

Міністерство освіти і науки України  
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка  
Факультет спеціальної освіти, психології та соціальної педагогіки  
Кафедра логопедії та спеціальних методик

**Кваліфікаційна робота магістра**

**з теми: ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ МОВЛЕННЄВОГО ДИХАННЯ  
У ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ЗАЇКАННЯМ**

**Виконала:** здобувачка вищої освіти  
групи Sol2–M24  
спеціальності 016 Спеціальна освіта. Логопедія.  
**Ільницька Людмила Михайлівна**

**Керівник: Олена ВЕРЖИХОВСЬКА**  
кандидат педагогічних наук, професор, професор  
кафедри логопедії та спеціальних методик

**Рецензент: Наталія ГОНЧАРУК**  
доктор психологічних наук, доцент, доцент  
кафедри загальної та практичної психології

**м. Кам'янець-Подільський – 2025 рік**

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ МОВЛЕННЄВОГО ДИХАННЯ У ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ЗАЇКАННЯМ .....	7
1.1. Психофізіологічні механізми дихання у процесі мовлення.....	7
1.2. Вікові особливості розвитку мовленнєвого дихання у дошкільному віці.....	15
1.3. Характеристика заїкання як порушення темпу, ритму та плавності мовлення.....	21
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МОВЛЕННЄВОГО ДИХАННЯ У ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ЗАЇКАННЯМ .....	25
2.1. Організація, етапи та методи емпіричного дослідження.....	25
2.2. Аналіз рівня сформованості мовленнєвого дихання у дітей із заїканням.....	31
2.3. Визначення функціональних порушень характеристик дихального компонента мовлення у дошкільників із заїканням.....	38
РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА РОБОТА З ФОРМУВАННЯ МОВЛЕННЄВОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАЇКАННЯМ .....	50
3.1. Принципи, методи і засоби корекційної роботи з розвитку мовленнєвого дихання.....	50
3.2. Зміст і структура логопедичної роботи з формування мовленнєвого дихання та його компонентів.....	56
ВИСНОВКИ .....	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	62
ДОДАТКИ .....	68

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Мовленнєве дихання є невід'ємною складовою мовленнєвої діяльності, що забезпечує ритмічність, плавність і виразність мовлення. У дітей із заїканням, як правило, спостерігаються порушення саме цієї складової, що знижує ефективність корекційного впливу та утруднює процес становлення комунікативних навичок. Проблема заїкання у дошкільному віці є особливо актуальною, оскільки саме в цей період закладаються основи мовленнєвої та психоемоційної сфери, а своєчасна логопедична допомога може забезпечити повне або часткове подолання порушення. На сучасному етапі розвитку логопедії важливим є пошук ефективних шляхів формування мовленнєвого дихання як ключового аспекту подолання заїкання.

Аналіз літературних джерел свідчить про комплексний підхід до вивчення, діагностики та корекції мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку. Значна увага приділяється проблемі заїкання, його феноменології та корекційно-реабілітаційній роботі (Л. Арнаутова, А. Кравченко, С. Скляр). Розглядаються інноваційні методики, зокрема логоритміка, ігрові технології, казкотерапія як ефективні засоби впливу на мовлення (Л. Бегас, О. Купчак, Л. Коновалова). Важливе місце займає проблема формування просодики, темпо-ритмічних та дихальних компонентів мовлення, що обґрунтовується дослідженнями в галузі фізіології та логопсихології (І. Поварова, Ю. Камінська, В. Грінер). Простежується зв'язок між мовленнєвим розвитком і загальним розвитком дитини (О. Белова, Т. Піроженко).

Наукові розвідки містять як теоретичні, так практичні узагальнення (М. Шеремет, Н. Петренко, А. Малярчук, С. Хоменко). Суттєво доповнюють огляд джерела з питань комунікативної лінгвістики, риторики та педагогічної техніки (Ф. Бацевич, С. Абрамович, Н. Пихтіна). Як бачимо, дослідження науковців охоплюють різноманітні аспекти розвитку мовленнєвого дихання, при цьому значна увага приділялася змістовим засадам проблеми заїкання та формування мовлення. Однак питання формування мовленнєвого дихання саме у дошкільників

із заїканням залишаються недостатньо вивченими в спеціальній літературі. Аналіз практичного досвіду педагогів, які працюють у цьому напрямі, підтверджує важливість і потребу поглибленого дослідження проблеми. Саме це зумовило вибір теми кваліфікаційної роботи **«Особливості розвитку мовленнєвого дихання у дошкільників із заїканням»**.

**Мета дослідження** – дослідити особливості розвитку мовленнєвого дихання у дошкільників із заїканням та визначити ефективні логопедичні засоби його формування в корекційно-розвивальній роботі.

### **Завдання дослідження**

1. Проаналізувати науково-теоретичні підходи до проблеми мовленнєвого дихання та заїкання у дітей дошкільного віку.
2. Визначити особливості мовленнєвого дихання у дітей із заїканням на основі експериментального дослідження.
3. Розробити корекційно-розвивальні вправи, спрямовані на розвиток мовленнєвого дихання та оцінити ефективність запропонованої системи роботи з розвитку мовленнєвого дихання у дошкільників із заїканням.

**Об'єкт дослідження:** мовленнєва діяльність дітей дошкільного віку з порушеннями темпу, ритму і плавності мовлення.

**Предмет дослідження:** особливості формування мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку, які мають заїкання.

**Методологічна і теоретична база дослідження.** Методологічну базу дослідження становлять: системний підхід – для розгляду мовленнєвого дихання як складової єдиної психофізіологічної системи мовлення; особистісно орієнтований підхід – з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку дітей із заїканням; компетентнісний підхід – для формування у дітей здатності керувати мовленнєвим диханням у процесі спілкування; діяльнісний підхід – як основа для організації корекційно-розвивальних вправ у логопедичній роботі.

Теоретичну базу дослідження складають: положення про психофізіологічні механізми мовлення (Н.І. Годун, І.А. Іонов, Т.Є. Комісова, А.В. Мамотенко, О.І. Плиска); концепції розвитку мовленнєвої функції в дітей (С.Ю. Конопляста, І.Ю.

Левченко, Н.В. Манько, Т.В. Сак, М.К. Шеремет); теорії щодо механізмів та корекції заїкання (Л.Д. Бегас, В. Кондратенко, В. Ломоносов, Ю.В. Рібцун, С. Складар); логопедичні підходи до формування мовленнєвого дихання (Т.М. Дегтяренко, Ю.В. Зюзін, Т.М. Качур, Ю.В. Рібцун); наукові праці з проблем розвитку мовлення у дітей дошкільного віку (А.М. Богущ, В.В. Тарасун, О.І. Ткаченко, Л.І. Трофименко).

Ці підходи і наукові джерела забезпечують глибоке розуміння досліджуваної проблеми та створюють наукове підґрунтя для розроблення ефективних методів наукового дослідження.

У процесі написання кваліфікаційної роботи були використані такі методи дослідження:

**Теоретичні методи** – аналіз, порівняння, узагальнення, систематизація вітчизняних і зарубіжних науково-методичних джерел. Їх застосування дало змогу узагальнити різні наукові підходи до вивчення проблеми розвитку мовленнєвого дихання у дошкільників із заїканням, розкрити зміст і суть методів його оптимізації в контексті теорії і практики спеціального навчання і розвитку дітей з РСА.

**Емпіричні методи** – бесіда, спостереження, тестування, анкетування, аналіз отриманих результатів, що зорієнтовані на дослідження рівня розвитку мовленнєвого дихання у дошкільників із заїканням та сприяють удосконаленню його змістових і концептуальних засад.

**Наукова новизна дослідження.** У дослідженні вперше:

- комплексно розглянуто специфіку мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням у контексті логопедичної допомоги;
- уточнено психофізіологічні та мовленнєві особливості дихальної функції у цієї категорії дітей;
- охарактеризовано типові труднощі формування дихальної функції при заїканні;

– розроблено й апробовано систему корекційно-розвивальних вправ, спрямовану на формування правильного мовленнєвого дихання з урахуванням особливостей заїкання у дошкільників.

**Теоретичне значення дослідження.** Результати дослідження поглиблюють уявлення про механізми порушення мовленнєвого дихання при заїканні в дошкільному віці. Отримані дані розширюють теоретичну базу логопедії в частині розробки підходів до формування дихальних компонентів мовлення. Теоретично обґрунтовано доцільність поєднання дихальних, голосових та артикуляційних вправ у процесі корекційного впливу.

**Практична значущість дослідження.** Розроблена й апробована система вправ може бути використана логопедами, вихователями спеціальних закладів дошкільної освіти, а також батьками для формування правильного мовленнєвого дихання у дітей із заїканням. Практичні рекомендації дослідження сприяють підвищенню ефективності логопедичної роботи та можуть стати основою для складання індивідуальних корекційних програм.

**Експериментальна база:** емпіричне дослідження проводилось у комунальних закладах «ЗДО №.18 Вінницької міської ради», «ЗДО №25 Вінницької міської ради», «ЗДО №.46 Вінницької міської ради». Емпіричним дослідження було охоплено 18 дошкільників із заїканням. Для порівняльного аналізу залучали 36 дошкільників із типовим мовленнєвим розвитком.

**Апробація результатів кваліфікаційної роботи.** Окремі положення кваліфікаційного дослідження відображено в одній публікації.

**Структура кваліфікаційної роботи:** дослідження складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури, додатків.

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ МОВЛЕННЄВОГО ДИХАННЯ У ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ЗАЇКАННЯМ

#### 1.1. Психофізіологічні механізми дихання у процесі мовлення

Дихання є базовим психофізіологічним процесом, який забезпечує функціонування всіх життєво важливих систем організму. У контексті мовлення воно набуває спеціалізованих характеристик, перетворюючись на мовленнєве дихання – керований процес, що забезпечує фонаторно-артикуляційну активність. Саме від злагодженої роботи дихального, голосового й артикуляційного апаратів залежить чіткість, плавність, ритмічність і темп мовлення.

Вивчення психофізіологічних механізмів дихання у мовленнєвому процесі є надзвичайно актуальним, оскільки порушення цієї системи спостерігається у багатьох мовленнєвих розладах: заїканні, дисфонії, дизартрії тощо. Крім того, розвиток логопедичної науки, нейропсихології та психофізіології потребує глибшого розуміння взаємозв'язку між функціонуванням дихального апарату та мовленнєвою продукцією.

Нагальність проблеми також зумовлена необхідністю розроблення більш ефективних методів корекції та профілактики порушень мовлення, які ґрунтуються на науково обґрунтованому аналізі функціональних механізмів дихання. Це відкриває нові можливості для міждисциплінарної взаємодії логопедії, фізіології, медицини та психології.

Дихання – це складний фізіологічний процес, що забезпечує газообмін між організмом і зовнішнім середовищем. Як зазначає Ю. В. Рібцун, у мовленнєвій діяльності дихання виконує додаткову функцію, виступаючи джерелом повітряного струменя, необхідного для фонації та артикуляції. Відтак у процесі мовлення дихання набуває специфічної організації – мовленнєвого дихання, яке відрізняється від фізіологічного за рядом параметрів: глибиною, тривалістю фаз, участю м'язів, вольовим контролем (Рібцун, 2007).

З психофізіологічної точки зору (Плиська, 2009), мовленнєве дихання є результатом злагодженої роботи: а) дихального центру головного мозку (розташованого в довгастому мозку та варолієвому мосту); б) кора головного мозку забезпечує усвідомлений контроль над дихальними актами під час мовлення; в) нервових імпульсів, що координують роботу дихальних м'язів (діафрагми, міжреберних м'язів, м'язів гортані); г) сенсомоторної регуляції, що дозволяє адаптувати дихання до мовленнєвих ситуацій, ритму, інтонації та емоційного стану.

Як демонструють наукові розвідки (Reddi, 2012), робота дихального центру головного мозку, розташованого в довгастому мозку та варолієвому мосту, є складноорганізованим нейрофізіологічним процесом, що забезпечує ритмічне, автоматичне і пристосоване до потреб організму дихання. Дихальний центр складається з кількох груп нейронів. У довгастому мозку це: а) дорсальна дихальна група (ДДГ) – відповідає за вдих, активується автоматично; б) вентральна дихальна група (ВДГ) – бере участь у видиху, особливо при активному диханні (фізичне навантаження, мова). У варолієвому мосту: а) пневмотаксичний центр – регулює тривалість вдиху (стримує його, забезпечуючи плавний перехід до видиху); б) апнейстичний центр – сприяє продовженню вдиху, якщо не гальмується пневмотаксичним (Абрамович, Чікарькова, 2001).

За даними (Mills, 2017) регуляція дихання відбувається поетапно. Хеморецептори (в судинах і в самому мозку) аналізують рівень  $\text{CO}_2$  (головний стимул для дихального центру),  $\text{O}_2$ , рН крові. Якщо  $\uparrow \text{CO}_2$  або  $\downarrow \text{O}_2$ , активується дихальний центр  $\rightarrow$  збільшується частота та глибина дихання. Імпульси від легень (механорецептори) забезпечують зворотний зв'язок – припиняють вдих, якщо легені надмірно розтягуються (рефлекс Герінга-Брейєра).

Як бачимо, робота дихального центру в довгастому мозку і варолієвому мосту – це координована діяльність нейронів, які формують ритмічні імпульси для забезпечення життєво важливого процесу дихання, реагуючи на внутрішні та зовнішні зміни в організмі.

Втім, дослідники І.А. Іонов, Т.Є. Комісова, А.В. Мамотенко, С.О. Шаповалов



стверджують, що важливою є участь кори головного мозку, яка забезпечує усвідомлений контроль над диханням під час мовлення завдяки активній взаємодії моторних, сенсорних, мовленнєвих і асоціативних зон. Насамперед, відбувається активація моторної кори. Премоторна та моторна кора (лобова частка, передня центральна звивина) контролює довільні рухи дихальних м'язів (діафрагми, міжреберних м'язів). При мовленні дихання перетворюється з автоматичного на довільне, що дає змогу регулювати силу, тривалість і ритм видиху; синхронізувати видих із артикуляцією (Іонов, Комісова, Мамотенко, 2017).

Науковці С.В. Левенець, С.В. Гаврилюк, О.Д. Боярчук зазначають на тому, що важливу роль відіграють асоціативні та сенсорні зони. Асоціативні області кори інтегрують слухові сигнали (для контролю звучання), кінестетичні сигнали (відчуття м'язів при мовленні), зорові сигнали (під час спілкування з іншими). Це дає можливість самоконтролю мовлення і, відповідно, регуляції дихання. Надалі відбувається спрямування імпульсів до нижчих центрів. Імпульси з кори передаються через пірамідні шляхи до дихального центру в довгастому мозку та до спинного мозку, звідки активуються дихальні м'язи. Таким способом кора бере на себе координацію довільного дихання, перебудовуючи його під вимоги мовлення (Левенець, Гаврилюк, Боярчук, 2010).

Отже, кора головного мозку забезпечує довільний контроль дихання під час мовлення, регулюючи тривалість, силу, темп і ритм видиху, що є необхідним для формування зв'язного, інтонаційно правильного мовлення. Такий контроль є можливим завдяки координації між моторними, мовленнєвими та сенсорними зонами кори та їхньому впливу на підкіркові дихальні центри.

Робота нервових імпульсів, що координують дихальні м'язи (діафрагму, міжреберні м'язи та м'язи гортані), відбувається в рамках складної нейрофізіологічної системи, яка включає формування нервового імпульсу в дихальному центрі, проведення імпульсів до дихальних м'язів, скоординовану взаємодію, модуляцію та адаптацію (Mills, 2017).

Дихальний центр розташований у довгастому мозку та варолієвому мосту. У його дорсальній частині формуються імпульси для вдиху, у вентральній – для

видиху (особливо при активному диханні). Імпульси виникають ритмічно та передаються до мотонейронів спинного мозку (Левенець, Гаврилюк, Боярчук, 2010).

Проведення імпульсів до дихальних м'язів здійснюється за допомогою діафрагми, міжреберних м'язів, м'язів гортані. Діафрагма іннервується діафрагмальним нервом (n. phrenicus), який походить із шийних сегментів С3–С5. Імпульси викликають скорочення діафрагми → вона опускається вниз → відбувається вдих. Міжреберні м'язи іннервуються міжреберними нервами з грудного відділу спинного мозку (Th1–Th11). Зовнішні міжреберні м'язи піднімають ребра під час вдиху. Внутрішні міжреберні м'язи опускають ребра під час активного видиху (Reddi, 2012),

Усі ці м'язи працюють узгоджено, завдяки ритмічній роботі нейронних генераторів вдиху та видиху; модуляції імпульсів корою головного мозку (під час мовлення, свідомого дихання); сенсорному зворотному зв'язку від механорецепторів і хеморецепторів. Імпульси регулюються залежно від фізичного навантаження (активується більше м'язів), емоційного стану (дихання змінюється при стресі), мовленнєвої діяльності (м'язи гортані координуються з видихом) (Reddi, 2012),

У цілому можемо стверджувати, що координація дихальних м'язів відбувається через постійні ритмічні нервові імпульси, що генеруються в довгастому мозку та передаються до діафрагми – через діафрагмальний нерв (С3–С5); міжреберних м'язів – через грудні сегменти (Th1–Th11); м'язів гортані – через блукаючий нерв (X пара). Ці імпульси забезпечують узгоджену роботу м'язів, що є основою ефективного дихання та мовлення.

Сенсомоторна регуляція дихання під час мовлення – це складний процес, який забезпечує тонке узгодження роботи дихальних м'язів з ритмом, темпом, інтонацією, а також емоційним забарвленням мовлення. За свідченням Н.І. Годун, цей етап відбувається після первинної генерації дихальних імпульсів і включає активну участь сенсорних сигналів, моторної корекції та зворотного зв'язку (Годун, 2014).

Надходження сенсорної інформації зводиться до того, що у процесі мовлення дихальна система постійно отримує сигнали від механорецепторів легень, грудної клітки, м'язів; пропріорецепторів дихальної мускулатури (відчуття напруження, положення м'язів); фонорецепторів – органів слуху (контроль гучності, інтонації); хеморецепторів – оцінка рівня  $CO_2/O_2$  у крові (при емоційній напрузі або перевантаженні). Ці сигнали надходять у сенсорні зони кори (переважно тім'яні області), де аналізується поточний стан дихання (Дегтяренко, Павлова, 2016).

Далі здійснюється опрацювання сигналів і формування відповіді. Сенсорна інформація інтегрується в асоціативних ділянках кори (лобова, тім'яна, скронева частки), де вона зіставляється з мовленнєвим задумом (що, як і з якою інтонацією сказати). Якщо дихання слабке – активується корекція гучності. Якщо ритм порушено – вмикаються механізми компенсації паузами або зміною темпу мовлення. При емоціях – регулюється частота та сила видиху (наприклад, плач, сміх, схвильоване мовлення) (Годун, 2014).

Моторна корекція передбачає, що на основі сенсорного аналізу активуються: премоторна та моторна кора, яка уточнює роботу діафрагми, міжреберних м'язів, м'язів гортані; мовленнєві центри (Брока, Верніке), які задають ритм, інтонацію, фразову структуру; лімбічна система, яка модулює дихання залежно від емоційного стану. Це забезпечує динамічну перебудову дихального малюнка відповідно до мовленнєвих завдань (Галущенко, 2019).

Після корекції утворений мовленнєвий і дихальний сигнал постійно перевіряється. Зокрема, здійснюється акустичний зворотний зв'язок (через слух): чи правильно звучить фраза? Забезпечується соматосенсорний зворотний зв'язок: чи зручно тілу, чи достатньо повітря? Залучається до дії емоційний зворотний зв'язок: як реагує співрозмовник? Це дозволяє миттєво коригувати дихання в процесі мовлення, що особливо важливо для інтонації, логічного наголосу, темпу (Камінська, 2013; Плиська, 2009).

З огляду на це, констатуємо, що сенсомоторна регуляція – це активне узгодження дихальних процесів із мовленнєвими діями, яке відбувається через: сприймання сенсорних сигналів (від тіла, слуху, дихальних органів); мозкову

обробку інформації (асоціативна кора, мовленнєві центри, лімбічна система); корекцію м'язової активності (через моторну кору); постійний зворотний контроль (сенсорний, емоційний, мовний). Це забезпечує гнучке, точне і виразне мовлення, адаптоване до ситуації, емоцій і комунікативного наміру.

У логопедії, логопсихології та спеціальній методиці (Конопляста, Сак, 2010) мовленнєве дихання – це спеціальний тип керованого дихання, який забезпечує ритмічну, плавну і достатньо тривалу артикуляцію мовленнєвих звуків на видиху. Його основна функція – подача повітряного струменя, необхідного для утворення звуків мовлення, фраз, інтонаційних конструкцій. З позиції (Боряк, 2013) мовленнєве дихання – це цілеспрямоване, координоване дихання, тісно пов'язане з мовленнєвими процесами. У логопедичній практиці воно використовується для нормалізації мовлення, розвитку голосу, інтонації, плавності, подолання заїкання та інших мовленнєвих порушень.

Особливостями повноцінного мовленнєвого дихання є: а) швидкий вдих і повільний, керований видих; б) видих є мовленнєвим – на ньому вимовляються фрази (мовлення не відбувається на вдиху); в) ритмічність і циклічність – мовленнєве дихання адаптується до фразової побудови (початок – пауза – нова фраза); г) інтонаційна керованість – дихання підтримує голос, темп, силу і висоту мовлення. У дітей переважає діафрагмально-грудний тип дихання, що забезпечує оптимальний контроль над повітряним потоком.

Мовленнєве дихання є фундаментом голосоутворення та мовлення, тому в логопедичній практиці воно виконує кілька ключових функцій, пов'язаних із корекцією мовленнєвих порушень, навчанням фразового мовлення та профілактикою мовленнєвих порушень. У дітей із заїканням, дизартрією, ЗНМ, ринолалією часто спостерігається неправильна координація дихання і мовлення; говоріння на вдиху або без попереднього вдиху; переривчастість, поспішність або напруженість мовлення. Логопед формує правильний тип дихання та його узгодження з голосом і артикуляцією (Рібцун, 2007).

Правильне дихання дає змогу будувати мовленнєві фрази без пауз на вдих, підтримувати логічне наголошування, контролювати інтонацію (запитання,

твердження, емоції). Формування мовленнєвого дихання – це частина профілактичної логопедичної роботи у дітей раннього віку. Воно сприяє нормалізації мовленнєвого темпу, зниженню мовного напруження, розвитку голосової витримки.

Існує кілька видів дихання, кожний із яких має свої особливості та різний вплив на мовлення і заїкання. У контексті логопедії особлива увага приділяється саме мовленнєвому диханню, оскільки воно безпосередньо впливає на ритм, плавність та інтонаційну виразність мовлення.

Зокрема, дослідники (Камінська, 2013; Плиська, 2009; Рібцун, 2007). представили класифікацію типів дихання за участю м'язів: 1) грудне (торакальне) – повітря втягується переважно за рахунок руху грудної клітки, дихання часто поверхнєве, недостатньо глибоке; у дітей із заїканням може посилювати напругу, викликати переривчастість мовлення, особливо при хвилюванні. Таке дихання малоефективне для мовлення, оскільки не забезпечує достатнього об'єму повітря; 2) черевне або діафрагмальне (абдомінальне) – найбільш продуктивний тип для мовлення, який дає змогу контролювати видих, будувати довгі, плавні фрази. Задіяна діафрагма – це головний дихальний м'яз, повітря надходить глибоко, а дихання спокійне, рівномірне. Рекомендовано таке дихання для корекції заїкання, бо знижує м'язову та емоційну напругу; 3) змішане (грудочеревне) – оптимальне поєднання діафрагмального і грудного дихання, дає добрий об'єм повітря і контроль над ним, є цільовим для мовлення і активно формується під час логопедичної корекції.

Порушення психофізіологічних механізмів дихання у процесі мовлення можуть призводити до різноманітних мовленнєвих і соматичних дисфункцій, що негативно впливають на комунікативну, емоційну та когнітивну сфери особистості. Найпоширенішими з них є

1. Логопедичні (мовленнєві) дисфункції (Боряк, 2013. Вінарська, 2005; Кондратенко, Ломоносов, 2005; Пахомова, 2009; Тарасун, 2009; Шеремет, Пахомова, 2009):

Заїкання (логоневроз) – порушення плавності мовлення через судоми

мовленнєвих м'язів, яке часто супроводжується спазмами дихального апарату (вдиховими, видиховими, комбінованими).

Дисфонія або афонія – порушення голосу через неправильну роботу дихального й голосоутворювального апарату. У дітей – часто функціонального походження, зумовлене поверхневим або неекономним диханням.

Дизартрія – порушення вимови звуків через ураження ЦНС, яке часто супроводжується порушенням ритму дихання, недостатнім фонаційним видихом.

Тахілалія або брадилалія – надмірне пришвидшення або уповільнення темпу мовлення, зумовлене дискоординацією між дихальними та артикуляційними процесами.

Порушення інтонаційної виразності мовлення – через недостатню регуляцію дихального потоку знижується можливість варіювати тон, силу, темп мовлення.

## 2. Фізіологічні та соматичні наслідки (Марченко, 2015).

Порушення ритму дихання (аритмія) – спостерігається при мовленнєвому перенапруженні або страху говоріння, особливо у дітей із мовленнєвою тривожністю.

Гіпервентиляція – надмірне дихання, що може призводити до запаморочення, головного болю, підвищення тиску, у складних випадках – до панічних атак.

М'язове перенапруження – при неекономному диханні формується надлишкове напруження шийної, грудної та навіть лицьової мускулатури.

## 3. Психоемоційні порушення (Конопляста, Сак, 2010; Піроженко, 2005; Тарасун, 2009):

Підвищена тривожність і страх мовлення – як наслідок невпевненості у можливості контролювати дихання під час виступу чи комунікації.

Низька самооцінка і соціальна ізоляція – зумовлена негативним досвідом спілкування через порушення плавності мовлення.

Порушення уваги і мислення – нестача кисню через нераціональне дихання може викликати труднощі в концентрації та когнітивній діяльності.

Дисфункції дихальних механізмів мовлення мають комплексний характер, впливаючи як на мовленнєвий, так і на загальний психофізичний стан дитини. Саме

тому корекція мовленнєвого дихання є ключовим компонентом логопедичної роботи при більшості мовленнєвих порушень.

Отже, психофізіологічні механізми дихання відіграють ключову роль у процесі мовлення, забезпечуючи його ритмічність, плавність, силу й інтонаційну виразність. У нормі мовленнєве дихання є результатом злагодженої роботи дихального, голосоутворювального, артикуляційного та нервово-м'язового апаратів, а також вольової та сенсомоторної регуляції. Порушення цієї координації призводить до різних мовленнєвих розладів – таких як заїкання, дисфонія, дизартрія, порушення темпу й інтонації мовлення.

Окрім мовленнєвих дисфункцій, недосконалість механізмів мовленнєвого дихання може спричиняти фізіологічні (гіпервентиляцію, м'язове перенапруження), психоемоційні (тривожність, страх мовлення, зниження самооцінки) і навіть когнітивні порушення. Це підкреслює необхідність глибокого вивчення та цілеспрямованої корекції мовленнєвого дихання в межах логопедичної та психолого-педагогічної роботи, особливо з дітьми дошкільного віку, які мають порушення мовлення.

## **1.2. Вікові особливості розвитку мовленнєвого дихання у дошкільному віці**

Дошкільний вік є сенситивним періодом формування мовлення, упродовж якого інтенсивно розвиваються всі компоненти мовленнєвої системи: фонетико-фонематичний, лексико-граматичний, зв'язне мовлення. Мовленнєве дихання як фізіологічна основа голосоутворення й мовлення виконує ключову роль у забезпеченні якості мовлення дитини, впливаючи на його чіткість, інтонаційну виразність, темп та ритм. Окрім того, формування мовленнєвого дихання безпосередньо пов'язане із функціонуванням дихальної та нервової систем, які в дошкільному віці перебувають у стані активного розвитку.

Розвиток мовленнєвого дихання у дошкільному віці має складний і динамічний характер, що зумовлений як анатомо-фізіологічними змінами

дихальної системи, так і дозріванням центральної нервової системи та становленням мовленнєвих функцій. У логопедичному тлумаченні (Качур, Дегтяренко, 2021) мовленнєве дихання – це спеціалізована форма дихання, що забезпечує фонаційно-артикуляційні процеси у процесі мовлення. Його особливість полягає в довільному керуванні фазами вдиху та видиху для забезпечення мовного висловлювання. У дошкільному віці відбувається становлення цієї функції, яке тісно пов'язане з психофізіологічним розвитком дитини.

У дітей дошкільного віку відбувається інтенсивне дозрівання дихального апарату. Дихальні м'язи поступово зміцнюються, збільшується життєва ємність легень, покращується координація між диханням, фонацією і артикуляцією. У молодшому дошкільному віці (3–4 роки) дихання носить переважно поверхневий, грудний характер, з частими вдихами під час мовлення. Діти ще не здатні довільно регулювати дихальний цикл, що призводить до порушення ритмічності мовлення та переривання фраз на неадекватних місцях (Поніманська, 2013; Рібцун, 2007).

У дошкільному віці відбувається неврологічне та психофізіологічне дозрівання. Центральна регуляція мовленнєвого дихання у дошкільників перебуває на етапі становлення. Дозрівання корково-підкіркових зв'язків, зокрема моторної кори, мозочка, стовбура головного мозку, забезпечує можливість довільного контролю за дихальними рухами. Це стає основою для розвитку координації між диханням і мовленням (Тарасун, 2009).

Як показують результати наукових досліджень, формування мовленнєвого дихання на етапах дошкільного віку відбувається послідовно.

Формування мовленнєвого дихання на *першому році життя* – це поетапний процес, тісно пов'язаний із нейрофізіологічним дозріванням дихальної системи, розвитком голосових реакцій, емоційного спілкування та рухової активності. Хоча повноцінне мовленнєве дихання формується пізніше, його зародки виникають вже в перші місяці життя. Від народження до 2–3 місяців дихання є рефлекторним. У новонародженого воно є нерегулярним, поверхневим, грудного типу, і повністю автоматизованим. На цьому етапі формуються життєво важливі дихальні цикли,



пов'язані з плачем, смоктанням, ковтанням. Крик і плач – це перші голосові реакції, під час яких поступово включається голосовий апарат і видих як мовленнєва функція (Богущ, 2004).

У 3–6 місяців відбувається поява вокалізацій. Дитина починає гулити, вимовляти спонтанні звуки. Вдихи стають більш ритмічними, з'являються короткі звукові серії на видиху (Богущ, 2004). З 6–9 місяців активується розвиток лепету. Лепет – це довші послідовності звуків (ма-ма, ба-ба), які з'являються на видиху. Дитина починає неусвідомлено координувати дихання з артикуляцією. Дихання частіше діафрагмальне, але ще нестабільне (Богущ, 2004). З 9 до 12 місяців забезпечується підготовка до мовленнєвого дихання. Зв'язок між вдихом, голосом і артикуляцією стає більш чітким. Дитина може повторювати звуки на одному подиху, тримати голос довше. Під кінець першого року життя з'являються перші слова, вимовлені на керованому видиху (Богущ, 2004).

Як бачимо, формування мовленнєвого дихання на першому році життя – це повільний перехід від автоматичного фізіологічного дихання до первинного функціонального поєднання дихання, голосу і артикуляції. Цей процес починається з емоційно-рефлекторних реакцій (крик, сміх, плач), проходить через гуління, лепет, і закінчується появою перших усвідомлених звуків і слів на видиху.

Формування мовленнєвого дихання у *ранньому віці (1–3 роки)* – це ключовий період, коли дихання поступово переходить з автоматичного у свідомо контрольоване й починає активно включатися в мовленнєву діяльність. Цей етап є надзвичайно важливим для становлення правильної мовленнєвої координації: «вдих–фраза на видиху –пауза–нова фраза» (Саприкіна, 2009). Вік 1–1,5 роки є переходом до фразового мовлення. Дитина вимовляє перші слова, здебільшого односкладові або короткі (мама, дай). Дихання ще коротке, не завжди координується з мовленням (Шеремет, Манько, 2017). У віці 1,5–2 роки відбувається поява дво- та трислівних конструкцій. Дитина починає вимовляти короткі речення (мама іди, хочу пити). З'являється початкове розмежування дихання і мовлення: фраза починається після вдиху. Тривалість видиху подовжується, дитина може вимовляти декілька слів на одному видиху (Богущ,

Гавриш, Саприкіна, 2009; Шеремет, Манько, 2017). Вік 2–3 роки відповідає за активне мовленнєве становлення. Дитина активно говорить, будує фрази з 3–5 і більше слів. Починає усвідомлено дихати перед мовленням, а також робити паузи для вдиху між фразами. Дихання стає ритмічнішим і цілеспрямованим, формуються наголошені видихи для інтонації (Манько, 2008; Хоменко, 2014).

У ранньому віці розвитку мовленнєвого дихання сприяє активне спілкування з дорослими, яке стимулює мовлення та інтонаційне дихання; наслідування мовлення, під час якого дитина копіює ритм, темп і інтонацію дорослого; заучування ігор, віршів, пісеньок, які розвивають дихальну витримку та ритм мовлення (Шеремет, Манько, 2017). З огляду на це, можемо стверджувати, що у віці 1–3 років мовленнєве дихання формується через практику мовлення, емоційне спілкування та активну артикуляцію.

У *молодшому дошкільному віці (3–4 роки)* мовленнєве дихання починає активно формуватися як окрема, керована мовленнєва функція, що забезпечує плавне, фразове мовлення. На цьому етапі дитина вже має певний мовленнєвий досвід і починає цілеспрямовано узгоджувати дихання з голосом і артикуляцією. Насамперед, слід зазначити, що відбувається удосконалення структури дихального акту. Дитина починає робити вдих перед мовленням і вимовляти кілька слів на одному видиху. Виникає розмежування мовленнєвого й немовленнєвого дихання. Видих стає довшим, керованим, плавним, що дає змогу будувати просту фразу без запинок (Зелінська–Любченко, 2016).

У цей період активно здійснюється перехід до фразового мовлення. Мовлення стає розгорнутішим, з'являються комплексніші висловлювання (4–6 слів). Це вимагає більшої дихальної витримки й кращого контролю за видихом. Дитина поступово вчиться керувати тривалістю видиху відповідно до довжини фрази (Козлова, Максименко, 2005). Щодо типу дихання, то у більшості дітей у цей період формується змішаний (грудинно-діафрагмальний) тип дихання, що є найоптимальнішим для мовлення. Рівень дихальної координації ще нестабільний, але у нормі постійно вдосконалюється. Поширеними порушеннями на цьому етапі (при патологіях) є говоріння на вдиху; різке, коротке дихання при фразі; часте

задування, нестача повітря; напруження м'язів гортані, шиї, плечей при мовленні (Кравченко, Харченко, 2016).

За даними нейропсихологічних та логопедичних досліджень (Шеремет, Піроженко, Камінська), у *середньому дошкільному віці (4–5 років)* відбувається інтенсивне дозрівання функцій лобових часток кори, які відповідають за моторний контроль, мовлення та дихання. Це дозволяє дитині поєднувати дихальну, голосову та артикуляційну системи в єдиний керований мовленнєвий акт. У віці 4–5 років з'являються перші ознаки сформованого мовленнєвого дихання. Діти вже здатні відтворювати короткі речення на одному видиху, зменшується кількість зайвих вдихів під час мовлення. Формується видихаючий тип мовленнєвого дихання – тобто мовлення реалізується переважно на фазі видиху. На цьому етапі вдосконалюється синхронізація між вдихом і початком мовлення, що свідчить про зростання нейрофізіологічного контролю над дихальними та мовленнєвими м'язами.

Дослідження логопедів і психофізіологів (зокрема, М.К. Шеремет, І.А. Поварова, В.О. Грінер) підтверджують, що у *старшому дошкільному віці (5–6 років)* завершується формування мовленнєво-дихального стереотипу. Завдяки дозріванню лобових зон кори головного мозку, сенсомоторної інтеграції та вдосконаленню нейром'язової координації, мовленнєве дихання стає усвідомленим інструментом мовленнєвої виразності, а не лише фізіологічним процесом (Грінер, 2008; Поварова, 2016; Шеремет, 2009; Шеремет, 2013). У 5–6 років мовленнєве дихання стає більш цілеспрямованим, керованим і узгодженим із ритмом мовлення. Дитина може планувати висловлювання, набираючи достатню кількість повітря перед фразою, а мовлення на одному видиху триває довше. Поступово формується здатність регулювати силу, тривалість і гучність мовленнєвого видиху відповідно до комунікативного наміру (Богущ, 2005).

Визначальним у дошкільному віці є психолінгвістичний аспект. У процесі розвитку мовленнєвого дихання значну роль відіграє мовленнєва практика дитини. Чим вищий рівень мовленнєвої активності, тим краще формуються мовленнєві навички, зокрема правильна організація дихання під час мовлення. Емоційно-

мотиваційна сфера дитини також впливає на характер дихання: хвилювання, надмірна активність або мовленнєва тривожність можуть порушувати ритм дихання, що особливо помітно у дітей із мовленнєвими порушеннями (наприклад, у дітей із заїканням чи дизартрією) (Дегтяренко, 2008).

Розвиток мовленнєвого дихання є важливою умовою для оволодіння зв'язним мовленням, дикцією, темпоритмічною організацією фрази. У зв'язку з цим це один із обов'язкових напрямів логопедичної та педагогічної роботи в закладі дошкільної освіти. Використовуються вправи на розвиток сили, тривалості, ритмічності видиху, координації дихання з мовними елементами (Камінська, 2013).

Отже, розвиток мовленнєвого дихання у дошкільному віці є поступовим, динамічним процесом, тісно пов'язаним із загальним мовленнєвим, психомоторним і нейрофізіологічним дозріванням дитини. У ранньому віці (1–3 роки) мовленнєве дихання лише починає формуватися: дитина оволодіває базовими навичками видиху під час вимови окремих слів або коротких фраз, ще не завжди координуючи дихання з мовленням. У молодшому дошкільному віці (3–4 роки) вдосконалюється координація між фазами дихання, голосом і артикуляцією, а мовлення частіше реалізується на видиху. У середньому дошкільному віці (4–5 років) формується стійкий видихаючий тип мовленнєвого дихання, зростає мовленнєва витримка, зменшується кількість зайвих вдихів. У старшому дошкільному віці (5–6 років) мовленнєве дихання стає цілеспрямованим, ритмічним і узгодженим із змістом і структурою висловлювання, з'являється інтонаційна модуляція дихання.

Упродовж дошкільного періоду воно поступово трансформується з мимовільного, недосконалого процесу в керовану, свідому діяльність, яка забезпечує ефективне формування мовлення. Вікові особливості його розвитку зумовлені морфофункціональними, нейропсихологічними змінами, а також впливом мовленнєвого середовища та педагогічної підтримки. Своєчасне формування мовленнєвого дихання є важливим фактором профілактики порушень мовлення та гармонійного мовленнєвого розвитку дитини.

### **1.3. Характеристика заїкання як порушення темпу, ритму та плавності мовлення**

Доцільність дослідження заїкання як порушення темпо-ритмічної організації мовлення зумовлена як зростанням кількості дітей і дорослих, які мають подібні порушення, так і складністю їхнього подолання в логопедичній та психолого-педагогічній практиці. Заїкання є одним із найскладніших порушень мовлення, що зачіпає не лише мовленнєву сферу, а й психоемоційний стан особистості. Цей мовленнєвий розлад порушує темп, ритм та плавність мовлення, що проявляється у вигляді судом м'язів мовленнєвого апарату (артикуляційних, дихальних, голосових) і спричиняє труднощі в комунікації. Такий стан формує у дитини або дорослого мовленнєву тривожність, невпевненість у собі, соціальну дезадаптацію, що вимагає комплексного міждисциплінарного підходу до вивчення й подолання цього порушення.

Слід акцентувати увагу на тому, що заїкання часто виникає саме в дошкільному або молодшому шкільному віці, коли інтенсивно формуються мовленнєві навички, психіка ще недостатньо зріла, а дихально-артикуляційні механізми – не до кінця скоординовані. Саме в цей період можливе як виникнення, так і ефективна корекція заїкання, якщо своєчасно виявити його симптоми та розуміти його природу як порушення мовного темпу, ритму та плавності. Як зазначає низка дослідників у галузі логопедії (Вишнеvsька, 2014; Кондратенко, Ломоносов, 2005; Кравченко, Скачедуб, 2015; Літовченко, 2021; Мартиненко, Панькович, 2008; Юрова, 2000) заїкання (логоневроз) є складним мовленнєвим порушенням, що виявляється у вигляді судом мовленнєвого апарату та супроводжується порушенням темпу, ритму та плавності мовлення.

Сучасний аналіз проблеми заїкання вивчає темпо-ритмічну організацію мовлення як системоутворювальний механізм. Як зазначає Ю. В. Камінська, темп, ритм та плавність мовлення – це одні з базових характеристик усного мовлення, які забезпечують його зв'язність, інтонаційну виразність і сприйнятливність. Темпо-ритмічний аспект мовлення тісно пов'язаний із: а) мовленнєвим диханням, що

регулює тривалість мовленнєвих фраз і пауз; б) артикуляційною моторикою, яка визначає швидкість і чіткість звукоутворення; в) центральною нервовою регуляцією, яка забезпечує координацію мовленнєвих і психомоторних програм. Будь-яке порушення в цих системах – функціональне або органічне – призводить до дестабілізації темпо-ритмічного компонента мовлення (Камінська, 2013).

Наукові розвідки (Камінська, 2013; Купчак, 2009; Юрова, 2000) широко досліджують сутність заїкання як темпо-ритмічного порушення. З позиції низки дослідників заїкання супроводжується: а) мовленнєвими судомами (тонічними, клонічними або змішаними), що безпосередньо порушують ритмічний малюнок мовлення; б) розривом мовленнєвого потоку – спостерігаються мимовільні паузи, повтори складів, звуків, затримки перед словами; в) аномальним темпом – мовлення стає то пришвидшеним (тахіталія), то загальмованим (брадіталія), залежно від компенсаторної поведінки; г) порушенням плавності – фраза втрачає цілісність, логічну завершеність і мелодійність.

На сьогодні особливої актуальності набувають дослідження питання, пов'язані з нейропсихологічним обґрунтуванням проблеми. Сучасні дослідження (Дегтяренко, Павлова, 2016.; Тарасун, 2009) показують, що у дошкільників, котрі заїкаються, спостерігається: а) порушення міжпівкульової взаємодії, що веде до розладу у координації дихання, голосоутворення та артикуляції; б) функціональна незрілість мовленнєвих зон кори головного мозку (особливо лівої півкулі у праворуких); в) дискоординація в роботі мозкових структур, відповідальних за послідовність моторних дій (лобові, премоторні області, мозочок); г) надмірна збудливість емоційно-вольових центрів, що провокує мовленнєві блоки під час психоемоційного навантаження. Це обґрунтовує, що заїкання є комплексним порушенням із провідним дефектом у темпо-ритмічній організації мовленнєвого акту на всіх рівнях – моторному, сенсомоторному й мовленнєво-комунікативному.

Не менш важливим є дослідження психологічних аспектів порушення плавності мовлення (Мартиненко, Панькович, 2008). У дітей і дорослих із заїканням часто спостерігається мовленнєва тривожність; очікування мовленнєвої невдачі; нав'язливий контроль над мовленням; афективне напруження в ситуаціях

спілкування. Це підсилює мовленнєві порушення, створюючи замкнене коло: «емоційна напруга → судоми → дестабілізація темпо-ритму → нова емоційна реакція».

Принципово важливим питанням є дослідження практичного значення темпо-ритмічного підходу до вивчення заїкання (Камінська, 2013; Купчак, 2009; Юрова, 2000). У логопедичній практиці важливим напрямом корекції заїкання є формування ритмічного мовлення (через мовленнєвий ритм, спів, метричні вправи); регуляція темпу мовлення (через методи сповільнення, ритмізацію, синхронізацію з рухом); тренування мовленнєвого дихання та плавності мовлення.

Різновиди заїкання охоплюють широкий спектр причин, форм і ступенів прояву. Існує кілька класифікацій заїкання, залежно від критеріїв: етіології (походження), клінічних проявів, перебігу тощо. Найбільш поширені різновиди заїкання такі:

*За походженням (етіологічною ознакою):* 1) функціональне (психогенне) заїкання – виникає внаслідок психоемоційної травми, сильного стресу, страху або надмірного мовленнєвого навантаження; 2) органічне (неврогенне) заїкання – пов'язане з мікроорганічними ураженнями мозку, перенесеними ЧМТ, інфекціями або порушенням внутрішньоутробного розвитку (Кравченко, 2000).

*За формою прояву:* 1) клонічна форма – повторення початкових звуків, складів або слів (наприклад: «п-п-піду», «ма-ма-ма-ма»); виникає через багаторазові скорочення мовленнєвих м'язів; 2) тонічна форма – спазми зупиняють мовлення повністю: мовленнєвий блок, напруження, пауза; дитина «завмирає» перед звуком або словом; 3) змішана форма (клоніко-тонічна) – поєднує обидва типи: повторення звуків і мовленнєві блоки (Рібцун, 2023; Скляр, 2018).

*За ступенем тяжкості:* 1) легка форма – заїкання майже непомітне, виникає лише в емоційно-значущих ситуаціях; 2) середня форма – спостерігаються регулярні спазми, іноді з напругою м'язів; 3) важка форма – мовлення майже неможливе без зупинок (Рібцун, 2023).

*За перебігом:* 1) постійне заїкання – симптоми стабільні, майже не змінюються; 2) хвилеподібне заїкання – періоди загострення змінюються

поліпшенням; 3) регресивне (згасаюче) – поступово зменшується та може зникати; 4) прогресуюче – з віком симптоми поглиблюються (без корекції) (Балаховцева, 2014; Рібцун, 2023).

*За часом виникнення:* 1) раннє заїкання – до 3 років, часто пов'язане з психоемоційною нестабільністю; 2) пізнє заїкання – після 4–5 років, частіше має органічне або стійке походження (Арнаутова, 2017).

Отже, заїкання є передусім порушенням темпу, ритму та плавності мовлення, яке виникає внаслідок дискоординації мовленнєвих і моторних механізмів на нейрофізіологічному, психічному та мовленнєвому рівнях. Характеристика заїкання з точки зору темпо-ритмічного компонента дає змогу більш глибоко зрозуміти його структуру, виявити механізми порушення та сформувані ефективні підходи до корекційної роботи.

Заїкання є складним мовленнєвим порушенням, яке має різноманітні форми, причини та ступені прояву. Воно може бути зумовлене як психогенними факторами (емоційний стрес, перенавантаження), так і органічними порушеннями нервової системи. Заїкання проявляється у вигляді клонічних (повторення звуків), тонічних (мовленнєвих блоків) або змішаних спазмів, а також може мати постійний, хвилеподібний або регресуючий перебіг. Диференціація заїкання за формою, походженням, перебігом і тяжкістю є важливою для вибору адекватної логопедичної та психокорекційної роботи. Успішна допомога дітям із заїканням потребує комплексного підходу з урахуванням мовленнєвих, психологічних і неврологічних особливостей. З огляду на це, представлена проблема має не лише наукову, а й важливу практичну значущість для логопедії, психолінгвістики та нейропсихології.



## РОЗДІЛ 2.

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МОВЛЕННЄВОГО ДИХАННЯ У ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ЗАЇКАННЯМ

#### 2.1. Організація, етапи та методи емпіричного дослідження

Проведення експериментального дослідження з вивчення особливостей мовленнєвого дихання та темпо-ритмічної організації мовлення у дітей дошкільного віку із заїканням є логічним етапом після теоретичного аналізу проблеми. Його актуальність зумовлена потребою не лише емпірично підтвердити теоретичні положення щодо зв'язку між порушенням мовленнєвого дихання та темпо-ритмічною дезорганізацією мовлення при заїканні, а й створити практичну основу для розробки ефективних корекційних стратегій.

**Мета експериментального дослідження** – дослідити структурні й функціональні особливості темпу, ритму та плавності мовлення у дошкільників із заїканням у взаємозв'язку зі станом мовленнєвого дихання, а також експериментально перевірити ефективність спеціально організованої корекційної програми, спрямованої на оптимізацію темпо-ритмічного компонента мовлення.

Відповідно до мети визначено завдання експериментального етапу:

1. Визначити рівень сформованості мовленнєвого дихання у дітей із заїканням порівняно з дітьми з нормальним мовленнєвим розвитком.
2. Дослідити особливості темпу, ритму, плавності мовлення та мовленнєвих судом у дітей із заїканням.
3. Проаналізувати кореляційні зв'язки між якістю мовленнєвого дихання та характеристиками темпо-ритмічної організації мовлення.
4. Розробити та апробувати програму логопедичної корекції, спрямовану на формування адекватного мовленнєвого дихання, уповільнення темпу, розвиток плавності мовлення.
5. Оцінити динаміку мовленнєвих змін у дітей після проходження корекційного впливу.

Організація констатувального експериментального дослідження здійснюється за такими **етапами**:

1. Оцінка мовленнєвого дихання (тривалість видиху, координація дихання й фонації).
2. Аналіз темпу мовлення.
3. Аналіз ритму мовлення.
4. Вивчення плавності мовлення.
5. Фіксація типу та частоти мовленнєвих судом.
6. Психологічна діагностика тривожності, мовленнєвої впевненості.

*Першим етапом* стала *оцінка мовленнєвого дихання*. Для цього було застосовано такі експериментальні проби:

Проба 1. Спостереження за диханням у спонтанному мовленні

Опис: Експериментатор спостерігає за дитиною під час вільного висловлювання (розповідь, опис, діалог).

Оцінюється: чи вимовляє дитина на видиху; чи робить вдихи у логічно правильних місцях; чи є надмірна кількість вдихів; чи спостерігаються паузи, зумовлені нестачею повітря; тривалість фрази (на одному видиху);

Проба 2. Вимова голосного звуку на одному видиху

Завдання: Дитина має на одному видиху тягнути голосний звук (наприклад, /a/, /o/).

Фіксується: тривалість фонаційного видиху (у секундах); плавність звучання; рівномірність голосу. Норма для дітей 5–6 років: від 8 до 12 секунд. Менше 6 с – ознака слабкого мовленнєвого видиху.

Проба 3. Фраза на одному видиху

Завдання: Дитина повинна повторити або виголосити фразу на одному видиху (наприклад, «Я люблю свою маму і тата»).

Вимірюється: кількість слів на одному видиху; чіткість, інтонація, плавність; здатність закінчити фразу без додаткових вдихів; додатково: поступове ускладнення фраз дозволяє визначити мовленнєву витривалість.

Норма для дітей 5–6 років: від 10 до 15 слів.

Використання комплексної багаторівневої діагностики дозволяла нам:

- виявити слабкі ланки дихального компоненту мовлення;
- класифікувати тип порушення мовленнєвого дихання (координаційне, динамічне, вольове тощо);
- побудувати ефективну корекційну програму з урахуванням індивідуальних особливостей дитини.

Оцінка рівня розвитку мовленнєвого дихання за результатами трьох експериментальних проб (спостереження у спонтанному мовленні, фонаційна проба та фраза на одному видиху) дозволяє логопеду комплексно оцінити плавність, керованість, координацію та витривалість мовленнєвого дихання дитини. За результатами представлених проб було визначено рівні сформованості мовленнєвого дихання:

- високий рівень мовленнєвого дихання;
- вищий за середній рівень мовленнєвого дихання;
- середній рівень мовленнєвого дихання;
- нижчий за середній рівень мовленнєвого дихання;
- низький рівень мовленнєвого дихання (див. додаток А).

За таких умов необхідна системна логопедична корекція з дихальної гімнастики, логоритміки, ігор на фразовість мовлення.

На *другому етапі* було застосовано методику *визначення мовленнєвого темпу* (за Т.Ф. Філічовою, В.В. Тумановою).

Проба 1: Дитині пропонується:

а) переказувати знайомий текст; б) проговорювати серію слів.

Інструменти: секундомір, диктофон або аудіоаналізатор.

Фіксується: кількість слів, виголошених за 30 секунд або 1 хвилину. Темп мовлення: нормальний (90–140 слів/хв), повільний, пришвидшений. Суб'єктивне сприймання мовлення (чи встигає слухач засвоювати зміст).

Нижче подано характеристику рівнів мовленнєвого темпу відповідно до кількісних та якісних показників, що фіксуються під час переказу тексту:

- високий рівень мовленнєвого темпу;

- вищий за середній рівень мовленнєвого темпу;
- середній рівень мовленнєвого темпу (норма);
- нижчий за середній рівень мовленнєвого темпу;
- низький рівень мовленнєвого темпу (див. додаток Б).

Рівень мовленнєвого темпу варто оцінювати в комплексі з ритмом мовлення, чіткістю артикуляції, інтонаційною виразністю, а також з урахуванням емоційного стану дитини під час обстеження.

Зважаючи на це, наступним, *третім етапом*, стала *оцінка ритму мовлення*. Дослідження ритму слід проводити у спокійній, невимушеній атмосфері, з урахуванням вікових особливостей дитини. Для цього ми використали такі завдання:

Проба 1. «Повтори ритм». Експериментатор відстукує олівцем ритм (наприклад, короткі й довгі удари: «тук/тук/ту-у-у-к/ту-у-у-к»), а дитина повторює його. Оцінюється: точність відтворення ритму, рівномірність пауз, здатність тримати ритм без зміщень.

Проба 2. «Ритм у віршах». Дитина декламує знайомий вірш, звертаючи увагу на ритм і плавність мовлення. Може здійснюватись ритмічне промовляння віршів, скоромовок, прислів'їв під метроном або під музичний супровід. Оцінюється: відповідність темпу, наголосів і пауз у мовленні до заданого ритму.

Проба 3. Логоритмічні відповідності. Використання спеціальних вправ, які поєднують рух (рук, ніг) з мовленнєвим ритмом, наприклад, співання з ритмічним плесканням. Оцінюється: рівень координації між рухами і мовленням; здатність зберігати рівномірний ритм.

За результатами трьох проб: «Повтори ритм», «Ритм у віршах», «Логоритмічні відповідності», виокремлено такі рівні ритму мовлення:

- високий рівень ритму мовлення;
- вищий за середній рівень ритму мовлення;
- середній рівень ритму мовлення;
- нижчий за середній рівень ритму мовлення;

- низький рівень ритму мовлення ритму мовлення (див. додаток В).

На **четвертому етапі** здійснювали **аналіз плавності мовлення** в структурованому діалозі та під час спонтанного мовлення.

Проба 1: Порівняльний аналіз плавності мовлення в різних мовленнєвих ситуаціях:

Проба 2. Програмоване мовлення (повторення за логопедом).

Проба 3. Спонтанне мовлення (розповідь за картинкою).

Оцінюється: кількість і тривалість пауз; переривання мовленнєвого потоку; логічна завершеність думки на одному видиху; вплив емоційного фону на плавність.

Опис рівнів плавності мовлення, визначених за результатами аналізу здійснювався з урахуванням кількості і тривалості пауз, переривань мовленнєвого потоку, логічної завершеності думки на одному видиху та впливу емоційного фону.

Зокрема:

- високий рівень плавності мовлення;
- вищий за середній рівень плавності мовлення;
- середній рівень плавності мовлення;
- нижчий за середній рівень плавності мовлення;
- низький рівень плавності мовлення плавності мовлення (див. додаток Г).

**П'ятий етап** констатувального експерименту представила **техніка діагностичного скринінгу мовленнєвих судом.**

Хід роботи: Фіксується мовлення дитини в різних умовах.

Проба 1. Визначення типу судом

Фіксується: клонічні (повтори), тонічні (затримка, напруга), змішані.

Проба 2. Визначення локалізації судом

Фіксується: локалізація судом: дихальні, голосові, артикуляційні.

Проба 3. Визначення частоти судом

Фіксується: частота судом: скільки разів на хвилину/фразу.

Проба 4. Тригери

Фіксуються тригери: в якій ситуації (емоційне навантаження, звернення до незнайомця) дитина починає запинатись.

Застосовується протокол обліку судом і наступна шкала оцінювання:

- високий рівень судомної активності;
- вищий за середній рівень судомної активності;
- середній рівень судомної активності;
- нижчий за середній рівень судомної активності;
- низький рівень судомної активності (практично відсутні судоми) (див. додаток Д).

**Шостим етапом** дослідження було проведення психологічної **діагностики рівня тривожності** за допомогою шкали проявів тривожності Р. Теммла, М. Доркі і В. Амена.

Шкала проявів тривожності Р. Теммла, М. Доркі та В. Амена – це проективна методика, призначена для виявлення рівня особистісної та ситуаційної тривожності у дітей. Вона побудована на основі інтерпретації емоційних реакцій дитини на певні соціально-побутові ситуації через зображення. Процедура аналізу виглядає так: Дитині пред'являються 14 малюнків, які зображують різні ситуації (наприклад, сварка з дорослим, залишення наодинці тощо). Вона обирає ті малюнки, які викликають у неї страх або тривогу, і пояснює свій вибір. Кожний малюнок, який викликав тривогу, оцінюється в 1 бал. Підраховується загальна кількість балів (обраних малюнків):

- 0–2 бали – низький рівень тривожності;
- 3–5 балів – нижчий за середній рівень тривожності;
- 5–7 балів – середній рівень тривожності;
- 8–10 балів – вищий за середній рівень тривожності;
- 11–14 балів – високий рівень тривожності (див. додаток Е).

Отже, програма констатувального експериментального дослідження передбачає цілісне вивчення мовленнєвої діяльності дітей із заїканням і базується на послідовному аналізі ключових параметрів мовлення. Експериментальна процедура включає оцінку мовленнєвого дихання з акцентом на тривалість видиху

та координацію дихання з фонацією; дослідження темпу мовлення як динамічної характеристики мовленнєвої активності; вивчення ритму мовлення через аналіз рівномірності мовленнєвих одиниць. Окремим напрямом є аналіз плавності мовлення, що передбачає спостереження за цілісністю та логічною завершеністю мовленнєвих висловлювань. Також фіксується тип і частота мовленнєвих судом із урахуванням їхньої локалізації. Доповнює програму психологічна діагностика тривожності та мовленнєвої впевненості, що дозволяє врахувати емоційно-вольові чинники, які впливають на мовленнєву продукцію. Сукупність цих компонентів забезпечує комплексну і науково обґрунтовану основу для подальшого аналізу стану темпо-ритмічної організації мовлення у дітей із заїканням.

## **2.2. Аналіз рівня сформованості мовленнєвого дихання у дітей із заїканням**

Емпіричним дослідження було охоплено 18 дітей із заїканням і 36 дітей із типовим мовленнєвим розвитком (ТМР) комунальних закладів «Заклад дошкільної освіти №.18 Вінницької міської ради», «Заклад дошкільної освіти №25 Вінницької міської ради», «Заклад дошкільної освіти №.46 Вінницької міської ради».

Під час експерименту досліджували такі функції мовленнєвого дихання: здатність вимовляти слова на видиху; вміння робити вдихи у логічно правильних місцях; наявність надмірної кількості вдихів; тип дихання під час мовлення; тривалість фонаційного видиху (у секундах); тривалість фрази на одному видиху; плавність звучання; наявність пауз, зумовлених нестачею повітря; кількість слів на одному видиху; рівномірність, чіткість, плавність, інтонація, голосу; узгодженість дихання і мовлення; здатність закінчити фразу без додаткових вдихів; вміння змінювати динаміку видиху залежно від мовленнєвого завдання; автоматизм дихання у процесі мовлення; управління диханням під час мовлення; координація роботи дихальних м'язів і голосоутворення (див. табл. 2.2.1.).

Таблиця 2.2.1.

## Узагальнений аналіз функцій мовленнєвого дихання

№ з/п	Функції мовленнєвого дихання	Дошкільники із заїканням	Дошкільники із типовим мовленнєвим розвитком
1	<b>Здатність вимовляти слова на видиху</b>	Часто порушена – можуть говорити на вдиху або перед вдихом	Сформована
2	<b>Вміння робити вдихи у логічно правильних місцях</b>	Порушене – вдихи можуть бути у невідповідних місцях	Сформоване – вдих перед фразою або паузою
3	<b>Наявність надмірної кількості вдихів</b>	Часто спостерігається надмірна кількість вдихів	Відсутня – вдихи дозовані, відповідно до потреби
4	<b>Тип дихання під час мовлення</b>	Буває поверхневий, клетотливий, грудний або змішаний	Переважає діафрагмально-грудний тип
5	<b>Чи спостерігаються паузи, зумовлені нестачею повітря</b>	Часто спостерігаються під час фрази	Відсутні або рідкісні
6	<b>Тривалість фрази на одному видиху</b>	Знижена – фрази коротші, уривчасті	Достатня – відповідає віковій нормі
7	<b>Тривалість фонаційного видиху (у секундах)</b>	Значно знижена (2–5 с або менше)	У межах норми (6–10 с)
8	<b>Плавність звучання</b>	Порушена – наявні зупинки, судоми, ривки	Плавна, рівномірна
9	<b>Рівномірність голосу</b>	Нерівномірна, з напруженням або раптовим зривом голосу	Рівномірна, без різких коливань
10	<b>Кількість слів на одному видиху</b>	Знижена (1–4 слова)	Відповідає віковій нормі (5–8 слів)
11	<b>Чіткість, інтонація, плавність</b>	Порушені – інтонація збіднена, плавність відсутня, чіткість знижена	Добре сформовані
12	<b>Здатність закінчити фразу без додаткових вдихів</b>	Часто не можуть – роблять кілька вдихів під час фрази	Здатні
13	<b>Узгодженість дихання і мовлення</b>	Порушене. Мовлення часто починається на вдиху або супроводжується зупинками для раптових вдихів; відсутня узгодженість дихального й мовленнєвого ритму.	Сформоване. Діти починають мовлення на видиху, дихальний ритм відповідає мовленнєвому.
14	<b>Здатність змінювати динаміку (силу, темп, тривалість видиху) залежно від мовленнєвої задачі</b>	Мовлення часто монотонне або різке; фонаційний видих короткий; відсутні зміни темпу, логічні наголоси.	Сформоване на базовому рівні. Дитина може інтонувати, варіювати гучність.
№ з/п	Функції мовленнєвого дихання	Дошкільники із заїканням	Дошкільники із типовим мовленнєвим розвитком



16	<b>Автоматизм дихання у процесі мовлення</b>	Дихання стає напруженим, навмисним, неавтоматизованим; часто дитина змушена зупинитися, щоб вдихнути, що перериває мовлення.	Природно автоматизоване. Дитина не задумується над диханням.
17	<b>Координація роботи дихальних м'язів і голосоутворення</b>	Виникає м'язове напруження, блоки у грудях, раптові судоми або зупинки мовлення, що свідчить про порушення рухового аспекту мовленнєвого дихання.	Узгоджена робота дихальних, голосових і артикуляційних м'язів.

Як бачимо з табличних даних, зафіксованих нами за результатами експериментального дослідження, у дошкільників із нормотиповим розвитком мовленнєве дихання зазвичай уже сформоване та координоване з мовленням: воно є діафрагмально-грудним, плавним, з правильними логічними паузами. У дітей із заїканням спостерігаються порушення в усіх основних функціях мовленнєвого дихання: короткий фонаційний видих, надмірні вдихи, уривчастість фраз, напруження голосу та зниження плавності мовлення. Це свідчить про потребу цілеспрямованої корекційної роботи.

На основі останніх п'яти функцій мовленнєвого дихання (п.13–17) визначено типи порушень мовленнєвого дихання:

**Координаційний тип порушень** – характеризується недостатньою злагодженістю між диханням і мовленнєвим потоком: мовлення нерідко починається на вдиху або переривається через раптові вдихи, що свідчить про порушення дихально-мовленнєвої координації.

**Динамічний тип порушень** – проявляється у зниженій здатності варіювати темп, силу голосу й інтонацію; спостерігається короткочасний фонаційний видих, монотонність мовлення або його різкість, відсутність логічних пауз і наголосів.

**Вольовий тип порушень** – може мати дві форми: або спостерігається недостатній контроль над дихальним процесом, або надмірне вольове зусилля, що спричиняє м'язове напруження, блоки та судомні прояви під час мовлення.

**Рефлекторний тип порушень** – дихання втрачає автоматизований характер, стає штучним і напруженим; дитина змушена свідомо контролювати кожний вдих, що часто призводить до зупинок мовлення і переривання фрази.

**Моторний тип порушень** – відзначається дискоординацією дихальної

моторики: з'являються мимовільні напруження грудної клітки, судоми або блоки, що утруднюють плавне мовлення й свідчать про порушення роботи дихальних і голосоутворювальних м'язів.

У дошкільників із заїканням найчастіше спостерігається комбінований тип порушень мовленнєвого дихання, що включає координаційні, динамічні, вольові, рефлексорні та моторні компоненти. Проте, домінуючими зазвичай є координаційні, вольові та рефлексорні порушення, які тісно пов'язані з механізмом заїкання.

**Координаційний тип порушень є основним.** Він виникає через невміння узгодити дихання і мовлення: діти часто починають говорити на вдиху або роблять вдихи в середині фрази. Це результат незрілої або порушеної центральної регуляції дихально-мовленнєвої координації. У таких дітей мовлення уривчасте, вдихи не синхронізовані з початком фраз, виникають «захлинання» словами

Вольовий тип порушень часто буває супутнім. Дитина намагається свідомо контролювати дихання, що призводить до перенапруги. Така гіперконтрольованість дихального акту заважає його природному перебігу. Проявляється у напруженому, штучному диханні, наявності блоків перед початком фраз, затримкою дихання або судомними вдихами перед словами.

Типовим у дітей із мовленнєвим страхом є рефлексорний тип порушень. У нормі мовленнєве дихання є автоматизованим, але у дошкільників із заїканням через емоційне напруження і мовленнєву тривожність воно втрачає автоматизм. З огляду на це, мовлення потребує вольового зусилля, дихання «ламається» перед словами, які викликають труднощі, дитина не може говорити спонтанно.

Як вторинний може виникати динамічний тип порушень. Він є наслідком загального порушення мовлення: через нетривалий видих, знижену фонаційну витривалість дитина не здатна змінювати темп, силу голосу, інтонацію. Виявляється у вигляді монотонного мовлення, скорочення фраз, відсутності логічних пауз і наголосів.

У деяких дошкільників як результат м'язового напруження виникає моторний тип порушень. Це відбувається через порушення узгодженості роботи

дихальних і голосових м'язів (часто з елементами м'язових судом). Для процесу мовлення властиво судомне напруження грудної клітки, суперечливі дихальні рухи (раптове стискання або зупинка), збої у голосоутворенні

Зважаючи на це, можемо констатувати, що у дошкільників із заїканням найбільш характерні координаційні, вольові та рефлекторні типи порушень мовленнєвого дихання. Вони пов'язані із загальним порушенням автоматизації мовлення, психоемоційною напругою, страхом мовлення і спробами надмірного контролю. Ці особливості необхідно враховувати при визначенні рівнів мовленнєвого дихання, що представлено у таблиці, що представлено у таблиці 2.2.2.

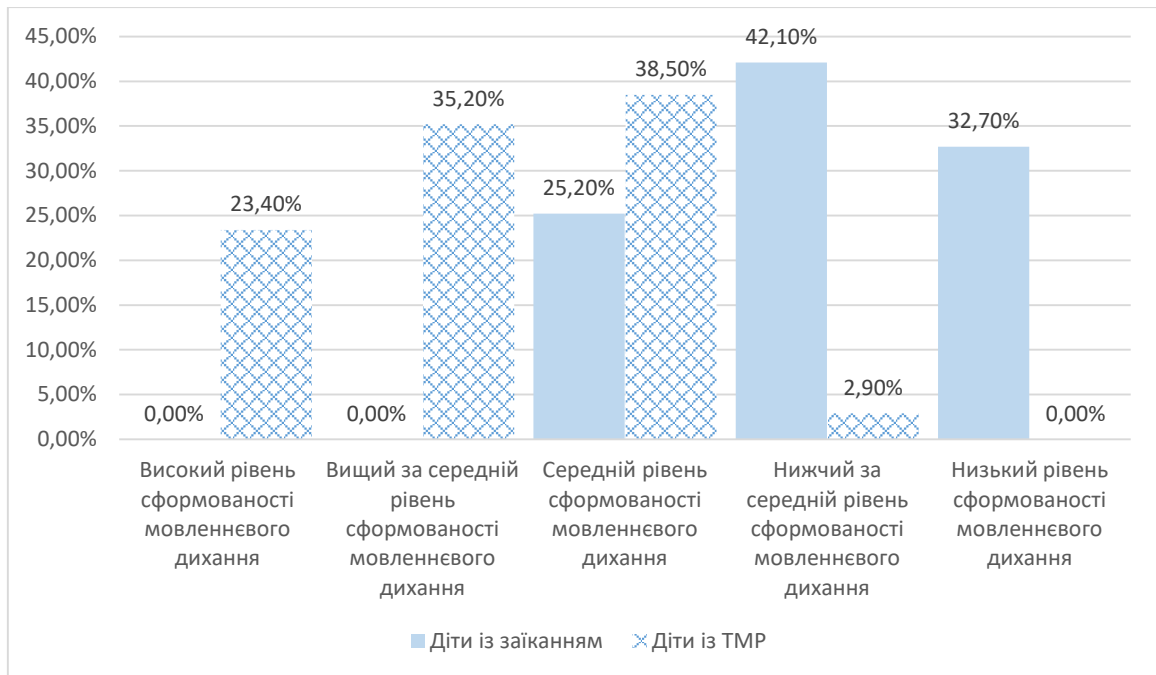
Таблиця 2.2.2.

**Рівні сформованості мовленнєвого дихання у дошкільників  
(дані представлено у %)**

№ з/п	Рівні сформованості мовленнєвого дихання	Дошкільники із заїканням	Дошкільники із ТМР
1	Високий рівень сформованості мовленнєвого дихання	0,0%	23,4%
2	Вищий за середній рівень сформованості мовленнєвого дихання	0,0%	35,2%
3	Середній рівень сформованості мовленнєвого дихання	25,2%	38,5%
4	Нижчий за середній рівень сформованості мовленнєвого дихання	42,1%	2,9%
5	Низький рівень сформованості мовленнєвого дихання	32,7%	0,0%

Оцінка рівня розвитку мовленнєвого дихання за результатами трьох експериментальних проб (спостереження у спонтанному мовленні, фонаційна проба та фраза на одному видиху) дала змогу оцінити рівні сформованості мовленнєвого дихання, які подано у таблиці.

Як бачимо, у дітей з типовим мовленнєвим розвитком переважають високий, вищий за середній і середній рівні сформованості мовленнєвого дихання (загалом – 97,1%), що свідчить про природний перебіг формування мовленнєво-дихального механізму. У дітей із заїканням переважають нижчий за середній (42,1%) та низький (32,7%) рівні, а високі рівні відсутні зовсім, що вказує на системні порушення дихальної координації, витривалості й регуляції, що можна простежити за діаграмою 2.2.1.



**Рис. 2.2.1. Диференційний аналіз рівнів сформованості мовленнєвого дихання у дошкільників із заїканням і ТМР (дані подано у %)**

Як можемо спостерігати за рисунком, високий рівень сформованості характерний для 23,4% дітей із типовим розвитком: майже чверть продемонструвала повністю сформоване, контрольоване, інтонаційно виразне мовленнєве дихання. У дітей із заїканням повністю сформоване мовленнєве дихання відсутнє.

Вищий за середній рівень спостерігається у третини дітей із нормотиповим розвитком (35,2%) – їхнє мовленнєве дихання лише незначно потребує вдосконалення. Діти із заїканням узагалі не демонструють цього рівня, що свідчить про глибше порушення дихального механізму.

Середній рівень притаманний для 25,2% дошкільників із заїканням і 38,5% дошкільників із типовим мовленнєвим розвитком. У більшості дошкільників з обох груп мовленнєве дихання сформоване частково. Проте у дітей з типовим розвитком цей рівень є нормативним етапом формування, тоді як у дітей із заїканням – це максимально досягнутий рівень, що свідчить про наявність обмежень.

Нижчий за середній рівень сформованості мовленнєвого дихання характерний для 42,1% дітей із заїканням і 2,9% дітей із типовим мовленнєвим розвитком. Значна частина дітей із заїканням має виражене порушення мовленнєвого дихання, що потребує корекційної допомоги. Мовленнєве дихання у

них виявляється недостатньо сформованим і вимагає спеціально організованої корекційної роботи. У процесі спонтанного мовлення спостерігаються часті вдихи всередині фраз, уривчастий характер мовлення, короткі фрази з паузами, зумовленими дефіцитом повітря. За результатами фонаційної проби тривалість звуковидобування становить 6–7 секунд, голос звучить нерівномірно, із труднощами при завершенні. Обсяг фрази на одному видиху обмежується 5–6 словами, вимова розпливчата, мовлення супроводжується додатковими вдихами в середині фразової одиниці.

Водночас, серед дітей із типовим мовленнєвим розвитком майже ніхто не демонструє такого рівня – це радше виняток (2,9%).

Дані експериментальних досліджень продемонстрували, що майже третина дошкільників із заїканням (32,7%) мають грубо порушене мовленнєве дихання – воно не виконує базових мовленнєвих функцій, є хаотичним, із відсутністю координації. Це свідчить про значні порушення дихального механізму, зокрема про відсутність базової координації між диханням і мовленням. У спонтанному мовленні домінує вимова на вдиху або з вираженими мовленнєвими блоками; дихання характеризується хаотичним чергуванням вдихів і видихів, фрази є надто короткими або залишаються незавершеними, спостерігаються часті зриви дихання. Показники фонаційної проби становлять менше 6 секунд; голос тремтячий, нестабільний, із тенденцією до згасання наприкінці. Обсяг фрази на одному видиху становить менше 5 слів, артикуляція порушена, виявляється виражена дихальна недостатність.

У дошкільників із типовим мовленнєвим розвитком такий рівень не зустрічається взагалі.

Отже, можемо узагальнити результати експериментального дослідження функцій мовленнєвого дихання. Встановлено, що дошкільники із нормотиповим розвитком здатні інтуїтивно та свідомо керувати диханням у межах мовленнєвої діяльності. Натомість у дітей із заїканням спостерігаються системні порушення всіх типів мовленнєвого дихання. Найчастіше це координаційні труднощі (невміння почати фразу на видиху), динамічні обмеження (одноманітна мова,

знижена тривалість фонаційного видиху), вольове перенапруження (спроба свідомо керувати кожним словом), порушення автоматизму (мовлення вимагає значних вольових зусиль). Ці особливості обов'язково мають враховуватись у логопедичній роботі, особливо при розробці програм розвитку мовленнєвого дихання у дітей із заїканням. За таких умов необхідна системна логопедична корекція з дихальної гімнастики та логоритміки.

### 2.3. Визначення функціональних порушень характеристик дихального компонента мовлення у дошкільників із заїканням

У дітей із заїканням спостерігаються не лише труднощі з реалізацією мовлення на видиху, а й порушення функціональної цілісності дихального механізму: спонтанне або неконтрольоване дихання, нестача повітря, судомні вдихи, нерівномірна фонація. Ці особливості не завжди виявляються під час побутового мовлення, тому потребують спеціального діагностичного аналізу.

Зважаючи на це, другим етапом нашого дослідження стало використання методики визначення *темпу мовлення* (автори Т.Ф. Філічова, В.В. Туманова). Характеристика рівнів мовленнєвого темпу відповідно до його кількісних та якісних показників представлена у таблиці 2.3.1.

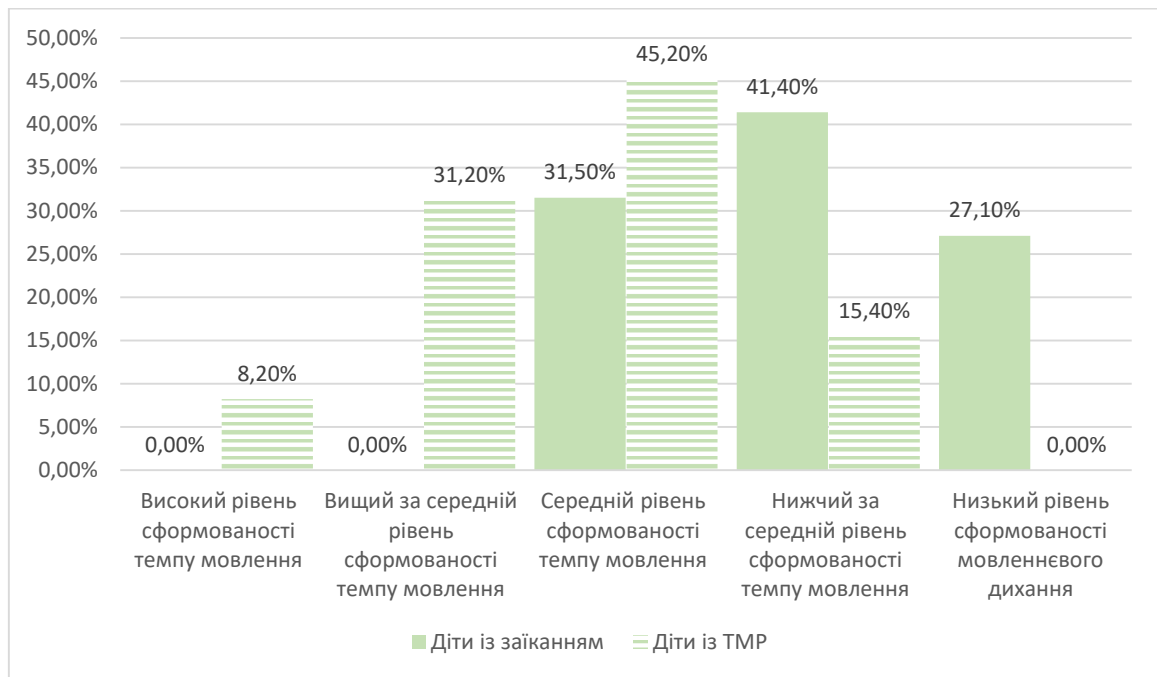
Таблиця 2.3.1.

#### Рівні сформованості темпу мовлення у дошкільників із заїканням і ТМР (дані представлено у %)

№ з/п	Рівні сформованості мовленнєвого темпу	Дошкільники із заїканням	Дошкільники із типовим мовленнєвим розвитком
1	Високий рівень сформованості мовленнєвого темпу	0,0%	8,2%
2	Вищий за середній рівень сформованості мовленнєвого темпу	0,0%	31,2%
3	Середній рівень сформованості мовленнєвого темпу	31,5%	45,2%
4	Нижчий за середній рівень сформованості мовленнєвого темпу	41,4%	15,4%
5	Низький рівень сформованості мовленнєвого темпу	27,1%	0,0%

Аналіз даних експерименту щодо рівнів сформованості мовленнєвого темпу

у дошкільників із заїканням і з типовим мовленнєвим розвитком (ТМР) дав змогу стверджувати, що дошкільники із заїканням здебільшого мають знижену або виразно порушену темпо-ритмічну організацію мовлення. Зокрема, 68,5% дітей продемонстрували нижчий за середній або низький рівень темпу, що відображає мовленнєву тривожність, порушення дихально-артикуляційної координації та знижену автоматизацію мовлення. Натомість, дошкільники з типовим мовленнєвим розвитком у переважній більшості мають середній або вищий за середній рівень темпу (84,6%), що є віковою нормою.



**Рис. 2.3.1. Диференційний аналіз рівнів сформованості темпу мовлення у дошкільників із заїканням і ТМР (дані подано у %)**

Як демонструють результати експерименту, у частини дітей із ТМР (8,2%) констатовано високий рівень мовленнєвого темпу – у них наявні оптимальний ритм, чіткість, виразність, що свідчить про випадки досконалого володіння темпом мовлення. Натомість, у дітей із заїканням повністю відсутній високий рівень темпу (0,0%), що свідчить про глибокі порушення темпо-ритмічної організації мовлення.

Вищий за середній рівень спостерігається у 0,0% дошкільників із заїканням та 31,2% дошкільників із ТМР. Майже третина дітей з ТМР має добре сформоване мовлення з незначним прискоренням, яке не заважає розумінню. У дітей із заїканням цей рівень не виявлений, що вказує на обмеження в динамічному розвитку мовлення.

Обидві групи мають частку дітей, які досягають нормативного рівня темпу (середній рівень). Проте у дітей із ТМР цей показник (45,2%) майже вдвічі вищий, що вказує на природніше формування мовленнєвого темпу. У дошкільників із заїканням (31,5%) така норма може бути нестійкою, або супроводжуватись порушеннями плавності.

Нижчий за середній рівень характерний для 41,4% дошкільників із заїканням і 15,4% дошкільників із ТМР. Значна частина дітей із заїканням має уповільнений темп мовлення. Такий темп мовлення свідчить про недостатню сформованість мовленнєвої автоматизації, знижену швидкість розумових операцій або наявність тривожних проявів. Кількість вимовлених слів становить 70–89 слів за хвилину (35–44 слова за 30 секунд). Мовлення характеризується уповільненим темпом, частими паузами, сповільненою артикуляцією або затримками, зумовленими пошуком мовленнєвого матеріалу. Для слухача мовлення є доступним для сприймання, однак через розірвану структуру висловлювання можливе зниження концентрації уваги.

У дітей з ТМР цей рівень менш поширений (15,4%), що, імовірно, відображає індивідуальні вікові варіації, а не патологію.

Низький рівень притаманний для 27,1% дошкільників із заїканням і 0,0% дошкільників із ТМР. Понад чверть дітей із заїканням мають критично повільне мовлення з частими зупинками, порушеною логікою та низькою мовленнєвою мотивацією. У дітей з ТМР такий рівень не виявлено, що свідчить про його патологічний характер для дошкільного віку.

Ці результати свідчать про виразну якісну різницю між групами та вказують на необхідність спеціальної логопедичної корекції темпу мовлення у дітей із заїканням, яка має включати дихальні, артикуляційні та ритмічні вправи.

Дослідження темпо-ритмічної організації мовлення включає також *ритм мовлення*, що визначає чіткість артикуляції, циклічність і часову організацію мовленнєвого потоку. Відповідно до цього, нами визначено третій етап експериментального дослідження, яким стала оцінка ритму мовлення. На основі використання проб «Повтори ритм», «Ритм у віршах», «Логоритмічні



відповідності» нами було виокремлено такі рівні сформованості ритму мовлення (див. табл. 2.3.2).

Таблиця 2.3.2.

**Рівні сформованості ритму мовлення у дошкільників із заїканням і ТМР (дані представлено у %)**

№ з/п	Рівні сформованості ритму мовлення	Дошкільники із заїканням	Дошкільники із типовим мовленнєвим розвитком
1	Високий рівень сформованості ритму мовлення	0,0%	10,8%
2	Вищий за середній рівень сформованості ритму мовлення	0,0%	32,3%
3	Середній рівень сформованості ритму мовлення	26,3%	44,2%
4	Нижчий за середній рівень сформованості ритму мовлення	42,5%	12,7%
5	Низький рівень сформованості ритму мовлення	31,2%	0,0%

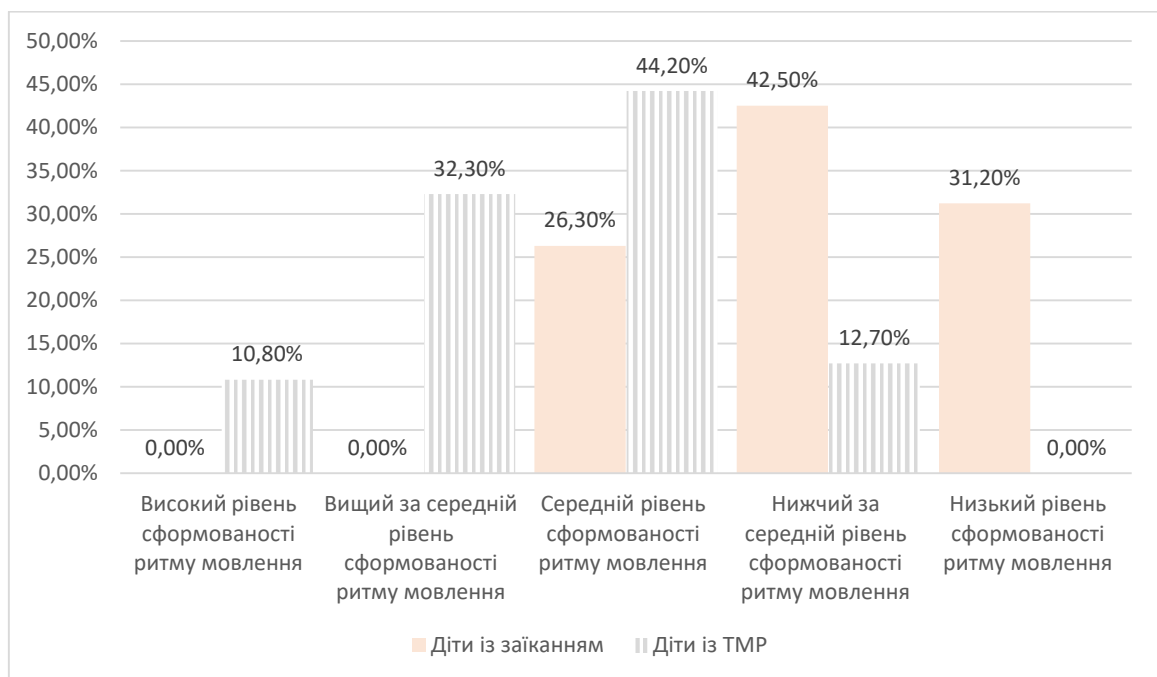
Результати дослідження вказують на суттєві відмінності у рівні сформованості ритмічної організації мовлення між дошкільниками з ТМР та дітьми із заїканням. Ці розбіжності свідчать про різний рівень мовленнєвої моторної координації, ритмічної стабільності та ступінь розвитку просодичних компонентів мовлення. Отримані експериментальні дані чітко демонструють, що формування ритму мовлення у дошкільників із заїканням значно відстає від вікової норми, а у більшості випадків ритмічні навички є недостатніми або глибоко порушеними. Аналіз даних дослідження засвідчує:

Високий та вищий за середній рівень ритму мовлення у дітей із заїканням не спостерігається (0,0% обидва рівні), а в дітей із ТМР 43,1% мають ці рівні, а саме: 10,8% високий; 32,3% вищий за середній). Це вказує на те, що майже половина дітей із ТМР демонструють високий або майже високий рівень ритмічної організації, що проявляється в чіткій координації мовлення і рухів, стабільному темпі, правильному наголошуванні та плавності. Натомість, у жодної дитини із заїканням не зафіксовано цих рівнів, що свідчить про системне порушення ритмічної моторики і просодичних навичок.

Середній рівень ритму мовлення характерний для 26,3% дітей із заїканням і 44,2% дітей з ТМР. Цей рівень свідчить про часткову сформованість ритмічних навичок, хоча спостерігаються труднощі з рівномірністю та синхронізацією. У

дітей із ТМР цей рівень є базовим віковим нормативом і зустрічається найчастіше, тоді як у дітей із заїканням – це найвищий наявний рівень, що вже вказує на затримку у розвитку відповідних функцій.

Нижчий за середній та низький рівні ритму мовлення властивий 73,7% дошкільників із заїканням (42,5% нижчий і 31,2% низький рівні) та 12,7% дошкільників із ТМР (12,7% нижчий і 0,0% низький рівні). У більшості дітей із заїканням ритмічна організація мовлення або слабо розвинена, або грубо порушена. Це проявляється у фрагментованому, нерівномірному мовленні, нездатності підтримувати сталий ритм, а також у низькій синхронізації мовлення з артикуляційними рухами. Такий стан потребує цілеспрямованої ритмічної корекції як важливої компоненти логопедичної допомоги. У дітей з ТМР критично низький рівень не виявлений, а показник нижчого рівня є порівняно незначним (12,7%), що може бути варіантом індивідуальної вікової норми (див. рис. 2.3.2).



**Рис. 2.3.2. Диференційний аналіз рівнів сформованості ритму мовлення у дошкільників із заїканням і ТМР (дані подано у %)**

Ритм мовлення тісно пов'язаний із моторною координацією, дихально-голосовою регуляцією та інтеграцією слухової і кінестетичної інформації. У дітей із заїканням спостерігається дискоординація між цими системами, що знижує їхню здатність до ритмічної організації мовлення. Крім того, ритм є частиною просодики, яка значною мірою визначає плавність, виразність і структурованість

мовлення – ті аспекти, які найбільше страждають при заїканні. Недостатній розвиток ритмічних навичок обмежує можливості дітей із заїканням щодо формування цілісного мовленнєвого висловлювання, ускладнює емоційне самовираження і взаємодію з оточенням, а також створює труднощі у засвоєнні навчального матеріалу в умовах майбутньої шкільної освіти. Це вказує на високу актуальність цілеспрямованої логопедичної корекції, орієнтованої не лише на мовленнєве дихання, а й на розвиток ритмо- організаційної активності мовлення як фундаменту комунікативної компетентності.

Наступним, четвертим етапом емпіричного дослідження став **аналіз плавності** під час спонтанного мовлення та у структурованому діалозі. На основі проб «Порівняльний аналіз плавності мовлення у різних мовленнєвих ситуаціях», «Програмоване мовлення», «Спонтанне мовлення» було визначено рівні плавності мовлення, а саме (див. табл. 2.3.3):

Таблиця 2.3.3.

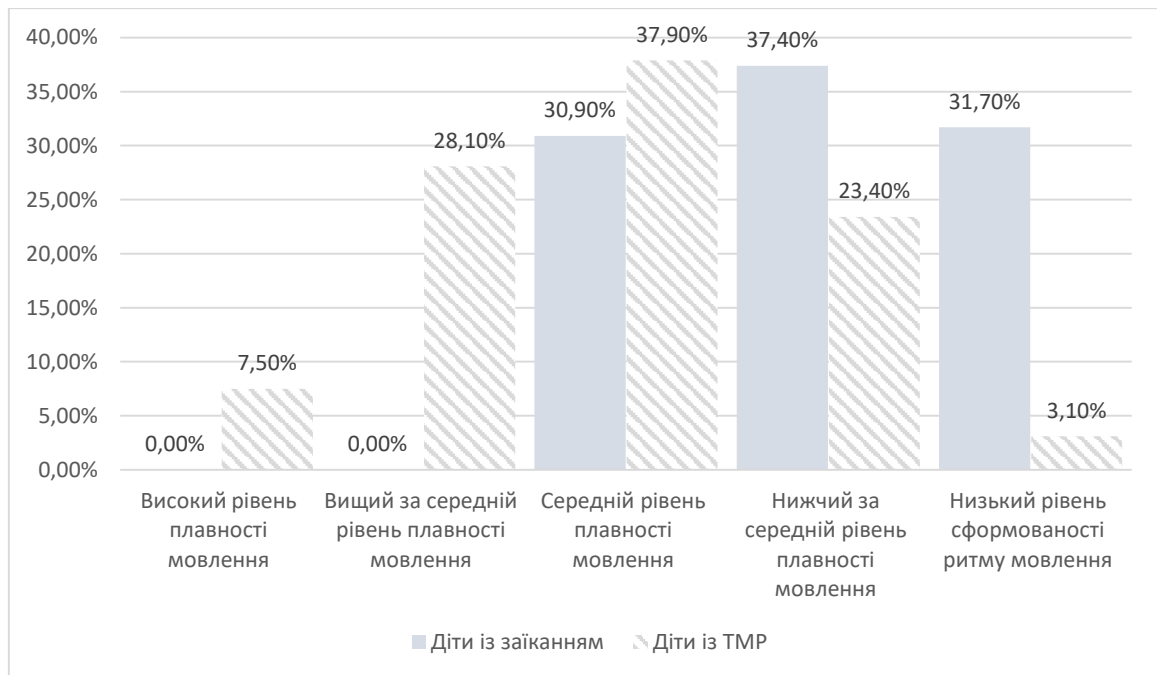
**Рівні сформованості плавності мовлення у дошкільників із заїканням і ТМР (дані представлено у %)**

№ з/п	Рівні сформованості плавності мовлення	Дошкільники із заїканням	Дошкільники із типовим мовленнєвим розвитком
1	Високий рівень плавності мовлення	0,0%	7,5%
2	Вищий за середній рівень плавності мовлення	0,0%	28,1%
3	Середній рівень плавності мовлення	30,9%	37,9%
4	Нижчий за середній рівень плавності мовлення	37,4%	23,4 %
5	Низький рівень плавності мовлення	31,7%	3,1%

Отримані дані свідчать про суттєві відмінності у рівні сформованості плавності мовлення між дітьми із заїканням та їхніми ровесниками з ТМР. Плавність мовлення – це інтегративна характеристика, що поєднує дихальну координацію, темпо-ритмічну організацію, артикуляційну узгодженість, просодичну виразність та емоційну стабільність. Саме ці компоненти найчастіше порушуються у дітей із заїканням, що обумовлює домінування у них низьких рівнів плавності мовлення.

Результати експерименту свідчать про те, що у дітей із заїканням значно гірше сформована плавність мовлення, ніж у ровесників із ТМР. Понад 69% таких

дітей мають низький або нижчий за середній рівень, тоді як у дітей з ТМР майже 65% демонструють високу або середню плавність. Це підкреслює потребу у цілеспрямованій логопедичній роботі, спрямованій на відновлення дихально-артикуляційної координації, розвиток ритму, темпу і просодики мовлення, а також на зниження емоційного напруження в мовленнєвій ситуації (див. рис. 2.3.3).



**Рис. 2.3.3. Диференційний аналіз рівнів сформованості плавності мовлення у дошкільників із заїканням і ТМР (дані подано у %)**

За результатами експерименту отримано такі узагальнені дані:

Високий та вищий за середній рівні не спостерігаються у дітей із заїканням (0,0%) і характерні для 35,6% дітей із ТМР (7,5% високий рівень; 28,1% вищий за середній рівень). Це вказує на те, що у понад третини дітей із ТМР спостерігається плавне, логічне, ритмічне мовлення, без перешкод у вигляді пауз, затримок, мовленнєвих блоків або напруження. Натомість жодна дитина із заїканням не досягла цих рівнів, що вказує на глибоке порушення механізмів саморегуляції мовлення та недостатню інтеграцію емоційної та моторної сфер.

Середній рівень плавності мовлення притаманний 30,9% дошкільників із заїканням і 37,9% дошкільників із ТМР. Цей рівень є відносною мовленнєвою нормою для дошкільного віку. У дітей із ТМР саме середній рівень є найпоширенішим, тоді як у дітей із заїканням – найвищим можливим у досліджуваній вибірці. Це означає, що навіть діти із відносно помірними проявами

заїкання мають знижений контроль над мовленнєвою плавністю.

Нижчий за середній рівень виявлений у 37,4% дітей із заїканням і 23,4% дітей із ТМР. Понад третина дошкільників із заїканням має систематичні труднощі з плавністю мовлення, які можуть проявлятися у вигляді передмовленнєвих пауз, нерівномірного темпу, неадекватних інтонаційних розривів або спроб уникнення мовлення. Для порівняння, у дітей з ТМР такий рівень є менш поширеним і часто відображає вікову нестійкість мовлення, а не патологію.

Низький рівень констатовано у 31,7% дітей із заїканням і 3,1% дітей із ТМР. Майже третина дітей із заїканням демонструють різко знижену плавність мовлення, що супроводжується частими зупинками, судомними напруженнями, фрагментованими висловлюваннями, мовленнєвими блоками та розривами структури фраз. Натомість, у дітей із ТМР такий рівень практично не зустрічається, що підтверджує його патологічний характер для дошкільного віку.

Як бачимо, плавність мовлення формується на основі скоординованої роботи мовленнєвого дихання, артикуляційної моторики, голосоутворення та емоційної саморегуляції. У дітей із заїканням ці механізми порушені або нестабільні, що призводить до дефіциту мовленнєвої плавності. Високий рівень мовленнєвої плавності вимагає автоматизованої мовленнєвої діяльності, яку діти із заїканням ще не опанували через наявність мовленнєвих судом, емоційної напруги, страху мовлення або дихальної дискоординації.

На п'ятому етапі емпіричного дослідження було використано діагностичний **скринінг мовленнєвих судом**, що передбачав визначення типу, локалізації, частоти судом і тригерів, які призводять до заїкання (див. табл. 2.3.4):

*Таблиця 2.3.4.*

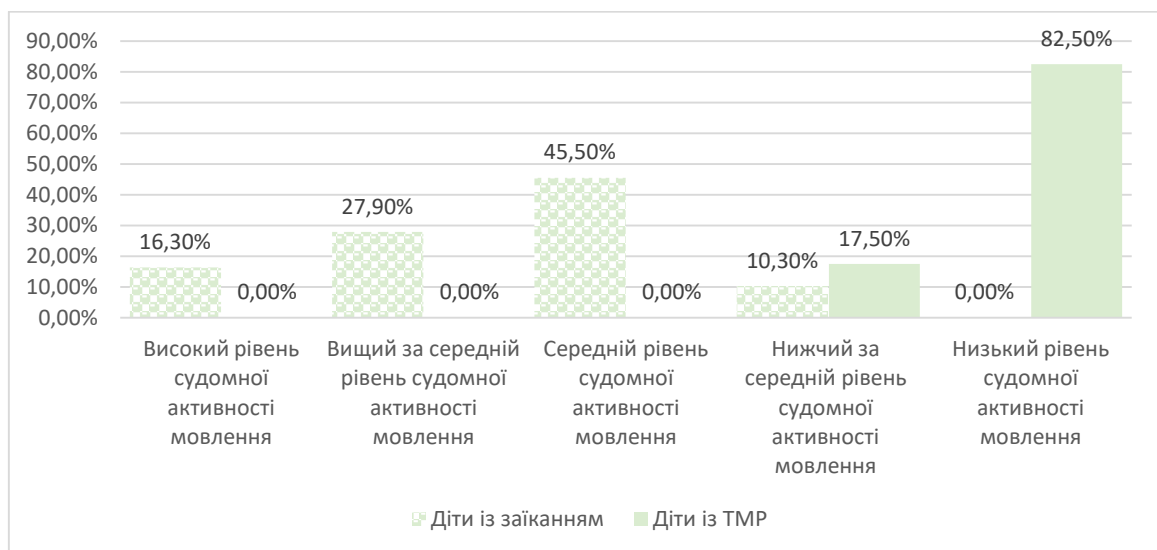
**Рівні судомної активності мовлення у дошкільників із заїканням і ТМР (дані представлено у %)**

№ з/п	Рівні судомної активності мовлення	Дошкільники із заїканням	Дошкільники із ТМР
1	Високий рівень судомної активності мовлення	16,3%	0,0%
2	Вищий за середній рівень судомної активності мовлення	27,9%	0,0%
3	Середній рівень судомної активності мовлення	45,5%	0,0%
4	Нижчий за середній рівень судомної активності мовлення	10,3 %	17,5%

5	Низький рівень судомної активності мовлення	0,0%	82,5%
---	---	------	-------

Судомна активність мовлення – це прояв нейромоторної дискоординації, що включає патологічні імпульси у мовленнєвій системі, які порушують дихальну, голосову та артикуляційну складову мовлення. У дітей із заїканням високий рівень збудливості центральної нервової системи у поєднанні з недостатнім розвитком механізмів саморегуляції спричиняє мовленнєві спазми. Ці судоми є одним із базових патогенетичних механізмів заїкання, що не зустрічається при типовому мовленнєвому розвитку. Крім того, емоційна чутливість, тривожність і невротичні риси підсилюють судомну реакцію у стресових або комунікативно значущих ситуаціях. Це пояснює чітку залежність судомної активності від соціально-емоційного контексту, що було підтверджено експериментально.

Експериментальні результати свідчать, що рівень судомної активності є диференційним критерієм між дітьми із заїканням і дітьми з ТМР. У 100% дошкільників із заїканням виявлено різні ступені судомної активності, причому у 72% – середній або високий рівень, який істотно ускладнює мовленнєве спілкування. Натомість більшість дітей з ТМР (82,5%) мають повну відсутність судом, а решта – лише незначні прояви без функціонального впливу. Це підтверджує необхідність обов'язкової діагностики судомної активності у структурі логопедичного обстеження дітей із заїканням, а також індивідуалізації корекційної програми з урахуванням типу та виразності судом (див. рис. 2.3.4).



**Рис. 2.3.4. Диференційний аналіз судомної активності мовлення у дошкільників із заїканням і ТМР (дані подано у %)**

Дослідження демонструє принципові відмінності між дітьми із заїканням та їхніми однолітками з ТМР у контексті виразості судомної активності як одного з ключових діагностичних критеріїв логоневрозу.

Високий і вищий за середній рівні судомної активності спостерігається лише у дошкільників із заїканням (44,2%). Високий у 16,3%; вищий за середній у 27,9% дошкільників. Це засвідчує, що понад 44% дітей із заїканням мають виразні або помірно виражені судомні прояви, які суттєво впливають на плавність мовлення, дихальну регуляцію, артикуляційну і голосову координацію. Найчастіше це змішані судоми (тонічно-клонічного типу), що виникають під дією незначних тригерів (емоцій, звернень, новизни ситуації). У дітей із ТМР подібні стани не фіксуються взагалі, що підтверджує патологічний характер таких судом саме при заїканні.

Середній рівень судомної активності властивий також лише для дітей із заїканням: 45,5%. Цей рівень характеризується помірними поодинокими судомами, здебільшого локалізованими в голосових або артикуляційних м'язах. У дітей із заїканням це найпоширеніший рівень судомної активності, що свідчить про системне, але ще не максимально виражене порушення плавності мовлення. У нормотипових дітей така активність не виявлена, що вказує на відсутність патологічних механізмів мовленнєвої дизкоординації.

Нижчий за середній рівень судомної активності характерний для 10,3% дошкільників із заїканням і 17,5% дошкільників із ТМР. Тільки невелика частина дітей із заїканням демонструє помірно знижену судомну активність, що потенційно піддається м'якій корекції або зменшується у безстресових ситуаціях. У частини дітей з ТМР констатована наявність поодиноких, незначних напружень під час мовлення, що може бути варіантом вікової норми або реакцією на незвичні умови (наприклад, під час оцінки в експерименті).

Низький рівень судомної активності (відсутність судом) не властивий для дошкільників із заїканням (0,0%), але характерний для дошкільників із ТМР (82,5%). Переважна більшість дітей із типовим мовленнєвим розвитком демонструють повну відсутність судомної активності, що відповідає віковій нормі

дошкільного періоду. У дітей із заїканням жодна дитина не продемонструвала повністю плавне мовлення, навіть у контрольованих умовах, що ще раз підтверджує глибину порушень.

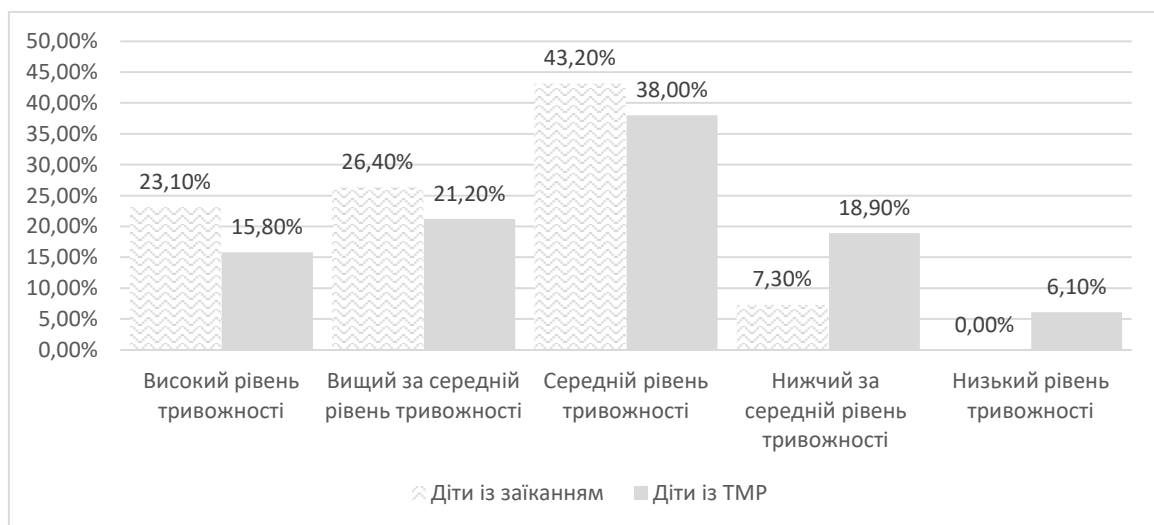
Останнім, шостим етапом експерименту стало визначення **рівня тривожності** як невротичної детермінанти заїкання. Дослідження проводили на основі тесту тривожності Дж. Г. Тейлора (див. табл. 2.3.5):

Таблиця 2.3.5.

**Стан тривожності у дошкільників  
із заїканням і ТМР (дані представлено у %)**

№ з/п	Рівні тривожності	Дошкільники із заїканням	Дошкільники із ТМР
1	Високий рівень тривожності	23,1%	15,8%
2	Вищий за середній рівень тривожності	26,4%	21,2%
3	Середній рівень тривожності	43,2%	38,0%
4	Нижчий за середній рівень тривожності	7,3 %	18,9%
5	Низький рівень тривожності	0,0%	6,1%

Понад половина дітей із заїканням (49,5%) мають високий або вищий за середній рівень тривожності, що вказує на наявність деструктивних емоційних станів, які можуть безпосередньо впливати на мовлення. Середній рівень тривожності (43,2%) також є показником психоемоційного напруження, яке хоча й не носить патологічного характеру, але перешкоджає повноцінному мовленнєвому розвитку. Низький рівень тривожності відсутній, що свідчить про постійну активізацію емоційно-стресового компоненту, навіть у дітей із менш вираженими формами заїкання (див. рис. 2.3.5).



**Рис. 2.3.5. Диференційний аналіз тривожності у дошкільників із заїканням і ТМР (дані подано у %)**



Незважаючи на загалом кращий емоційний стан у дошкільників із ТМР, понад третина дітей (37%) мають високий або вищий за середній рівень тривожності, що може бути пов'язано з власними труднощами адаптації, самооцінки або емоційного розвитку. Водночас, 25% дітей із ТМР мають нижчий або низький рівень тривожності, що вказує на кращу здатність до саморегуляції та емоційної стабільності, порівняно з дітьми, які заїкаються. Заїкання, як нейропсихологічний розлад мовлення і комунікативної сфери, тісно пов'язане з емоційною сферою дитини. Тривожність спричиняє порушення дихального ритму, підвищене м'язове напруження, блоки мовлення, що у свою чергу викликає нові мовленнєві труднощі. Водночас, діти із ТМР, попри наявність мовленнєвих порушень, рідше переживають внутрішню напругу саме під час мовлення, що пояснює вищу частку дітей із помірною або низькою тривожністю. Отримані результати демонструють, що стан тривожності є значно вищим у дошкільників із заїканням, ніж у дітей із типовим мовленнєвим розвитком. Це підтверджує необхідність комплексного підходу до корекційної роботи.

Отже, організація констатувального етапу експериментального дослідження забезпечує комплексне вивчення мовленнєвої діяльності дітей із заїканням, зосереджуючи увагу на ключових параметрах мовленнєвого дихання, що зумовлюють порушення темпу, ритму та плавності мовлення. Аналіз темпу мовлення виявляє тенденції до його нестабільності. Дослідження ритму мовлення засвідчує утруднення в підтриманні рівномірності, що спричиняє фрагментарність мовного потоку. Вивчення плавності мовлення підтверджує наявність частих пауз, блоків та повторів, які перешкоджають вільному висловлюванню. Фіксація типу та частоти мовленнєвих судом свідчить про переважання клонічних і змішаних судом із залученням артикуляційного та дихального компонентів. Додаткове психологічне тестування тривожності показує наявність значного афективного напруження, яке ускладнює мовленнєву активність. Сукупно ці результати підтверджують тісний взаємозв'язок між дихальними, темпоритмічними, мовленнєво-руховими та емоційними порушеннями при заїканні, що обґрунтовує необхідність цілісного підходу до діагностики й корекції.

### РОЗДІЛ 3.

## КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА РОБОТА З ФОРМУВАННЯ МОВЛЕННЄВОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАЇКАННЯМ

### 3.1. Принципи, методи і засоби корекційної роботи з розвитку мовленнєвого дихання

У дошкільному віці закладається фундамент мовленнєвого і дихального розвитку. Мовленнєве дихання є фізіологічною основою голосоутворення та артикуляції. Воно забезпечує фонаційний тиск, контроль над темпом, ритмом і плавністю мовлення у дітей із заїканням. За даними ВООЗ, понад 10–15% дітей дошкільного віку мають порушення мовлення, значна частина з яких супроводжується дефіцитом дихальної координації та неритмічним мовленням. У зв'язку з цим актуальним є пошук ефективних методів корекції саме дихального компоненту мовлення.

Своєчасна корекція дихальної функції сприяє профілактиці більш складних мовленнєвих порушень і психоемоційних розладів у майбутньому. Вивчення принципів, методів і засобів корекційної роботи з розвитку мовленнєвого дихання сприяє підвищенню ефективності корекційного процесу, поліпшенню мовленнєвої комунікації дітей із мовленнєвими порушеннями та забезпечує їхню психосоціальну адаптацію.

Актуальність цього питання зумовлює необхідність розробити послідовність формувальної методики дослідження. На цьому етапі постає необхідність:

Формування експериментальної та контрольної груп (діти 5–6 років із заїканням та з нормальним мовленнєвим розвитком).

Впровадження корекційної програми, яка включає:

#### I. Формувальний етап

- дихальну гімнастику, методи мовленнєвого дихання;
- ритмізацію мовлення (мовленнєві вправи під метроном, плескання, ходьбу);
- роботу над темпом (уповільнене мовлення, спільне проговорювання текстів);

- вправи на плавність та інтонаційну виразність;
- психоемоційне розвантаження (казкотерапія, ігрові прийоми);

### 3. Контрольний етап:

- Повторну діагностику з метою виявлення динаміки змін.
- Кількісний та якісний аналіз результатів.
- Статистичне опрацювання даних для перевірки достовірності гіпотези.

Розроблена та експериментально перевірена програма дозволяє виявити специфіку порушень темпо-ритмічної організації мовлення у дітей із заїканням; довести роль мовленнєвого дихання як ключового чинника забезпечення ритмічності й плавності мовлення; сформувані науково обґрунтовані підходи до логопедичної корекції заїкання на основі нейрофізіологічної координації функцій.

У сучасних умовах інтенсивного розвитку логопедичної практики зростає значення чіткого дотримання науково обґрунтованих **принципів у корекційній роботі**, що спрямовано на формування мовленнєвого дихання. Їх визначення є основою ефективної та індивідуалізованої взаємодії з дитиною, яка має порушення мовлення. З огляду на це, у корекційній роботі нами здійснювався опір на такі принципи:

**Принцип цілеспрямованості та системності.** Корекційна робота повинна здійснюватися послідовно, із чітким урахуванням етапності розвитку дихальних навичок. Це означає, що всі вправи мають логічно впорядковуватись: від простих дихальних актів – до їхнього поєднання з мовленнєвими одиницями. Невпинний пошук шляхів розв’язання проблем мовленнєвого дихання передбачає постійний перегляд змісту занять відповідно до динаміки розвитку дитини.

**Принцип індивідуалізації та диференціації.** У роботі з дітьми, у яких спостерігаються різні форми та ступені порушення дихання, важливо враховувати вікові, психофізіологічні та емоційні особливості кожної дитини. З огляду на це, добір методів і засобів повинен бути максимально адаптованим до індивідуального рівня сформованості дихальних функцій.

**Принцип свідомої активності.** Ефективність формування мовленнєвого дихання значною мірою залежить від залучення дитини до активної участі у

корекційному процесі. Тому важливо формувати усвідомлення необхідності вправ, розвивати інтерес до занять через ігрові прийоми, сюжетну організацію завдань, образну мотивацію.

**Принцип поступовості та доступності.** Зміст і складність дихальних вправ мають відповідати рівню розвитку мовленнєвих функцій дитини. Поступовий перехід від ізольованого дихання до його поєднання з фонацією, артикуляцією та ритмом забезпечує стійке засвоєння навичок. У сучасних умовах це дозволяє уникати перевантаження та створювати атмосферу психологічного комфорту.

**Принцип опори на збережені функції.** Корекційна робота передбачає активне використання сильних сторін дитини: збережених моторних або когнітивних функцій, позитивного емоційного фону. З огляду на це, вправи вибудовуються так, щоб опиратись на вже сформовані або частково збережені навички та на їх основі розвивати слабші компоненти.

**Принцип поєднання дихання з іншими компонентами мовлення.** Мовленнєве дихання має розвиватися у тісному зв'язку з голосоутворенням, артикуляцією, інтонацією та ритмом. Отже, у цілому, формування дихальної навички не може бути ізольованим – вона повинна інтегруватися у загальну структуру мовленнєвої діяльності.

**Принцип взаємодії з родиною та мультидисциплінарної підтримки.** Ефективність корекційного процесу значно підвищується за умови залучення батьків, психологів, дефектологів, лікарів. Опрацювання рекомендацій для родини, регулярна зворотна комунікація і супровід дитини в домашньому середовищі створюють цілісну систему підтримки.

**Принцип емоційної безпеки.** Будь-яке втручання у сферу мовлення, особливо у дітей з високим рівнем тривожності, має проводитися у доброзичливій, підтримувальній атмосфері. Позитивний емоційний фон сприяє зниженню захисної реакції й активізує мовленнєву активність.

У цілому, дотримання зазначених принципів є передумовою результативної корекційної роботи з розвитку мовленнєвого дихання. Вони забезпечують не лише

стабільне формування дихальних навичок, а й сприяють гармонійному психофізичному розвитку дитини, її соціалізації та розкриттю мовленнєвого потенціалу.

У сучасних умовах логопедичної практики формування повноцінного мовленнєвого дихання розглядається як один із пріоритетних напрямів у роботі з дітьми, які мають порушення мовлення. З огляду на це, невпинний пошук шляхів розв'язання проблем дихальної координації передбачає систематичне застосування ефективних *методів і засобів корекції*. Підсумовуючи, можна виокремити такі провідні методичні підходи. Основними методами корекційної роботи стали:

Дихальні методи (вправи на розвиток дихальної координації), спрямовані на формування фізіологічно правильного дихального циклу – вдих через ніс, тривалий контрольований видих через рот. До прикладу: «Свічка», «Пір'їнка», «Мильні бульбашки», «Сніговій» (дугтя на ватинку), інші ігри на дмухання.

Фонаційно-дихальні методи, які передбачають поєднання дихання з голосоутворенням. Допомагають контролювати силу видиху, тривалість голосу та розвиток фонаційного тиску. Наприклад: подовжене вимовляння голосних на одному видиху: [а-а-а], [у-у-у]; вправа «Тягни звук».

Методи мовленнєвого супроводу рухів, що зводяться до узгодження мовлення з простими моторними діями сприяє автоматизації дихального ритму. А саме: «Ходимо й дихаємо» (вдих – крок, видих – промовляння слова), гра з м'ячем (видих – слово/склад).

Ігрові методи, які забезпечують високу мотивацію, позитивний емоційний фон і невимушене опрацювання дихальних навичок. Приклад: сюжетно-рольові ігри («дмухаємо на кульбабу», «задуваємо вогонь дракона»), театралізовані вправи.

Методи артикуляційного супроводу дихання, які полягають у поєднанні дихальних вправ із рухами артикуляційних органів (губ, язика, щелеп). Приклад: вправи з одночасним виконанням артикуляційних рухів і видиху (наприклад, «дмухаємо – відкриваємо рот»).

Методи ритмічного мовлення, що передбачають формування ритму мовлення як опори для дихальної координації. Зокрема: декламація віршів із

ритмічним супроводом (оплески, постукування), гра «Говори під метроном».

Методи моделювання мовленнєвих ситуацій як створення ігрових або соціально значущих ситуацій, які вимагають мовлення з опорою на сформовані дихальні навички. А саме: «Розкажи ляльці», «Привітайся з ведмедиком», «Запроси на чай».

Основними засобами корекційної роботи є фізіологічні, візуальні, ігрові, сюжетні, технічні, психологічно-мотиваційні. До фізіологічних засобів ми відносимо вправи на черевне дихання; тренування діафрагмального дихання; вправи для подовження видиху. Візуальні засоби – це ілюстрації, картинки, інструкційні картки для вправ; дзеркала для самоконтролю дихання та артикуляції; фішки, позначки для кількості слів/видихів. Ігровими та сюжетними засобами виступають мильні бульбашки, кульки, свічки; дмухавки, повітряні іграшки; іграшки, які реагують на дихання (вітряки, паперові вертушки). У логопедичній роботі з дітьми широко застосовуються технічні засоби: логопедичний тренажер дихання (типу «Флуттер», «Базіметр»); апарат Деражне (створює ефект заглушення, відключення слухового контролю), апарат «Ехо» (відтворення записаного на магнітофон мовлення особи з відтермінуванням); апарат Раздольського (звукопідсилення мовлення), комп'ютерна програма «Видима мова» (різні модулі для тренування сили голосу, плавності мовлення); аудіозаписи для темпо-ритмічного супроводу; відеоінструкції для батьків щодо виконання домашніх вправ. Значущими для дошкільників є психологічно-мотиваційні засоби: казкові персонажі (ведмедик вчиться дихати), нагороди за старанність (стікери, дипломи), мотиваційні історії (як звірята вчилися говорити красиво).

Методи й засоби розвитку мовленнєвого дихання повинні добиратися диференційовано, з огляду на рівень сформованості дихальних навичок, тип порушення мовлення, емоційний стан дитини та її вікові особливості. Невпинний пошук шляхів розв'язання проблеми вимагає постійного оновлення методичного арсеналу, опрацювання нових підходів і тісної співпраці з батьками. Усе це забезпечує ефективне формування повноцінного мовленнєвого дихання як основи майбутньої комунікативної компетентності дитини.

Отже, у сучасних умовах логопедичної практики корекція мовленнєвого дихання є одним із ключових напрямів у роботі з дітьми, які мають порушення мовлення. З огляду на це, опрацювання принципів, методів і засобів корекційної роботи набуває особливої значущості як з наукового, так і з практичного погляду. Встановлено, що ефективність корекційного впливу значною мірою залежить від дотримання провідних принципів: системності, поступовості, індивідуалізації, емоційної безпеки, поєднання дихання з іншими компонентами мовлення та активної участі дитини. Ці принципи забезпечують логічну послідовність і внутрішню узгодженість процесу формування дихальних навичок.

Методи корекційної роботи повинні сприяти розвитку як фізіологічних, так і мовленнєвих функцій дитини. До найбільш ефективних належать дихальні, фонаційно-дихальні, ритмічні, ігрові, рухово-мовленнєві методи, а також моделювання мовленнєвих ситуацій. Їх доцільне застосування дозволяє формувати стійку дихальну координацію, що є основою виразного, ритмічного і плавного мовлення. Засоби корекційної роботи – від фізіологічних до технічних – слугують не лише інструментом впливу, а й потужним мотиваційним ресурсом. Вони створюють сприятливе розвивальне середовище, де дитина поступово здобуває необхідні мовленнєво-дихальні навички в безпечній і комфортній атмосфері. У цілому, корекція мовленнєвого дихання – це комплексна, багаторівнева діяльність, яка вимагає науково обґрунтованого підходу, невпинного пошуку шляхів розв'язання індивідуальних труднощів дитини, гнучкого застосування методів і засобів, а також тісної співпраці фахівців і родини. Підсумовуючи, слід зазначити, що саме цілісність і системність такого підходу є запорукою ефективного мовленнєвого розвитку та успішної соціалізації дитини.

### 3.2. Зміст і структура логопедичної роботи з формування мовленнєвого дихання та його компонентів

Дихальні порушення у дітей мають різну етіологію (нейрогенна, психогенна, функціональна). Це потребує науково вивіrenих методичних підходів до добору ефективних засобів корекції з урахуванням рівня мовленнєвого розвитку та особливостей дитини. Незважаючи на наявність окремих вправ і прийомів, у сучасній логопедичній практиці бракує систематизованих програм, які б науково обґрунтовували добір принципів і засобів корекції мовленнєвого дихання в залежності від віку, типу порушення та рівня сформованості дихальних функцій.

У межах нашого дослідження представлений календарний план корекційної роботи з дошкільниками із заїканням, розроблений на основі даних експериментального дослідження. План комплексний, спрямований на роботу з основними мовленнєвими порушеннями, судомною активністю та тривожністю.

**Мета:** підвищення рівня сформованості мовленнєвого дихання, темпу, ритму та плавності мовлення, зниження судомної активності та тривожності, покращення загальної мовленнєвої функції та емоційного стану дитини.

Орієнтовна структура заняття (30-40 хвилин)

Релаксація, дихальні вправи (5-7 хв).

Вправи на мовленнєве дихання і темп (10-12 хв).

Ритмічні та координаційні вправи (7-8 хв).

Плавність мовлення і ігрові заняття (7-8 хв).

Психологічна підтримка, робота з емоціями (3-5 хв).



## Календарний план корекційної роботи з дошкільниками із заїканням

Тиж день	Тема заняття	Основні завдання	Методи / вправи
1	Ознайомлення, діагностика	Встановлення контакту, діагностика мовленнєвого дихання, тривожності	Ігри на знайомство, прості дихальні вправи, опитування, бесіда
2	Основи мовленнєвого дихання	Формування базової координації дихання	Дихальні вправи з подовженням видиху (дути на свічку), фонаційні проби
3	Темп мовлення	Визначення мовленнєвого темпу, вправи на уповільнення	Ритмічні вправи, декламування простих чотиривіршів з підтримкою метроному
4	Ритм мовлення	Формування ритмічних навичок	Аплодисменти під вірші, координаційні ігри, повторення ритмів
5	Плавність мовлення	Зниження блоків і пауз .....	Техніки плавного початку, вправи на подолання мовленнєвих зупинок
6	Психологічна підтримка	Зниження тривожності, розвиток емоційної стабільності	Ігри на релаксацію, дихальні вправи, арт-терапія
7	Корекція дихання в мовленні	Ускладнені дихальні вправи, поєднання з мовленням	Вправи на фрази на одному видиху, контроль дихання при розповіді або переказі
8	Темп і ритм у мовленні	Синхронізація темпу і ритму	Вправи з метрономом, декламація віршів з підтримкою ритму
9	Плавність, робота з блоками	Розширення навичок плавного мовлення	Ігри на подолання мовленнєвих зупинок, робота з емоційним фоном
10	Судомна активність .....	Релаксація і профілактика судомних проявів	Співпраця з медиками, релаксаційні вправи, короткі паузи
11	Психологічна корекція	Поглиблена робота з тривожністю	Ігри, арт-терапія, вправи на зниження страху і напруги
12	Підсумкове заняття	Узагальнення досягнень, планування подальшої роботи	Повторення основних вправ, позитивне підкріплення, рекомендації батькам

Примітки: Кількість занять і тривалість можна коригувати залежно від індивідуальних потреб дитини.

Зміст логопедичної роботи з формування мовленнєвого дихання та його компонентів (див. додаток Ж).

Обов'язковою є співпраця з медичними фахівцями при високій судомній активності. Паралельно рекомендується консультувати батьків щодо підтримки навичок і емоційної стабільності вдома.

Отже, загалом можемо констатувати, що зміст і структура логопедичної роботи з формування мовленнєвого дихання у дошкільників із заїканням базуються на комплексному підході, який включає розвиток дихальної координації, зниження емоційної напруги та стимуляцію позитивного мовленнєвого досвіду.

Основними компонентами цієї роботи є:

Дихальні вправи на подовження видиху і свідоме чергування вдиху-видиху, які формують правильний ритм і контрольованість дихання, необхідні для плавного мовлення.

Ритмічні та координаційні ігри з опорою на музичний супровід, метроном, аплодисменти, що сприяють розвитку внутрішнього мовленнєвого ритму та інтеграції дихання з рухом і мовленням.

Релаксаційні та заспокійливі техніки, які знижують психоемоційну напругу, мінімізують судомну активність мовленнєвого апарату та сприяють емоційному комфорту дитини під час мовленнєвої діяльності.

Артотерапевтичні вправи, що допомагають дітям через творчість виражати свої емоції, формувати позитивний образ мовлення та знімати внутрішнє напруження.

Створення позитивного емоційного досвіду спілкування, що підвищує мотивацію дитини до мовлення, зміцнює самооцінку та сприяє формуванню впевненості у власних мовленнєвих можливостях.

Взаємодія з медичними фахівцями (неврологом, педіатром) для оцінки та корекції судомної активності, контролю соматичного стану, а також узгодження індивідуального навантаження під час занять.

Структурно заняття мають бути динамічними, з чергуванням активних дихальних і мовленнєвих вправ, ігор, релаксації та творчих технік. Це забезпечує комплексний розвиток мовленнєвого дихання, нормалізацію психоемоційного стану та формування у дитини стійких навичок плавного, впевненого мовлення.

## ВИСНОВКИ

Наукове дослідження особливостей розвитку мовленнєвого дихання у дошкільників із заїканням дало змогу здійснити такі висновки та узагальнення:

1. Аналіз *теоретичних джерел* засвідчив, що мовленнєве дихання – це цілеспрямована фізіологічна й психофізіологічна діяльність, що забезпечує регульований повітряний потік для фонації, дотримання темпу, ритму, інтонації, сили голосу та плавності мовлення. У нормі ця функція реалізується завдяки злагодженій роботі дихальної, фонаційної, артикуляційної та нервово-м'язової систем у поєднанні з вольовими й сенсомоторними регуляторами. Порушення їхньої інтегрованої взаємодії зумовлює появу заїкання.

Встановлено, що формування мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку має поетапний характер – від несвідомого до керованого процесу, що забезпечується дозріванням нервової системи, розвитком мовленнєвого середовища та цілеспрямованою логопедичною підтримкою. Наявність заїкання ускладнює цей розвиток і зумовлює вторинні фізіологічні, емоційні й когнітивні труднощі, що підсилює актуальність спеціалізованої корекційної допомоги. У дошкільників із заїканням є недостатньо сформованою координація між дихальними, фонаційними, артикуляційними та сенсомоторними системами, що призводить до складних порушень темпо-ритмічної організації мовлення, зокрема – фразових блоків, спазмів, нерівномірності мовленнєвого потоку.

Заїкання доцільно розглядати як порушення темпо-ритмічної організації мовлення, яке має багаторівневу природу, що охоплює нейрофізіологічні, психоемоційні та мовленнєві чинники. Основними його проявами виступають збої у ритмі, темпі й плавності мовлення, що обґрунтовує доцільність комплексного аналізу заїкання з позицій темпо-ритмічного підходу. Заїкання у дітей дошкільного віку виявляється у різних формах, що відрізняються за походженням, клінічними проявами, перебігом, ступенем тяжкості та часом виникнення. Для ефективної логопедичної допомоги надзвичайно важливо правильно визначити тип заїкання, оскільки це дає змогу підібрати адекватну корекційну програму. Найпоширеніші

різновиди заїкання класифікуються: за етіологією (функціональне, органічне); формою прояву (клонічне, тонічне, змішане); ступенем тяжкості (легке, середне, важке); перебігом (постійне, хвилеподібне, регресивне, прогресуюче); часом виникнення (раннє, пізнє).

2. Програма *констатувального етапу* експерименту була спрямована на всебічне вивчення мовленнєвої діяльності дітей із заїканням, з акцентом на дихальні, темпо-ритмічні та психологічні характеристики мовлення. Дослідження охоплювало аналіз мовленнєвого дихання, темпу, ритму, плавності мовлення, типів мовленнєвих судом і рівня тривожності. Емпіричне дослідження підтвердило, що у дошкільників із заїканням виявляються типові ознаки порушень мовленнєвого дихання: труднощі початку фрази на вдиху, зниження динамічних параметрів мовлення (монотонність та ін.), скорочення фонаційного видиху, вольове перенапруження (свідомий контроль за кожним словом), порушення автоматизації мовлення.

Аналіз функціональних характеристик мовленнєвого дихання у дітей із заїканням засвідчив наявність комплексних порушень темпу, ритму і плавності мовлення. Встановлено, що їхні темпо-ритмічні показники є нестійкими та нерівномірними, а мовленнєвий потік характеризується переривчастістю, частими паузами, блоками та повтореннями, що свідчить про порушення плавності висловлювань. Переважання клонічних і змішаних форм судом, які охоплюють як артикуляційний, так і дихальний компоненти мовлення, у поєднанні з високим рівнем тривожності, виявленим у ході психологічної діагностики, підтверджує складний взаємозв'язок дихальних, моторно-мовленнєвих, темпо-ритмічних та емоційних порушень.

Натомість, дошкільники з ТМР здебільшого здатні як інтуїтивно, так і свідомо регулювати дихання в процесі мовлення.

3. Отримані результати з констатувального дослідження обґрунтовують необхідність застосування системного підходу до *корекції заїкання*, що передбачає поєднання дихальної гімнастики, логоритміки, ритмічних ігрових вправ і створення позитивного емоційного фону з метою усунення тривожності.

Ефективність таких утручань обумовлюється дотриманням основоположних принципів – індивідуалізації, поступовості, системності, безпеки та активної участі дитини. Структура логопедичної роботи з дошкільниками із заїканням має бути гнучкою й багаторівневою. До змісту цієї роботи входять:

- вправи на подовження видиху та чергування вдиху-видиху, метою яких є оптимізація мовленнєвого дихання;
- фонаційно-дихальні техніки;
- ритмічні і темпоритмічні мовленнєві вправи;
- моторно-мовленнєві та координаційні ігри з використанням музичного супроводу;
- моделювання мовленнєвих ситуацій:
- релаксаційні техніки для зниження тривожності під час мовлення;
- артотерапевтичні вправи, що сприяють емоційній стабілізації;
- моделювання позитивного досвіду спілкування.

Важливою також є взаємодія логопеда з психологом та медичними фахівцями для супроводу дітей із виразною судомною активністю.

Логопедичні заняття мають відзначатися динамічною побудовою: доцільно чергувати активні дихальні та мовленнєві вправи з елементами творчості, рухової активності, емоційного розвантаження. Такий підхід сприяє поступовому формуванню дихально-мовленнєвої координації та забезпечує позитивну мотивацію до мовлення. Загалом, корекційна робота з формування мовленнєвого дихання у дітей із заїканням повинна розглядатися як системна діяльність, що інтегрує нейрофізіологічні, психологічні та мовленнєві компоненти. Цілісність і наукова обґрунтованість такого підходу є запорукою ефективного мовленнєвого розвитку й успішної соціалізації дитини.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамович С.Д., Чікарькова М.Ю. Риторика : навч. посіб. Львів : Світ, 2001. 240 с.
2. Азовська Н.В. Взаємозв'язок логопеда та батьків в роботі по закріпленню набутих мовленнєвих навичок. Херсон 2006. 24 с.
3. Аніщенко О.В., Яковець Н.І. Сучасні педагогічні технології. Ніжин : б/в. 2007.199 с.
4. Арнаутова Л. В. Корекція заїкання у вітчизняній та зарубіжній практиці. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. 2017. Вип. 9. С. 5–14.
5. Балаховцева Т. А. Особливості використання ігрових технологій при корекції заїкання у дітей бти річного віку. *Вісник КПНУ ім. І. Огієнка. Серія : Корекційна педагогіка і психологія*. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори2006, 2014. Вип. 5. С. 103–107.
6. Бацевич Ф. С. Основи комунікативної лінгвістики : підруч. Київ : Академія, 2004. 344 с.
7. Бегас Л. Д. Використання театралізації в процесі навчання та виховання дітей старшого дошкільного віку із заїканням. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. 2017. Вип. 9. Т. 1. С. 15–23.
8. Бегас Л. Д. Корекція заїкання дітей старшого дошкільного віку засобами театралізованої діяльності : автореф. дис. канд. пед. наук : 13.00.03. корекційна педагогіка. Київ : б/в, 2016. 22 с.
9. Белова О. Б. Характеристика особливостей розвитку психічних процесів у дітей з нормальним та порушеним мовленнєвим розвитком. *Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка*. 2010. № 10 (197). С. 92–99.
10. Богуш А.М. Дошкільна лінгводидактика. Хрестоматія : навч. посіб. Київ : Слово, 2005. 720 с.
11. Богуш А. М. Мовленнєвий компонент дошкільної освіти. Харків : Ранок, 2011. 176 с.

12. Богуш А.М. Мовленнєвий розвиток дітей від народження до 7 років : моногр. Київ : Слово, 2004. 376 с.
13. Богуш А.М., Гавриш Н.В., Саприкіна О.В. Теорія і методика розвитку мовлення дітей раннього віку. Київ : Слово, 2009. 407 с.
14. Боряк О. В. Корекція просодичної сторони мовлення дітей старшого дошкільного віку з дизартрією. Суми : Вид-во Сум ДПУ імені А. С. Макаренка, 2013. 192 с.
15. Брушневська І. М. Корекційно-педагогічні проекти в роботі з дітьми з особливими потребами. *Логопед.* 2015. № 8. С. 34–40.
16. Вишнеvsька О. В. Особливості використання дихальних вправ при корекції заїкання. *Вісник К–ПНУ ім. І. Огієнка. Серія : Корекційна педагогіка і психологія.* 2014. Вип. 5. С. 139–143.
17. Вінарська, Є. Н. Дизартрія: АСТ, Астрель, Транзиткнига, 2005. 144 с.
18. Галущенко В. І. Дослідження ритмічної здатності у дітей зі стертою формою дизартрії. *Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету : Серія соціально-педагогічна.* 2019. Вип. VIII. С. 166–171.
19. Годун Н.І. Фізіологія вищої нервової діяльності: навч.-метод. посіб. Переяслав-Хмельницький, 2014. 159 с.
20. Грінер В. О. Логопедична ритміка для дошкільнят. Допомога для працівників логопедичних установ. 2008. 1104 с.
21. Дегтяренко Т.М. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами : навч. посіб. Суми : Університетська книга, 2008. 302 с.
22. Дегтяренко Т., Павлова Н. Нейрологопедичний підхід у діагностиці та корекції тяжких порушень мовлення у дітей дошкільного віку. *Особлива дитина: навчання і виховання.* 2016. № 1. С. 38–46.
23. Дорошенко С. І. Основи культури і техніки усного мовлення. Харків : ОВС, 2002. 45 с.
24. Журавльова А.Є. Домашня логопедія без проблем: книга для батьків, які хочуть самі навчити дитину правильно вимовляти звуки. Харків : Школа, 2006. 112 с.

25. Зайченко Г. Організація логопедичної роботи з дітьми із порушеннями аутичного спектра. *Особлива дитина: навчання та виховання*. 2011. № 3. С. 21–23.
26. Зайченко І.В. Педагогіка : навч. посіб. Чернігів, 2007. 18 с
27. Зюзін Ю. В. Формування мовленнєвого дихання у дітей засобами адаптивного фізичного виховання та логопедії. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. 2024. Вип. №22. С. 105–108.
28. Зелінська–Любченко К. О. Розвиток мовленнєвої діяльності у дошкільників в умовах онто– та дизонтогенезу. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. 2016. Т. 1. № 7. С. 144–154.
29. Іншакова О. Б. Альбом для логопеда. Київ : Либідь, 2005. 279 с.
30. Іонов І.А. Комісова Т.Є., Мамотенко А.В. та ін. Фізіологія вищої нервової діяльності (ВНД) : навч. посіб. Харків : ФОП Петров В.В., 2017. 143 с.
31. Камінська Ю. В. Актуальні аспекти проблеми корекції темпо–ритмічних порушень мовлення у дітей молодшого дошкільного віку. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2013. Вип. 4(2). С. 142–152.
32. Качур Т.М., Дегтяренко Т. М. Мовленнєве дихання дітей із порушеннями мовлення. *Електронний інституційний репозитарій Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка*. 2021. URL: <https://repository.sspu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/3e1e45e3-ae79-4fa9-b3d8-c949ad7b835e/content>
33. Качур Т. М. Дихальна гімнастика як засіб розвитку мовленнєвого дихання дітей з тяжкими порушеннями мовлення. Суми СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2021. 89 с.
34. Козлова В.А., Максименко В.С. Фронтальна робота з усунення лексико-граматичного недорозвинення мовлення у дошкільників (лексико-граматична ланка). Кіровоград : Вид-во КОІППО імені Василя Сухомлинського, 2005. 91 с.
35. Кондратенко В. Ломоносов В. Заїкання: феноменологія та основні напрями реабілітації : навч. посіб. Київ : Вид-во НПУ ім. П.М. Драгоманова, 2005. 70 с.



36. Коновалова Л.М., Ласточкіна О.В. Казкотерапія як засіб корекції мовлення дітей дошкільного віку. *Сучасні проблеми логопедії та реабілітації*. 2017. С. 28–31.
37. Конопляста С. Ю., Сак Т. В. Логопсихологія : навч. посіб. Київ : Знання, 2010. 293 с.
38. Концепція державного стандарту освіти учнів з порушеннями мовленнєвого розвитку. *Дефектологія*. 2000. № 2. С. 2–10.
39. Нова українська школа: концептуальні засади реформування середньої школи / заг. ред. М. Грищенка, 2016. URL: <https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/zagalna%20serednya/nova-ukrainska-shkola-compressed.pdf>
40. Кравченко А. І., Скачедуб. Н. М. Корекція заїкання засобами комплексної фізичної реабілітації: навчально-методичний посіб. Суми : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. 178 с.
41. Кравченко А. І. Причини заїкання та методика його корекції за допомогою засобів фізичної реабілітації. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. Харків : ХХПІ, 2000. № 5. С. 19–23.
42. Кравченко А., Харченко А. Корекційно-розвивальна методика подолання заїкання у дітей дошкільного віку. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2016. № 5. С. 388–394.
43. Купчак О. М. Корекція мовлення у дітей зі складними психофізичними розладами засобами логоритміки. *Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка*. 2009. Вип. XII. С. 304–307.
44. Левенець С. В., Гаврилюк С. В., Боярчук О. Д. Основи нейрофізіології та вищої нервової діяльності : навч. посіб. Луганськ : ЛНУ імені Т. Шевченка, 2010. 166 с.
45. Левченко І. Ю. Діти із загальним недорозвитком мовлення: Розвиток пам'яті. Київ : Просвіта, 2016. 144 с.
46. Літовченко О. В. Заїкання у дітей: профілактика і корекція : навч. посіб. Одеса : Лерадрук, 2021. 248 с.

47. Малярчук А.Я. Обстеження мовлення дітей : дидактичний матеріал. Київ : Літера ЛТД, 2003. 104 с.
48. Манько Н.В. Діагностика та корекція мовленнєвого розвитку дітей раннього віку : навч.-метод. посіб. Київ : КНТ, 2008. 256 с.
49. Мартиненко І. В., Панькович Л. В. Особливості тривожності у дітей старшого дошкільного віку із заїканням. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2008. Вип. 9. С. 170–174.
50. Марченко І. С. Спеціальна методика розвитку мовлення (логопедична робота з корекції порушень мовлення у дошкільників) : навч. посіб. Київ : Слово, 2015. 312 с
51. Методичний посібник по реабілітації мовнорухових, мимічних і вокальних аналізаторів людини та профільних хворих у період удосконалення та розвитку мови. Вінниця; Хмельницький : ЦНТЕТ, 2005. 32 с.
52. Пахомова Н. Г. Діагностика мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією до навчання в школі : навч.-метод. посіб. Полтава : АСМІ , 2009. 107 с.
53. Петренко Н. В., Погосян А. Р. Особливості корекційно–розвиткової роботи з дітьми, які заїкаються : навч.-метод. посіб. Кам'янець-Подільський, 2016. 60 с.
54. Пихтіна Н.П. Основи педагогічної техніки : навч. посіб. Ніжин : Вид-во НДУ імені Миколи Гоголя, 2012. 288 с.
55. Пищалка Я. О. Конспекти логоритмічних занять для дітей дошкільного віку із фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення. Запоріжжя : ЛПС ЛТД, 2009. 188 с.
56. Піроженко Т. Мовлення дитини: психологія мовленнєвих досягнень дитини. Київ : Главник, 2005. 112 с
57. Плиска О. І. Фізіологія вищої нервової діяльності та сенсорних систем : навч. посіб. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. 285 с.
58. Поварова І. А. Особливості формування просодики в онтогенезі та дизонтогенезі: (на прикладі заїкуватості). *Логопедія*. 2016. № 1. С. 12-31.
59. Поніманська Т.І. Дошкільна педагогіка. Київ : Академвидав, 2013. 456 с.

60. Рібцун Ю. В. Заїкання: підтримка дитини з особливими мовленнєвими потребами в освітньому середовищі : навч.-метод. посіб. Київ : ФОП Цибульська В. О., 2023. 272 с.
61. Рібцун Ю. В. Дитина із порушенням мовленнєвого розвитку. Путівник для батьків дітей з особливими освітніми потребами : навч.-метод. посіб. Київ : Літопис-XX. 2010. 36 с.
62. Рібцун Ю. В. Корекційно-розвивальна та навчально-виховна робота з дітьми з фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення : навч.-метод. посіб. Київ : Педагогічна думка, 2014. 238 с.
63. Рібцун Ю. В. Ігри для ротика : вправи на розвиток мовленнєвого дихання. *Дошкільне виховання*. 2007. № 4. С. 28–29.
64. Саприкіна О.В. Розвиток мовлення дітей раннього віку: комплект матеріалів для занять з дітьми раннього віку. Київ : Ранок, 2009.
65. Скляр С. Сучасні погляди на сутність заїкання та методи його корекції. *Науковий часопис НПП ім. М.П. Драгоманова*. 2018. Вип. 60. С. 118–124.
66. Тарасун В.В. Логодидактика : навч. посіб. Київ : 2004. 348 с.
67. Трофименко Л.І. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей старшого дошкільного віку із ЗНМ : програмно-методичний комплекс. Київ : Актуальна освіта, 2013. 108 с
68. Хоменко С. О. Логопедичне обстеження в системі комплексного вивчення дітей раннього віку з порушеннями мовлення. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2014. Вип. 19. С. 215–220.
69. Шеремет М. К. Логопедія : підруч. Київ : Слово, 2013. 672 с.
70. Reddi V. *Neurophysiology : a conceptual approach* (вид. Fifth edition). London : CRC Press, 2012. 448 p.
71. Mills K. R. *Oxford textbook of clinical neurophysiology*. Oxford : Oxford University Press, 2017. 459 p.