

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

Кваліфікаційна робота  
магістра

з теми: **«ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ МОВЛЕННЄВОГО ДИХАННЯ У  
ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАЇКАННЯМ»**

Виконала: здобувач вищої освіти  
заочної форми навчання  
ОП Спеціальна освіта (Логопедія)  
спеціалізація 016.01 Логопедія  
**Неля ТРОФАНЮК**

Науковий керівник: **Вадим ЛЕВИЦЬКИЙ**,  
кандидат педагогічних наук,  
доцент кафедри логопедії і спеціальних методик

Рецензент: **Олена ВЕРЖИХОВСЬКА**,  
кандидат педагогічних наук,  
доцент кафедри психолого-медико-педагогічних  
основ корекційної роботи

Кам'янець-Подільський – 2023

## План

<b>Вступ.....</b>	<b>3</b>
<b>Розділ I. Теоретико-методологічні підходи до питання розвитку мовленнєвого дихання в дітей дошкільного віку з нормотиповим розвитком мовлення та із заїканням</b>	
1.1. Розвиток фізіологічного та мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку....	6
1.2. Характеристика дітей дошкільного віку із заїканням.....	16
1.3. Особливості мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням.....	26
1.4. Основні напрямки логопедичної роботи з розвитку мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням.....	34
<b>Висновки до розділу.....</b>	<b>40</b>
<b>Розділ II. Опис змісту і методики констатувальної і формувальної частини експериментального дослідження розвитку мовленнєвого дихання у дошкільників із заїканням</b>	
2.1. Дослідження стану розвитку мовленнєвого дихання у дошкільників із заїканням.....	43
2.2. Організація логопедичної роботи з розвитку мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням.....	50
2.3. Практичні рекомендації щодо організації логопедичної роботи з розвитку мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням.....	53
<b>Висновки до розділу.....</b>	<b>64</b>
<b>Висновки.....</b>	<b>69</b>
<b>Список використаних джерел.....</b>	<b>74</b>

## Вступ

**Актуальність дослідження.** Дихання – основа життя. Правильне дихання – основа здоров'я та довголіття, виконує важливу функцію у життєдіяльності людського організму. Крім своєї основної фізіологічної функції – здійснення газообміну, дихання забезпечує, ще й таку функцію, як мовлення, тобто є одним з компонентів мовленнєвої діяльності.

Мовленнєве дихання – основа усного мовлення, джерело утворення звуків, голосу. Воно допомагає правильно дотримуватись паузації, зберігати плавність, змінювати гучність, робити мовлення виразним.

Під мовленнєвим диханням мається на увазі здатність людини у процесі висловлювання своєчасно робити короткий, досить глибокий вдих і раціонально витратити повітря під час видиху. Правильне мовленнєве дихання дає можливість при меншій витраті м'язової енергії мовленнєвого апарату досягати максимуму звучності та довжини висловлювання. Мовленнєве дихання є високо координованим актом, під час якого дихання і артикуляція співвідносяться у процесі висловлювання. За нормотипового розвитку, у дитини одночасно з розвитком мовлення формується правильне мовленнєве дихання.

Порушення мовленнєвого дихання – одна з ознак заїкання. Заїкання визначається як порушення темпу, ритму і плавності мовлення, обумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату. Початок цього розладу зазвичай припадає на період інтенсивного формування мовленнєвої функції – від 2 до 6 років. У зв'язку з цим таке порушення ще називають еволюційним заїканням, або заїканням розвитку. Порушення мовленнєвого дихання у дітей із заїканням настільки сильно виражене, що причину заїкання вбачають у порушенні регуляції дихальної функції. У зв'язку з цим особливим напрямком роботи з дітьми із заїканням є постановка і розвиток правильного дихання.

Одночасно логопеди-практики наголошують, що розвиток мовленнєвого дихання з використанням існуючих вправ – процес тривалий, а ефект нестійкий,

діти погано використовують навички, отримані під час проведення дихальних вправ.

Наукова розробка проблеми заїкання у логопедії пов'язана з іменами психіатрів І. Сікорського, В. Гіляровського. В дослідженнях Н. Жинкіна, М. Піддякова, С. Коноплястої, Л. Артемової, Г. Волкової, І. Мартиненко, Н. Чередніченко, Ю. Пінчук, В. Тищенко, М. Шеремет та ін. ставиться питання розробки та відбору спеціальних методик для подолання заїкання у дітей.

У практиці корекції голосових порушень та терапії хвороб дихальних шляхів популярною є методика О. Стрельнікової, проте спроби застосувати її у роботі з дітьми із заїканням недостатньо описані. У той же час аналіз теоретичних та методичних робіт дозволяє вважати за доцільне використання окремих положень дихальної методики О. Стрельнікової для збільшення обсягу повітря в легенях та розвитку діафрагмального типу дихання, автоматизованість якого має передувати розвитку мовленнєвого дихання.

Недостатня розробленість проблеми корекції порушень мовленнєвого дихання в дітей дошкільного віку із заїканням обумовила актуальність написання кваліфікаційної роботи.

**Об'єкт дослідження:** мовленнєве дихання дітей дошкільного віку із заїканням.

**Предмет дослідження:** зміст логопедичної роботи з розвитку мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням.

**Мета дослідження** полягає у розробці практичних методичних рекомендацій щодо проведення логопедичної роботи спрямованої на розвиток мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням.

**Гіпотеза дослідження:** комплексна корекція заїкання для покращення ефективності має включати в себе роботу з розвитку мовленнєвого дихання дітей дошкільного віку.

**Завдання дослідження:**

- 1) проаналізувати теоретичні аспекти розвитку мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку;
- 2) розробити і описати методiku констатувального експеримента;
- 3) виявити особливості мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням;
- 4) обґрунтувати і описати основні напрямки, етапи, зміст та методичні рекомендації з реалізації логопедичної роботи з розвитку мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням;
- 5) обґрунтувати і описати висновки проведеного дослідження.

**Методи дослідження:** бібліографічний метод (аналіз теоретичних джерел з проблематики дослідження); емпіричні методи (спостереження, констатувальний та формувальний експеримент, кількісна та якісна обробка отриманих результатів дослідження); біографічний (аналіз анамнестичних даних, вивчення медико-педагогічної документації).

**Елементи наукової новизни** полягають в уточненні окремих аспектів сутності порушення мовленнєвого дихання при заїканні.

**Практичне значення отриманих результатів** обумовлене можливістю використання практичного матеріалу для обстеження та корекції мовленнєвого дихання у дошкільників із заїканням логопедами, вихователями спеціальних груп закладів дошкільної освіти та батьками дітей із заїканням.

**База дослідження:** заклад дошкільної освіти (ясла-садок) №45 гуманітарного напрямку Рівненської міської ради, м. Рівне.

**Структура роботи.** Робота складається зі вступу, двох розділів та висновків до них, загальних висновків, списку використаних джерел.

## Розділ I

### Теоретико-методологічні підходи до питання розвитку мовленнєвого дихання в дітей дошкільного віку з нормотиповим розвитком мовлення та із заїканням

#### 1.1. Розвиток фізіологічного та мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку.

Дихання – фізіологічний процес, незалежний від свідомості людини, заснований на вдиху та видиху. Диханню приписували роль посередника між «душевним» (відповідно «духовним») та «тілесним» в людині. Стародавні греки вважали, що душа людини знаходиться у діафрагмі.

Життєдіяльність організму пов'язана з поглинанням кисню та виділенням вуглекислого газу. На думку І. Максимова, у поняття «дихання» входять усі процеси, пов'язані з доставкою кисню із зовнішнього середовища всередину клітини та виділенням вуглекислого газу з клітини до навколишнього середовища [19]. Крім того, органи дихання беруть участь у звукоутворенні, визначенні запаху, виробленні деяких гормоноподібних речовин, у ліпідному та водно-сольовому обміні, підтримці імунітету організму.

Питання розвитку дихання (як фізіологічного, і мовленнєвого) вивчалися у різних аспектах фізіологами, педагогами, психологами і логопедами. Проблем у галузі фізіології присвятили свої праці О. Малютін, І. Левітов, Н. Жинкін, Л. Фомічова, С. Конопляста, В. Тищенко. Ними вивчалися типи дихання та значення дихальної системи для правильного голосоутворення [26; 49].

Анатомічно дихальний відділ представлений грудною клітиною, легеньми, міжреберними м'язами та м'язами діафрагми. Легені забезпечують певний тиск

повітря. Воно необхідне для роботи голосових складок, модуляцій голосу та змін його тональності [9].

У період внутрішньоутробного розвитку нервово-м'язовий апарат системи зовнішнього дихання має більш раннє формування та прискорене дозрівання порівняно з іншими м'язами тулуба та кінцівок. Розвиток дихальної функції в онтогенезі умовно поділяють на три фази. Перша фаза коротка: від першого вдиху після народження до повного розправлення легень. У другій фазі встановлюється стійке співвідношення між дихальною та циркуляторною системами. Тривалість її – від кількох годин до кількох тижнів. Третя фаза – розвиток дихальних та циркуляторних регуляцій. Паралельно збільшенню розмірів тіла дитини відбувається зростання та інтенсивний розвиток бронхіального дерева (розвиток нових бронхіальних гілок триває до 7-8 років) та легень, чому сприяє збільшення рухової активності. Розвивається дихальна мускулатура. Збільшується швидкість повітряного потоку у дихальних шляхах. Про це свідчить збільшення об'ємних швидкісних показників дихання [22].

При фізіологічному диханні (поза мовленням) вдих відбувається активно за рахунок скорочення дихальних м'язів, а видих – відносно пасивно за рахунок опускання стінок грудної клітки, еластичності легень. Фази вдиху та видиху у спокої мало відрізняються за тривалістю. За способом переважного типу розширення грудної порожнини фізіологічне дихання розділяють на: реберне (грудне), черевне, змішане [53].

У свою чергу, реберне дихання буває трьох різновидів: ключичне, верхньореберне, нижньореберне. Ключичне і верхньореберне дихання відноситься до нераціональних способів дихання, оскільки розширення грудної клітини обмежене внаслідок малої рухливості реберних стінок. При ключичному типі дихання бере участь тільки верхня частина легень, при вдиху піднімаються ребра, ключиці та плечі. Люди, які страждають на астму, задишку, що носять тугі пояси,

зазвичай вдаються до такого типу дихання. Його можна навмисно викликати, втягнувши живіт усередину. Тоді лише верхня половина легень наповнюється повітрям. Більша його частина не входить у корисний газообмін. У людей з верхнім диханням, що закріпилося, виробляється звичка дихати ротом. Повітря при цьому добре не очищується і не зігрівається. При черевному диханні дихальний обсяг суттєво не відрізняється від такого, як при нижньореберному диханні, проте дихальні рухи при цьому більш пластичні. У такому типі дихання беруть участь нижня частина грудей та легень. Складається в основному з руху живота вперед і назад та у зміні положення діафрагми. Як тільки опускаються плечі та слабшають грудні м'язи, людина природно приймає нижнє дихання. Воно часто виникає також під час сну. При грудному диханні повітрям наповнюється переважно середня частина легень. Включає риси ключичного дихання (ребра піднімаються, а груди розширюються) та черевного (діафрагма рухається вгору та вниз, а живіт трохи вперед і назад). Це дихання найчастіше залишається поверхневим [26].

Більш раціональним є змішане або грудочеревне дихання, яке ще називають діафрагмальним. Воно поєднує у собі всі вищезгадані типи дихання, рівномірно вентилуючи всі частини легень. У цьому типі дихання забезпечується як достатній обсяг повітря, так і оптимальна пластичність дихальних рухів. Таке дихання найбільш підходить для утворення мовлення. У дітей під час фізичного розвитку поступово формується найбільш оптимальний тип дихання – грудочеревне [30].

Процес фізіологічного дихання у нормі здійснюється ритмічно, глибина дихання відповідає потребам організму у кисні. Вдих є активнішою фазою дихання, ніж видих. При вдиху м'язи діафрагми скорочуються, відтісняючи органи черевної порожнини в живіт, збільшуючи тим самим об'єм грудної клітини, що сприяє наповненню легень повітрям. При видиху м'яз діафрагми розслаблюється. Разом з міжреберними м'язами, які піднімають та опускають грудну клітину, діафрагма



піднімається догори та стискає легені. Діафрагма бере участь у диханні, будучи головною рушійною силою у його забезпеченні [19].

Процес дихання обумовлений зміною обсягу повітря в легенях протягом фаз вдиху та видиху дихального циклу. При спокійному диханні співвідношення тривалості вдиху до видиху у дихальному циклі дорівнює середньому 1:1,3. Зовнішнє дихання людини характеризується частотою та глибиною дихальних рухів. Частота дихання вимірюється кількістю дихальних циклів протягом однієї хвилини. Вона із віком поступово знижується. Якщо у новонароджених від кількох годин до 3 діб життя частота дихання, в середньому, становить 56 дихальних циклів за хвилину, то до 1 року вона становить 35-36 за хвилину, до двох років у нормі частота дихання – 31 цикл за хвилину, до трьох років – 28 за хвилину, до семи років – знижується до 24 за хвилину. Обсяг дихання у нормі має найбільший приріст між 5 та 6 роками життя [49].

У дорослої людини у стані спокою частота варіює від 12 до 20 за 1 хвилину. Цей показник зовнішнього дихання зростає під час фізичної роботи, підвищення температури навколишнього середовища, а також змінюється з віком. Глибина дихання визначається за обсягом повітря, що вдихається і видихається, протягом одного дихального циклу. Зв'язок частоти дихальних рухів з їх глибиною характеризує основну величину зовнішнього дихання – вентиляцію легень. Кількісним виміром вентиляції легень є хвилинний обсяг дихання – це обсяг повітря, яке людина вдихає та видихає за 1 хв. Величина хвилинного об'єму дихання людини у спокої коливається в межах 6-8 літрів. При фізичній роботі у людини хвилинний об'єм дихання може зростати у 7-10 разів [16].

При звичайному спокійному диханні вдих і видих проводять через ніс. Для забезпечення нормального носового дихання потрібна вільна прохідність носових ходів. За наявності в носі будь-яких перешкод для повітряного струменя (збільшення носових раковин, поліпи, викривлення носової перегородки та ін.)

дихання здійснюється через рот. У цьому випадку захисна функція слизової оболонки носа вимикається, і повітря надходить у нижні дихальні шляхи і у легені недостатньо зігрітим і зволженим, а також мало очищеним від пилових частинок і мікроорганізмів. Вільна прохідність носових ходів необхідна для здійснення нюхової функції носа. Найдрібніші частинки пахучих речовин, що знаходяться у повітрі, що вдихає людина, потрапляючи у верхні відділи носової порожнини, подразнюють нюхові клітини і викликають нюхові відчуття. Це відіграє захисну роль, сигналізуючи про наявність шкідливих домішок у повітрі, що вдихається [42].

Мовленнєве дихання представляє висококоординований акт, під час якого дихання та артикуляція співвідносяться у процесі висловлювання. Дихання у процесі мовлення у порівнянні з фізіологічним диханням у спокійному стані, має суттєві відмінності, зумовлені особливими вимогами до дихального акту під час мовлення [31].

На думку Є. Соботович, під час утворення звуку одночасно напружуються м'язи, що здійснюють вдих, легені, а також м'язи черевного преса. Внаслідок скорочення цих м'язів відбувається висування вперед грудної клітини. Під впливом напруженої діафрагми збільшується обсяг талії. Розслаблені при фізіологічному диханні м'язи черевного преса під час мовлення напружуються, створюючи опір діафрагмі. Таке напруження м'язів зберігається протягом усього звукоутворення. При цьому обсяг талії повільно зменшується відповідно до кількості повітря, що витрачається. Легені, роздмухують голосові зв'язки і прилеглі до них порожнини, забезпечують тонку регуляцію повітря, що міститься в них. Такий спосіб дихання необхідний для вимови глухих приголосних. У процесі вимови голосні розрізняються за артикуляцією. Вони також мають вимовлятися з мінімальною витратою повітря. Деякі приголосні [п], [б], [к], [г] вимовляються взагалі без участі потоку повітря.

Після вимови звуку, повітря, що міститься в легенях, виштовхується назовні. Це відбувається внаслідок розслаблення дихальної мускулатури грудної клітини та діафрагми. Причому м'язи черевного преса скорочуються, як і при звичайному диханні. Від тривалості звуку залежить те, наскільки наблизиться грудна клітина до талії. Якщо звук був настільки довгим, що вже витрачено більшу частину запасу повітря і обсяг талії зменшився до вихідного положення, тоді настає ще більше розслаблення діафрагми. Грудна клітина після закінчення звуку опускається настільки, наскільки вона піднялася за його утворення. Опускання грудної клітини можна визначити за незначним опусканням ключиць [43].

Звукоутворення відбувається у верхніх дихальних шляхах. Розташована позаду ротової і носової порожнин зазвичай м'яка трубчаста носоглотка, при напрузі м'язів, що утворюють її стінку, стає твердою. Легкі роздмухують цю трубку, і повітря, проходячи через голосові зв'язки, утворює звук. Цей механізм звукоутворення повністю ідентичний механізму утворення звуку в духових музичних інструментах, де порція повітря проходить із ротової порожнини через губи і перетворюється всередині інструменту у звукові коливання. Однак, на відміну від музичного інструменту, де утворюється завжди той самий звук, м'язи, що беруть участь у його утворенні, дозволяють варіювати людський голос. Звук набуває забарвлення завдяки зміні форми органів ротової порожнини (щелеп, губ, язика). Сила звуку регулюється напруженням легень (тонусом дихальної мускулатури) [54].

Мовленнєве дихання за характером відрізняється від дихання під час спокою (мовчання). У процесі мовлення суттєво збільшується функціональне значення фази видиху, який відбувається, в основному, через рот, він дещо уповільнений, значно триваліший, ніж вдих (при фізіологічному диханні вдих та видих відбуваються лише через ніс). Перед початком мовлення зазвичай робиться швидкий, короткий і глибший, ніж у спокої, вдих, щоб скоротити зумовлені ним

паузи між відрізками мовлення. Мовленнєвий вдих здійснюється через ніс і рот (швидкому і глибокому вдику через ніс перешкоджає вузькість носових ходів), а у процесі мовленнєвого видиху потік повітря йде тільки через рот.

Мовленнєвий вдих характеризується наявністю певного обсягу повітря, здатного забезпечити підтримку зв'язкового тиску. Велике значення для озвучування висловлювання має раціональний спосіб витрачання повітряного струменя. Час видиху подовжується настільки, наскільки необхідне звучання голосу при безперервній вимові інтонаційно та логічно завершеного висловлювання (тобто фрази), що полегшує сприймання зв'язного мовлення [23].

При фізіологічному диханні відношення тривалості вдику та видиху коливається в межах від 1:1 до 1:2. Під час співу або розмови тривалість фази видиху може бути довшою за фазу вдику у 5-8 разів. Для того щоб забезпечити тривалий видих, необхідний більший запас повітря. Об'єм повітря, що видихається, досягає при мовленні 1500-2000 см<sup>3</sup> замість 500 см<sup>3</sup> при звичайному диханні. Подовження видиху відбувається за рахунок перерозподілу часу всередині дихального циклу (вдих-видих) і за рахунок збільшення тривалості всього циклу. При звичайному диханні кількість дихальних циклів становить 16-20 за хвилину і на цикл відповідно припадає 3-4 секунди. Під час мовлення кількість дихальних рухів зменшується вдвічі та становить 8-10 за хвилину. Отже, на кожен дихальний цикл приділяється вдвічі більше часу [23].

Ще однією особливістю мовленнєвого дихання є те, що видих під час мовлення здійснюється з участю видихальних м'язів. Це виявляється необхідним для того, щоб, по-перше, забезпечити глибокий видих і, по-друге, щоб утворився достатній тиск повітряного струменя, без чого неможливе мовлення вголос [55]. Особливості мовленнєвого дихання представлені у таблиці 1.1.

### Особливості мовленнєвого дихання

Показники	За звичайного дихання	За мовленнєвого дихання
Співвідношення тривалості вдоху та видиху	1:1,2	1:5-1:8
Число подихів за 1 хв.	16-20	8-10
Об'єм видихуваного повітря	500 см <sup>3</sup>	1500-2000см <sup>3</sup>
Вдих виконується	Через ніс	Через рот
Участь дихальних 'м'язів	Не задіяні	Задіяні

У ході мовленнєвого розвитку формується специфічний «мовленнєвий» механізм дихання, отже, виробляються і специфічні «мовленнєві» рухи діафрагми. У процесі мовлення діафрагма багаторазово виконує тонкі диференційовані коливальні рухи, що забезпечують мовленнєве дихання і звуковимову. У цьому полягає феномен мовленнєвого дихання, розкритий Н. Жинкіним [55]. За роботами Н. Жинкіна ці коливальні рухи діафрагми, при вимові кожного мовленнєвого звука, що накладається на експірацію, є власне мовленнєвими, «артикуляційними» рухами діафрагми. Ці зміни тону м'язів, які мають хвильовий характер, у процесі мовлення виконують дві функції: по-перше, цим регулюється енергія для генерації кожного звука і, по-друге, «частинка енергії» для складового квантування мовлення [55].

Таким чином, на кожному звуці діафрагма модулює з певною амплітудою і тим самим дублює артикуляцію мовленнєвих рухів (губ, язика, глотки, гортані). Центральні механізми регулюють та координують рухи діафрагми та інших органів у процесі мовленнєвого видиху.

Дотримуючись методики З. Савкова, використовується положення про чотири якості мовленнєвого дихання: глибина, висота, частота, чіткість.

Глибина дихання. Мається на увазі нижньореберний діафрагмальний тип дихання. Цей тип дихання дозволяє здійснити повний та глибокий вдих. Розсунуті ребра можуть зберегти положення «вдиху» під час мовлення, що дозволяє поповнити повітря рухами однієї діафрагми.

Висота дихання. Опанувати висоту дихання – виробити відчуття повітряного потоку по вертикалі – вгору в ніс, а не по горизонталі – в рот.

Частота дихання – це легкі, швидкі, непомітні «добори» повітря під час мовлення. Часте дихання дозволяє легко користуватися виразними засобами мовлення (темпом, ритмом, паузами, інтонацією), робить слова, що звучать, більш акцентованими.

Чіткість дихання – чіткість артикуляції. Таким чином, для утворення мовлення необхідно виробити сильний, спрямований повітряний струмінь [54].

У дослідженнях Р. Шейкіна, Е. Арутюняна було виявлено залежність організації мовленнєвого дихання від змісту висловлювання та інтонаційного характеру мовлення. За даними Р. Шейкіна, вдихи під час мовлення роблять або після закінчення фрази, або між лексичними групами. Е. Арутюнян зазначав, що людина здатна генерувати мовлення з різними темпами, нормальним голосом або пошепки, здатна чітко виділяти позиції наголосів і т.п. З цього походить наявність у людини механізмів тонкої регуляції роботи легень. У організації управління мовленнєвим диханням провідне значення мають поскладова і просодична структури мовленнєвого потоку [26].

Мовленнєве дихання підпорядковується різнобарвному характеру мовлення, чергуванню ланок (груп слів від паузи до паузи), які в залежності від змісту можуть бути довгими і короткими, повільними і швидкими, напруженими і спокійними, тому моменти вдиху, кількість повітря, що вбирається, інтенсивність його витрат не йдуть в однаковій ритмічній послідовності. Дихання у мовленні має умовно рефлекторний характер. Моменти мовленнєвих вдихів та видихів узгоджуються з

лінгвістичною конструкцією тексту та збігаються з лінгвістичними (синтагматичними) паузами. Ці паузи є універсальним засобом розподілу мовлення на інтонаційно-сміслові одиниці. Вони виникають між реченнями і між синтагмами у ході усного спонтанного висловлювання і у процесі читання тексту. Можна думати, що внутрішньомовленнєве планування не обмежується декодуванням лише на рівні артикуляції, сюди підключається синхронний голосовий механізм реалізації усного висловлювання, отже, і мовленнєве дихання [53].

Розвиток мовленнєвого дихання в дитини починається паралельно з розвитком мовлення. Вже у віці 3-6 місяців триває підготовка дихальної системи до реалізації голосових реакцій, тобто на ранній стадії мовленнєвого онтогенезу йде дифузне відпрацювання координації фонаторно-дихальних механізмів, що лежать в основі мовлення. У дошкільному віці у дітей у процесі мовленнєвого розвитку одночасно формується зв'язне мовлення та мовленнєве дихання. У дітей у 4-6 річному віці, які не мають порушень мовлення, грудочеревне та мовленнєве дихання перебувають у стадії інтенсивного формування. У дітей з нормотиповим розвитком мовлення до п'яти років спостерігається, в основному, грудочеревний тип дихання, хоча нерідко (після бігу, при хвилюванні, у розмові з дорослим і т.д.) вони можуть дихати на всі груди, навіть піднімаючи плечі. Прості мовленнєві завдання реалізуються ними на сформованому мовленнєвому видиху. У процесі одного мовленнєвого видиху діти вимовляють прості три-, чотири-, п'яти- та шестислівні фрази із загальноживаною лексикою. Віршовані тексти з короткими рядками вимовляються дітьми у старшому дошкільному віці, як правило, з використанням мовленнєвого дихання. Ускладнення мовленнєвої задачі у вигляді чотирьох-, п'яти- та шестислівних фраз з новою лексикою призводить до порушення мовленнєвого дихання.

Ускладнення змісту висловлювання як у семантичному, так і у лексико-граматичному плані руйнує мовленнєвий видих: з'являються додаткові вдихи, затримки дихання, тобто висловлювання переривається і, відповідно, не має інтонаційної завершеності. Вимова фрази дітьми 9-10 років, як і дорослими людьми, у спокійному емоційному стані завжди відбувається у межах одного мовленнєвого видиху, тобто видих розтягується відповідно до тривалості висловлювання [29].

Отже, до 10 років відбувається формування мовленнєвого дихання, що починає відповідати синтагматичному поділу текстів і становлення мовленнєвого дихання завершується.

Таким чином, мовленнєве дихання є системою довільних психомоторних реакцій, тісно пов'язаних з генерацією мовлення. Характер мовленнєвого дихання підпорядкований внутрішньому мовленнєвому програмуванню: семантичному, лексико-граматичному та інтонаційному наповненню висловлювання.

Мовленнєве дихання підпорядковується різноманітному характеру мовлення, чергуванню мовленнєвих ланок (груп слів від паузи до паузи), які в залежності від змісту можуть бути довгими і короткими, повільними і швидкими, напруженими і спокійними. Тому сам вдих, кількість повітря, що вдихається, інтенсивність його витрат не йдуть в однаковій ритмічній послідовності. Дихання у мовленні має умовно рефлекторний характер.

## **1.2. Характеристика дітей дошкільного віку із заїканням.**

Заїкання – одне з порушень мовленнєвого розвитку. Воно важко коригується, травмує психіку дитини, заважає мовленнєвому спілкуванню, ускладнює стосунки з оточуючими.

Заїкання – це не тільки розлад мовленнєвої функції. У проявах заїкання привертають увагу розлади нервової системи, фізичного здоров'я, загальної



моторики, наявність психологічних особливостей. Перелічені відхилення у психофізичному стані дітей, що заїкаються, в різних випадках виявляються по-різному, але вони тісно пов'язані між собою і ускладнення одного посилює інше [22].

Заїкання – це порушення темпо-ритмічної організації мовлення, зумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату. В наш час вважається загально визнаним, що коригувати заїкання потрібно відразу ж, як воно виникне. Чим більше часу минає з початку заїкання, тим частіше воно перетворюється на важке, стійке порушення і тягне за собою зміни у психіці дитини [55].

Крім того, заїкання позбавляє дитину нормальних умов спілкування і часто перешкоджає успішному навчанню. Тому важливо усунути це порушення ще до вступу дитини до школи. Але необхідно впливати не тільки на мовлення дитини з заїканням, а й на її особистість та моторику [1].

Основним симптомом заїкання є судомні у процесі мовленнєвої діяльності, тобто коли дитина говорить. Зазвичай судом настає раптово, серед правильного мовлення, і миттєво зупиняє чіткі артикуляційні рухи або порушує їх частоту та цілісність. Її тривалість буває недовгою, вона вимірюється секундами. Тривалість мовленнєвих судом статистично коливається від 0,2 секунди до 12,6 секунди. У важких випадках можуть тривати до 90 секунд. Після припинення судом артикуляція правильна, але до нової зупинки. Судомою вражаються окремі м'язи або групи м'язів. Сила чи ступінь судомних скорочень м'язів буває різною. Здебільшого скорочення бувають досить сильними. Судомні зазвичай починаються або в тих м'язах, які безпосередньо в даний момент беруть участь у мовленнєвій діяльності, або у м'язах голосового апарату, або дихальних м'язах. Причиною виникнення їх є мовленнєві рухи, що вже настали, або тільки бажання (задум) говорити. Через судомні м'язів мовленнєвого апарату під час заїкання мовлення

переривається мимовільними затримками, вимушеними повторами окремих звуків, складів і слів [31].

За ступенем прояву заїкання може бути легким (слабким), середнім та важким (сильним). Легкий ступінь характеризується ледь помітним проявом судом, які заважають спілкуванню. При тяжкому ступені, внаслідок тривалих судом, мовленнєве спілкування стає неможливим. Чим частіше і довше судоми, тим важче заїкання [23].

Судоми розрізняють за формою і поділяють на: тонічні, клонічні і змішані. Клонічні судоми характеризуються насильницьким багаторазовим ритмічним скороченням м'язів мовленнєвого апарату, з вираженим повторенням однакових судомних рухів. При цьому дитина із заїканням зазвичай повторює окремі звуки або склади (со-со-сокира, лі-лі-літак, мо-мо-молоко).

Спочатку дитина кілька разів повторює перший склад, а потім ніби виштовхує кінець слова. Згодом цей тип судом може перейти у більш важку форму – тонічну. Тонічні мовленнєві судоми є як короткого, поштовхоподібного так і тривалого спазмового скорочення м'язів – неконтрольованого різкого підвищення тону, що охоплює зазвичай кілька м'язових груп (наприклад, м'язи язика, губ, щік). Дитина із заїканням у ці миті ніби скута. Рот може бути напіввідкритим чи, навпаки, губи щільно зімкнуті. Дитина напружена, щоб почати або продовжити мовлення. Акустично тонічна судома проявляється у вигляді тривалої паузи в мовленні (лі-----так, м-----олоко), або у вигляді напруженої та протяжної вокалізації. Зазвичай клонічні і тонічні мовленнєві судоми спостерігаються в однієї і тієї ж дитини, при цьому одні судоми проявляються сильніше, а інші слабше [7].

В залежності від місця виникнення (локалізації) мовленнєві судоми поділяються на артикуляційні, голосові, дихальні та змішані.

Артикуляційні судоми вражають м'язи язика, губ або м'якого піднебіння і тоді як би замикається вільний мовленнєвий видих. Наприклад: б-б-бабуся, бу-бу-будка (судоми губ); б-б-будиночок, (судоми кінчика язика); г-г-гуси, к-к-камінь, (судоми кореня язика чи м'якого піднебіння) [22].

Голосові судоми охоплюють м'язи гортані. І тоді голосові зв'язки щільно чи уривчасто стуляються, утримуючи вихід голосного звука (а-а-а-нанас, о-о-о-огірок) або голосові зв'язки залишаються розімкненими, тоді голосний звук вимовляється пошепки. Через дихальні судоми, що виникають у м'язах черевного преса, діафрагми або грудної клітини в момент мовлення повітря затримується, тому людина, що говорить завмирає з відкритим ротом. Або, навпаки, повітря сильно і різко виштовхується назовні, і фраза вимовляється на недостатньому видиху. Зазвичай за місцем виникнення мовленнєві судоми бувають змішаними. Порушення координації мовленнєвого акту відображається таким чином і на дихальній, фонаторній (голосовій) та артикуляційній мускулатурі [55]

У дитини при заїканні порушена звуковимова. Важко вимовляються приголосні, частіше початкові звуки слів, ніж наступні. Важкі для дітей із заїканням ті звуки, які вони самі вважають важкими. Іноді діти із заїканням добре вимовляють фізіологічно важкі звуки. Статистично доведено, що заїкання проявляється частіше при вимові довгих слів, ніж коротких. Слово, яке часто викликає напади заїкання, під впливом психологічних факторів стає постійним місцем затирань [53].

Мовлення дошкільників із заїканням, як правило, супроводжується супутніми рухами, які проявляються у різних дітей по-різному: від роздування крил носа і заплющування очей до складних рухів усім тулубом. Так, у дітей із заїканням у процесі мовлення можуть спостерігатися рухи головою, розгойдування тулуба, притупування, стискання пальців у кулаки, а також – прицмокування язиком, закривання очей, при відкриванні рота, облизування губ. А можуть носити

маскувальний характер, іноді бувають настільки складні, що починають нагадувати рухові ритуали. Наприклад, перед тим, як почати говорити людина із заїканням заплющує очі на кілька секунд, одночасно чухаючи ніс правою рукою, потім переступає з ноги на ногу і тільки після цього починає говорити [26].

Багато дітей із заїканням використовують у мовленні одноманітні, багаторазово повторювані протягом висловлювання, семантично порожні лексеми типу: «так», «ось», «це саме» тощо. Іноді звукосполучення, що вимовляються, можуть бути безглуздими. Такі явища називають емболофразією, а самі слова – емболами. Емболи часто використовуються перед так званими «важкими» звуками. Емболи можуть з'являтися наприкінці судоми як «вступ» у плавне мовлення. Досить часто емболи заповнюють паузи, коли дитина, що заїкається, не може дібрати адекватні слова, що відповідають задуму висловлювання. Використання ембол не усвідомлюється дітьми із заїканням [59].

Нерідко у мовленні дошкільників із заїканням, спостерігається заміна слів, які в момент висловлювання їм важко вимовити, на слова, які вимовити легше. Часто мовленнєві хитрощі такого роду змінюють сенс висловлювання, що не завжди усвідомлюється самими дітьми із заїканням.

Заїкання у дітей дошкільного віку проявляється значно сильніше під час розмовного мовлення, коли потрібно самостійно висловити свої думки. Помічено, що діти більше заїкаються у присутності незнайомих осіб чи тих, кого бояться чи поважають, наприклад, – вихователів. Заїкання також часто і різко проявляється після сильного фізичного напруження, під час та після простудних захворювань [22].

У дошкільників із заїканням С. Конопляста відзначила своєрідність процесу паузації [49]. По-перше, як у дітей, так і у дорослих відмічено значно меншу кількість пауз, ніж у нормі. По-друге, більшість пауз відбувається всередині слів. Навпаки, між словами і навіть на межах закінчених у смисловому відношенні фраз,

паузи часто відсутні, тобто у дітей із заїканням відзначається виражена дефіцитарність пауз, необхідних для нормального мовлення.

Крім фізичних ознак заїкання існують психічні, які перетворюють його на тяжке болісне психологічне страждання. Особливо типовою ознакою заїкання є страх мовлення (логофобія), страх перед певними звуками або словами. Під впливом страху дитина ці звуки вимовити неспроможна, ніби захлинається ними, і цим викликається напад заїкання. Деякі діти вважають за краще мовчати і не вимовляти небезпечне слово. Інші замінюють його синонімом. Страх змушує весь час думати про механізм артикуляційних рухів, і від цього вони стають малоговоркими і усамітненими. Дитина одержима прагненням вимовити важке слово, і виходить із цього стану лише тоді, коли вдається після зусиль вимовити бажаний звук чи слово [57].

У дітей, в основному, часто зустрічаються дві форми заїкання: невротична та неврозоподібна.

Невротичне заїкання у дітей дошкільного віку виникає в умовах гострої або хронічної психічної травми, наприклад, переляку, у віці 2-6 років і надалі носить хвилеподібний характер. Ще однією причиною виникнення цієї форми заїкання у дошкільників – це активне введення у спілкування другої мови у 1,5-2,5 роки життя, що буває у дітей, які через вік не оволоділи достатньою мірою рідною мовою та оволодіння другою мовою пов'язане з великою психічною напругою, яка для низки дітей є патогенним фактором. До появи заїкання в дітей дошкільного віку відзначається підвищена вразливість, тривожність, боязкість, вразливість, коливання настрою, частіше у бік зниженого, дратівливість, плаксивість, нетерплячість, страхи. Іноді, за перенесеною дитиною гострою психічною травмою, ще до появи мовленнєвого порушення, деякий час (від кількох хвилин на добу) спостерігається мутизм. Дитина перестає говорити, на обличчі нерідко «застигає» вираз страху [1].

Мовленнєвий онтогенез у дошкільників, із заїканням даного типу має певні особливості. Нерідко спостерігається ранній розвиток мовлення: перші слова з'являються до 10 місяців, фразове мовлення формується до 16-18 місяців життя. У короткий проміжок часу (за 2-3 місяці) діти починають говорити розгорнутими фразами, словниковий запас бурхливо поповнюється, рано формується граматичний устрій з використанням складних синтаксичних конструкцій, тобто має місце ранній мовленнєвий та руховий розвиток [23].

Динаміка порушення при невротичній формі заїкання характеризується рецидивним перебігом, часом мовлення стає абсолютно плавним, судомні затинання відсутні, але при найменшій емоційній напрузі, соматичному захворюванні або втомі заїкання з'являється знову. Темп мовлення часто прискорений, діти немов би «захлинаються», недомовляють закінчення слів і речень, пропускають окремі слова, роблять граматичні помилки, голос досить модульований. Нерідко відзначається «змазаність» вимови звуків у потоці. Звуковимова у дітей або в нормі, або відповідно до вікових особливостей має риси функціональної дислалії. Заїкання виникає найчастіше гостро на базі розвиненого фразового мовлення. У таких дітей часто спостерігається велика кількість ітерацій (повторень, затинань несудомного характеру), що нерідко привертає увагу оточуючих. Порівняння показує, що рівень розвитку монологічного мовлення у дітей із заїканням 6-7-ми років у більшості випадків відповідає рівню розвитку монологічного мовлення дітей 4-5-ти років з нормотиповим розвитком мовлення [8].

При обстеженні дітей дошкільного віку з невротичною формою заїкання найчастіше виявляється нормальний розвиток загальної моторики. Загальні рухи у дітей досить пластичні. Вони добре переключаються з одного руху на інший, почуття ритму розвинуте. Вони легко вступають у ритм музики та перемикаються з одного ритму на інший. Для правильного виконання більшості рухових завдань

досить словесної інструкції. Рухи рук та ніг добре координовані. Тонка моторика рук розвивається відповідно до віку. Жести, міміка та пантоміміка емоційно забарвлені. У той самий час, для дітей із заїканням цієї групи характерним є недоведення елементів руху до кінця, деяка млявість, підвищена рухова стомлюваність, інколи незначний тремор пальців рук [57].

Невротична форма заїкання у дошкільників може мати як сприятливий, так і несприятливий перебіг. Зміна навколишнього оточення на краще, загальне оздоровлення організму дитини, спеціальні лікувально-педагогічні заходи сприяють досить швидкій зворотній динаміці порушення [30].

Неврозоподібне заїкання – це залишки апраксічних порушень при ураженні мозку. Апраксія – порушення довільних рухів (пози чи артикуляції) – коли дитина неспроможна виконати той чи інший рух. Вражаються кінетичні та кінестетичні ланки. Пошук пози (п-п-п-півень) – це прояв і клонічний характер заїкання. Якщо дитина неспроможна переключитися, – це тонічне заїкання [57].

Неврозоподібне заїкання найчастіше починається у віці 3-4 років поступово, без видимих зовнішніх причин. В анамнезі у дітей відзначаються важкі токсикози при вагітності із загрозою викидня, асфіксія під час пологів. У грудному віці такі діти неспокійні, крикливі, погано сплять. Їх фізичний розвиток проходить в межах нижньої вікової норми або з невеликою затримкою. Відзначається підвищена виснажливість та стомлюваність при інтелектуальному та фізичному навантаженнях, а також погана координація рухів, моторна незграбність, увага нестійка, швидко відволікаються. Поведінка характеризується розгальмованістю, збудливістю, діти надмірно метушливі, непосидючі, важко підпорядковуються дисциплінарним вимогам, можуть бути дратівливими і розгальмованими [22].

Будова мовленнєвого апарату в дітей із цією формою заїкання – зазвичай нормальна. Всі рухи органів артикуляції характеризуються деякою обмеженістю, часто відзначається малорухливість нижньої щелепи, недостатня рухливість язика

і губ, погана координація артикуляторних рухів, утруднений пошук артикуляторних поз. Нерідко є порушення тону м'язів язика, його «занепокоєння». Часто має місце гіперсаливація, як у процесі мовлення так і ні [16].

Мовленнєвий розвиток характеризується відставанням від норми. Перші слова нерідко з'являються лише у 1,5 року, елементарне фразове мовлення формується до 3 років, розгорнуті фрази відзначаються після 3,5 років життя. Логопеди-практики констатують також порушення вимови багатьох звуків, повільне накопичення словникового запасу, більш пізніше і неповне засвоєння граматичного ладу мовлення. Початок заїкання збігається з періодом формування фразового мовлення, тобто із віком 3-4 років. У початковому періоді, який триває від 1 до 6 місяців, заїкання протікає хвилеподібно, то затухаючи то спалахуючи з новою силою [1].

Неврозоподібне заїкання характеризується відносною стабільністю проявів порушення мовлення. Мовленнєві затирання проявляються у будь-якій обстановці, як на самоті, так і серед людей. Активна увага до процесу мовлення покращує ситуацію і затирань стає менше. У той же час спостереження показують, що фізична втома, тривале психічне напруження, перенесення соматичних захворювань погіршують якість мовлення. У дітей обмежений обсяг словникового запасу, причому вони не можуть активно ним користуватися у самостійних зв'язних висловлюваннях. Речення є структурно неповними, а спосіб зв'язку речень є послідовним. Діти неспроможні повно і послідовно передати зміст тексту. Відрізняється від норми організація просодичної сторони мовлення: темп вимови або прискорений, або уповільнений, голос мало модульований. Також, у дітей із заїканням порушеним є фонематичне сприймання мовлення. Механізм труднощів актуалізації слів пов'язаний з нестачею лексичних засобів, а порушення монологічного мовлення є наслідком, насамперед, дефіциту мовленнєвої здібності.



Зазвичай, спостерігається різке порушення мовленнєвого дихання: слова вимовляються під час вдиху чи у момент повного видиху [55].

Для дітей з неврозоподібною формою заїкання характерна патологія моторних функцій, виражена різною мірою: від недостатності координації та рухливості органів артикуляції до порушення статичної та динамічної координації рук та ніг. М'язовий тонус при цій формі заїкання нестійкий, рухи напружені та невідповідні. Діти із заїканням важко запам'ятовують послідовність рухів, повільно переключаються з однієї серії рухів на іншу, не точно відтворюють і утримують у пам'яті заданий темп і ритм. Заїкання швидко «обростає» рясними супутніми рухами та емболофразією [59].

У тих випадках, коли діти з неврозоподібною формою заїкання отримують своєчасну (наближену до часу появи заїкання) і тривалу (мінімум на протязі року) регулярну логопедичну допомогу, то, як правило, такі діти не потребують повторних курсів корекційного впливу. Їх мовлення стабільно залишається плавним. Коли ж своєчасно та у повному обсязі не надається логопедична допомога, неврозоподібна форма заїкання має схильність до прогресуючого протікання.

Діти із заїканням за рівнем мовленнєвого розвитку не представляють однорідну групу. Серед них є діти як з високим, так і з низьким рівнем мовленнєвого розвитку. Таким чином, у процесі дослідження ми виявили, що у дітей дошкільного віку при заїканні порушується весь процес мовлення, втрачається узгодженість у мовленнєвих рухах, з'являється судомність у вимові. Темп і плавність мовлення вимушено і раптово перериваються або нав'язливим повторенням звуків і складів, або мимовільними зупинками (паузами), судомами мовленнєвих органів. Судомами вражаються голосові зв'язки, м'язи глотки, язика, губ, а також м'язи дихального апарату [59].

Наявність судом у мовленнєвому потоці є основним феноменом заїкання. Вони різняться за частотою, місцем ураження та тривалістю. Від характеру судом залежить тяжкість заїкання. Напруженість органів мовлення не дозволяє дитині із заїканням точно, ясно, ритмічно висловлюватися. При цьому дитина засмучується і голос, стає невпевненим, хрипким, слабким.

### **1.3. Особливості мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням.**

У клінічній картині заїкання є розлад мовленнєвого дихання. Фізіологічне дихання дітей дошкільного віку із заїканням має свої особливості. Воно, як правило, аритмічне, поверхнєве, верхнєреберного типу, характеризується нерівномірністю, дискретністю та короткочасними зупинками. При цьому ритм дихання недостатньо стійкий, легко порушується при емоційній напрузі. Об'єм легень у таких дітей суттєво нижчий за вікову норму [22].

Ще у середині XIX століття першим дослідником впливу дихання на заїкання був І. Бонне. Він довів симптомологічне значення дихальних розладів під час заїкання. І Бонне назвав такі розлади спазматичними скороченнями, вказав на їх мимовільність, а також, що вони мають таке ж значення, як артикуляційні судоми [26].

Дихальні рухи порушуються дуже помітно і багато дітей із заїканням зазнають труднощів у голосоутворенні. Діти із заїканням не раціонально витрачають повітря. У них відзначається недостатній обсяг повітря, що вдихається перед початком висловлювання, а також укорочений і нераціонально побудований мовленнєвий видих. Деякі з дітей видихають частину повітря перед фонацією, інші витрачають повітря при подоланні перешкод, що створюються у органах мовлення. Об'єм повітря, що видихається, настільки зменшується, що його не вистачає на вимову цілої фрази. Особливо помітні витрати повітря при тонічному заїканні, коли

нерідко видихається більша частина повітря, перш ніж утворюється голос, і дитина після цього говорить тільки на залишку повітря. У дітей, що заїкаються, дихання поверхневе, отже, велике значення має вентиляція легень. При клонусах видихальні рухи безперервно перериваються швидкими, короткими, ніби вдихальними рухами. Тонуси та клонуси часто поєднуються [23].

Перед початком мовлення діти із заїканням, роблять недостатній за обсягом вдих, що не забезпечує цілісної вимови інтонаційно-сміслового відрізка повідомлення. Мовлення дітей із заїканням часом несподівано переривається, і в середині слова робиться судомний вдих. Вимова окремих слів відбувається у різні фази дихання – як під час вдиху, так і на видиху [57].

У дослідженнях В. Тищенко зазначено, що у диханні дітей, що заїкаються, має місце два різких відхилення від нормального мовленнєвого дихання. По-перше, витік повітря спочатку, в середині і у кінці слова (передуює слову або вставляє в нього звук на кшталт «х» або німецького «h»). А по-друге, мовлення при вдиху (інспіраторне), при якому дитина говорить у той час, коли вдихає. Тому мовлення дитини часто зводиться до хрипоті та шепоту [22].

У своїй монографії І. Сікорський виділив три види дихальних судом: судоми на вдиху, судоми на видиху та ритмічні дихальні судоми [55].

Судома на вдиху або інспіраторна судома, одна з частих дихальних судом і характеризується раптовим різким вдихом на різних етапах мовленнєвого висловлювання (спочатку або в середині слова), через що настає необґрунтована пауза у мовленні або порушення правильної звуковимови. Іноді два-три інспіраторні рухи прямують безпосередньо один за одним без зміни видихами. Часто це явище має такий вигляд, ніби при перших ознаках видиху, що почався, знову настає вдих. Сила та розмір інспірацій (вдихів) різні, найчастіше вони бувають поверхневі, короткі, іноді швидкоплинні, ледь помітні, іноді ж, навпаки, дуже сильні та об'ємні. Але які б різноманітні вони не були, у всіх випадках

зберігається їх головний характер – це раптовість: вони не відбуваються повільно, з поступовим зростанням сили, а проходять швидко, нерідко у вигляді удару, і до певної міри нагадують гикавку. Можливо, на цю схожість з гикавкою вказує і слов'янська етимологія слова «заїкання» (заїкання, гикавка, гикати, гикнути).

Але навіть у тих випадках, коли інспірації не бувають настільки сильні, як при гикавці та схлипуванні, вони відбуваються швидше і сильніше нормального вдиху і часто супроводжуються шумом: «вдих відбувається з шумом, або свистом, або з невизначеним глухим тоном, у більшій частині він відбувається беззвучно, але завжди груди розширюються, а живіт втягується» [54].

У цих випадках швидкий рвучкий вдих викликає падіння крил носа, як при паралічі лицьового нерва. Дослідження механізму вдихів показує, що вони відбуваються за спроби поповнити недостатній запас повітря у зв'язку з неправильною, неекономною його витратою, марним видихом, або діти починають мовлення при малому запасі повітря. І, таким чином, їм необхідно невдовзі робити новий вдих. Часте вдихання повітря не захищає від нападів. Якщо ж судомні інспірації з'являються при достатньому наповненні легень повітрям, то вони бувають тим більше поверхневі, чим частіше і циклічно вони йдуть одна за одною. При цьому, сила та напруження їх зменшуються, і вони набувають вигляду швидкоплинних незначних вдихів. Такі судомні вдихи характерні для деяких дітей із заїканням, якщо вони з'являються поодиночі, а не сумуючись. Механізм дихання в дітей із заїканням поза мовленням не порушений, але під час мовлення при частих інспіраціях порушення проявляється: окремі вдихи стають поверхневими, а кількість повітря в легенях – дуже малою [22].

У своїй будові мовлення складається з речень – простих, складних. Між частинами речення, що вимовляється, відбуваються зазвичай короткі призупинення артикуляції, що служать виразом логічного поділу мовлення. Ці зупинки на письмі позначаються розділовими знаками. При вимові фрази вони

служать для наповнення легень повітрям. Але під впливом суб'єктивних причин або за особливої логічної або фонетичної структури мовлення (наприклад, при збігу складних слів) інспірація може наступити без шкоди для чистоти мовлення і поза вказаними межами.

Чим натуральніше мовлення, тим менше воно є у вигляді окремих слів, як на письмі, і тим більше і ясніше виражається в ній фонетична єдність речення. Навіть у тих, хто добре знайомий з граматиною, окремі частини та окремі слова речення не є окремими, але виступають у формі скупчень та груп, до складу яких входить більш ніж одне слово. У живому мовленні чуються не окремі слова, а групи слів, як звуковий ланцюг цілого речення. Ці групи слів і є мовленнєвим тактом чи синтагмом і є фонетичною одиницею, тобто сума складів, що входять до його складу, вимовляється на одному видиху, без перерви, і несе головний загальний наголос, що збігається з наголосом одного зі слів. У результаті, той чи інший фонетичний розподіл фрази, той чи інший склад тактів пов'язаний нероздільно зі змістом думки. Такт є фонетичним виразом або звуковим виглядом відтінку думки [4].

Однією з найістотніших ознак ненормального вдиху, що показує його судомний характер, є поява вдиху серед мовленнєвого такту, серед мовлення, чи серед вимови окремого звуку, що виробляє фонетичну дисоціацію (розпад на дрібні частини), ніколи не спостерігається в людини з нормальним мовленням без порушень. Якщо інспіраторна судома настає серед мовленнєвого такту, то, перш за все, відбувається раптове припинення експірації (видиху) у цій фазі та безпосередній перехід до інспірації. При цьому, голосовий та інспіраторний механізми, що відносяться до розпочатого мовленнєвого такту, іноді продовжуються, і якщо в них не відбувається одночасно самотійної судоми, то розпочатий такт закінчується при інспіраторному струмені повітря. Звуковимова при цьому менш ясна і виразна, ніж при нормальному мовленні. Іноді артикуляція

та вокалізація припиняються та продовжуються після закінчення інспірації вже з новим експіраторним струменем повітря. Залежно від тривалості інспірації може бути вимовлений цілий такт або його частина. При повільних вдихах артикуляція і вокалізація відбуваються правильно, при швидких чути зазвичай поодинокі склади або звуки. Якою б короткою не була інспірація, що припадає на слово або мовленнєвий такт, вона завжди робить різкий, явний поділ слова на частини і залишає враження неприємної перерви мовлення. Інспіраторна судома впливає на діяльність голосового та артикуляційного механізмів. Інспіраторний голос – грубий та глухий. Всі голосні звуки за такої судоми мають характер «придихання». Голосні а, о, у, е, і, и чути як [га], [го], [гу], [ге], [гі], [ги], не є абсолютно чистими. Вибухові звуки часто отримують аффрикацію [57].

Помічено, що інспіраторна судома може пригнічувати дію артикуляторного та голосового апаратів: між окремими звуками з'являються паузи, наповнені «вдихом». Іноді слово або такт завмирають на перших звуках або ці звуки стають неясними. Після закінчення судоми, перерване слово чи склад починає вимовлятися знову. В результаті, артикуляційні рухи то зупиняються, то позбавлені чіткості та потрібної сили [22].

Судома на видиху або експіраторна судома за своїм проявом та впливом на голосовий та артикуляційний апарат схожа багато в чому з інспіраторною. Вона також має раптовий і рвучкий характер, виникаючи протягом мовленнєвої діяльності, порушує правильну безперервну звуковимову. Ці два види дихальних судом розрізняються між собою неоднаковою кількістю м'язової напруги: інспіраторній судомі властиві швидкість і швидкоплинність, а експіраторній об'ємне і сильне напруження мускулатури черевного преса. За цією ознакою вже з першого погляду можливо розрізнити обидва види судомних рухів, якщо вони йдуть, змінюючи один одного. Сила експіраторної судоми позначається особливо

у тих випадках, коли повітря, що видихається, зустрічає перешкоду на своєму шляху, наприклад, у протидії артикуляційного та голосового механізмів [59].

Експіраторна судома зазвичай вражає людину не на початку, а вже під час мовлення, її настання різко позначається раптовим посиленням експірації (видиху) і ніяк не походить з артикуляційних потреб цієї хвилини. Здебільшого скорочення черевних м'язів буває раптове і сильне, що охоплена судомою людина трохи нахилиється вперед, а повітря з великою швидкістю та шумом виходить із грудей назовні через розкрити голосову щілину. Таким чином, ощадливість, з якою витрачається повітря, що видихається у раптово і різко порушується при експіраторній судомі. У важких випадках заїкання експіраторна судома викликається наміром говорити і з'являється при спробі розкрити рот [53].

Як і інспіраторна, експіраторна судома може мати різні ступені: від найсильніших до слабких, трохи помітних або рухів, що ледве починаються. Останні характеризуються нетривалістю, слабким напруженням м'язів, незначною кількістю повітря, що виводиться з грудей. Розпізнавання таких слабких судом іноді може бути складнішим ніж розпізнавання слабких інспіраторних судом. Причина проблеми полягає в тому, що експірація за нормальних умов є необхідною складовою мовленнєвих рухів.

Сила експірації змінюється на всіх наголосах у реченні, мовленнєвому такті та окремому слові, а також у складах та в окремих звуках. Різні звуки, поєднані в один склад, вимовляються не з однаковим експіраторним напруженням, а зазвичай на один звук припадає головна і сильна частина експірації. Тому незалежно від своєї індивідуальної інтенсивності і довжини, кожен звук може бути вимовлений з тією чи іншою силою видиху, залежно від місця у складі. Кожен звук складу або слова у ланцюзі інших звуків має свій певний компонент видиху, і найменші зміни в силі видиху відразу різко порушують будову складу [34].

Вплив експіраторної судоми на дію голосового та артикуляційного механізмів більш значний, ніж той, що має інспіраторна судома. Остання не завжди перешкоджає вокалізації та артикуляції, і слово, розпочате на видиху, може бути закінчено на вдиху. Експіраторна ж судома у слабкому прояві, дозволяє до певної міри працювати артикуляційному та голосоутворюючому механізмам. У більшості випадків вона справляє пригнічуючу дію і зупиняє дію голосового та артикуляційного апаратів протягом усього часу, поки вона триває [23].

Звук, що наповнює собою мовленнєву паузу при експіраторній судомі, належить до придихальних і в основному носить на собі слабкий відтінок найближчого, за ходом артикуляції, голосного звуку. Приголосні ж звуки, як миттєві, так і тривалі, ніколи не бувають чутні внаслідок того, порожнина рота залишається відкритою протягом судоми, що становить її характерну особливість, а за таких умов утворення приголосних, як вибухових, так і щілинних, неможливе. М'язи голосового апарату, захоплені під час роботи експіраторною судомою, приходять у заціпеніння, як і артикуляційні м'язи. Судома настає в останній момент вимови голосного звуку чи шумного приголосного, тобто коли голосові зв'язки бувають напружені, або навпаки, що частіше, беззвучний шум видиху [9].

Хотілося б наголосити на ще одній особливості експіраторної судоми. Часто слово або склад, вимова яких була призупинена такою судомою, після її закінчення, вимовляються раптово і сильно з особливим експіраторним напруженням.

Таким чином, експіраторна судома є складною системою, в яку входять як судома на активному видиху, так і положення голосової щілини, нижньої щелепи, піднебінної завіси і крил носа. Всі ці різноманітні рухи виникають одночасно, як би за одним загальним імпульсом, і так само одночасно раптово зникають, посилюються і слабшають.

Ритмічна (респіраторна) дихальна судома зустрічається рідко і залишається маловивченим явищем. Виявляється у вигляді незначного, швидкоплинного прояву



і може залишитися непоміченою. Найчастіше цю судому плутають з іншими видами дихальних судом: інспіраторною та експіраторною. Перед початком мовленнєвої діяльності у дитини з нормотиповим розвитком мовлення зазвичай відбувається або на вдиху, або тільки після припинення видиху. Те й інше служить вступом до мовлення, що починається. У дітей із заїканням у поодиноких випадках вже перед початком або при спробі почати мовлення з'являються зміни у функції дихання: інспірація, якщо вона передує мовленню, буває занадто короткою і поверхневою, ніби недостатньо часу для глибшого вдиху. При цьому одночасно після закінчення вдиху настає видих, і частина повітря виходить до початку мовлення.

Все це справляє враження, ніби судомні скорочення є, але у слабкій початковій формі, що є передвісником сильних судом. Коли дитина починає говорити, то переважно з першими її звуками з'являються швидкий вдих і видих. Те й інше відбувається активно, але поверхнево, з безпосередньою зміною вдиху видихом і без паузи після видиху [4].

Кількість послідовних дихальних рухів в одних дітей буває незначною, зазвичай два-три, в інших – у кілька разів більше. В цьому випадку ритм дуже швидкий, частота дихання може перевищувати швидкість пульсу. За цим порівнянням можна зрозуміти, яка швидкість характерна для ритмічної судоми. Рука, покладена на живіт або наближена до губ, а також зорове спостереження підтверджує, що це справді респіраторні рухи. Зазвичай такі судоми тривають кілька секунд, але якби вони тривали далі, кількість дихальних рухів могла б досягти до 300 за хвилину [55].

В основному при респіраторній судомі чуються замість мовленнєвих звуків тільки одні придихальні шуми, хоча іноді виходять звуки, які повторюються стільки разів, скільки буває вдихів та видихів. Щілинні звуки (наприклад, [в], [ф], [х], [ш] та ін.) нечіткі. Змичні ж звуки [п], [т] часто не виходять, а чути частіше як

відповідні їм щілинні. До того ж у дітей із заїканням при ритмічній судомі відзначається бажання перервати мовлення, а також кілька разів зітхнути.

Таким чином, однією з постійних ознак заїкання є порушення мовленнєвого дихання. Для такого дихання при заїканні характерні дихальні судоми, які можуть виникати у фазі вдиху (інспіраторні) або при різкому раптовому видиху (експіраторні). Порушення мовленнєвого дихання у дітей із заїканням виявляється у недостатньому обсязі повітря, що вдихається перед початком висловлювання, в укороченому мовленнєвому видиху, а також у несформованості взаємопов'язаних механізмів між мовленнєвим диханням і голосоутворенням. Часто об'єму повітря, що видихається, не вистачає на вимову цілої фрази, мовлення переривається, а в середині слова робиться судомний вдих. Часто діти із заїканням говорять на вдиху чи затриманому диханні. При цьому настають необґрунтовані паузи та порушення правильності та чіткості звуковимови.

#### **1.4. Основні напрямки логопедичної роботи з розвитку мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням.**

Робота з розвитку мовленнєвого дихання є важливим розділом у системі логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку із заїканням.

Правильне мовленнєве дихання є основою усного мовлення. Воно забезпечує нормальне голосо- та звукоутворення, зберігає плавність мовлення, створює можливість залежно від змісту висловлювання змінювати силу та висоту голосу.

Ще Демосфен, який страждав на заїкання, у мовленнєвих вправах великого значення надавав розвитку дихання, намагаючись підпорядкувати його волі і контролю. З цією метою він максимально затримував його, вимовляв довгі фрази на одному видиху, голосно декламував вірші, підіймаючись на круті схили. Щоб розвинути силу та координацію рухів мовленнєвого апарату, він ускладнював їх тим, що при виконанні тримав у роті дрібні камінці [59].

Заняття з розвитку мовленнєвого дихання з дітьми із заїканням, на думку М. Шеремет, ґрунтуються на основних дидактичних принципах: науковості та доступності, свідомої активності, систематичності та послідовності, міцності, зв'язку теорії з практикою, індивідуального підходу.

Групові заняття виправдали себе багаторічною практикою. Індивідуальний підхід у логопедичній роботі виражається, перш за все, у ретельному вивченні кожної дитини із заїканням перед початком та у процесі роботи з нею та у виборі засобів корекційно-розвивальної роботи залежно від її психологічних особливостей та мовленнєвих можливостей.

Дидактичний принцип систематичності і послідовності передбачає у процесі реалізації знань, розвитку навичок та вмінь робити це не одразу, а поступово, послідовно, що забезпечує їх засвоєння дітьми. Реалізація цього дидактичного принципу, за яким засвоєння нового готується попереднім, робить процес навчання безперервним та логічно впорядкованим. Систематичність і послідовність занять забезпечує міцність навичок правильного мовлення та дихання у дітей із заїканням.

У логопедичній роботі з розвитку мовленнєвого дихання реалізація принципу свідомості та активності займає одне з провідних місць. Без свідомої і, тим більше, активної участі дитини у процесі подолання заїкання практично неможливо говорити про будь-які позитивні результати логопедичної роботи. За рідкими винятками, діти із заїканням вже з дошкільного віку усвідомлюють свій недолік, соромляться його, переживають, по-різному маскують, відчують неповноцінність. Тому мета занять полягає не тільки у подоланні самого порушення дихання та її проявів, а й у корекції пов'язаних із нею особливостей поведінки і особистості самої дитини, у необхідності перебудови її ставлення до себе, порушення, оцінок оточуючих.

На заняттях з корекції мовленнєвого дихання з дітьми із заїканням необхідно використовувати різноманітні наочні посібники та технічні засоби навчання.

Принцип міцності вимагає, щоб знання, вміння і навички, які набувають діти на заняттях, були міцними і могли бути відтвореними та застосованими в різних ситуаціях. Так само істотним принципом є мотивованість навчання. Кожна дитина має розуміти необхідність занять. Мотивація роботи дозволяє послідовно та систематично ускладнювати конкретні завдання, які цікаві для дитини. Вони можуть бути прості і тому нецікаві або настільки складними, що, намагаючись їх вирішити, дитина розуміє, що це їй не під силу, що у свою чергу викликає відчай і заважає відновлювальному процесу [22].

Логопедична робота з розвитку мовленнєвого дихання має будуватися з урахуванням даних, отриманих у результаті комплексної оцінки стану дихання та голосового апарату.

Під час обстеження мовлення дітей із заїканням, необхідно звертати увагу на місце, форму і частоту мовленнєвих судом, на збереження мовленнєвих можливостей дитини, на супутні порушення, на ставлення дитини до порушення і наявність психологічних особливостей.

Слід визначити місце виникнення судом (артикуляційних, дихальних, голосових, змішаних) та їх форму (клонічна, тонічна, змішана). Залежно від одержаних результатів вибирається переважна спрямованість окремих вправ. Так, наприклад, при тонічних судамах артикуляційного характеру переважно використовуються мовленнєві вправи з опорою на голосні звуки, вправи на розслаблення м'язового апарату. При голосових судамах доцільні вправи з голосними звуками, з різною гучністю їх вимови [26].

Завданнями роботи з розвитку мовленнєвого дихання є [22]:

- 1) формування навичок правильного мовленнєвого дихання;
- 2) зміцнення м'язів обличчя та грудної клітини;
- 3) покращення функції зовнішнього (носового) дихання;
- 4) розвиток фонаційного (озвученого) видиху;

- 5) вироблення більш глибокого вдиху та більш тривалого видиху;
- 6) тренування дихання у процесі розповіді або переказу;
- 7) профілактика хвороб верхніх дихальних шляхів та нервової системи;
- 8) підвищення розумової працездатності дітей;
- 9) нормалізація звуковимови та просодичних компонентів мовлення;
- 10) закріплення лексичних тем та граматичних категорій;
- 11) стимуляція інтересу до занять.

Ефективність логопедичної роботи досягається завдяки етапності, системності та концентричності.

Робота з розвитку мовленнєвого дихання з дітьми дошкільного віку з заїканням має проводитися в ігровій формі. При виборі вправ для реалізації конкретних завдань слід добирати вправи дещо складніші, ніж ті, які може виконати дитина, але не настільки складні, ніж ті, які вона і не намагається повторити.

Вправи для розвитку дихання, рухливості органів артикуляції, формування навичок голосоутворення, розширення діапазону звучання поступово ускладнюються протягом усього курсу логопедичних занять [57]. Основою для мовленнєвого дихання є діафрагмально-реберне дихання, коли вдих і видих здійснюються за рахунок зміни об'єму грудної клітини у поздовжньому та поперечному напрямках внаслідок скорочення діафрагми, міжреберних дихальних м'язів, а також черевних м'язів живота. Доцільно привчати дітей робити вдих ротом, через трохи відкриті губи (легка посмішка). При цьому язик спокійно лежить на дні рота, відкриваючи шлях для повітряного струменя. Легка усмішка дозволяє зняти м'язове напруження і є природним початком комунікації. Контролювати правильне мовленнєве дихання допоможе власна долоня, якщо її покласти на ділянку діафрагми, тобто між грудною клітиною та животом. При вдиху стінка живота піднімається, нижня частина грудної клітини розширюється.

При видиху м'язи живота та грудної клітини скорочуються. Важливо привчати дітей не затримувати дихання, а відразу ж після вдиху починати говорити на тривалому плавному видиху. Рух діафрагми здійснює природний масаж усіх органів черевної порожнини [59].

Діафрагмальне дихання найправильніше і найкорисніше, по суті, постійно тренує важливі функції організму: серцеву, нервову, імунну систему, що у свою чергу знімає психічне напруження, піднімає настрій, зміцнює здоров'я, покращує увагу, мислення. Постановка діафрагмального дихання починається з м'язового розслаблення. Вправи починають з положення лежачи. Надалі діафрагмальний тип дихання доцільно тренувати під час виконання фізичних вправ (ходьба, нахили тулуба тощо) [42].

У логопедичній роботі над мовленнєвим диханням у дітей використовуються елементи дихальної гімнастики О. Стрельнікової. Вправи активно включають у роботу всі частини тіла (руки, ноги, голову, стегна, черевний прес, плечовий пояс тощо) і викликають загальну фізіологічну реакцію всього організму, підвищену потребу в кисні. Всі вправи виконуються одночасно з коротким і різким вдихом через ніс (при абсолютно пасивному видиху), що посилює внутрішнє тканинне дихання і підвищує засвоюваність кисню тканинами, а також подразнює зону рецепторів на слизовій оболонці носа. Ось чому ця дихальна гімнастика має такий широкий спектр впливу та допомагає при масі різних захворювань органів і систем, у тому числі й у корекції мовленнєвого дихання [23].

При формуванні сильного плавного ротового видиху необхідно навчити дитину контролювати час видиху та витрати повітря. Додатково у дитини розвивається здатність спрямовувати повітряний струмінь у потрібному напрямку. Під час проведення ігор потрібний постійний контроль за правильністю дихання [16].

Завдання слід ускладнювати поступово: спочатку тренування тривалого мовленнєвого видиху проводиться на окремих звуках, складах, потім – на словах, потім – на короткій фразі, під час читання віршів тощо. У кожній вправі увага дітей спрямовується на спокійний, ненапружений видих, на тривалість і гучність звуків, що вимовляються. Необхідно стежити, щоб при вдиху поза дитини була вільною, плечі опущені. Артикуляція голосних та приголосних звуків у кожній вправі уточнюється. Завдання виконуються по 3-5 разів із паузами [19].

При проведенні ігор, спрямованих на розвиток мовленнєвого дихання, необхідно враховувати, що дихальні вправи швидко втомлюють дитину, навіть можуть викликати запаморочення. Тому такі ігри необхідно обмежувати у часі (можна використовувати пісочний годинник) і обов'язково чергувати з іншими вправами [29].

В результаті проведеного дослідження логопедичну роботу з розвитку мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням необхідно проводити у 3-х напрямках:

1. Вироблення правильного діафрагмального дихання. З цією метою проводиться дихальна гімнастика, у процесі якої відбувається нормалізація ритму дихання та збільшення об'єму вдиху;
2. Навчання спокійному, короткому вдиху та вільному, плавному, подовженому видиху з використанням елементів дихальної гімнастики та різноманітного наочного матеріалу;
3. Навчання раціональному, економному ротовому видиху у процесі вимови звуків, складів, слів, фраз (проводиться одночасно з розвитком артикуляції звуків).

## Висновки до розділу

Мовленнєве дихання – основа усного мовлення, джерело утворення звуків та голосу. Воно допомагає правильно дотримуватись паузації, зберігати плавність, змінювати гучність, робити мовлення виразним.

Під мовленнєвим диханням мається на увазі здатність людини у процесі висловлювання своєчасно робити короткий, глибокий вдих і раціонально витратити повітря під час видиху. Правильне мовленнєве дихання дає можливість при меншій витраті м'язової енергії мовленнєвого апарату досягати максимуму звучності та довжини висловлювання. Мовленнєве дихання є високо координованим актом, під час якого дихання і артикуляція співвідносяться у процесі висловлювання. За нормотипового розвитку, у дитини одночасно з розвитком мовлення формується правильне мовленнєве дихання. Характер мовленнєвого дихання підпорядкований внутрішньому мовленнєвому програмуванню: семантичному, лексико-граматичному та інтонаційному наповненню висловлювання.

Порушення мовленнєвого дихання – одна з ознак заїкання. Заїкання визначається як порушення темпу, ритму і плавності мовлення, обумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату.

Діти із заїканням за рівнем мовленнєвого розвитку не представляють однорідну групу. Серед них є діти як з високим, так і з низьким рівнем мовленнєвого розвитку. У дітей дошкільного віку при заїканні порушується весь процес мовлення, втрачається узгодженість у мовленнєвих рухах, з'являється судомність у вимові. Темп і плавність мовлення вимушено і раптово перериваються або нав'язливим повторенням звуків і складів, або мимовільними зупинками (паузами), судомами мовленнєвих органів. Судомами вражаються голосові зв'язки, м'язи глотки, язика, губ, а також м'язи дихального апарату.



Судоми різняться за частотою, місцем ураження та тривалістю. Від характеру судом залежить тяжкість заїкання. Однією з постійних ознак заїкання є порушення мовленнєвого дихання. Для такого дихання при заїканні характерні дихальні судоми, які можуть виникати у фазі вдиху (інспіраторні) або при різкому раптовому видиху (експіраторні). Порушення мовленнєвого дихання у дітей із заїканням виявляється у недостатньому обсязі повітря, що вдихається перед початком висловлювання, в укороченому мовленнєвому видиху, а також у несформованості взаємопов'язаних механізмів між мовленнєвим диханням і голосоутворенням. Часто об'єму повітря, що видихається, не вистачає на вимову цілої фрази, мовлення переривається, а в середині слова робиться судомний вдих. Часто діти із заїканням говорять на вдиху чи затриманому диханні. При цьому настають необґрунтовані паузи та порушення правильності та чіткості звуковимови.

Завданнями роботи з розвитку мовленнєвого дихання є: формування навичок правильного мовленнєвого дихання; зміцнення м'язів обличчя та грудної клітини; покращення функції зовнішнього (носового) дихання; розвиток фонаційного (озвученого) видиху; вироблення більш глибокого вдиху та більш тривалого видиху; тренування дихання у процесі розповіді або переказу; профілактика хвороб верхніх дихальних шляхів та нервової системи; підвищення розумової працездатності дітей; нормалізація звуковимови та просодичних компонентів мовлення; закріплення лексичних тем та граматичних категорій; стимуляція інтересу до занять.

Логопедичну роботу з розвитку мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням необхідно проводити у 3-х напрямках:

1. Вироблення правильного діафрагмального дихання. З цією метою проводиться дихальна гімнастика, у процесі якої відбувається нормалізація ритму дихання та збільшення об'єму вдиху;

2. Навчання спокійному, короткому вдику та вільному, плавному, подовженому видиху з використанням елементів дихальної гімнастики та різноманітного наочного матеріалу;

3. Навчання раціональному, економному ротовому видиху у процесі вимови звуків, складів, слів, фраз (проводиться одночасно з розвитком артикуляції звуків).

## Розділ II

### Опис змісту і методики констатувальної і формувальної частини експериментального дослідження розвитку мовленнєвого дихання у дошкільників із заїканням

#### 2.1. Дослідження стану розвитку мовленнєвого дихання у дошкільників із заїканням.

Вивчення мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку визначає вибір засобів та прийомів подальшої логопедичної роботи, дозволяє оцінити її результативність та надати рекомендації після її закінчення.

З метою практичного обґрунтування висновків, отриманих у ході теоретичного вивчення особливостей мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням було проведено емпіричне дослідження на базі закладу дошкільної освіти (ясла-садок) №45 гуманітарного напрямку Рівненської міської ради, м. Рівне.

У дослідженні взяли участь 15 дітей старшого дошкільного віку (5,5-6,5 років) (5 дітей із заїканням; 5 дітей з іншими порушеннями мовлення (2 дітей з поліморфною дислалією, 2 дітей із стертою дизартрією, 1 дитина з функціональною закритою ринолалією); 5 дітей з нормотиповим розвитком мовлення).

Перед початком дослідження познайомилися з дітьми, вивчили психолого-педагогічну і медичну документацію, уточнили відомості про ранній мовленнєвий розвиток, а також з'ясували, чи діти помічають своє порушення, як до нього ставляться.

Для вивчення дихання у дошкільників використовувалася методика, для визначення типу фізіологічного дихання, вміння диференціювати ротове та носове дихання, цілеспрямованості та сили повітряного струменя, тривалості позамовленнєвого видиху, особливостей фонаційного дихання [42].

Завдання дослідження полягали у наступному:

- 1) встановити тривалість і силу видиху в дітей дошкільного віку із заїканням, з іншими порушеннями мовлення та з нормотиповим розвитком мовлення;
- 2) виявити вміння раціонально витратити повітря при вимові голосних звуків;
- 3) визначити, скільки слів (складів) діти здатні вимовити на одному видиху.

Для дослідження дихання дітям було запропоновано кілька завдань.

Мета першого завдання полягала у виявленні тривалості та сили позамовленнєвого видиху. Діти мали зробити видих через рот. Щоб захопити їх, розігрували ситуацію: якнайдовше дмухати на ватку (сніжинку). Час видиху фіксували за допомогою секундоміра. Силу видиху, вміння цілеспрямовано посилати повітряний струмінь визначали під час гри «Дує вітер».

Під час виконання другого завдання потрібно було виявити тривалість мовленнєвого (фонаційного) видиху – тривалість вимови голосних звуків на одному видиху. Діти мали якомога довше на одному видиху вимовити звуки «а», «у», «і», найбільш контрастні за артикуляційними і акустичними властивостями. За завданням слід було якомога довше заспівати колискову пісеньку (подовжено вимовити звук «а»), пісеньку паровоза (звук «у»), ослика (звук «і»). Час звучання звуків фіксували за допомогою секундоміра. Крім того, змагаючись, співаючи пісеньку («Хто довше заспіває пісеньку»), діти вчилися вимовляти голосні звуки. Річ у тім, що ми намагалися встановити: чи збільшується час вимови звуків у

ігрових ситуаціях, тобто намагалися виявити резерв можливостей більш тривалої вимови звуків чи економної витрати повітря.

Метою третього завдання було встановлення кількості вдихів, необхідних для повторення чистомовки та вірша, а також слів, які діти вимовляють на одному видиху на матеріалі вірша та чистомовки.

### **Зимонька**

Зимонько, голубонько

В білім кожушку,

Любимо ми бігати

По твоїм сніжку.

Всім рум'яниш личенька

Ти о цій порі

І ладнаєшь ковзанки

В нашому дворі.

*Любов Забашта*

Ди-ди-ди - йшли качата до води,

Иця-иця-иця - а назустріч їм лисиця.

Ити-ити-ити - та качат не треба вчити:

Юсь-юсь-юсь - вони у воду - плюсь!

Спостерігаючи, фіксували, коли дитина добирає повітря, робить вдих у процесі висловлювання. У процесі декламації вірша чи чистомовки на підготовлених картках із текстом відзначали місця, де проводився вдих.

При дослідженні спостерігали за мовленням дітей: враховували тембр голосу, темпову та динамічну організацію, наявність змазаності та назалізованого відтінку мовлення.

Схема оцінювання домінуючого типу дихання [43]:

- 4 бали – дихання діафрагмальне або змішане, довжина мовленнєвого видиху більше 8 секунд, порушень тембру голосу, темпової та динамічної організації мовлення не виявлено;

- 3 бали – дихання змішане (грудочеревне або діафрагмальне), довжина мовленнєвого видиху від 6 до 8 секунд, є порушення темпової організації мовлення (швидке або сповільнене), тембру голосу;

- 2 бали – дихання грудне, довжина мовленнєвого видиху від 4 до 6 секунд, включає риси ключичного (при вдиху піднімаються ключиці, плечі, а груди трохи розширюються), можуть відзначатися порушення голосу (грубий, хрипкий, «півнячий» дискант та інші порушення), темпової організації мовлення;

- 1 бал – дихання грудне (ключичне), довжина мовленнєвого видиху до 4 секунд, при вдиху піднімаються ключиці та плечі, відзначаються порушення голосу, темпової та динамічної організації мовлення, змазаність або назалізований відтінок мовлення.

Дослідження мовленнєвого дихання практично показало, що в дітей дошкільного віку із заїканням позамовленнєвий видих менше, ніж в дітей із іншими порушеннями мовлення і з нормотиповим розвитком мовлення. Звук «а» діти із заїканням вимовляли протягом 4,5 секунд, діти з іншими порушеннями мовлення – 4,7 секунди, діти з нормотиповим розвитком мовлення – 6,2 секунди; звук «у» – 4,8 секунди (діти із заїканням), 5,6 секунди (діти з іншими порушеннями мовлення), 7,2 секунди (діти із нормотиповим розвитком мовлення); звук «і» – 6,2 секунди

(діти із заїканням), 6,8 секунди (діти з іншими порушеннями мовлення), 8,2 секунди (діти із нормотиповим розвитком мовлення). Перевірка кількості слів (складів), які діти можуть вимовити на одному видиху без додаткового добору повітря, показала, що при читанні вірша знадобилося в середньому дітям із заїканням 4 вдихи, дітям з іншими порушеннями мовлення – 5 вдихів, дітям з нормальним мовленнєвим розвитком – 3 вдихи.

Ми відзначили, що при тривалій вимові звуків у деяких дітей із заїканням тремтів голос, відчувалася уривчастість у вимові, що свідчило про те, що діти по можливості намагалися використовувати майже все повітря в легенях.

Таблиця 2.1.

**Результати I етапу дослідження з вивчення мовленнєвого дихання у  
дітей дошкільного віку**

Категорія дітей	Мовленнєвий видих, сек.	Протяжна вимова голосних звуків, сек					Кількість вдихів які були використані	
		звук «А»	звук «У»	звук «І»	Середній показник	оцінка, бал	чистомовка	вірш
Діти із заїканням	2,7	4,5	4,8	6,2	5,2	2	3	4
Діти з іншими порушеннями мовлення	3,1	4,7	5,6	6,8	5,7	2	2	5
Діти з нормотиповим розвитком мовлення	5,1	6,2	7,2	8,2	7,2	3	2	3

Перед читанням вірша зробили вдих 11 дітей, четверо (двоє з іншими порушеннями мовлення та двоє з нормотиповим розвитком мовлення) розпочали читання на залишковому видиху. Двоє дошкільників із заїканням, двоє з іншими порушеннями мовлення та троє з нормотиповим розвитком мовлення добір повітря, в основному, здійснювали після кожного прочитаного рядка, тобто видиху їм цілком вистачало для вимови 3-4 і більше слів. А деяким дітям з іншими порушеннями мовлення повітря не вистачало, і вони робили додатковий вдих у середині третього та четвертого рядка.

Для вимови чистомовки знадобилося в середньому дітям із заїканням 3 вдихи, дітям з іншими порушеннями мовлення та дітям з нормотиповим розвитком мовлення 2 вдихи. При цьому у дітей, які зробили два вдихи (перший – спочатку, другий – після другої строчки), наприкінці фрази ще був запас повітря. Двоє дітей з нормотиповим розвитком мовлення вимовили чистомовку на одному подиху (глибоко вдихнули перед читанням, при цьому раціонально витрачали вихід повітря). Одна дитина із заїканням почала вимовляти фразу на залишковому видиху (тобто вдих перед початком не зробила). Часто добори повітря були через нечіткість вимови слів, відчутний назальний відтінок мовлення у дітей з іншими порушеннями мовлення.

Узагальнені результати:

1. У 80% дітей із заїканням і у 40% дітей з іншими порушеннями мовлення, що набрали по 2 бали, тривалість мовленнєвого видиху сягала від 4 до 6 секунд, переважає грудний тип дихання з рисами ключичного (плечі та ключиці при вдиху піднімалися, а груди трохи розширювалися). Відзначаються порушення голосу (непостійний за силою, уривчастий, тремтячий), темповою та динамічною організацією мовлення, а також спостерігався змазаний відтінок мовлення. У 20%



дітей із заїканням, у 60% дітей з іншими порушеннями мовлення та у 80% дітей з нормотиповим розвитком мовлення, які набрали 3 бали, переважає змішаний тип дихання (грудочеревне або діафрагмальне), довжина мовленнєвого видиху від 6 до 8 секунд.

Однак у дітей з різними видами порушень мовлення відзначалися порушення голосу (хрипкий, грубий, монотонний, рідше назалізований, нестійкий за висотою та тембром), темпової організації мови (прискорене або уповільнене). Серед дітей із нормотиповим розвитком мовлення 20% набрали 4 бали, що говорить про наявність діафрагмального або змішаного типу дихання із довжиною мовленнєвого видиху понад 8 секунд. У всіх дітей цієї групи рідко відзначалися порушення темпової організації мовлення. Тембр голосу, динамічна організація мовлення не порушена.

Таким чином, проведені дослідження на першому етапі дозволили об'єктивно оцінити функціональні можливості дихальної системи у дошкільників із заїканням. В результаті дослідження переконалися, що позамоуленнєвий видих, як правило, у дітей дошкільного віку із заїканням коротше видиху, який відбувається у процесі вимови голосних звуків. У процесі фонації витрачається повітря раціональніше, ніж при вільному видиху: звук «а» відтворюється трохи коротше звуків «у», «і». Видих, позамоуленнєвий і при вимові звуків, збільшується, якщо дітям дають установку («Зроби глибокий вдих і подуй якомога довше», «Вимов якнайдовше»). Діти із заїканням відтворюють менше слів на одному видиху, ніж діти з іншими порушеннями мовлення і без них. Не завжди перед початком мовлення роблять вдих, нерідко починають говорити на основі залишків видиху.

## **2.2. Організація логопедичної роботи з розвитку мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням.**

На основі даних, отриманих у ході дослідження, був зроблений висновок про необхідність цілеспрямованої логопедичної роботи з розвитку мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням. Дихальна функція потребує тренування. При цьому вирішуються такі завдання, як нормалізація ритму дихання, збільшення сили дихальних м'язів, покращення повітряної провідності бронхолегеневого апарату. У процесі виконання дихальних вправ відбувається оптимізація функції дихання, її оздоровлення, підвищується загальний рівень здоров'я дитини, що позитивно позначається на мовленнєвому диханні та розвитку мовлення в цілому.

У нашій роботі взяли участь 2 дитини із заїканням, які увійшли до експериментальної групи та відвідують логопедичну групу.

Вік дітей 6,5 та 5,5 років. Протягом 2-х місяців з цими дітьми проводилася робота з розвитку мовленнєвого дихання, що здійснювалася спільно з вчителем-логопедом та вихователями логопедичних груп, які відвідують діти: дихальні вправи проводили у різні режимні моменти – під час ранкової гімнастики; на логопедичних заняттях, як групових, так і індивідуальних; з розвитку мовлення (на фізкультхвилиниці, при уточненні вимови ізольованих звуків); на музичних заняттях (під час співу звертали увагу на правильність дихання), поза заняттями (ігри та тренувальні вправи) – у будь-який вільний час. Особливу увагу приділяли тим дітям, у кого дихання у спокої не рівне, поверхнєве.

У процесі організації логопедичної роботи з дітьми із заїканням були поставлені завдання: шляхом спеціально дібраних ігор і вправ подолати труднощі мовленнєвого дихання, тобто спробувати збільшити тривалість і силу

позамовленнєвого видиху і видиху у процесі вимови звуків, складів, слів та фраз. Наша робота з розвитку мовленнєвого дихання носила комплексний характер і включала «постановку» правильного фізіологічного і мовленнєвого дихання. Підставою для такої роботи стало положення про цілісність функціонування всього мовленнєвого апарату: дихання, голосоутворення та артикуляції; їх взаємодію та координацію цієї взаємодії корою головного мозку [22].

Мета дихальних вправ: збільшення життєвої ємності легень, навчання дітей швидко, безшумно робити вдих і раціонально, плавно витратити повітря на видиху. Дихальні вправи проводили у добре провітреній кімнаті не раніше ніж через 1,5-2 години після їжі. Слідкували, щоб одяг не сковував дитину, щоб вдих вона робила без напруження, плавно, не піднімаючи плечей, не втягуючи живіт при видиху. Тривалість вправ – 3-5 хвилин. На музичних заняттях стежили за правильністю вдиху, щоби діти стояли прямо, не витягували шиї під час співу.

У логопедичній роботі з розвитку мовленнєвого дихання з дітьми дошкільного віку був застосований ігровий метод, який передбачає використання різних ігор, вправ ігрового характеру у поєднанні з іншими прийомами: показом, поясненням, вказівками та питаннями. Виконання дихальних вправ в ігровій формі викликало у дітей позитивний емоційний настрій, знімало напруження та сприяло формуванню практичних умінь. Для дихальної гімнастики використовувалися різні засоби: казки, пісні, ігри, вірші [7].

Робота з розвитку позамовленнєвого та мовленнєвого дихання проводилася поетапно. Перш ніж перейти до безпосереднього тренування мовленнєвого дихання, проводилася робота на зміцнення та розвиток фізіологічного дихання. Дітей експериментальної групи познайомили із зовнішнім виразом процесу дихання, з робочими рухами дихальних м'язів. Вчили спокійно, глибоко вдихати

та плавно, подовжено видихати повітря без вимови звуків. Навчаючи дошкільників позамовленнєвому диханню, вчили робити швидкий вдих через ніс і плавно, рівномірно видихати повітря через рот з різною силою (здути з руки ватку, дути на султанчики (тонкі смужки паперу), гріти долоні, дути на підвішені метелики, пташки, кульбабки). Активно включали в роботу вправи з використанням усіх частин тіла для розвитку координаційних відносин між функцією дихання та рухом тіла, рук, ніг, для чого використовувалися елементи дихальної гімнастики О. Стрельнікової. У зв'язку з тим, що дихальні вправи швидко втомлювали дітей чергували їх з іншими.

Після проведення такої підготовчої роботи перейшли до вправ з розвитку фонаційного видиху і, власне, мовленнєвого дихання. А паралельно тривала робота над позамовленнєвим диханням. Спочатку тренування тривалого мовленнєвого видиху проводилося на окремих звуках, складах, потім словах, потім – на короткій фразі. Для формування спокійного подовженого видиху через рот пропонували дітям у ігровій формі вимовити голосні та приголосні звуки з різною гучністю. Дітям слід було з різною гучністю вимовляти протяжно звуки [а], [у], [і], [з], [ж] та ін. без добору повітря, з плавним переходом від одного звуку до іншого: [а ----- у - ----, у ----- і -----, з ----- ж -- ---]. Далі пропонували дітям протяжно вимовити звуконаслідування (м-я-я-у, г-а-а-а-в...). При виконанні вправ постійно фіксували увагу дітей на тривалості видиху, на рівномірності і плавності вимови звуків, підключаючи при цьому слуховий контроль. У подальшій роботі, ускладнюючи завдання, окрім фонації звуків, вчили вимовляти на одному видиху невеликі жарти-чистомовки, невеликі фрази як відповіді на запитання щодо малюнків. Слідкували за тим, щоб діти вимовляли слова на одному видиху, а фрази, що складаються з 6–7 і більше слів, ділили на відрізки, не допускали зупинок між частинами слів та

словами з різних синтагм, правильно розподіляли паузи з урахуванням змісту тексту. Як матеріал використовували потішки, короткі вірші.

У результаті спеціально організована логопедична робота з розвитку мовленнєвого дихання з групою дітей дошкільного віку із заїканням показала, що на початкових етапах роботи, у дітей цієї групи часто були проблеми з фонаційним диханням, що збивалося в той момент, коли відбувалася судома. Але у процесі занять судом при вимові звуків, складів, слів і фраз стало менше, а в однієї дитини (6,5 років) наприкінці нашої роботи вони стали поодинокими. Діти стали більше приділяти увагу своєму мовленнєвому диханню, визнали його важливість в утворенні мовлення, у спілкуванні.

### **2.3. Практичні рекомендації щодо організації логопедичної роботи з розвитку мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням.**

Беручи до уваги виявлені особливості мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням, було розроблено серію рекомендацій, спрямованих на розвиток мовленнєвого дихання у досліджуваної категорії дітей для реалізації наступних завдань:

- 1) розширювати фізіологічні можливості дихального апарату (постановка діафрагмально-реберного дихання);
- 2) формувати спокійний і короткий вдих і плавний і тривалий видих;
- 3) розвивати фонаційний (озвучений) видих;
- 4) розвивати мовленнєве дихання у процесі вимови складів, слів, фраз, текстів.

Були виділені такі види логопедичної роботи з розвитку мовленнєвого дихання:

- дихальні п'ятихвилинки перед сніданком та після денного сну;
- дихальні та звукові та дихальні ігри включені у освітню діяльність дитини;
- звукомовленнєві ігри як елемент освітньої діяльності;
- звукорухові і дихальні ігри як фрагмент прогулянки;
- голосові вправи та виконання пісень у процесі музичної діяльності;
- дихальні ігри у процесі самостійної діяльності дітей.

При виконанні дихальних ігор та вправ необхідно дотримуватися вимог:

- не займатися у пильному, непровітреному, або сирому приміщенні;
  - температура повітря має бути 18-20°C;
  - одяг не має обмежувати рухи;
  - не займатися відразу після їжі;
  - не займатися з дитиною, якщо у неї захворювання органів дихання на гострій стадії;
  - вправи можуть виконуватися у вихідному положенні лежачи, сидячи, стоячи, а також у поєднанні з рухами та мовленням;
  - постійно контролювати та спостерігати за ходом виконання вправ;
  - необхідний постійний повтор вправ для закріплення навичок правильного фізіологічного та мовленнєвого дихання;
  - не перевтомлювати дитину;
  - стежити, щоб дитина не напружувала плечі, шию, не приймала патологічних поз;
  - усі дихальні рухи мають проводитися плавно, під рахунок чи під музику.
- Комплексний вплив на дихальну систему дитини має здійснюватися у двох аспектах [48]:

1) участь у процесі корекції різних фахівців: логопеда, музичного керівника, інструктора з лікувальної фізкультури та вихователя;

2) використання дихальних вправ протягом дня у різних режимних моментах (у тому числі і у домашніх умовах): у процесі освітньої діяльності, у спільній діяльності дорослого (педагога, батьків) та дитини на прогулянках.

Обладнання для розвитку дихання є частиною предметно-розвивального середовища логопедичних кабінетів, музичного та спортивного залів, групових кімнат.

Логопедичну роботу з розвитку мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням рекомендовано розділити на п'ять етапів, які мають відбуватися послідовно:

Перший етап. Підготовка до розвитку діафрагмального типу дихання за традиційною методикою.

Цілями роботи на даному етапі є покращення функції зовнішнього дихання дитини, а також розвиток відчуття руху органів дихання, головним чином діафрагми та передньої стінки живота, що відповідає діафрагмальному типу дихання. Основні рекомендації щодо проведення дихальних ігор та вправ на логопедичних заняттях з реалізації поставлених цілей полягають у наступному:

1) формувати в дітей знання про необхідність дихати носом, не піднімаючи плечей при вдиху, за активної участі живота у процесі дихання;

2) розвивати у дітей навички носового дихання та первинних прийомів дихальної гімнастики, які є підготовкою до розвитку діафрагмального типу дихання;

3) вчити дитину дихати при закритому роті, поперемінно затискаючи то одну, то іншу ніздрю, для посилення глибини вдиху перед ніздрями дитини створювати «віяло повітря»;

4) вправи виконувати послідовно, спочатку лежачи, потім сидячи та стоячи;

5) тривалість етапу регламентується результатами роботи (за необхідністю для розвитку діафрагмального типу дихання);

6) сформованість діафрагмального типу дихання визначається візуально та тактильно (за допомогою долоні, покладеної на ділянку діафрагми дитини);

7) підтримувати активну увагу дітей під час проведення занять, яка зосереджується не стільки на тривалості вдиху і видиху, але на роботі діафрагми, тобто на відчуттях скорочень цього м'яза;

8) вправи можна проводити перед дзеркалом;

9) дотримуватись регулярності, етапності роботи та поступового ускладнення завдань [22; 57; 59].

Тривалість дихальних вправ на перших заняттях становить 30-45 секунд, поступово збільшуючи навантаження протягом двох тижнів до 2 хвилин. Вправи виконують 5-6 разів. Надалі протягом дня вправи необхідно повторювати 2-3 рази по 2 хвилини. Якщо вправа викликає запаморочення, тривалість скорочується до 15-20 секунд.

На цьому етапі проводяться наступні вправи та ігри: «Гойдалка», «Бегемотик – 1», «Бегемотик – 2», «Дзеркало», «Пірнальники за перлами», «Дихання». На цьому етапі проводиться консультативно-просвітницька робота з батьками.

Другий етап. Розвиток діафрагмального типу дихання з використанням елементів дихальної гімнастики О. Стрельнікової.



Цілями роботи є подальший розвиток скорочувальної активності діафрагмальних м'язів, розвиток вміння здійснювати короткий, різкий вдих і плавний, тривалий видих, диференціація носового та ротового вдиху та видиху, а також розвиток координаційних відносин між диханням та рухами тулуба або кінцівок.

Основні рекомендації щодо проведення дихальних ігор та вправ на логопедичних заняттях з реалізації поставлених цілей на даному етапі полягають у наступному:

1) у процесі занять необхідно формувати у дітей знання про основні дихальні процеси: вдих і видих і про силу видиху, яку можна тренувати;

2) навчати дітей прийомам спеціальної дихальної гімнастики, навичкам «швидкого вдиху» – короткого та різкого – через ніс та плавного та тривалого видиху через рот, тренувати силу видиху.

На думку О. Стрельнікової вдих необхідно робити коротко, емоційно та активно:

- необхідно навчити дітей «затримувати та ховати» дихання;
- при здійсненні «швидкого вдиху» проходження повітря через носові ходи супроводжується найбільшим шумом та примиканням ніздрів до носової перегородки;
- до вправ активно включати роботу всіх частин тіла (руки, ноги, голову, стегна, черевний прес, плечовий пояс тощо), що викликає загальну фізіологічну реакцію всього організму, підвищену потребу у кисні;
- для правильного розуміння та засвоєння дітьми дихальної вправи здійснювати поспіль два «швидкі вдихи» можна використовувати інструкцію:

«Спробуємо нюхати повітря так, як це роблять тварини, наприклад: собаки – шумно і швидко. Їх вдихи нагадують плескання в долоні – «нюх-нюх»»;

необхідно візуально та на слух (подвійний шум) контролювати виконання вдихів дітьми;

привертати увагу дітей до руху ніздрів, тобто до скорочення м'язів і подвійного шуму;

виконувати вправи допомагає тактильний контроль: намотування нитки на клубок; піднесення тильного боку долоні до рота; рух руками за графічними схемами: гірки, доріжки, спіралі.

3) формувати тривалий і плавний повітряний струмінь на видиху, враховуючи такі параметри:

видиху передуює сильний вдих через ніс чи рот – «набираємо повні груди повітря»;

видих відбувається плавно, а не поштовхами;

під час видиху губи складаються трубочкою, не слід стискати губи, надувати щоки;

під час видиху повітря виходить через рот;

видихати слід, доки не закінчиться повітря.

4) розвивати здатність спрямовувати повітряний струмінь у потрібному напрямку.

У ході роботи з цього напрямку відбувається поступове ускладнення запропонованих завдань. Усі вправи на цьому етапі роботи ритмізовані. Кожна з них виконується по 7-8 разів, після 3-5 секундної перерви рекомендується переходити до наступної. Загальна тривалість гімнастики 5-6 хвилин. На початку навчання засвоюється одна вправа. Кожного наступного дня додається по одній.

На цьому етапі рекомендуються наступні ігри та вправи на розвиток «швидких вдихів» – «Собачки», «Мишки», «Пошук зайчика», «Вушки», «Маятник», «Марш», «Обіймашки» та ін. На вироблення тривалого немовленнєвого видиху "Повітряний футбол", "Листопад", "Снігопад", "Кораблик", "Моя повітряна кулька", "Лети метелик", "Вітерець", "Бульки", "Свистульки" і ін.

Третій етап. Розвиток фонаційного видиху.

Метою роботи на цьому етапі є розвиток фонаційного (озвученого) видиху. Увага дітей звертається не на «швидкий вдих», а на звучання голосу у процесі видиху. Особливістю роботи є поєднання дихальних вправ з роботою артикуляційного та голосового апаратів, що сприяє розвитку координації між диханням, голосом та артикуляцією.

Основні рекомендації щодо проведення дихальних ігор та вправ на логопедичних заняттях з реалізації поставлених цілей на даному етапі полягають у наступному:

- 1) познайомити дітей із звуковими дихальними іграми;
- 2) щоб уникнути фіксації уваги на процесі вдиху, інструкція з виконання завдання має стосуватися лише тривалості вимови звуку;
- 3) навчати дітей тягнути звуки без голосу або з голосом на видиху максимально довго;
- 4) розвивати вміння поєднувати видих із роботою артикуляційного та голосового апарату;
- 5) закріплювати навичку вдихати повітря через рот і ніс, а видихати тільки через рот;

6) навчати дітей не видихати все повітря повністю, а зберігати невеликий запас у легенях;

7) розвивати навичку видихати повітря природно, економно, без зусиль, не прискорюючи дихання;

8) стежити, щоб під час вправ були напружені м'язів шії, рук, грудей, щоб плечі не піднімалися при вдиху;

9) стежити за тим, щоб діти дихали вільно, уникаючи судом та поштовхів у диханні;

10) під час вправ логопед використовує свою руку для вказівки дітям, коли і як робити вдих і видих: спочатку руку швидко підняти вгору, що є сигналом для пари «швидких вдихів», потім у процесі вимови звуків – повільно опустити;

11) спочатку застосовуються ігри та вправи, в яких тягнуться голосні звуки зі зміною сили голосу, з різною інтонацією: [a], [o], [y], [i], [e], потім приголосні звуки (спочатку видих робиться на глухих приголосних: [ф], [с], [ш], [х]);

12) для вправ необхідно брати ті звуки, які діти правильно вимовляють;

13) поступово збільшувати кількість звуків, що вимовляються на одному видиху (спочатку – один, потім – два і т.д.);

14) тривалість видиху регулюється самою дитиною;

15) цей етап роботи може проводитись у період мовчання або охоронного мовленнєвого режиму під час корекції заїкання [22; 59].

Звукові дихальні вправи можуть виконуватися дитиною щодня, як елемент зарядки в дитячому садку та вдома. Ці ігри можуть бути включені в заняття з формування правильної звуковимови. У ході роботи відбувається поступове ускладнення запропонованих завдань. Протягом одного заняття кожен вправу необхідно повторювати 3-4 рази з обов'язковою паузою між ними протягом

одного-двох тижнів. Загальна тривалість гімнастики 5-6 хвилин. Поступово у дітей утворюється умовно-рефлекторний зв'язок між початком вдиху та рухом руки логопеда вгору. Надалі швидкий рух руки вгору сприймається дітьми як невербальна інструкція до виконання швидкого вдиху.

Рекомендовані ігри та вправи: «Пий зі мною», «Звуки навколо нас», «Проспіваємо звук [л]», «Паровоз», «Велике і маленьке ведмежа», «Чарівна мова», «Дує вітерець», «Лісова абетка», «Комар», «Жуки», «Ричалка», «Мичалка», «Здуй кульку» та ін.

Четвертий етап. Розвиток мовленнєвого дихання.

Метою роботи є розвиток власного мовленнєвого дихання: правильного поєднання вдиху та видиху під час вимови складів, слів і фраз: говорити необхідно на видиху, не можна добирати повітря під час вимови слів та фраз, мовлення має бути плавним.

Цей етап є базовим у логопедичній роботі з планування та формування висловлювання. Основні рекомендації щодо проведення дихальних ігор та вправ на логопедичних заняттях з реалізації поставлених цілей полягають у наступному:

1) робота проводиться послідовно: спочатку здійснюється розподіл видиху у процесі мовлення, потім – добір повітря;

2) розподіл видиху полягає у оволодінні вмінням свідомо ділити обсяг повітря, що видихається на рівномірні частини, що необхідно для правильного членування фрази на інтонаційно-сміслові одиниці – синтагми;

3) на перших заняттях даного етапу активно використовується невербальна інструкція: швидкий рух руки з розкритою долонею вгору, що означає початок короткого та різкого вдиху через рот;

4) скорочувати кількість інструкцій у міру того, як діти починають самостійно виконувати вдих перед мовленням;

5) приступати до розвитку власне мовленнєвого дихання тільки після того, як у дитини сформований сильний плавний видих, тобто досить розвинуте фізіологічне дихання;

6) навчати дітей у процесі видиху плавно вимовляти спочатку склади та окремі слова, потім фрази з двох, а далі з трьох-чотирьох слів, короткі віршовані тексти.

7) спочатку для вправ беруться лише склади зі звуками, що добре вимовляються дітьми (ма-мо-му-ми-ме; на-но-ну-ни-не);

8) потім діти «співають» двоскладові слова (ма-ма; ми-ла; бал-кон та ін), трискладові слова (ма-ли-на; ку-бі-ки), двослівні та трислівні фрази (Сонце встало. Мама мила посуд.);

9) для ігор та вправ можна використовувати схеми-моделі фраз – «вагончики»;

10) поступово відбувається ускладнення ігор та вправ: пропонувати дітям не просто повторювати фразу спільно з педагогом або за ним за даним зразком і схемою, а самостійно закінчувати речення, називаючи пред'явлену предметну картинку;

11) спочатку змінюються лише предметні картинки, пізніше змінюються окремі слова у фразі, потім – фраза повністю;

12) необхідно врахувати, що засвоєння навичок, пов'язаних з розвитком мовленнєвого видиху, йде з різною швидкістю при невротичному та неврозоподібному заїкання:

- у дітей з невротичним заїканням швидко відновлюється координація між механізмом дихання та фонації. Незважаючи на видиму легкість, з якою діти засвоюють весь набір вправ, необхідно зберігати послідовність пред'явлення завдань і тривалість тренувань;

- у дітей з неврозподібною формою заїкання координаційні відносини між роботою голосового апарату та диханням формуються важко. При засвоєнні нових навичок необхідні як пояснення, так і багаторазовий показ, підключення різних видів контролю (слуховий, візуальний, кінестетичний). Тренування має бути систематичним, тривалим і включається у всі види занять, що проводяться з дітьми із заїканням.

Кожна вправа триває не більше п'яти хвилин і повторюється 3-4 рази на день з обов'язковою паузою між ними протягом одного-двох тижнів. Рекомендовані звукові ігри: «Чарівні склади», «Весела пісенька», «Весела подорож», «Чарівні слова», «Чарівні фрази», «Зобрази тварину», «Паровоз» та ін.

П'ятий етап. Розвиток мовленнєвого дихання у процесі вимови тексту.

Метою роботи є тренування мовленнєвого дихання у вимові прозового та віршованого тексту.

Основні рекомендації щодо проведення дихальних ігор та вправ на логопедичних заняттях з реалізації поставлених цілей полягають у наступному:

1) у процесі роботи можна використовувати схеми речень, де слово – «вагончик», на якому зроблено акцент, закривається фішкою;

2) під час вимови фрази логопед при вдиху – піднімає руку вгору, при видиху – опускає;

3) як звукомовленнєву гімнастику можна використовувати вимову на видиху віршованих рядків у поєднанні з рухом, спів пісень;

4) закріплення успіху дитини здійснюється з постійним контролем за диханням, роз'ясненням та відповідним навіюванням [22, 49].

Рекомендовані ігри та вправи: "Яблуко", "Фрукти", "Що лежить на столі?", "Мій веселий дзвінкий м'яч" та ін.

Отже, розроблені практичні рекомендації, щодо застосування методичних прийомів з розвитку дихальної функції, зокрема і формування мовленнєвого дихання в дітей дошкільного віку із заїканням, можуть сприяти розвитку плавності мовлення та підвищення результативності логопедичної роботи в цілому. При педагогічному впливові оволодіння правильним мовленнєвим диханням у дошкільників із заїканням може йти швидше, раніше відбувається подовження та посилення позамовленнєвого видиху, подовження видиху у процесі вимови звуків, що дає можливість вимовляти більше слів на одному видиху, а також створюються умови для правильного використання видиху у процесі усного висловлювання.

### **Висновки до розділу**

У дослідженні взяли участь 15 дітей старшого дошкільного віку (5,5-6,5 років) (5 дітей із заїканням; 5 дітей з іншими порушеннями мовлення (2 дітей з поліморфною дислалією, 2 дітей із стертою дизартрією, 1 дитина з функціональною закритою ринолалією); 5 дітей з нормотиповим розвитком мовлення).

Завдання дослідження полягали у наступному: 1) встановити тривалість і силу видиху в дітей дошкільного віку із заїканням, з іншими порушеннями мовлення та з нормотиповим розвитком мовлення; 2) виявити вміння раціонально витратити повітря при вимові голосних звуків; 3) визначити, скільки слів (складів) діти здатні вимовити на одному видиху.

Узагальнені результати:



У 80% дітей із заїканням і у 40% дітей з іншими порушеннями мовлення, що набрали по 2 бали, тривалість мовленнєвого видиху сягала від 4 до 6 секунд, в них переважає грудний тип дихання з рисами ключичного (плечі та ключиці при вдиху піднімалися, а груди трохи розширювалися). Відзначаються порушення голосу (непостійний за силою, уривчастий, тремтячий), темпом та динамічною організацією мовлення, а також спостерігався змазаний відтінок мовлення. У 20% дітей із заїканням, у 60% дітей з іншими порушеннями мовлення та у 80% дітей з нормотиповим розвитком мовлення, які набрали 3 бали, переважає змішаний тип дихання (грудочеревне або діафрагмальне), тривалість мовленнєвого видиху від 6 до 8 секунд.

Однак у дітей з різними видами порушень мовлення відзначалися порушення голосу (хрипкий, грубий, монотонний, рідше назалізований, нестійкий за висотою та тембром), темпової організації мови (прискорене або уповільнене). Серед дітей із нормотиповим розвитком мовлення 20% набрали 4 бали, що говорить про наявність діафрагмального або змішаного типу дихання із тривалістю мовленнєвого видиху понад 8 секунд. У всіх дітей цієї групи рідко відзначалися порушення темпової організації мовлення. Тембр голосу, динамічна організація мовлення не порушена.

В результаті дослідження переконалися, що позамовленнєвий видих, як правило, у дітей дошкільного віку із заїканням коротше видиху, який відбувається у процесі вимови голосних звуків. У процесі фонації витрачається повітря раціональніше, ніж при вільному видиху: звук «а» відтворюється трохи коротше звуків «у», «і». Діти із заїканням відтворюють менше слів на одному видиху, ніж діти з іншими порушеннями мовлення і без них. Не завжди перед початком мовлення роблять вдих, нерідко починають говорити на основі залишків видиху.

Беручи до уваги виявлені особливості мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням, було розроблено серію рекомендацій, спрямованих на розвиток мовленнєвого дихання у досліджуваної категорії дітей для реалізації наступних завдань:

- 1) розширювати фізіологічні можливості дихального апарату (постановка діафрагмально-реберного дихання);
- 2) формувати спокійний і короткий вдих і плавний і тривалий видих;
- 3) розвивати фонаційний (озвучений) видих;
- 4) розвивати мовленнєве дихання у процесі вимови складів, слів, фраз, текстів.

Були виділені такі види логопедичної роботи з розвитку мовленнєвого дихання:

- дихальні п'ятихвилинки перед сніданком та після денного сну;
- дихальні, звукові та дихальні ігри включені у освітню діяльність дитини;
- звукомовленнєві ігри як елемент освітньої діяльності;
- звукорухові і дихальні ігри як фрагмент прогулянки;
- голосові вправи та виконання пісень у процесі музичної діяльності;
- дихальні ігри у процесі самостійної діяльності дітей.

При виконанні дихальних ігор та вправ необхідно дотримуватися вимог:

- не займатися у пильному, непровітреному, або сирому приміщенні;
- температура повітря має бути 18-20°C;
- одяг не має обмежувати рухи;
- не займатися відразу після їжі;
- не займатися з дитиною, якщо у неї захворювання органів дихання на гострій стадії;

- вправи можуть виконуватися у вихідному положенні лежачи, сидячи, стоячи, а також у поєднанні з рухами та мовленням;
- постійно контролювати та спостерігати за ходом виконання вправ;
- необхідний постійний повтор вправ для закріплення навичок правильного фізіологічного та мовленнєвого дихання;
- не перевтомлювати дитину;
- стежити, щоб дитина не напружувала плечі, шию, не приймала патологічних поз;
- усі дихальні рухи мають проводитися плавно, під рахунок чи під музику.

Комплексний вплив на дихальну систему дитини має здійснюватися у двох аспектах:

- 1) участь у процесі корекції різних фахівців: логопеда, музичного керівника, інструктора з лікувальної фізкультури та вихователя;
- 2) використання дихальних вправ протягом дня у різних режимних моментах (у тому числі і у домашніх умовах): у процесі освітньої діяльності, у спільній діяльності дорослого (педагога, батьків) та дитини на прогулянках.

Обладнання для розвитку дихання є частиною предметно-розвивального середовища логопедичних кабінетів, музичного та спортивного залів, групових кімнат.

Логопедичну роботу з розвитку мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням рекомендовано розділити на п'ять етапів, які мають відбуватися послідовно:

1. Підготовка до розвитку діафрагмального типу дихання за традиційною методикою.

2. Розвиток діафрагмального типу дихання з використанням елементів дихальної гімнастики.

3. Розвиток фонаційного видиху.

4. Розвиток мовленнєвого дихання.

5. Розвиток мовленнєвого дихання у процесі вимови тексту.

Розроблені практичні рекомендації, щодо застосування методичних прийомів з розвитку дихальної функції, зокрема і формування мовленнєвого дихання в дітей дошкільного віку із заїканням, можуть сприяти розвитку плавності мовлення та підвищення результативності логопедичної роботи в цілому. При спеціальному впливові оволодіння правильним мовленнєвим диханням у дошкільників із заїканням може йти швидше, раніше відбувається подовження та посилення позамовленнєвого видиху, подовження видиху у процесі вимови звуків, що дає можливість вимовляти більше слів на одному видиху, а також створюються умови для правильного використання видиху у процесі усного висловлювання.

## Висновки

Під мовленнєвим диханням мається на увазі здатність людини у процесі висловлювання своєчасно робити короткий, глибокий вдих і раціонально витрачати повітря під час видиху. Правильне мовленнєве дихання дає можливість при меншій витраті м'язової енергії мовленнєвого апарату досягати максимуму звучності та довжини висловлювання. Мовленнєве дихання є високо координованим актом, під час якого дихання і артикуляція співвідносяться у процесі висловлювання. За нормотипового розвитку, у дитини одночасно з розвитком мовлення формується правильне мовленнєве дихання. Характер мовленнєвого дихання підпорядкований внутрішньому мовленнєвому програмуванню: семантичному, лексико-граматичному та інтонаційному наповненню висловлювання.

Порушення мовленнєвого дихання – одна з ознак заїкання. Заїкання визначається як порушення темпу, ритму і плавності мовлення, обумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату.

Судоми різняться за частотою, місцем ураження та тривалістю. Від характеру судом залежить тяжкість заїкання. Однією з постійних ознак заїкання є порушення мовленнєвого дихання. Для такого дихання при заїканні характерні дихальні судоми, які можуть виникати у фазі вдиху (інспіраторні) або при різкому раптовому видиху (експіраторні). Порушення мовленнєвого дихання у дітей із заїканням виявляється у недостатньому обсязі повітря, що вдихається перед початком висловлювання, в укороченому мовленнєвому видиху, а також у несформованості взаємопов'язаних механізмів між мовленнєвим диханням і голосоутворенням. Часто об'єму повітря, що видихається, не вистачає на вимову цілої фрази, мовлення переривається, а в середині слова робиться судомний вдих. Часто діти із заїканням говорять на вдиху чи затриманому диханні. При цьому настають необґрунтовані паузи та порушення правильності та чіткості звуковимови.

У дослідженні взяли участь 15 дітей старшого дошкільного віку (5,5-6,5 років) (5 дітей із заїканням; 5 дітей з іншими порушеннями мовлення (2 дітей з поліморфною дислалією, 2 дітей із стертою дизартрією, 1 дитина з функціональною закритою ринолалією); 5 дітей з нормотиповим розвитком мовлення).

Завдання дослідження полягали у наступному: 1) встановити тривалість і силу видиху в дітей дошкільного віку із заїканням, з іншими порушеннями мовлення та з нормотиповим розвитком мовлення; 2) виявити вміння раціонально витратити повітря при вимові голосних звуків; 3) визначити, скільки слів (складів) діти здатні вимовити на одному видиху.

Узагальнені результати:

У 80% дітей із заїканням і у 40% дітей з іншими порушеннями мовлення, що набрали по 2 бали, тривалість мовленнєвого видиху сягала від 4 до 6 секунд, в них переважає грудний тип дихання з рисами ключичного (плечі та ключиці при вдиху піднімалися, а груди трохи розширювалися). Відзначаються порушення голосу (непостійний за силою, уривчастий, тремтячий), темпом та динамічною організацією мовлення, а також спостерігався змазаний відтінок мовлення. У 20% дітей із заїканням, у 60% дітей з іншими порушеннями мовлення та у 80% дітей з нормотиповим розвитком мовлення, які набрали 3 бали, переважає змішаний тип дихання (грудочеревне або діафрагмальне), тривалість мовленнєвого видиху від 6 до 8 секунд.

Однак у дітей з різними видами порушень мовлення відзначалися порушення голосу (хрипкий, грубий, монотонний, рідше назалізований, нестійкий за висотою та тембром), темпової організації мови (прискорене або уповільнене). Серед дітей із нормотиповим розвитком мовлення 20% набрали 4 бали, що говорить про наявність діафрагмального або змішаного типу дихання із тривалістю

мовленнєвого видиху понад 8 секунд. У всіх дітей цієї групи рідко відзначалися порушення темпової організації мовлення. Тембр голосу, динамічна організація мовлення не порушена.

В результаті дослідження переконалися, що позамовленнєвий видих, як правило, у дітей дошкільного віку із заїканням коротше видиху, який відбувається у процесі вимови голосних звуків. У процесі фонації витрачається повітря раціональніше, ніж при вільному видиху: звук «а» відтворюється трохи коротше звуків «у», «і». Діти із заїканням відтворюють менше слів на одному видиху, ніж діти з іншими порушеннями мовлення і без них. Не завжди перед початком мовлення роблять вдих, нерідко починають говорити на основі залишків видиху.

Беручи до уваги виявлені особливості мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням, було розроблено серію рекомендацій, спрямованих на розвиток мовленнєвого дихання у досліджуваної категорії дітей для реалізації наступних завдань:

- 1) розширювати фізіологічні можливості дихального апарату (постановка діафрагмально-реберного дихання);
- 2) формувати спокійний і короткий вдих і плавний і тривалий видих;
- 3) розвивати фонаційний (озвучений) видих;
- 4) розвивати мовленнєве дихання у процесі вимови складів, слів, фраз, текстів.

Були виділені такі види логопедичної роботи з розвитку мовленнєвого дихання:

- дихальні п'ятихвилинки перед сніданком та після денного сну;
- дихальні, звукові та дихальні ігри включені у освітню діяльність дитини;
- звукомовленнєві ігри як елемент освітньої діяльності;

- звукорохові і дихальні ігри як фрагмент прогулянки;
- голосові вправи та виконання пісень у процесі музичної діяльності;
- дихальні ігри у процесі самостійної діяльності дітей.

При виконанні дихальних ігор та вправ необхідно дотримуватися вимог:

- не займатися у пильному, непровітреному, або сирому приміщенні;
- температура повітря має бути 18-20°C;
- одяг не має обмежувати рухи;
- не займатися відразу після їжі;
- не займатися з дитиною, якщо у неї захворювання органів дихання на гострій стадії;
  - вправи можуть виконуватися у вихідному положенні лежачи, сидячи, стоячи, а також у поєднанні з рухами та мовленням;
  - постійно контролювати та спостерігати за ходом виконання вправ;
  - необхідний постійний повтор вправ для закріплення навичок правильного фізіологічного та мовленнєвого дихання;
  - не перевтомлювати дитину;
  - стежити, щоб дитина не напружувала плечі, шию, не приймала патологічних поз;
  - усі дихальні рухи мають проводитися плавно, під рахунок чи під музику.

Комплексний вплив на дихальну систему дитини має здійснюватися у двох аспектах:

1) участь у процесі корекції різних фахівців: логопеда, музичного керівника, інструктора з лікувальної фізкультури та вихователя;



2) використання дихальних вправ протягом дня у різних режимних моментах (у тому числі і у домашніх умовах): у процесі освітньої діяльності, у спільній діяльності дорослого (педагога, батьків) та дитини на прогулянках.

Обладнання для розвитку дихання є частиною предметно-розвивального середовища логопедичних кабінетів, музичного та спортивного залів, групових кімнат.

Логопедичну роботу з розвитку мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку із заїканням рекомендовано розділити на п'ять етапів, які мають відбуватися послідовно:

6. Підготовка до розвитку діафрагмального типу дихання за традиційною методикою.

7. Розвиток діафрагмального типу дихання з використанням елементів дихальної гімнастики.

8. Розвиток фонаційного видиху.

9. Розвиток мовленнєвого дихання.

10. Розвиток мовленнєвого дихання у процесі вимови тексту.

Розроблені практичні рекомендації, щодо застосування методичних прийомів з розвитку дихальної функції, зокрема і формування мовленнєвого дихання в дітей дошкільного віку із заїканням, можуть сприяти розвитку плавності мовлення та підвищення результативності логопедичної роботи в цілому. При спеціальному впливові оволодіння правильним мовленнєвим диханням у дошкільників із заїканням може йти швидше, раніше відбувається подовження та посилення позамовленнєвого видиху, подовження видиху у процесі вимови звуків, що дає можливість вимовляти більше слів на одному видиху, а також створюються умови для правильного використання видиху у процесі усного висловлювання.

### Список використаних джерел:

1. Березан О.І. Неврологічні основи логопедії: Навчальний посібник для студентів спеціальності 6.010100 – «Корекційна освіта» / О.І. Березан. – Полтава: Друкарня ПП Ткалич А.М. – 2008. – 92 с.
2. Бех І.Д. Особистісно-зорієнтоване виховання. – К.: ІЗМН – 1998. – 204 с.
3. Головаха Е.И., Панина Н.В. Психология человеческого взаимопонимания. – К.: Інститут соціології НАН України, 2002. – 223 с.
4. Довідник вчителя-логопеда / [авт.-упор. С.М. Лупінович] – Тернопіль: Мандрівець, 2008. – 112 с.
5. Запорожец А.В. Избранные психологические труды: в 2-х т. – М.: Просвещение, 1986. – Т. 1. – 427 с.
6. Івахненко В. М. Корекція вад мовлення засобами театральної педагогіки / В.М. Івахненко // Логопед. – 2012. – № 7. – С. 2-5.
7. Игры в логопедической работе с детьми: Пособие для логопедов и воспитателей детских садов: / Под ред. В.И. Селиверстова. – К.: Радянська школа, 1985. – 185 с.
8. Ілляшенко Т.Д., Стадненко Н.І. Аномальна дитина в школі: Навчально-методичний посібник. – К.: ІСДО, 1995. – 120 с.
9. Казачанська І. М. Подорож до лісової школи: корекційно-розвивальні арттерапевтичні заняття / І. М. Казачанська // Логопед – 2012. – № 7. – С. 23-27.
10. Каменєва-Замараєва Т.В., Рудяк Л.В., Тимошенко Л.М. Розмовник. Логопедичні завдання для роботи вихователя. – Х.: Вид.група «Основа», 2013. – 256 с.
11. Канарська М. В. Психотерапія в логопедичній практиці / М.В. Канарська // Логопед. – 2013. – № 5. – С. 19-21.
12. Конопляста С.Ю., Риноклалія від А до Я: Монографія. – К.: Книга-плюс. – 2016. – 312 с.

13. Конопляста С.Ю., Сак Т.В. Логопсихологія. Навчальний посібник / за ред. М.К. Шеремет. – К.: Знання, 2010. – 293 с.
14. Киричук О.В. Проблема спілкування як об'єкт педагогічних досліджень // Радянська школа. – 1973. – № 6. – С. 5-14.
15. Корнєв М.Н., Коваленко А.Б. Соціальна психологія. – Київ: Київська книжкова фабрика, 1995. – 304 с.
16. Кудярьська Т.Р. Виховання та навчання дітей з мовними порушеннями в умовах модернізації освіти / Т.Р. Кудярьська // Логопед. – 2011. – № 8. – С. 17-18.
17. Кудярьська Т.Р. Врахування структури порушення під час організації корекційної роботи / Т.Р. Кудярьська // Логопед. – 2012. – № 2. – С. 2-4.
18. Лангмейер І., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. – Прага, 1984. – 289 с.
19. Левина Р.Е. Общая характеристика недоразвития речи у детей и его влияние на овладение письмом. – М.: Просвещение, 1981. – 232 с.
20. Лінгводидактика в сучасних закладах освіти. – Одеса: ПНЦ АПН України, 2001. – 269 с.
21. Липа В.А. Основы коррекционной педагогики. – Донецк: Лебідь, 2002. – 327 с.
22. Логопедія: підручник / За ред. М.К. Шеремет. – Вид. 3-тє, перер. та доповнене. – К.: Видавничий дім «Слово», 2015. – 776 с.
23. Логопедия: Учебное пособие для студентов педагогических институтов / Под редакцией Л.С. Волковой. – М.: Просвещение, 1989. – 528 с.
24. Лопатинська В. Морально-гуманістичний зміст спілкування // Шлях освіти. – 2003. – №1. – С.27-30.
25. Малятко. Програма виховання дітей дошкільного віку. – К.: НДІ педагогіки України, 1991. – 198 с.

26. Манько Н.В. Діагностика та корекція мовленнєвого розвитку дітей раннього віку: [Науково-методичний посібник] / Н.В. Манько. – К.: КНТ, 2008 – 256 с.
27. Марченко. І.С., Спеціальна методика початкового навчання української мови (логопедична робота з корекції порушень мовлення у дошкільників). [Навч. посібн. для студентів вищих навч. закладів.]. – К.: Видавничій Дім «Слово», 2010. – 288 с.
28. Методика викладання української мови: Навчальний посібник / С.І. Дорошенко, М.С. Вакуленко, О.І. Мельничайко та ін. – К.: Вища школа, 1992. – 398 с.
29. Овчиннікова Т.С. Музика, ритм і співи в логопедичній роботі. Методичний посібник для логопедів, учителів, вихователів і музикальних керівників загальноосвітніх і спеціальних навчальних закладів / Т.С. Овчиннікова, Л.О. Федорович / За наук. ред. Л.О. Федорович. – Кременчук: Християнська Зоря, 2009. – 88 с.
30. Олійник Г.А. Виправлення недоліків звуковимови й мовлення в учнів: [Метод. Посібник] / Г.А. Олійник, за ред. О. Давидова. – К.: Основа. –1997. – 306 с.
31. Пінчук Ю.В. Мовленнєві вправи для виховання у дітей правильної вимови звуків Р, Р', Л, Л' / Ю.В. Пінчук, Л.Л. Циба. – К.: КНТ, 2007. – 215 с.
32. Плиска О. І. Фізіологія вищої нервової діяльності та сенсорних систем: Посібник. – К.: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. – 285 с.
33. Психотерапія в логопедичній практиці: Методичні рекомендації / Укладач Н.М. Ушанська. – К.: РУМК, 1992. – 24 с.
34. Савченко М.А. Методика виправлення вад вимови фонем у дітей. – К.: Освіта. 1992. – 176 с.
35. Савченко О.Я. Сучасний урок у початкових класах: Посібник для вчителя. – К.: Магістр-8, 1997. – 256 с.

36. Савченко М.А., Методика виправлення вад вимови фонем у дітей: Навчальний посібник. – Тернопіль: Мандрівець. – 2011. – 160 с.
37. Савчин М. Педагогічна психологія. – Дрогобич: Відродження, 1998. – 142 с.
38. Сак Т.В. Особлива дитина: Від народження до 6 років: Поради батькам. – К.: Літера ЛТД, 2008. – 144 с.
39. Селиверстов В.И. Заикание у детей: Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия. – М.: ВЛАДОС, 2000. – 208 с.
40. Словарь практического психолога / Составитель С.Ю. Головин. – Минск: Харвест, 1998. – 800 с.
41. Соботович Е.Ф., Гопиченко Е.М. Фонетические ошибки в письме умственно отсталых учащихся младших классов. – М.: Просвещение, 1979. – 405 с.
42. Соботович Е.Ф. Методика выявления речевых нарушений у детей и диагностика их готовности к школьному обучению. – К.: ПП «Компанія «Актуальна освіта», 1998. – 127 с.
43. Соботович Е.Ф. Нарушения речевого развития у детей и пути их коррекции. – К.: ІСДО, 1995. – 204 с.
44. Социальная психология личности в вопросах и ответах / Под редакцией В.А. Лабунской. – Кишинев: Гардарика, 1999. – 397 с.
45. Спеціальна педагогіка: [понятійно-термінологічний словник] / За ред. акад. В.І. Бондаря. – Луганськ: Альма-матер, 2003. – 436 с.
46. Таранов П.С. Приемы влияния на людей. – Симферополь: Таврия, 1995. – 496 с.
47. Тарасун В.В. Логодидактика. Навчальний посібник для вищих навчальних закладів. – К.: Видавництво Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, 2004. – 348 с.

48. Тарасюк А.І. Особливості мовленнєвого розвитку дітей із сенсорною алалією Актуальні питання корекційної та інклюзивної освіти / За загальною редакцією Бойчука Ю.Д. – Харків: ХНПУ ім. Г.С. Сковороди, 2020. – С.234-329.
49. Теорія і практика сучасної логопедії: Збірник наукових праць: Вип. 3. – К.: Актуальна освіта, 2006. – 148 с.
50. Тишина Л.А. Влияние словарной работы на развитие связной речи дошкольников с общим недоразвитием речи / Л.А. Тишина, Г.Р. Кузахметова // Логопедия. – 2007. – №2. – С.59-63.
51. Трофименко Л.І. Новий зміст корекційного навчання з розвитку мовлення дітей середнього дошкільного віку із ЗНМ II–III ступенів // Дефектологія. 2007. – №3. – С.34-40.
52. Ручко С.М. Организация взаимодействия учителя-логопеда и воспитателей в коррекционной работе : на материале лекс. темы "Домашние животные" / С.М. Ручко // Логопед. – 2011. – № 5. – С. 10-16.
53. Федорович Л.О. Конспекти логоритмічних занять із дітьми дошкільного віку з фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення / ЛО. Федорович, Я.О. Пищалка. – Запоріжжя: ТОВ «ЛПІС»ЛТД. – 2009. – 288 с.
54. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В. Основы логопеди. – М.: Просвещение, 1989. – 317 с.
55. Чевелева Н.А. Исправление заикания у школьников в процессе обучения. – М.: Просвещение, 1978. – 241 с.
56. Хілько Г. О. Логоритміка для дітей-логопатів дошкільного віку / Г.О. Хілько, І.М. Зятіна // Логопед. – 2013. – N 8. – С. 40-45.
57. Хрестоматія з логопедії / За ред. Шеремет М.К., Мартиненко І.В. – К.: КНТ, 2006. – 361 с.
58. Шеремет М.К. Корекція просодичної сторони мовлення у дітей старшого дошкільного віку з дизартрією: навч.-метод. посіб. / М.К. Шеремет,

О.В. Боряк. – Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2013. – 192 с.

59. Шеремет М.К., Ревуцька О.В. Логопедія (корекційна робота при дислалії): Навчальний посібник. – К.: Голос. – 2009. – 244 с.

60. Шкільник С.Я. Мовні віршовані ігри та вправи з музичним супроводом для дітей-дошкільників, що мають вади мовлення. – Харків: Торнадо. – 1999. – 80 с.