення, переривання.

3. Підвищення самооцінки та мотивації.

Через пережитий стрес багато дітей мають втрату контролю та віри у власні можливості. Потрібні:

- міні-успіхи на кожному занятті;
- позитивне підкріплення;
- залучення дитини до вибору матеріалу.

4. Рекомендації для батьків

Рекомендації для батьків, які полягають в забезпеченні регулярного режиму сну й відпочинку, униканні поспіху в побутовому мовленні. Важливо використовувати «мовленнєвий приклад» – говорити повільніше, спокійніше, а також мінімізувати конфліктні ситуації, інформаційні перевантаження. Щоденні короткі ритуали релаксації («тиха хвилинка», дихальна вправа перед сном) будуть важливим етапом корекції мовлення. Батькам рекомендується не акцентувати на заїканні дитини, не просити «скажи нормально».

5. Міждисциплінарний супровід

Ефективність корекції постстресового заїкання значно зростає за умови взаємодії: логопеда, дитячого психолога, невролога, за потреби – психотерапевта (травма-орієнтовані методики), педагогів закладу освіти, батьків.

Регулярний обмін інформацією про динаміку стану дитини дозволяє узгоджувати методи, зменшувати навантаження та підвищувати результативність.

6. Моніторинг динаміки та корекція індивідуального маршруту

На основі проведеного експерименту рекомендовано:

- здійснювати контроль кожні 2-3 місяці;
- оновлювати індивідуальну програму залежно від змін у типі судом, диханні, темпі та тривожності;
- фіксувати позитивну динаміку для підтримки мотивації дитини та родини.

Логопедичний супровід дітей із постстресовим заїканням має будуватися як системний, міждисциплінарний процес, що поєднує корекцію мовленнєвих механізмів із роботами над емоційною стабільністю. Результати апробації корекційної програми показали, що комплексний підхід дозволяє значно зменшити прояви судом, нормалізувати мовленнєве дихання та темп, знизити тривожність, що є критично важливим для подолання постстресових мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку.

Комплексна характеристика критеріїв, показників і рівнів дозволяє всебічно оцінити стан мовленнєвих і психоемоційних компонентів у дітей дошкільного віку із заїканням після травматичних подій та слугує науковим підґрунтям для планування індивідуальної корекційно-розвивальної роботи.

ВИСНОВКИ

Мовлення є складним психофізіологічним процесом, у якому темп і ритм відіграють базову роль у забезпеченні його плавності, послідовності, інтонаційної виразності та комунікативної ефективності. Порушення темпо-ритмічної організації мовлення, зокрема у формі заїкання, становлять серйозний логопедичний і психолого-педагогічний виклик, оскільки зачіпають одночасно моторну, емоційну й когнітивну сфери дитини. У сучасній науковій літературі проблема заїкання розглядається як така, що має міждисциплінарну природу, а її вивчення перебуває у фокусі уваги медиків, психологів, нейропсихологів, логопедів і спеціальних педагогів. Дослідження підтверджують, що формування цього порушення тісно пов’язане з підвищеною емоційною збудливістю у відповідь на психотравмівні стимули. У таких умовах знижується ефективність гальмівних механізмів нервової системи, що порушує синхронну роботу мовленнєвих центрів головного мозку, передусім зони Брока, відповідальної за темп, плавність і моторну організацію мовлення.

У ході виконання кваліфікаційної роботи були послідовно вирішені поставлені завдання. По-перше, проведено аналіз психолого-педагогічної та логопедичної літератури з проблеми заїкання та його зв’язку зі стресовими чинниками. У наукових джерелах було підтверджено, що психоемоційний стрес, зокрема травматичні події військового характеру, суттєво впливає на розвиток мовлення у дітей дошкільного віку, провокуючи або посилюючи прояви заїкання. Було визначено ключові механізми виникнення мовленнєвих судом, порушень темпу та ритму мовлення, а також взаємозв’язок між психоемоційною напругою та активністю супутніх рухів під час мовлення.

По-друге, з’ясовано особливості мовленнєвого розвитку дітей із заїканням, спричиненим психоемоційною травмою. Встановлено, що у таких дітей спостерігаються нестійкість мовленнєвого дихання, варіабельність темпу мовлення, зниження плавності мовлення, а також підвищений рівень

тривожності, що ускладнює комунікацію та засвоєння навчального матеріалу. Особлива увага приділялася взаємозв'язку психоемоційного стану дитини та проявів заїкання, що підтверджує необхідність комплексного підходу до логопедичного супроводу, який враховує не лише мовленнєві порушення, а й психологічний стан дитини.

По-третє, у ході емпіричного дослідження було вивчено мовленнєву діяльність дошкільників, які пережили стресові ситуації через військові дії. Застосовані методи спостереження, бесіди з дітьми та батьками, анкетування, логопедичне обстеження та психодіагностичні методики дозволили оцінити рівень тривожності та особливості мовлення дітей. Проведений педагогічний експеримент, що включав констатувальний, формувальний та контрольний етапи, дозволив простежити динаміку мовленнєвих порушень та ефективність запропонованих корекційних впливів.

По-четверте, на основі аналізу літературних даних та результатів експерименту були розроблені рекомендації логопедичного супроводу дітей із заїканням у контексті подолання наслідків посттравматичного стресового розладу. Рекомендації включають індивідуальні та групові корекційні заняття, використання дихальних і артикуляційних вправ, роботу з психоемоційною саморегуляцією, а також консультації для батьків щодо підтримки дитини у повсякденному житті.

Аналіз даних власного дослідження свідчить про високий рівень мовленнєвих порушень серед дітей, які пережили травматичні події. Так, 66,7 % дітей мають низьку плавність мовлення, а 33,3 % – дуже низьку. Типи судом розподіляються наступним чином: клонічні – 50 %, тонічні – 33,3 %, змішані – 16,7 %. Мовленнєве дихання у більшості дітей нестійке або поверхневе (по 16,7 – 33,3 %), темп мовлення варіативний або прискорений у 50 % випадків. Супутні рухи проявляються у 83,3 % дітей, що вказує на високий рівень психомоторного напруження. Рівень тривожності у дітей розподіляється рівномірно між підвищеним, високим і дуже високим (по 33,3 %), що підтверджує значний вплив психоемоційного стресу на мовленнєву діяльність. Ці дані дозволяють зробити

висновок про необхідність комплексної корекційної роботи, яка одночасно враховує мовленнєві особливості та психоемоційний стан дитини.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило, що заїкання у дітей дошкільного віку після травматичних подій тісно пов’язане з психоемоційним стресом і проявляється комплексом мовленнєвих порушень та підвищеною тривожністю. Отримані дані дозволяють зробити висновок про необхідність комплексного логопедичного супроводу, який включає роботу над плавністю мовлення, контролем дихання, темпом мовлення, корекцією супутніх рухів та психоемоційною підтримкою. Розроблені рекомендації і комплекс методик можуть бути ефективно застосовані в роботі логопедів, практичних психологів та педагогів для поліпшення мовленнєвого розвитку та зниження негативного впливу стресу на дітей, що пережили психотравмуючі події.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Базило В., Лемещук М. А. Сучасні погляди на подолання заїкання. Вісник *Науково-дослідної лабораторії інклюзивної педагогіки за матеріалами V Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Інклюзивна освіта: теорія, методика, практика»* (Умань, 28 березня 2019 р.). Умань : ВПЦ «Візаві», 2019. Вип. V. С. 162–165.
2. Барсуковська Г. Модель логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку із заїканням. *Path of Science.* 2024. Т. 10, № 5. С. 3070–3078.
3. Бегас Л. Д. Тлумачення про невротичну форму заїкання видатними логопедами. *Вісник Науково-дослідної лабораторії інклюзивної педагогіки за матеріалами II Всеукраїнської науково-практичної конференції «Інклюзивна освіта: теорія, методика, практика».* Умань : ФОП Жовтий О. О., 2016. Вип. II. С. 86–87.
4. Браткова Л. Б., Радченко А. І. Психосоматичний профіль посттравматичного стресового розладу у дітей. *Scientific Research in the Modern World : Proceedings of the 7th International Scientific and Practical Conference.* Toronto : Perfect Publishing, 2023. С. 66–70. URL: https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/12753/Bratkova.pdf (дата звернення: 15.08.2025).
5. Вовченко О. А. Посттравматичні стресові розлади у дітей з особливими освітніми потребами в умовах воєнного часу. *Science and Innovation of Modern World : Proceedings of the 5th International Scientific and Practical Conference.* London : Cognum Publishing House, 2023. С. 338–343. URL: https://lib.iitta.gov.ua/735989 (дата звернення: 15.08.2025).
6. Гоцуляк Н., Бабелюк О. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посіб. Кам’янець-Подільський : Рута, 2021. 110 с.
7. Зливков В., Лукомська С., Євдокимова Н., Ліпінська С. Діти і війна : монографія. Київ–Ніжин, 2023. 221 с. URL: https://shron1.chtyvo.org.ua/Zlyvkov_Valerii/Dity_i_viina.pdf (дата

звернення: 15.08.2025).

8. Калмикова Л., Харченко Н., Мисан І. Подолання психотравмівних станів у дітей із тимчасово переміщених сімей в умовах війни. *Педагогічні інновації : ідеї, реалії, перспективи.* 2024. № 1(32). С. 90–99.
9. Карапетова О. Використання методів арттерапії у роботі психолога з корекції тривожних станів особистості. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Серія: Педагогіка і психологія.* 2020. № 2(20). С. 34–39.
10. Кармазіна А. О., Фролова Н. В. Психологічні особливості емоційного стану дітей дошкільного віку в період екстремальної ситуації воєнного конфлікту. *Український психолого-педагогічний науковий збірник.* 2022. № 25. С. 23–26.
11. Кожина Г. М., Самардакова Г. О., Коростій В. І. та ін. Словник-довідник психіатричних термінів : навч. посіб. Харків, 2012. 161 с.
12. Козинець О., Корнєв С. Клатеринг та заїкання: диференційні ознаки. *Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету. Педагогічні науки.* 2023. № 3. С. 166–175.
13. Козинець О., Корнєв С. Психофізіологічні та соціолінгвістичні фактори заїкання. *Корекційна педагогіка. Серія: Педагогічні науки.* 2024. № 1. С. 254–262.
14. Козинець О. В., Кириленко О. В. Психологічні особливості дітей старшого дошкільного віку із заїканням. *Науковий часопис. Спеціальна психологія*. 2013. С. 331–334.
15. Конопляста С. Ю., Сак Т. В. Логопсихологія : навч. посіб. / за ред. М. К. Шеремет. Київ : Знання, 2010. 293 с.
16. Корнєв С. І. Проблеми корекційної педагогіки у творчій спадщині І. О. Сікорського : автореф. дис. … канд. пед. наук. Київ, 2009. 217 с.
17. Корнєв С. І., Козинець О. В. Погляди на природу заїкання в площині психосоматики. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова.* Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2023. № 44. С. 135–144.
18. Кравченко А. І., Мороз Л. В., Стахова Л. Л. та ін. Логопедично-реабілітаційний супровід дітей із порушеннями психофізичного розвитку : монографія. Суми :

ФОП Цьома С. П., 2021. 288 с.

19. Купчишина В., Олійник М., Перепелюк І. Психологічні механізми виникнення заїкання у дітей дошкільного віку. *Psychology Travelogs.* 2025. № 2. С. 26–36.
20. Літовченко О. В. Заїкання у дітей: профілактика і корекція : навч. посіб. Одеса : Лерадрук, 2021. 248 с.
21. Літовченко О. В. Шляхи профілактики та корекції затяжних форм заїкання у дітей. *Корекційна педагогіка.* 2020. Вип. 25, т. 1. С. 138–141.
22. Луценко О., Фарфанова Ю. Арттерапевтична група емоційної підтримки (онлайн) у період війни: досвід проведення, спостереження, висновки. *Простір арттерапії : збірник наукових праць.* 2022. Вип. 2(32). С. 68–81.
23. Лященко В. М. Вплив війни на психоемоційний стан дітей з мовленнєвими порушеннями. *Формування життєвої компетентності осіб з особливими освітніми потребами в системі позашкільної, спеціальної та інклюзивної освіти : зб. наук. праць за матеріалами III Всеукр. конф. (Харків, 13–14 травня 2025 р.).* Харків, 2025. С. 210–213. URL: https://dspace.hnpu.edu.ua/handle/123456789/19192 (дата звернення: 15.08.2025).
24. Михальська Ю. А. Нейропсихологічний підхід до порушень мовлення внаслідок локальних уражень мозку. Проблеми сучасної психології. 2012. Вип. 15. С. 349–359.
25. Наумчук М. М. Словник-довідник з логопедії. Київ : Освіта, 2003. 192 с.
26. Новак М. Теоретичні основи формування комунікативної компетентності молодших школярів. *Початкова школа.* 2014. № 2. С. 56–58.
27. Петрик О. Реалізація комунікативно-діяльнісного підходу у мовно-мовленнєвій освіті молодших школярів. *Початкова школа.* 2019. № 6. С. 39–43.
28. Пономаренко Н. Ю. Театралізована діяльність у розвитку виразності мовлення дошкільників : кваліфікаційна робота. Мукачівський державний університет, 2021. URL: https://repository.mu.edu.ua (дата звернення: 03.09.2025).
29. Рібцун Ю. В. Учні початкових класів із тяжкими порушеннями мовлення: навчання та розвиток : навч.-метод. посіб. Львів : Світ, 2020. 264 с. URL: https://mon.gov.ua (дата звернення: 03.09.2025).

30. Роєнко Л. М. Методика навчання української мови у початковій школі : практикум. Умань : Візаві, 2021. 148 с.
31. Сидоренко Т. Використання театральної педагогіки для розвитку мовленнєвої компетентності учнів початкової школи. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2019. № 28. С. 147–154.
32. Сухомлинський В. О. Серце віддаю дітям. Київ : Радянська школа, 1977. 392 с.
33. Ткаченко Т. В. Теоретичні засади та методика формування мовленнєвої діяльності дітей дошкільного віку. Київ : Слово, 2012. 456 с.
34. Турчин Т. Театральне мистецтво в практиці сучасної початкової школи. *Наукові записки НДУ імені М. Гоголя. Серія: Психолого-педагогічні науки*. 2021. № 2. С. 57–63.
35. Харченко Н. Театралізація як засіб розвитку комунікативної компетентності молодших школярів. *Сучасний стан та тенденції розвитку науки та освіти : матеріали міжнар. наук.-практ. конф.* Research Europe, 2023. С. 176.
36. Черніченко Л. А. Театралізована діяльність як засіб корекції мовленнєвих порушень в умовах інклюзивної освіти. *Вісник освітньо-наукового центру сімейної освітньої політики.* 2023. № 1. С. 3–4. URL: https://fdo.udpu.edu.ua/wp-content/uploads/2025/01/Visnyk-TSentru-2023-1.pdf (дата звернення: 03.09.2025).
37. Шеремет М. К., Федоренко Л. І., Конопляста С. Ю. Логопедія : підручник. Київ : Знання, 2010. 380 с.
38. Яременко В. В., Сліпушко О. М. Новий тлумачний словник української мови : у 4 т. Київ : Аконіт, 1998.
39. American Speech-Language-Hearing Association. Speech Sound Disorders: Articulation and Phonology : Practice Portal. URL: https://www.asha.org (date of access: 03.09.2025).
40. Corbett B. A. Peer-mediated theatrical engagement for improving reciprocal social interaction in autism spectrum disorder. *Frontiers in Pediatrics*. 2014. Vol. 2. Art. 110.
41. Corbett B. A., Swain D. M., Coke C., Simon D. Improvement in social competence using a randomized trial of a theatre intervention for children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders.* 2016. Vol. 46, No. 2. P.

658–672.

42. Creaghe N., Donnelly S., Conway L., Kidd E. Symbolic play provides a fertile context for language development. *Infant and Child Development.* 2021.
43. Ferrada N. Outcomes of a readers' theatre program on oral reading prosody. *International Journal of Instruction.* 2021. Vol. 13, No. 5. P. 577–588.
44. Gillon G. T. The efficacy of phonological awareness intervention for children with spoken language impairment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools.* 2000. Vol. 31, No. 2. P. 126–141.
45. Harding S., Morgan A., Wren Y. Outcome measures for children with speech sound disorder: an umbrella review. *International Journal of Language & Communication Disorders.* 2024.
46. Lee B. K., Patall E. A., Cawthon S. W., Steingut R. R. The effect of drama-based pedagogy on PreK–16 outcomes: a meta-analysis of research from 1985 to 2012. *Review of Educational Research.* 2015. Vol. 85, No. 1. P. 3–49.
47. Law J., Garrett Z., Nye C. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2003. Issue 3. Art. No. CD004110.
48. Miller G. A., Chomsky N. Finitary models of language users. Handbook of Mathematical Psychology. New York : Wiley, 1963. P. 419–491.
49. Namasivayam A. K., Pukonen M., Goshulak D. PROMPT intervention for children with severe speech motor delay: a randomized controlled trial. *Pediatric Research.* 2021.
50. Podlozny A. Strengthening verbal skills through the use of classroom drama: a clear link. *Journal of Aesthetic Education*. 2000. Vol. 34, No. 3–4. P. 239–275.
51. Quinn S., Donnelly S., Kidd E. The relationship between symbolic play and language acquisition: a meta-analytic review. *Developmental Review.* 2018. Vol. 49. P. 121–135.
52. Uppstad P. H., Tønnessen F. E. The status of the concept of "phoneme" in psycholinguistics. *Journal of Psycholinguistic Research.* 2010. Vol. 39, No. 5. P. 429–442.

53. Bates S., Titterington J.; Child Speech Disorder Research Network. Good Practice Guidelines for the Analysis of Child Speech. 2nd ed. 2021. 42 p.
54. Данилюк О. До проблеми формування правильної звуковимови у дітей з фонетико-фонематичним недорозвитком у процесі вивчення української мови. *Педагогічний часопис Волині.* 2017. № 1 (4). С. 61–65.
55. Данільченко Н. В. Елементи театральної педагогіки в освітньому процесі сучасної початкової школи. *Магістерські студії. Альманах.* 2023. Вип. 23. С. 190–194.
56. Довгаль Н. В. Застосування ляльковтерапії у логопедичній практиці. *Логопед.* 2009. № 3. С. 34–37.
57. Дубовик С. Фонетичні аспекти культури мовленнєвого спілкування молодших школярів. *Початкова школа.* 2013. № 6. С. 3–6.
58. Жога Л. М., Саяпова П. Р., Овчинникова Є. В., Рукосуева Л. А. Театралізована діяльність як засіб корекції мовленнєвих порушень в умовах спеціального дитячого садка. *Логопед.* 2007. № 4. С. 46–75.
59. Жулина Є. В., Голубєва І. В. Значення театралізованої діяльності і предметно-розвивального середовища в психічному розвитку дошкільнят з порушеннями мовлення. *Логопед.* 2008. № 5. С. 111–116.
60. Кінаш Ю. М. Формування комунікативних умінь та навичок у молодшому шкільному віці. *Збірник наукових праць. Педагогічні науки.* 2011. Вип. 59. Т. 1. С. 95–99.
61. Колупаєва А. А. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання. Київ : А.С.К., 2011. 276 с.
62. Краснокутська Н. В. Використання театралізованої діяльності як засобу формування та розвитку мовлення дітей молодшого шкільного віку із тяжкими порушеннями мовлення. *Актуальні питання гуманітарних наук : міжвузів. зб. наук. праць ДДПУ ім. І. Франка*. 2022. Т. 3. № 23. С. 139–145.
63. Краснокутська Н. В. Використання театралізованої діяльності в роботі з дітьми молодшого шкільного віку : кваліфікаційна робота. Запорізький національний університет, 2023. URL: https://dspace.hnpu.edu.ua (дата звернення: 03.09.2025).

64. Липа І. Використання елементів театральної педагогіки у процесі розвитку музичних інтересів учнів початкових класів гірських шкіл. *Гірська школа Українських Карпат.* 2016. Вип. 15 (1). С. 185–189. URL: https://www.researchgate.net/publication/324814383 (дата звернення: 03.09.2025).
65. Ткач Х. Я. Обстеження мовленнєвого розвитку дітей з аутизмом і тяжкими порушеннями мовлення на основі поведінкового підходу : практичний посібник. Тернопіль : Мандрівець, 2020. 136 с.
66. Турова Л. О., Вежновець Т. А. Динаміка захворюваності та поширеності розладів аутистичного спектра в дитячому віці в Україні. *Сучасна педіатрія*. *Україна*. 2024. № 8 (144). С. 65–71.
67. Федусова Л. І. Розвиток комунікативних здібностей дітей з аутизмом засобами альтернативної комунікації. *Електронна бібліотека КДПУ.* 2024. URL: https://elibrary.kdpu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/12042 (дата звернення: 15.08.2025).
68. Якнюнас Є., Гусак Н. Чинники батьківського стресу у сім’ях, що виховують дітей з розладами аутистичного спектра. *Психологія та психосоціальні інтервенції*. 2019. № 1. С. 56–69.

ДОДАТКИ

Додаток А

Фото виконання логопедичних вправ







