

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
**«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. В.П. АСТАФЬЕВА»**
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально - гуманитарных технологий

Кафедра коррекционной педагогики

050715.65 «Логопедия» с дополнительной специальностью 050716.65

«Специальная психология»

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Зав. кафедрой коррекционной педагогики

_____ Л.П. Уфимцева

«__» _____ 2015 г.

Выпускная квалификационная работа
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ
СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИЗАРТРИЕЙ

Выполнил студент 51 группы

А.Б. Стальмакова _____

Форма обучения очная

Научный руководитель:

К.П.Н., доцент ККП Л.А. Брюховских _____

Рецензент:

К.П.Н., доцент ККП А.В. Мамаева _____

Дата защиты: 16 июня 2015 г.

Оценка: _____

Красноярск 2015

Содержание

Введение.....	3
Глава I. Анализ литературы по проблеме исследования.....	7
I.1. Развитие моторных функций в онтогенезе	7
I.2. Клинико – психолого - педагогическая характеристика детей с дизартрией	14
I.3. Проявление нарушения моторных функций при дизартрии.....	19
I.4. Обзор методик логопедической работы по коррекции нарушений моторных функций у детей с дизартрией.....	24
Глава II. Констатирующий эксперимент и его анализ.....	33
II.1. Организация и методики констатирующего эксперимента.....	33
II.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента.....	43
II.3. Методические рекомендации по преодолению нарушений моторных функций у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.....	58
Заключение.....	75
Список используемой литературы.....	78
Приложение.....	83

Введение

Актуальность выбранной темы заключается в том, что с каждым годом увеличивается количество детей с тяжелыми нарушениями речи, а именно с дизартрией. Следует отметить, что дизартрия - это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Как указывает Е.Ф. Архипова, в группах для детей с общим недоразвитием речи, примерно, до 50% детей, в группах с фонетико-фонематическим недоразвитием - до 35% детей с заключением дизартрия. Изучение дизартрии является предметом исследования медицинских, педагогических и лингвистических дисциплин.

Учитывая данные зарубежных и отечественных ученых в данной области, количество детей с дизартрией, испытывающих затруднения в освоении социальной микросреды, значительно выросло. В большей степени, эти затруднения, как указывают Е.С Алмазова, Е.Ф. Архипова, Т.А. Власова, Е.М. Мастюкова и др., начинают проявляться при поступлении ребёнка в школу. Для детей старшего дошкольного возраста с дизартрией особое место имеет недоразвитие моторных функций. Из-за недоразвития моторных функций возникает вопрос о социальной адаптации детей, так как это имеет большое значение в связи с тем, что они неизбежно начинают отставать от возрастной нормы. Дети, с заключением дизартрия, нуждаются в достаточно длительной по времени, систематической индивидуальной логопедической помощи.

Данная проблема получила отражение в трудах отечественных ученых (Е.Ф. Архипова, Е.Н. Винарская, Л.С., Н.Э. Логинова, Л.В. Лопатина, О.В. Правдина и др.).

Но, тем не менее, можно сказать, что количество специальных исследований недостаточно, и они не решают всего круга проблем,

связанных с проблемой изучения и формирования моторных функций детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Среди них исследования Е.С. Анищенковой, Е.Ф. Архиповой, Т.В. Верясовой, Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой.

Поэтому, проблема особенностей нарушений моторных функций детей старшего дошкольного возраста с дизартрией в настоящее время приобретает особую актуальность.

Проблема исследования заключается в изучении нарушения моторных функций у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и их преодоление.

Цель исследования: выявить особенности и уровень сформированности моторных функций детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Объект исследования: моторные функции детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Предмет исследования: особенности общей, мелкой, артикуляционной моторики и мимической мускулатуры детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что у детей старшего дошкольного с дизартрией в ходе обследования будут выявлены особенности моторных функций в общей, ручной, артикуляционной моторике и мимической мускулатуре, которые будут проявляться в виде ограничения движений, нарушении точности, координации движений.

В соответствии с поставленной целью и выдвинутой гипотезой исследования необходимо решить следующие **задачи**:

1. Проанализировать психолого-педагогическую, медико-педагогическую, лингвистическую, педагогическую, логопедическую литературу по проблеме исследования;

2. Экспериментально изучить особенности моторных функций у детей с дизартрией.

3. Подобрать методические рекомендации для коррекции моторных функций.

Теоретико-методологическими основами исследования явились:

- фундаментальные научные положения о системной организации высших психических функций (П.К. Анохин, Т.В. Ахутина, Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, А.В. Семенович, Э.Г. Симерницкая, Л.С. Цветкова и др.);

- теоретические положения о закономерностях речевого развития в онтогенезе и дизонтогенезе (А.Н. Гвоздев, О.Е. Грибова, М.М. Кольцова, Р.Е. Левина, В.И. Лубовский, О.С. Ушакова, Г.В. Чиркина, Д.Б. Эльконин и др.);

- теория об уровне строения движений (Н.А. Бернштейн).

База исследования: экспериментальной базой исследования являлось Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 59 комбинированного вида» г. Красноярск. В исследовании приняли участие дети в возрасте 6 - 7 лет, в количестве 10 человек.

Этапы проведения исследования.

Исследование проводилось в 2014-2015 учебных годах в три этапа:

Первый этап (сентябрь – октябрь 2014 г.) – определение цели, объекта, предмета и задач исследования, формулирование проблемы и гипотезы исследования. Определение содержания констатирующего эксперимента. Анализ психолого–педагогической, медико-педагогической, лингвистической, педагогической, логопедической литературы по проблеме исследования, подбор диагностического инструментария для экспериментального изучения особенностей моторных функций детей старшего дошкольного возраста с дизартрией;

Второй этап (ноябрь - февраль 2014 – 2015 гг.) - проведение констатирующего эксперимента. Обработка и анализ результатов исследования, полученных в ходе констатирующего эксперимента.

Третий этап (март – май 2015 г.) - составление методических рекомендаций по коррекции моторных функций у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией. Обобщение результатов исследования, оформление выводов и заключения.

Методы исследования. В соответствии с целью гипотезой и задачами исследования применялись как теоретические (анализ литературных источников), так и эмпирические методы. Среди эмпирических методов исследования использовались метод наблюдения, беседа, опрос, констатирующий эксперимент. Методы количественной и качественной обработки материала и интерпретации результатов.

Теоретическая значимость исследования определяется тем, что его результаты позволяют подтвердить научные представления об особенностях моторных функций детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Практическая значимость заключается в том, что были подобраны методические рекомендации по коррекции моторных функций детей старшего дошкольного возраста с дизартрией. Методические рекомендации могут быть использованы логопедами, воспитателями, педагогами и другими специалистами, работающими с данной категорией детей старшего дошкольного возраста.

Структура работы: работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы (в количестве 57 источников), приложения.

Глава I. Анализ литературы по проблеме исследования

I.1. Развитие моторных функций в онтогенезе

Нормально развивающийся ребенок проходит несколько этапов в развитии моторных функций. Их развитие начинается с не специфической манипуляции ребенка с предметами и будет продолжаться до тех пор, пока ребенок не будет осознавать свою целенаправленную деятельность. В сознательную деятельность включается вторая сигнальная система - речь, совершенствующая развитие ребёнка, на это указывали С.С. Ляпидевский [36], И.М. Сеченов [48].

По мнению И.П. Павлова: «Речь - это, прежде всего, мышечные ощущения, которые идут от речевых органов в кору головного мозга» [46, 238]. Ребенок без патологии овладевает звуковой системой языка одновременно с развитием общей и мелкой моторики пальцев рук.

Мелкая (тонкая) моторика, по мнению А.Е. Архиповой - это двигательная деятельность, которая обуславливается скоординированной работой мелких мышц руки и глаза [4, С.46]. Развитая мелкая моторика пальцев рук помогает ребенку в самообслуживании, выразить себя через творчество - игру, пластику.

Как указывает М.М. Кольцова [29] в своей работе «Ребенок учится говорить», при развитии мелкой моторики пальцев рук речь развивается интенсивнее, и оказывается более развитой. В развитии движений большую роль играет функциональное и анатомическое созревание нервных волокон. Анатомическое дозревание центрально-нервных субстратов заканчивается к 2 - 2,5 годам.

По данным Е.П. Ильина [25] дети рождаются с некоторыми безусловными двигательными рефлексам, обеспечивающие им адаптацию к жизни.

Рефлекс «поиска груди»: если погладить ребенка по щеке около уголка рта, он повернет голову в сторону поглаживающей его руки.

Сосательный рефлекс: движения губами для схватывания соска матери.

Рефлекс шагания - если ребенка держать вертикально так, чтобы его ступни касались твердой поверхности, и передвигать его над ней, он производит ногами движения, похожие на ходьбу.

Хватательный рефлекс - ребенок крепко схватывает любой предмет, коснувшийся его ладони, при этом он может держаться, на весу целую минуту.

Шейно-тонический рефлекс – если повернуть в сторону голову ребенка, лежащего на спине, он примет позу «фехтовальщика».

Рефлекс Моро - если голове ребенка придать некоторое ускорение, например, слегка подтолкнуть подушку под его головой, он быстро разводит руки в стороны и растопыривает пальцы, как будто бы, падая, хочет за что-то ухватиться.

К 4 месяцам некоторые из этих безусловных рефлексов исчезают (например, рефлекс шагания) или превращаются в условные рефлексы.

Как указывает А. Пейпер [42], в первые 3 месяца жизни ребенок выполняет активные произвольные движения. В 4 месяца ребенок может переворачиваться с живота на спину и обратно. В этом возрасте в поведении ребенка начинает появляться осмысленность, которая свидетельствует о том, что в развитии психомоторики наступил новый этап развития, начинают появляться произвольные движения. На этом этапе начинают задействоваться в работу системные отделы головного мозга: пирамидные, стволовые, подкорковые.

Так, Л.С. Выготский [20] отмечает, что высшие формы регуляции движений появляются лишь в том случае, если ребенок развивается в социальном общении с взрослыми. Автор отмечает, что индивидуальное развитие произвольных движений начинается с того, что ребенок научается подчинять свои движения требованиям взрослых через слово, а затем с помощью словесной формулировки ребенок самостоятельно организывает

двигательное поведение. Сначала с помощью громкой речи, а потом переходит во внутреннюю речь.

В возрасте около 4 месяцев ребенок может успешно дотягиваться до предметов, но эти действия еще довольно неуклюжи. В возрасте 5 - 5,5 месяцев ребенок может обхватывать одну руку другой, схватить рукой ногу, разглядывать ее или обследовать ртом. Взаимодействие со своим телом дает ребенку информацию для построения схемы тела. В этом же возрасте ребенок начинает тянуться к предметам, хватает их, машет ими, стучит. Развивается зрительно-моторная координация.

Первые элементарные манипуляции с предметами неточны и сопровождаются синкинезиями. Дети до 7-8 месяцев не пользуются большим пальцем рук для удержания предмета.

М.М. Кольцова [30] говорит о том, что в возрасте 5,5 – 6,5 месяцев созревают функции постцентральных и премоторных зон коры головного мозга, на этом фоне формируются отдельные позы тела, конечностей и их серии. Лежа на животе, ребенок опирается на вытянутые руки, грудь поднята, а подбородок опущен. В дальнейшем появляется возможность сидеть с опорой. В 6 месяцев ребенок самостоятельно сидит.

В 7,5 – 8,5 месяцев становятся более зрелыми теменно-премоторные зоны головного мозга. В 7 месяцев ребенок способен ползать в разных направлениях. В 8 месяцев садится и ложится самостоятельно из положения лежа на животе или стоя на четвереньках, начинает вставать, подтягиваясь за опору.

В 8,5 – 9,5 месяцев двигательные акты усложняются, и это говорит о том, что развиваются лобные доли головного мозга.

В 9,5 – 11 месяцев активно развивается сенсомоторный отдел головного мозга. У ребенка можно увидеть, как он самостоятельно встает на четвереньки и раскачивается вперед и назад. В плане мелкой моторики

пальцев рук отмечается «пинцетный захват», он может брать предмет двумя пальцами.

В 11 – 12 месяцев развитие взаимодействия головного и спинного мозга подошло к такому уровню, что ребенок может уже самостоятельно вставать на ноги, держась за опору. Также он осваивает бросание предметов.

В 1 - 1,5 года более широко совершенствуются сенсомоторные зоны головного мозга и разные виды праксиса. Ребенок может стоять без опоры несколько секунд и сделать несколько шагов, вытянув руки вперед. Затем с созреванием подкорковых структур и мозжечка ребенок может самостоятельно ходить, при этом руки расслаблены. Его интересуют все предметы.

В исследованиях Р. Кайла [26] можно отметить, что годовалые дети обычно уже готовы пробовать пользоваться ложкой. Сначала они просто ей играют, окуная ее в тарелку с едой. С некоторой помощью они учатся наполнять ложку едой и отправлять ее в рот, хотя это движение является неуклюжим, так как дети не поворачивают кисть в запястье. Ребенок может брать мелкие предметы и рассматривать их, зажимая между большим и указательным пальцами.

По мнению автора, движения в этом возрасте еще ограниченные, но ребенок может крепко зажимать карандаш в ладони. В этом возрасте ребенок не проявляет попыток изобразить что-то определенное, он просто получает радость от самого процесса.

В 1,5 – 2 года развивается иннервация между теменно-премоторными и затылочными зонами головного мозга. В этот период ребенок продолжает осваивать не только ровный рельеф, но и начинает осваивать неровный. Так он проявляет интерес в поднимании по ступенькам, держась одной рукой за руку взрослого, а другой за перила.

Как отмечает Е. Волосова [19], в 2 – 3 года активно созревают экстрапирамидная (подкорковая) и мозжечковая двигательные системы.

В 3 года в целом двигательная сфера ребенка значительно усовершенствовалась. Он может стоять на одной ноге в среднем 2 – 3 секунды, самостоятельно подниматься и спускаться по лестнице, но еще приставным шагом, стоять на цыпочках, перешагивать через препятствия. Частично самостоятельно раздеваться. В своих действиях начинают подражать взрослым - «читают» книгу, «укладывают спать» кукол, без опоры встают со стула, ходят спиной вперед. Они научаются бегать, подпрыгивать на двух ногах, бросать мяч двумя руками.

Согласно исследованиям М.М. Безруких [7] можно выделить, что у детей в 2 - 3 года также продолжает совершенствоваться мелкая моторика пальцев рук, они зажимают карандаш в ладони, держа его сверху, но их движения еще спонтанные.

При рисовании линии становятся более четкими и не повторяются бессмысленно. Увеличивается координация при выполнении вертикальных движений, но еще плохо выполняются имитационные движения.

К 3,5 - 4 годам ребенок уже свободно манипулирует карандашом, держа при этом его правильно. Дети могут рисовать карандашом простые формы и фигуры, рисуют красками, выстраивают конструкции из кубиков. Могут самостоятельно одеваться и раздеваться, если одежда достаточно проста, обслуживать себя за столом. Они научаются ловить мяч, благодаря развитию координации движений и зрительно-пространственного восприятия.

В 5 лет хорошо выполняются горизонтальные и вертикальные штрихи. Линии становятся более ровными и четкими, в этом возрасте дети пытаются писать буквы.

В 6 лет дети хорошо копируют простейшие геометрические фигуры. Штрихи становятся более четкими, овалы завершенными. В этом возрасте детям доступны любые графические движения, а также штрихи и линии.

В исследованиях Г.Р. Шашкиной [56] можно выделить, что в это же время продолжает развиваться функция равновесия, дети могут ходить по

гимнастическому бревну, стоять на одной ноге. Развивается правильная координация движений рук и ног при ходьбе.

В возрасте 5 - 7 лет зависимость между темпом и длиной шага отсутствует, и только в возрасте 8 - 10 лет - наблюдаются показатели, близкие к показателям взрослых: темп постоянен, длина шага равномерна, при ускорении темпа удлиняется шаг, так как двигательные механизмы анатомически окончательно заканчивают созревание.

Развитие артикуляционного аппарата начинается с самого рождения, но находится на рефлекторном уровне. У ребенка возникает рефлекторный крик и за счет этого круговая мышца рта напрягается и растягивается, мягкое небо поднимается и опускается. Крик — первая голосовая реакция ребенка. Вследствие этого происходит активизация деятельности артикуляционного, голосового, дыхательного отделов речевого аппарата.

По мере развития ребенка у него развиваются все более сложные звуки и звукосочетания, которые называются предречевыми голосовыми реакциями. На 2-3 месяце наступает момент, когда ребенок начинает гулить, обращая внимание на яркие игрушки, поворачивая голову на звук, улыбается. Гуление проявляется в произвольном воспроизведении нараспев гласных звуков. Голосовые реакции ребенок проявляет в воспроизведении таких звуков, как *а-а-бмбм, бль, у-гу, бу* и т.д. Именно они потом явятся основой для становления членораздельной речи.

В 4 месяца усложняются звуковые сочетания: появляются новые, типа *гн-агн, ля-аля, рн* и т.д. На фоне положительного эмоционального контакта малыш начинает подражать взрослым, пытается разнообразить голос выразительной интонацией.

8-10 месяцев - этап лепета. Ребенок произносит разные слоги, состоящие из гласных и согласных, готовя речевой механизм к будущим сложным речевым актам. При появлении гуления и смеха становятся активными

задняя и средняя части спинки языка. Дети произносят слоги типа *баба, дя-дя, де-да* и т.д., соотнося их с определенными окружающими людьми.

Таким образом, к первому году жизни у ребенка появляются смычки органов артикуляции и ребенок произносит первые отдельные слова. С появлением первых имитированных слов происходит активное уточнение артикуляторной регуляции, дифференцирование способа произнесения накапливаемых слов.

К полутора годам появляется возможность чередовать позиции (смычка – щель). Ребенок способен произносить губно-губные звуки, язычно-задненебные и язычно-зубные. Он пытается говорить лепетные слова, ритм и интонация которых разнообразны. К концу второго года жизни артикуляционный аппарат ребенка готов к простым движениям. Наблюдается попытка связать два слова во фразу.

После трех лет ребенок может поднимать кончик языка вверх и напрягать спинку языка, это позволяет появляться свистящим и шипящим звукам. Наиболее характерный речевой недостаток для детей этого возраста – смягчение и оглушение звуков.

В стечении согласных один звук, более трудный, заменяется другим, более легким по артикуляции. Отмечается перестановка звуков и слогов в словах.

По словам М.Ф. Фомичевой [6], произношение ребенком каждого звука — это сложный акт, требующий точной координированной работы всех частей речедвигательного и речеслухового анализаторов. У большинства детей трех лет встречаются физиологические, не патологические недостатки звукопроизношения, которые имеют непостоянный, временный характер. Они обусловлены тем, что еще несовершенно функционируют центральный слуховой и речевой аппараты.

А.Н. Гвоздев [17] характеризует этот период как этап усвоения звуков, когда наряду с правильным произношением наблюдаются пропуски, замены, уподобление звуков, смягчение их.

К 5 годам появляется возможность вибрации кончика языка, появляется сонорный вибрант – звук [Р].

М.Ф. Фомичева [6], указывает, что в условиях правильного речевого воспитания и при отсутствии органических недостатков речи ребенок к шести годам овладевает всеми звуками родного языка и правильно употребляет их в речи.

Таким образом, ребенок начинает овладевать двигательными навыками с самого момента рождения. Развитие моторных функций биологически обусловлено не только созреванием соответствующих морфологических участков головного мозга, но и накоплением при этом индивидуального двигательного опыта, который получает право на существование лишь в процессе речевого общения с окружающими людьми. В процессе роста ребенка также происходит развитие двигательной активности, ее совершенствование и закрепление. Развитие двигательного аппарата является фактором, стимулирующим развитие речи, и ему принадлежит ведущая роль в формировании нервно-психических процессов у детей.

I.2. Клинико – психолого - педагогическая характеристика детей с дизартрией

В настоящее время под термином дизартрия рассматривается - нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата [49].

При данной патологии нарушается двигательный механизм речи из-за органического поражения ЦНС. При дизартрии структура дефекта включает в себя нарушение всей произносительной стороны речи и неречевых

процессов: моторных функций, просодической стороны речи, пространственных представлений.

В научной литературе по исследованию дизартрии, указывается, что основные проявления дизартрии: расстройство артикуляции звуков, нарушение голосообразования, изменение темпа и ритма речи, изменение интонации. Названные нарушения будут проявляться в разной степени и в различных комбинациях, в зависимости от локализации поражения в центральной нервной системе или периферической, от тяжести нарушения и от времени возникновения дефекта. Первичный дефект заключается в нарушении двигательных функций. Нарушения артикуляции и фонации, затрудняющие, а в некоторых случаях полностью препятствующие членораздельной звучной речи, эти нарушения, в свою очередь, могут привести к возникновению вторичных нарушений, осложняющих его структуру.

Проблемы научного изучения этиологии, механизмов, патогенеза при дизартрии отражены в трудах Л.И. Беляковой [8], Е.Н. Винарской [14], Н.Н. Волосова [17], Л.В. Лопатиной [34], Н.В. Серебряковой [34] и др.

Как указывают Л.А. Брюховских [9], Е.Н. Винарская [15], Т.А. Власова [16], Е.М. Мастюкова [38] дизартрия связана с перинатальной патологией, при поражении нервной системы плода и новорожденного. При изучении анамнеза детей с данной патологией можно отметить влияние неблагоприятных факторов (токсикоз беременности, гипертония, острые и хронические заболевания матери во время беременности, стремительные или затяжные роды, родовая травма, гипоксия или асфиксия плода), которые воздействовали в течение пренатального, натального и постнатального периодов развития ребенка.

В литературе выделены следующие классификации дизартрии: классификация по степени выраженности. В ее основе лежит учет степени

поражения головного мозга. И в зависимости от степени поражения выделяют анартрию, дизартрию, стертую дизартрию.

Классификация по степени понятности речи для окружающих. Она была предложена французским невропатологом Тартье (1968) применительно к детям с церебральным параличом. В ее основе лежит учет внешних проявлений [32].

Классификация в зависимости от принципа локализации мозгового поражения, предложенная О.В. Правдиной [44], различают бульбарную, псевдобульбарную, мозжечковую, экстрапирамидную (подкорковую), кинестетическую постцентрально корковую дизартрию, кинетическую премоторную корковую дизартрию.

Но все же у детей трудно выявить определенную форму дизартрии, чаще всего они бывают совмещенные.

О.В. Правдина обращает внимание на то, что речевое развитие у детей с дизартрией замедленно, если даже дети изолированно большинство звуков произносят верно, то в спонтанной речи эти звуки не автоматизированы и не в полной мере дифференцируются. Так же отмечается своеобразие моторных функций – это неточность движений, недостаточность их силы.

Автор указывает на схожесть проявления клинических симптомов дизартрии детей и взрослых. Но, несмотря на близость клинических проявлений, существуют отличия, которые имеют разную выраженность и характер.

У взрослых дизартрия является речевым нарушением, приобретенным в позднем постнатальном периоде, и развивается на фоне уже сформированных механизмов речевой деятельности. Дизартрия вызвана локальным поражением мозга и рассматривается в связи с клиникой параличей. Только у взрослых можно говорить о «чистых» формах дизартрии, так как можно выделить место поражения центральной нервной системы. Взрослые лица с дизартрией сохраняют понимание речи и письменную речь, но затрудняются

выразить свою мысль в устной форме. Она выражается нарушением артикуляции и просодической стороны речи, специфическим для поражения определенных отделов мозга или периферической нервной системы.

Дизартрии у детей, как правило, наблюдаются на фоне резидуальных явлений церебрального паралича и могут протекать без выраженных двигательных расстройств. У детей, наряду с этими компонентами речи, может наблюдаться недоразвитие речи, а общая картина нейромоторных нарушений бывает мозаичной, что связано с диффузными нарушениями мозговой деятельности иногда без четко выраженного очага поражения. Также поражаются двигательные механизмы речи, вследствие чего нарушается работа органов артикуляции: мышц языка, губ, мягкого нёба, гортани: голосовых складок; дыхательных мышц, страдает общая, ручная и артикуляционная моторика, что усугубляет нарушения речи. Особенностью дизартрии у детей является часто ее смешанный характер с сочетанием различных клинических синдромов. Это связано с тем, что при воздействии вредоносного фактора на развивающийся мозг, повреждение чаще имеет более распространенный характер и тем, что поражение одних мозговых структур, необходимых для управления двигательным механизмом речи, может способствовать задержке созревания и нарушать функционирование других. Этот фактор определяет частое сочетание дизартрии у детей с другими речевыми расстройствами: задержкой речевого развития, общим недоразвитием речи, моторной алалией, заиканием. Дизартрии у детей являются последствием внутриутробного, перинатального или раннего органического поражения мозга, что обуславливает специфическую патогенетическую взаимосвязь отклонений в моторном, психическом, речевом и коммуникативном онтогенезе. Эти явления связаны с нарушением интеграции в процессе развития всех видов восприятия: проприоцептивного, зрительного, слухового, тактильного, что может

приводить к задержке психического развития. Нарушение обратной кинестетической афферентации у детей с дизартрией может задерживать и нарушать формирование корковых мозговых структур: премоторно-лобной и теменно-височной областей коры — и замедлять процесс интеграции в работе различных функциональных систем, имеющих непосредственное отношение к речевой функции. Таким примером может быть недостаточное развитие взаимосвязи слухового и кинестетического восприятия у детей с дизартрией.

Л.В. Мелехова [15] указывает, что при обследовании детей с учетом функциональных нагрузок обнаруживается присутствие неврологической симптоматики, которая будет проявляться в виде расстройства двигательной сферы: в состоянии артикуляционной и мимической мускулатуры, общей и мелкой моторики. Это, в свою очередь, будет обуславливать то, что эти дети плохо переносят жару, духоту, езду в транспорте, долгое качание на качелях, головные боли, тошноту и головокружение.

В трудах Н.В. Серебряковой [34] можно отметить, что у детей дошкольного возраста с дизартрией обнаруживаются нарушения иннервации мимической мускулатуры: наличие сглаженности носогубных складок, асимметрия губ, дети с трудом могут поднимать брови, зажмуривать глаза.

В исследовании О.Ю. Федосовой [51] отмечается, что нарушение звукопроизношения и просодической стороны речи являются наиболее стойкими и во многих случаях не поддаются коррекции. Что в свою очередь отрицательно отражается на психическом развитии и других сторонах речи ребенка старшего дошкольного возраста. Эмоционально – волевые расстройства проявляются притом, что дети с дизартрией быстро истощаются и пресыщаются любым видом деятельности. Их можно характеризовать как раздражительными, возбудимыми, двигательно расторможенными, неусидчивыми детьми. Они постоянно болтают ногами, теребят что-то в руках, отвлекаются.

Такой же взгляд на данную проблему разделяет и Л.И. Аксенова [1], которая подчеркивает, что расстройства настроения возникают с проявлением агрессии, навязчивости и беспокойства. Значительно реже у них наблюдаются заторможенность и вялость. Такие дети очень быстро устают, усталость накапливается в течение дня к вечеру. Утомление проявляется в усилении головных болей, расстройстве сна, вялости или увеличении двигательной активности.

Также отмечается недостаточность регулирующей функции речи, низкий уровень контроля над собственной деятельностью, нарушение познавательной деятельности, низкая умственная работоспособность

Итак, из выше сказанного следует, что для дизартрии характерно наличие неврологической симптоматики поражения центральной нервной системы. У детей с дизартрией выявляется нарушение двигательной сферы. Отмечаются разнообразные стойкие нарушения фонетической и просодической сторон речи, психические процессы такие как: внимание, восприятие, память и мышление имеет ряд отличительных черт, в сопоставлении с нормой развития, что сказывается на личностном развитии ребенка.

1.3. Проявления нарушения моторных функций при дизартрии

Развитие ребенка с дизартрией с первых дней жизни отличается от развития нормально развивающихся детей. Это доказывают результаты, которые выявила Л.В. Лопатина [34], она отмечает замедление темпа раннего психомоторного развития. Дети не могут удерживать голову в вертикальном положении до 5 – 7 месячного возраста, устойчиво сидеть без опоры до 8-9 месячного возраста, а иногда и до года, овладевают самостоятельной ходьбой лишь в возрасте 2 лет.

По мнению М.А. Поваляевой [43] у детей с легкой степенью дизартрии нарушена моторика артикуляционного аппарата, которая проявляется в трудностях переключения с одной артикуляционной позы на другую, в снижении качества артикуляционного движения, в снижении времени фиксации на артикуляционной позе, в снижении количества правильно выполненных движений.

Р.И. Мартынова [37] утверждает, что при дизартрии заметны отклонение языка в сторону, гиперкинезы, повторяющиеся движения языка вверх и вперед, в стороны - вызывают утомление, которое проявляется в замедленном темпе движений, а иногда и в легком посинении, то есть в цианозе кончика языка. Эти проявления связаны с поражением черепно-мозговых нервов, а именно с поражением подъязычных нервов (XII пары). При поражении тройничных нервов (V пара) проявляются параличи. Также автор отмечает синкенизии в виде поворота головы, языка, губ. Недостаточное сокращение мягкого неба отмечается при поражении лицевых нервов (VII пары). Наблюдаются трудности произвольного расслабления мышц.

Наряду с этим Л.В. Лопатина [35] указывает, что характерными симптомами для детей дошкольного возраста с дизартрией являются: трудности переключения с одного артикуляционного движения на другое, снижается объем движений губ, языка. Все движения дети с дизартрией выполняют не в полном объеме, они носят приблизительный характер, также отмечаются трудности в растягивании губ. При выполнении упражнений для языка можно увидеть избирательную слабость некоторых мышц языка, неточность движений, трудности подъема и удержания языка наверху, тремор кончика. У многих детей с дизартрией при повторном выполнении задания происходит замедление темпа движений.

Г.А. Каше указывает, что «...наиболее частым проявлением моторной недостаточности является отсутствие пластичности языка: он либо сужен,

утолщен, напряжен и произвольно не расплывается, либо вялый, малоподвижный, либо очень подвижен» [27, с.52].

Нарушение общей моторики носит широкий спектр. Отмечается общая моторная неловкость и неуклюжесть, кроме этого, можно отметить нарушения мелкой моторики рук. Детям тяжело самостоятельно одеваться, обуваться - не могут застегнуть пуговицы, зашнуровать ботинки. У детей с паретической формой стертой дизартрии наблюдается вялость пальцев, при работе с карандашом или ручкой. При этой форме наблюдается чрезмерное напряжение и малая подвижность.

Е.Ф. Архипова [6] подчеркивает, что дети старшего дошкольного возраста испытывают трудности при овладении элементами письма, неправильно держат карандаш, руки при этом находятся в напряжении, такие трудности возникают и на других занятиях, требующих вовлечение мелкой моторики пальцев рук: лепка из пластилина, вырезание ножницами.

С точки зрения Ю.В. Герасименко [21] отклонения в развитии общей моторной сфере проявляется в том, как они выполняют сложные двигательные акты, которые требуют тонких и четких движений. В совокупной работе различных групп мышц. Также проявляются нарушения ручной моторики пальцев рук, которые проявляются в нарушении точности, координации движений.

При исследовании мелкой моторики пальцев рук, Е.Ф. Архипова [6] отмечает, что дети при выполнении проб пальчиковой гимнастики, самостоятельно с заданием справиться не могут, у них отмечается несоответствие то, что они выполнили с тем, что от них требовалось. Отмечается напряженность пальцев, синкинезии, гиперкинезы, нарушения мышечного тонуса, детям требуется больше времени для выполнения задания. Это говорит о том, что у детей нарушены тонкие дифференцированные движения пальцев рук.

С этим соглашается Е.Н. Краузе [31], он говорит, что для детей характерны также затруднения при выполнении физических упражнений и танцах. Детям приходится тяжелее научиться соотносить свои движения с началом и концом музыкальной фразы, изменять характер движений. Они часто бывают неуклюжими, потому что они не могут четко и точно выполнять различные двигательные упражнения. Им приходится с трудом удерживать равновесие, стоя на одной ноге, очень часто они не умеют прыгать на левой или правой ноге.

У детей с дизартрией недостаточное функционирование премоторных систем, которые обеспечивают кинестетическую организацию движений ребенка, это проявляется в том, что дети не могут одновременно выполнять разные движения.

Изучая проблемы дизартрических расстройств в детском возрасте, С.В. Горшенёва [22] и О.Ю. Федосова [22] выявили ряд особенностей артикуляционного аппарата детей с дизартрией.

При бульбарной форме (одностороннее право - или левостороннее или двустороннее поражение периферических двигательных нейронов, тройничного, лицевого, языко-глоточного, блуждающего и подъязычного нервов). Отмечаются вялые право - или левосторонние параличи мышц речевого аппарата (языка, губ, мягкого нёба и глотки, гортани, поднимающих нижнюю челюсть, дыхательных). Атрофии мышц, их атония. Снижены или отсутствуют глоточный и нижнечелюстной рефлекс. Расстройства произвольных и произвольных движений. Язык тонкий, распластаный в полости рта; губы вялые, не могут плотно смыкаться. В силу этого рот обычно полуоткрыт, выражена гиперсаливация. Гипотония мышц мягкого нёба препятствует достаточному продвижению нёбной занавески вверх и ее прижатию к задней стенке глотки.

Как указывает Л.А. Брюховских [10] при псевдобульбарной дизартрии (двустороннее поражение центральных двигательных кортико-бульбарных

невронов) ведущим патологическим звеном является нарушение речевой моторики. Отмечаются спастические параличи мышц речевого аппарата, но при этом мышечных атрофий не наблюдается. Тонус мышц повышен по типу спастической гипертонии (язык напряжен и отодвинут назад), тремор языка. Глоточный и нижнечелюстной рефлекс усилены. Параличи всегда двусторонние, но возможно преобладание справа или слева. Наиболее расстроены произвольные движения и тонкие движения кончика языка. Язык «комом» оттянут назад, спинка его спастически изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен. Повышение мышечного тонуса в круговой мышце рта приводит к спастическому напряжению губ, плотному смыканию рта. В ряде случаев при спастическом состоянии верхней губы рот может быть, напротив, приоткрыт. При этом наблюдается повышенное слюноотечение (гиперсаливация). Активные движения при спастичности артикуляционных мышц ограничены. Затруднение жевания твердой пищи, поперхивание, захлебывание при глотании. Затруднение питья из чашки.

При кинестетической постцентральной корковой форме дизартрии (одностороннее поражение постцентральных полей коры, их нижних отделов, доминантного полушария мозга). Отмечается не только ограничение объема артикуляционных движений, но и слабость кинестетических ощущений артикуляционных поз и движений. Ребенку трудно различать артикуляционные уклады, отмечается неврологическая симптоматика.

При кинетической премоторной корковой дизартрии (одностороннее поражение премоторных полей коры, их нижних отделов, доминантного полушария мозга). Отмечается апраксия кинетического типа. При выполнении артикуляционных упражнений у ребенка органы артикуляции находятся в напряжении. Отдельные упражнения выполняются замедленно, ребенку приходится с большим трудом переключаться с одного элемента на другой.

При подкорковой форме дизартрии (различные поражения подкорковых ядер мозга и их нервных связей) отмечается расстройства мышечного тонуса в виде гипертонии, гипотонии или дистонии. Насильственные движения (гиперкинезы) в мышцах речевого аппарата в виде дрожания, быстрых внезапных сокращений разных мышечных групп или одних и тех же.

При мозжечковой форме дизартрии (поражение мозжечка и его связей с другими структурами мозга) отмечается гипотония мышц, вследствие этого движения артикуляционных органов воспроизводятся и удерживаются с трудом. Нарушаются наиболее тонкие и дифференцированные движения, прежде всего поднимание языка вверх.

Таким образом, у детей с дизартрией отмечается недостаточно сформирована моторная сфера в целом, характеризующаяся замедленными, неловкими, скованными, недифференцированными движениями, что будет негативно сказываться на активности и характере общения и двигательного поведения ребенка, его социализации, на возможностях осуществления многих видов деятельности, требующих определенного уровня моторного развития.

I.4. Обзор методик логопедической работы по коррекции нарушений моторных функций у детей с дизартрией

Проблемой по формированию моторных функций у детей дошкольного возраста с дизартрией занимались Е.В. Архипова [6], Т.В. Верясова [13], Л.В. Лопатина [35], Е.М. Мастюкова [39], О.В. Правдина [44].

Н.А. Бернштейн [17] разработал теорию организации движений и отнес речь к высшему уровню организации движений. Бернштейном определены этапы выполнения произвольного движения, которые необходимо учитывать при коррекционной работе с различными формами

речевой патологии, характеризующейся нарушением произвольных моторных актов. На начальном этапе осуществляется восприятие и оценка ситуации самим индивидом, включенным в данную ситуацию. На втором этапе намечается двигательная задача и образ того, что должно быть. Двигательная задача постепенно усложняется. По ходу выполнения движения ЦНС осуществляет коррекцию с тем, чтобы поставленная двигательная задача и модель (эталон) будущего движения совпали. На третьем этапе происходит программирование решения определенной задачи, т.е. индивид сам намечает цель и содержание движений и адекватные средства, с помощью которых он может решить двигательную задачу. На четвертом этапе осуществляется фактическое выполнение движений: человек преодолевает все избыточные степени движения, превращает его в управляемую систему и выполняет нужное целенаправленное движение. Это возможно в том случае, если индивид овладел координацией движений. Нарушение одного из компонентов координации (точность, соразмерность, плавность) ведет к нарушению движения.

Л.В. Лопатина [34], Т.В. Верясова [13] рекомендуют процесс коррекционной работы строить по двум направлениям: формирование кинестетической основы движения, формирование кинетической основы движения.

Логопедическая работа по формированию кинестетической основы движения строится на организации двигательных импульсов, направляемых к определенным мышцам, и уточнение движений, а также развитие кинестетического анализа и синтеза, кинестетических афферентаций ручных и артикуляторных движений.

В процессе развития кинестетической основы движений руки начинается с того, что ребенок должен с закрытыми глазами воспроизвести движения руками, которые ему показал логопед.

Процесс формирования кинестетической основы артикуляторных движений строится с развития двигательно-кинестетической обратной связи. Для этого в работу включаются упражнения, которые направлены на уточнение положения органов артикуляции ребенка при воспроизведении им правильно произносимых звуков. На начальном этапе все упражнения основываются на зрительных образах движения, которые затем постепенно из работы исключаются. При выполнении движений у ребенка возникают кинестетические ощущения, логопед должен постоянно привлекать внимание ребенка к этим ощущениям для лучшего запоминания движений.

Логопедическая работа по формированию кинетической основы движения строится в зависимости от основных задач: объединение и обобщение последовательных импульсов в единый, организация двигательного стереотипа, изменение отдельных движений в плавные, серийно организованные и развитие статической и динамической координации ручных и артикуляторных движений.

Как указывают авторы для того, чтобы организовать единый двигательный акт, необходимо в процессе формирования кинетической основы движений руки включать упражнения, которые будут направлены на развитие всей системы движений, они же в свою очередь состоят из «основных» и «фоновых» компонентов, или серии однотипных движений.

Для развития динамической координации движений руки необходимо включать в процесс последовательные и одновременно организованные движения.

При формировании кинетической основы артикуляторных движений, в процесс развития включаются упражнения, которые направлены на выработку объема движений, подвижности органов артикуляции, силы, точности движений, на удержании артикуляторной позы.

При развитии кинестетической и кинетической основ ручных и артикуляторных движений необходимо учитывать, что работа проводится

при одновременном воздействии на кинестетическую и кинетическую основу движений. Упражнения включаются как статические, так и динамические, работа строится с постепенным усложнением всех движений.

Е.Ф. Архипова [5] предлагает для коррекции артикуляционной моторики при дизартрии использовать логопедический массаж. На это ссылаются и О.В. Правдина [44, 45], К.А. Семенова [45], Е.М. Мастюкова [38], М.Б. Эйдинова [57]. Они говорят о необходимости логопедического массажа в комплексной коррекционной работе.

Как указывает О.Г. Приходько (2010), «логопедический массаж — это одна из логопедических технологий, активный метод механического воздействия. Массаж применяется в тех случаях, когда имеют место нарушения тонуса артикуляционных мышц» [46, С.60].

По мнению Е.Ф. Архиповой [5], основными задачами логопедического массажа являются: нормализация мышечного тонуса, устранение гиперкинезов, синкинезий, девиации, выработка точности, объёма, переключаемости при выполнении артикуляционных упражнений. Увеличение силы мышечных сокращений, активизация тонких дифференцированных движений органов артикуляции.

Автор рекомендует использование дифференцированного логопедического массажа в зависимости от тонуса мышц. В зависимости от этого она разработала три комплекса упражнений, направленные на преодоление патологической симптоматики.

Первый комплекс упражнений логопедического массажа при ригидном синдроме (высокий тонус).

Второй комплекс упражнений логопедического массажа при спастико-атактико-гиперкинетическом синдроме (на фоне высокого тонуса проявляются гиперкинезы, дистония, атаксия).

Третий комплекс упражнений логопедического массажа при паретическом синдроме (низкий тонус).

О.Г. Приходько [46] также рекомендует использование логопедического массажа при дизартрии. Он способствует уменьшению патологических проявлений в двигательном звене речевого аппарата: спастического пареза, гиперкинезов, атаксии. Нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата.

О.Г. Приходько также как и Е.Ф. Архипова предлагает строить работу в зависимости от тонуса мышц.

При повышенном тонусе артикуляционных мышц (лицевые, губные, язычные мышцы) применяется расслабляющий массаж.

При гипотонии мышц, для укрепления тонуса, применяется стимулирующий массаж артикуляционной мускулатуры.

При смешанном тонусе необходимо использовать расслабляющий массаж и стимулирующий.

Логопедический массаж может проводиться на всех этапах логопедической работы, но лучше начать его использование на начальных этапах работы, когда ребенку трудно выполнять артикуляционные упражнения.

При воздействии на моторные функции ребенка в качестве логопедического массажа можно отметить общее положительное воздействие на организм в целом. У ребенка наступают благоприятные изменения в мышечной и нервной системах, это в свою очередь играет основную роль в речедвигательном процессе. Под влиянием массажа повышается эластичность мышечных волокон, сила и объем их сократительной функции, работоспособность мышц.

При развитии функциональных возможностей мелкой моторики, автор ссылается на функциональные этапы становления мелкой моторики: опора на раскрытую кисть, осуществление произвольного захвата предметов кистью, включение пальцевого захвата, противопоставление пальцев,

постепенно усложняющиеся манипуляции и предметные действия, дифференцированные движения пальцев рук.

Перед проведением работы по формированию функциональных возможностей кистей и пальцев рук необходимо добиваться нормализации мышечного тонуса верхних конечностей. Расслаблению мышц способствует потряхивание руки по методике Фелпса (захватив предплечье ребенка в средней трети, производят легкие качающе-потряхивающие движения). Далее проводят массаж и пассивные упражнения кистей и пальцев рук.

Все движения тренируются сначала пассивно, затем пассивно - активно и, наконец, активно на специальных занятиях, а также во время бодрствования ребенка одевании, приеме пищи, купании в игре.

Г.А. Волкова [18] обращает внимание на то, что для развития моторных функций лучше использовать лечебную физкультуру.

Задачами лечебной физкультуры являются: повышение общего тонуса организма, сохранение нормальной подвижности в суставах, восстановление объема, силы и качества движений, нормализация тонуса, уменьшение ригидности мышц и синкинезий, восстановление правильной содружественной деятельности ослабленных и здоровых мышц.

Методом лечебной физкультуры является лечебная гимнастика. Она облегчает работу по восстановлению нервно-мышечного аппарата, развивает точность движений, координацию, позволяет выравнять тонус мышц.

К лечебной гимнастике обязательно включать занятия по логоритмике. Логоритмическая работа делится на три периода.

В первый период входит воспитание статики движений, развитие общих движений рук, ног, туловища — с постепенным введением упражнений с предметами, развитие мелкой моторики пальцев рук, мимических мышц лица, различных видов внимания: слухового, зрительного и памяти, коррекция просодии речи, постепенное формирование нормального двигательного навыка.

Во второй период входит развитие моторики артикуляционного аппарата, общей моторики, тонких слухо-произносительных дифференцировок.

Третий период включает в себя закрепление речевых навыков, двигательных способностей и коллективных взаимоотношений, умением коллективного общения.

Е.А. Екжанова и О.А. Фроликова [54] предлагают специальную программу, направленную на развитие ручной умелости и совершенствование точных, скоординированных движений всех частей рук – плеча, предплечья и особенно кистей и пальцев, которая включает следующие направления:

1) Развитие и коррекция общих движений.

Включение в коррекционный процесс двигательных методов активизирует, восстанавливает и выстраивает взаимодействие между различными уровнями ВПФ. Создается базовая предпосылка для полноценного участия этих процессов в овладении устной и письменной речью.

Упражнения, включающие развитие и коррекцию общих движений, логопед может использовать в качестве динамических пауз, физкультминуток.

2) Развитие и коррекция ручной моторики.

Логопеду рекомендуется использовать в своей работе упражнения с пальцами рук, упражнения на растяжку мышц руки. При регулярном использовании на занятиях эти упражнения обеспечивают хорошую тренировку пальцев и подготовку мышц руки к письму. Авторы рекомендуют знакомить детей с такими упражнениями в определенной последовательности: сначала включать в комплекс те из них, которые способствуют формированию умения удерживать статическую позу кистей и пальцев, а затем – упражнения динамического характера.

3) Развитие графических навыков.

Рекомендуется непосредственная практическая работа по штриховке, рисованию, копированию узоров, раскрашиванию и т.п.

4) Развитие и коррекция ритмической составляющей движения.

Авторы отмечают, что «способность ритмически организовывать материал является одним из механизмов, обеспечивающих речь человека. Недостаточность этой способности может быть причиной не только нарушений устной речи, но причиной нарушения письма». В связи с этим логопедам рекомендуется включать в занятия упражнения типа «телеграфисты», «школа радистов», развивающие ритмическую способность.

5) Формирование зрительно-двигательной координации.

По мнению авторов, развитие этого навыка занимает особое место при подготовке ребенка к обучению письму и чтению. В дошкольном возрасте логопед на своих занятиях может сформировать умение «вести» руку с помощью глаза, развить у ребенка кинестетическую память. Рекомендуется серия упражнений по типу «закончи рисунок», «продолжи узор по образцу».

6) Развитие межполушарного взаимодействия.

Достаточный уровень сформированности процессов межполушарного взаимодействия является основой развития интеллектуальных функций.

Таким образом, проанализировав методики логопедической работы по коррекции нарушений моторных функций можно сделать вывод о том, что логопедическое воздействие осуществляется поэтапно, при этом на каждом из этапов решается определенная задача, подчиненная общей цели логопедического воздействия.

Итак, изучив психолого-педагогическую и специальную литературу по проблеме исследования можно сделать следующие выводы:

1. Для дизартрии характерно наличие неврологической симптоматики поражения центральной нервной системы. У детей с дизартрией выявляется как нарушение общей моторной сферы, так мелкой и артикуляционной. Отмечаются разнообразные стойкие нарушения фонетической и

просодической сторон речи, психические процессы такие как: внимание, восприятие, память и мышление имеет ряд отличительных черт, в сопоставлении с нормой развития, что сказывается на личностном развитии ребенка.

2. Ребенок начинает овладевать двигательными навыками с самого момента рождения. Развитие моторных функций биологически обусловлено не только созреванием соответствующих морфологических участков головного мозга, но и накоплением при этом индивидуального двигательного опыта, который получает право на существование лишь в процессе речевого общения с окружающими людьми. В процессе роста ребенка также происходит развитие двигательной активности, ее совершенствование и закрепление. Развитие двигательного аппарата является фактором, стимулирующим развитие речи, и ему принадлежит ведущая роль в формировании нервно-психических процессов у детей.

3. У детей с дизартрией отмечается недостаточно сформирована моторная сфера в целом, характеризующаяся замедленными, неловкими, скованными, недифференцированными движениями, что будет негативно сказываться на активности и характере общения и двигательного поведения ребенка, его социализации, на возможностях осуществления многих видов деятельности, требующих определенного уровня моторного развития.

4. Проанализировав методики логопедической работы по коррекции нарушений моторных функций можно сделать вывод о том, что логопедическое воздействие осуществляется поэтапно, при этом на каждом из этапов решается определенная задача, подчиненная общей цели логопедического воздействия.

Глава II. Констатирующий эксперимент и его анализ

II.1. Организация и методики констатирующего эксперимента

С целью выявления особенностей и уровня сформированности моторных функций детей старшего дошкольного возраста с дизартрией нами был проведен констатирующий эксперимент. Эмпирическое изучение осуществлялось на базе Муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад № 59 комбинированного вида» г. Красноярск.

В детском саду реализуются программы: основная общеобразовательная программа дошкольного образования с учетом примерной основной общеобразовательной программы «От рождения до школы» под редакцией Н.Е. Вераксы, Т.С. Комаровой, М.А. Васильевой, по которой занимается 281 ребенок. «Программа коррекционного воспитания и обучения детей с общим недоразвитием речи» Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной, по которой занимается 50 детей.

В МБДОУ функционируют 12 групп. Из них: 2 группы для детей раннего возраста (от 1,5 лет до 3 лет), 7 групп для детей дошкольного возраста (от 3 лет до 7 лет), 3, группы коррекционного вида (от 5 до 7 лет) [41].

Для проведения эксперимента нами была сформирована экспериментальная группа в количестве 10 человек в возрасте 6-7 лет, которые посещают логопедическую группу, из них: 60% девочек (6 детей) и 40% мальчиков (4 ребенка).

При комплектации экспериментальной группы нами учитывались следующие критерии:

1. Схожесть показателей возраста (все дети, участвовавшие в экспериментальном исследовании, достигли возраста 6-7 лет);
2. Характер дефекта (дизартрия).

Констатирующий эксперимент включал в себя 5 блоков заданий:

1. Обследование звукопроизношения;
2. Обследование общей моторики;
3. Обследование мелкой моторики;
4. Обследование мимической мускулатуры;
5. Обследование артикуляционной моторики.

Блок 1. Обследование звукопроизношения.

Использовались традиционные методы обследования звукопроизношения, разработанные сотрудниками НИИ Дефектологии Р.Е. Левиной Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной. Бальная оценка Т.А. Фотековой [53]. Стимульный материал: предметные картинки О.Б. Иншаковой.

На начальном этапе была проведена беседа, в ходе которой фиксировались особенности звукопроизношения в свободной речи. Затем предъявляли картинный материал для выявления особенностей звукопроизношения ребенка в заданных словах в различных позициях. При неумении правильно произнести звук в словах, проверяется произношение изолированного звука. На основе полученных данных определяется характер нарушения произношения: отсутствие, замена, искажение, смешение звуков.

Цель: исследование нарушение звукопроизношения в словах.

Инструкция: назови предметы, изображенные на картинках.

Стимульный материал: предметные картинки О.Б. Иншаковой [24].

[С] - собака-усы-нос - сумка-автобус-снеговик

[Съ] - сеть-синий-гусь семь-письмо-апельсин

[З] - зубы-коза-зонт замок-ваза-звезда

[Зь] - узел-газета-обезьяна зеленый-зебра-земляника

[Ц] - цепочка-яйцо-огурец цветы - пуговица-индеец

[Ш]- шапка-машина-душ шахматы-мешок-шишка

[Ж] - жук-желудь-нож ёжик-ножницы-жираф

[Ч] - чайник-мяч-очки чемодан-ключ-бабочка

[Щ] - щетка-ящик-плащ щука-овоци-щепка

[Р] - рыба-корова-топор ведро-помидор-трактор

[Рь] - репа-фонарь-дверь ремень-веревка-брюки

[Л] - лук-пила-дятел лампа-молоток-белка

[Ль] - лейка-лимон - елка-лев-телефон-пальто

[Й] - яблоко-майка-юбка платье-трамвай-листья

[М]- мыло-земляника-костюм морковка-сом – комар

[Н] носок-окно-диван нота-слон-танк

[Б] - бант-бочка-клубок банан-бутылка-барабан

[Д] - дом-дым-удочка дуб-авокадо-радуга

[В] - вата - волк - савок - ванна-сова-винтик

[К] - кот-банка-паук-конфета-индюк-кубик

[Кь] - ботинки-кит-пакет-валенки-утки-шнурки

[Г]- губы-рога-вагон-голубь-игла-попугай

[Гь] - гиря-гитара-бегемот - флаги - сапоги – гирлянда

[Х] - халат-ухо-петух-хлеб-слон-холодильник

[Хь]- мухи-орехи-духи

Оценка: предлагается условно разделить все звуки на пять групп: первые четыре – это наиболее часто подвергающиеся нарушениям согласные (1 группа – свистящие С, Сь, З, Зь, Ц; 2 группа – шипящие Ш, Ж, Ч, Щ; 3 группа – Л, Ль; 4 группа – Р, Рь и пятая группа – остальные звуки, дефекты которых встречаются значительно реже (задненебные звуки Г, К, Х и их мягкие варианты, звук Й, случаи дефектов озвончения, смягчения и крайне редкие нарушения произношения гласных звуков). Произношение звуков каждой группы оценивается в отдельности по следующему принципу:

3 балла – точное и правильное произношение всех звуков группы в любых речевых ситуациях;

1,5 балла – один или несколько звуков группы изолированно и отраженно правильно произносятся, но иногда подвергаются заменам или искажениям в самостоятельной речи, т.е. недостаточно автоматизированы;

1 балл – в любой позиции искажается или заменяется только один звук группы;

0 баллов – искажениям или заменам во всех речевых ситуациях подвергаются все или несколько звуков группы.

Максимальное количество баллов за блок -15.

Блок 2. Обследование общей моторики.

Использовались пробы и бальная оценка, предложенные Е.Ф. Архиповой [6].

Цель: исследование статики, динамики и координации общих движений.

Инструкция:

1. «Постой на правой ноге»;
2. «Постой на левой ноге»;
3. «Попрыгай на двух ногах с продвижением»;
4. «Подбрасывай и лови мяч»;
5. «Походи на одном месте».

Оценка:

4 балла - все задания выполняются правильно;

3 балла - все задания выполняются правильно, но в замедленном темпе;

2 балла - задания выполняются недостаточно точно, ребенок вытягивает руки в стороны для сохранения равновесия;

1 балл - плохо удерживает равновесие, стоя на одной ноге, быстро отступает, ищет опору; мяч подбрасывает очень низко; не удерживает равновесия при остановке по команде;

0 баллов - задание не выполняется.

Максимальное количество баллов за блок – 4.

Блок 3. Обследование мелкой моторики.

Использовались пробы и бальная оценка, предложенные Е.Ф. Архиповой [6]. Данный блок состоит из 2 серий заданий.

Серия №1

Обследование кинестетического праксиса по зрительному образцу.

Цель: исследование кинестетического праксиса руки (пальчиковой позы).

Инструкция: «Делай, как я».

1. Показать указательный палец;
2. Показать мизинец;
3. Сложить указательный и большой пальцы в кольцо;
4. Сложить большой и средний пальцы в кольцо;
5. Сложить большой и безымянный пальцы в кольцо;
6. Сложить большой палец и мизинец в кольцо;
7. Выпрямить указательный палец и мизинец, остальные сжаты;
8. Выпрямить указательный и средний пальцы, остальные сжаты.

Поочередно обследуются две руки. После выполнения каждой позы ребенок свободно кладет руку на стол.

Оценка:

- 4 балла - задание выполняется правильно без помощи взрослого;
- 3 балла - задание выполняется правильно, но в замедленном темпе;
- 2 балла - выполнение задания в замедленном темпе с появлением синкинезий;
- 1 балл - выполнение задания в замедленном темпе с нарушением последовательности движений (перестановками, пропусками движений, напряженными пальцами);
- 0 баллов - невозможность поочередного выполнения движений, задание не выполнено.

Максимальное количество баллов за серию - 4.

Серия № 2

Обследование кинетической основы движений руки.

Цель: исследование функции переключаемости движения руки.

Инструкция: «Делай, как я».

1. «Кулак - ребро - ладонь». Ударяй по столу рукой последовательно в трех положениях:
 - ударить об стол рукой согнутой в кулак;
 - ударить об стол ребром ладони;
 - ударить об стол ладонью.

Задание выполняется сначала правой рукой (для правшей), затем левой.
Для левшей - наоборот.

2. Одна рука сжата в кулак, другая с распрямленными пальцами.
Распрямляем одну кисть и сжимаем другую.

Оценка:

- 4 балла - задание выполняется правильно без помощи взрослого;
- 3 балла - задание выполняется правильно, но в замедленном темпе;
- 2 балла - выполнение задания в замедленном темпе с появлением синкинезий;

1 балл - выполнение задания в замедленном темпе с нарушением последовательности движений (перестановками, пропусками движений, напряженными пальцами);

0 баллов - невозможность поочередного выполнения движений, задание не выполнено.

Максимальное количество баллов за серию - 4.

Блок 4. Обследование мимической мускулатуры.

Использовались пробы, предложенные Е.Ф. Архиповой [6]. Бальная оценка Е.Ф. Архиповой [6].

Цель: исследование символического мимического праксиса.

Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за мной движения»:

1. Нахмурь брови;
2. Подними брови;
3. Прищурь глаза;
4. Надувай щеки;
5. Втяни щеки.

Оценка:

4 балла - точное выполнение заданий, отсутствие нарушений мышечного тонуса мимической мускулатуры и другой патологической симптоматики;

3 балла - неточное выполнение некоторых движений, незначительное нарушение тонуса мимической мускулатуры;

2 балла - единичные движения нарушены, единичные патологические симптомы;

1 балл - затруднения при выполнении движений, умеренно выраженное нарушение мышечного тонуса мимической мускулатуры (гипертонус, гипотония, дистония), сглаженность носогубных складок, синкинезии;

0 баллов - грубо выраженная патология мышечного тонуса мимической мускулатуры, гипомимия, задание не выполнено, задание не выполнено.

Максимальное количество баллов за серию - 4.

Блок 5. Обследование артикуляционной моторики.

Использовались пробы, предложенные Е.Ф. Архиповой [6], З.А. Репиной [47]. Бальная оценка Т.А. Фотековой [53]. Данный блок включает в себя 4 серии заданий. Каждое задание в серии оценивалось отдельно.

Серия №1

Обследование двигательной функции мышц губ.

Цель: исследование двигательной возможности мышц губ.

Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за мной движения»:

1. Губы в улыбке;
2. Губы «трубочкой» округлены и вытянуты вперед, удерживать 5-7 секунд;
3. Чередование губ «улыбка» - «трубочка» (под счет до 5);
4. Поднять верхнюю губу, опустить нижнюю губу, повторить движения несколько раз.

Оценка:

1 балл – правильное и точное выполнение движения;

0,5 балла – замедленное и напряженное выполнение;

0,25 балла – выполнение с ошибками – длительный поиск позы, неполный объем движения, отклонения в конфигурации, синкинезии, гиперкинезы;

0 баллов – невыполнение движения.

Максимальное количество баллов за серию - 4.

Серия №2.

Обследование двигательной функции мышц челюсти.

Цель: исследование двигательной возможности мышц челюсти.

Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за мной движения»:

1. Открой рот, как при произнесении звука [а];
2. Сделай движение нижней челюстью вправо;
3. Сделай движение нижней челюстью влево;
4. Сделай движение нижней челюстью вправо - влево.

Оценка:

1 балл – правильное и точное выполнение движения;

0,5 балла – замедленное и напряженное выполнение;

0,25 балла – выполнение с ошибками – длительный поиск позы, неполный объем движения, отклонения в конфигурации, синкинезии, гиперкинезы;

0 баллов – невыполнение движения.

Максимальное количество баллов за серию - 4.

Серия №3.

Обследование двигательной функции мышц мягкого неба.

Цель: исследование подвижности мышц мягкого неба.

Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за мной движения»:

1. Широко открой рот и произнеси гласный звук [а] на твердой атаке [а' а' а'];
2. Широко открой рот и произнеси гласный звук [а] на мягкой атаке [а___];
3. Позевай и одновременно поднимай руки вверх и медленно втягивай воздух в рот.

Оценка:

1 балл – точное и правильное выполнение движения;

0,5 балла – замедленное и напряженное выполнение;

0,25 балла – выполнение с ошибками – длительный поиск позы, неполный объем движения, отклонения в конфигурации, синкинезии, гиперкинезы;
0 баллов – невыполнение движения.

Максимальное количество баллов за серию – 3.

Серия №4.

Обследование мышечного тонуса языка и наличие патологической симптоматики.

Цель: исследование мышечного тонуса языка.

Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за мной движения».

1. Язык «лопаткой» - широкий, распластаный, язык лежит неподвижно на нижней губе;

2. Широко раскрой рот, кончик языка подними вверх к верхним зубам - «парус». Удерживать позу 5-7 секунд;

3. Язык «чашечкой» - раскрой рот, высуну язык и подними боковые края;

4. «Качели» - высуну узкий язык. Тянись языком попеременно то к носу, то к подбородку. Рот при этом не закрывай. Упражнение проводится под счет 10 — 15 раз;

5. «Маятник» - попеременно дотянись кончиком языка до правого, потом до левого угла рта.

Оценка:

1 балл – точное и правильное выполнение движения;

0,5 балла – замедленное и напряженное выполнение;

0,25 балла – выполнение с ошибками – длительный поиск позы, неполный объем движения, отклонения в конфигурации, синкинезии, гиперкинезы;

0 баллов – невыполнение движения.

Максимальное количество баллов за серию - 5.

Исходя из того, что максимальная сумма баллов, которые можно было набрать по всем блокам заданий, составила 47 баллов, мы предлагаем условно разделить детей на три группы, в зависимости от уровня успешности выполнения ими всех заданий:

47 – 40 баллов – высокий уровень;

39 – 30 баллов – средний уровень;

менее 30 баллов – низкий уровень.

Таким образом, предложенные пробы констатирующего эксперимента позволят выявить особенности и определить уровни сформированности звукопроизношения и моторных функций у детей старшего дошкольного с дизартрией, а также проследить взаимосвязь между нарушением звукопроизношения и моторных функций у данной категории детей, что сделает возможным подобрать адекватные методические рекомендации, по коррекции выявленных нарушений.

II.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента

По итогам анализа медицинской, психолого-педагогической документации, бесед с педагогами и родителями были получены следующие данные об испытуемых экспериментальной группы.

У 100% детей логопедическое заключение - ОНР III уровень, у 60% детей – дизартрия, у 40% - дизартрический компонент. Состояние слуха и зрения в норме, интеллект в норме.

Анализ анамнестических данных позволил установить, что у 100% детей анамнез отягощен. У 50% детей отмечается токсикоз I половины беременности, у 10% гистоз II половины беременности, у 10% детей врожденный порок сердца, ППЦНС, у 20% детей кесарево сечение, у 10% детей синяя асфиксия.

В результате наблюдения за детьми в игровой и учебной деятельности можно отметить, что у 70% детей отмечается снижение познавательной активности. Трудности совмещения речевой и предметной деятельности. Снижение уровня устойчивости и переключения внимания.

На основании анализа творческих работ детей и рабочих тетрадей у 60% детей отмечается низкая продуктивная деятельность. У 40% детей выявляется высокая работоспособность.

В ходе беседы с педагогами и наблюдения за детьми у 40% детей отмечается заторможенность, вялость, они плохо приспосабливаются к изменениям окружающей обстановки, быстро устают. У 40% детей отмечается расторможенность, импульсивность действий, они неусидчивы, эмоционально неустойчивы, что часто приводит к проблемам поведения. У 20% детей отмечается норма эмоционально-волевого развития.

У 50% детей наблюдается поверхностность контактов, низкий уровень эмпатии, снижение коммуникативной функции у детей значительно осложняет речевую симптоматику и интеллектуальное развитие, формирование игровой деятельности и мотивационной сферы.

Проанализируем выполнение каждого блока заданий.

При обследовании звукопроизношения у 100% испытуемых выявились полиморфные нарушения звукопроизношения.

При обследовании *свистящих звуков* было выявлено:

У двух (20%) испытуемых недостатков произношения свистящих не обнаружилось.

У восьми (80%) испытуемых недостатки проявились в виде антропофонических нарушений (искажений). Из них:

- межзубный сигматизм – у четырех (40%) детей, мы выявили, что данный недостаток распространяется на все свистящие звуки;
- боковой сигматизм – у двоих (20%) детей, распространяется на все свистящие звуки;

- губно-зубной сигматизм – у двоих (20%) детей, распространяется на все свистящие звуки.

При обследовании *шипящих звуков* было выявлено, что они нарушены у десяти (100%) испытуемых.

Из них у девяти (90%) испытуемых выявлены антропофонические нарушения шипящих звуков:

- межзубный сигматизм – у пяти (50%) детей, распространяется на все шипящие звуки;

- боковой сигматизм – у двух (20%) детей, распространяется на все шипящие звуки;

- губно-зубной сигматизм – у двух (20%) детей, распространяется на все шипящие звуки;

У одного (10%) испытуемых выявлены фонематические нарушения шипящих звуков: замены Ш - Т, Ж - Д, Ч - ТЬ, Щ - ТЬ;

При обследовании *звуков [Л], [Ль]* было выявлено, что у десяти (100%) испытуемых имеются антропофонические нарушения данных звуков (отсутствие, искажение):

- у двух (20%) детей данные звуки в речи отсутствуют;

- у шести (60%) детей отмечается межзубный ламбдацизм [Л], при этом звук [Ль] сохранен;

- у одного (10%) испытуемых двугубный ламбдацизм;

- у одного (10%) испытуемых губно-зубной ламбдацизм.

При обследовании *звуков [Р], [Рь]* было выявлено, что данные звуки нарушены у 100% испытуемых:

Из них у четырех (40%) испытуемых выявлены антропофонические нарушения (отсутствие, искажения):

- у двух (20%) детей данные звуки в речи отсутствуют;

- у одного (10%) детей - велярный ротацизм;

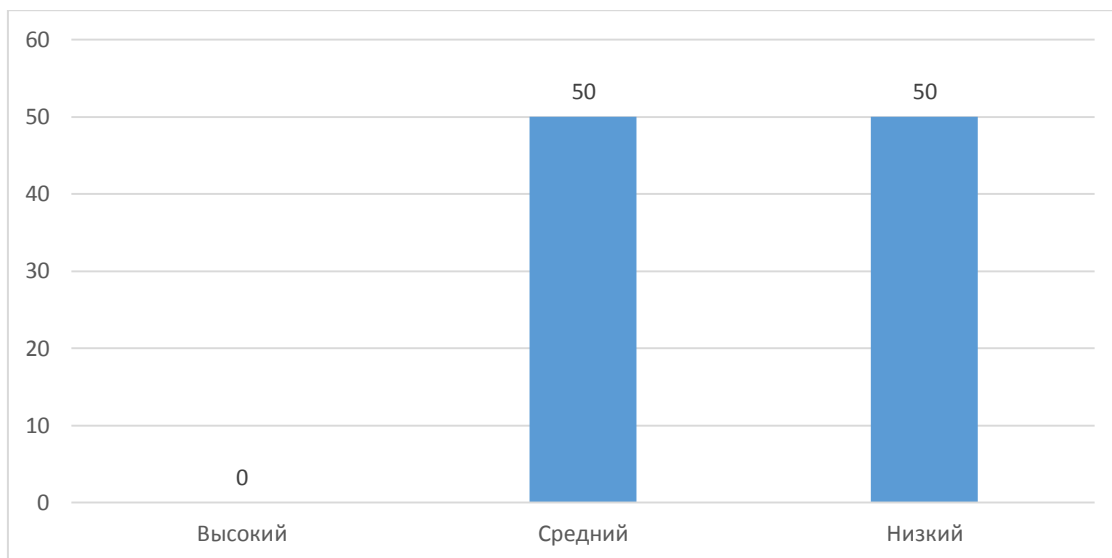
- у одного (10%) детей – увулярный ротацизм;

У шести (60%) испытуемых выявлены фонематические дефекты произношения данных звуков (замены):

-замены [Р] - межзубный [Л], при этом мягкий звук [Рь] сохранен.

При обследовании *остальных звуков* недостатков выявлено не было.

По результатам обследования звукопроизношения мы выделили уровни успешности выполнения заданий, которые наглядно представлены на гистограмме 1 и в таблице 1(Приложение 1).

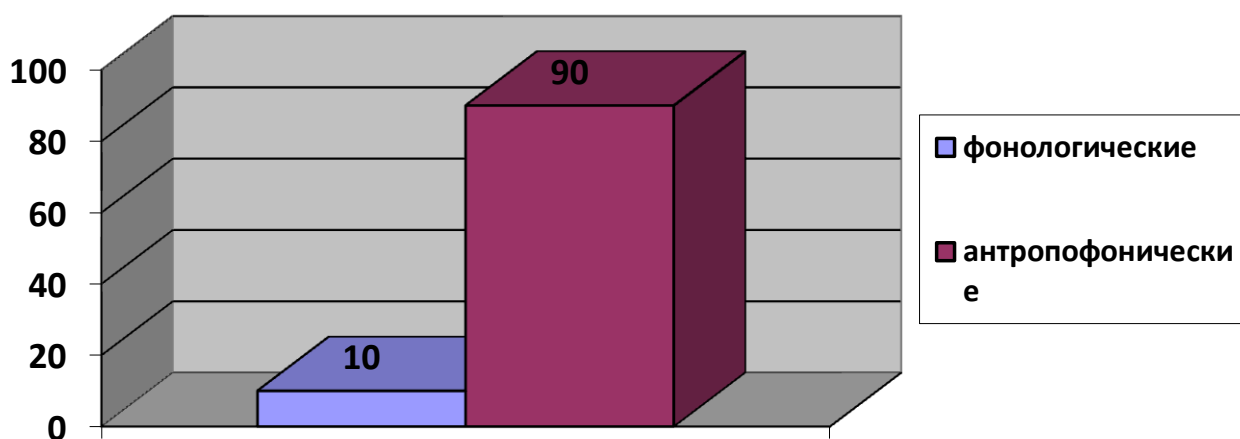


Гистограмма 1 Распределение испытуемых на группы по уровням сформированности звукопроизношения.

На гистограмме видно, что низкий уровень звукопроизношения продемонстрировали 50% испытуемых, средний уровень - 50%, высокий уровень у испытуемых не отмечался.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что нарушения звуков [Л], [Ль] и [Р], [Рь] и шипящих звуков наблюдаются у 100% испытуемых в разной степени выраженности. Нарушения свистящих звуков наблюдаются у 80% испытуемых. У всех детей нарушения звукопроизношения полиморфное.

Также, по результатам обследования звукопроизношения мы выявили фонологические и антропофонические дефекты, результаты наглядно представлены на гистограмме 2.



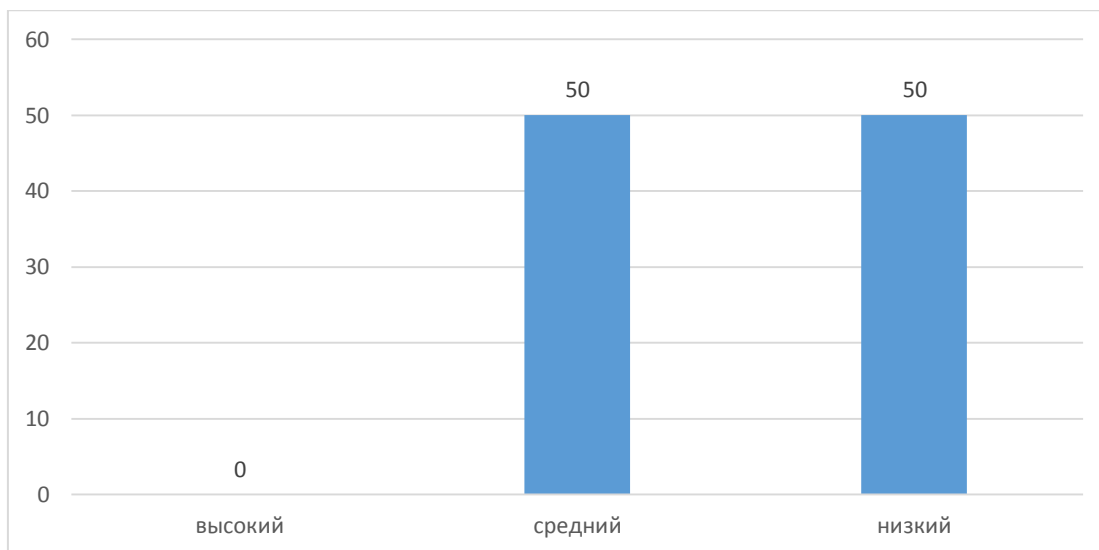
Гистограмма 2 Фонологические и антропофонические дефекты звукопроизношения.

На гистограмме видно, что антропофонические дефекты выявлены в 90% случаев, а фонологические только в 10%.

Таким образом, распространенность нарушения произношения различных групп звуков у данной категории испытуемых характеризуется определенными особенностями: преобладание фонетических дефектов, искажения и отсутствие звуков.

При обследовании сформированности *общей моторики* 50% испытуемых все задания выполнили правильно, но в замедленном темпе, отметились небольшие отклонения в стороны. 30% путали правую и левую ноги, испытывали трудности сохранения равновесия, было трудно удержать позу, преимущественно стоя на левой ноге. При этом 10% при выполнении заданий испытывали излишнюю суетливость. У 10% наблюдалось замедленное формирование позы, мяч подбрасывали очень низко, сложно было удержать равновесие при остановке по команде, при этом быстро оступались и испытывали трудности при выполнении словесной инструкции.

Были выявлены уровни успешности, которые представлены на гистограмме 3, таблице 2 (Приложение 2).



Гистограмма 3 Распределение испытуемых на группы по уровню сформированности общей моторики (%).

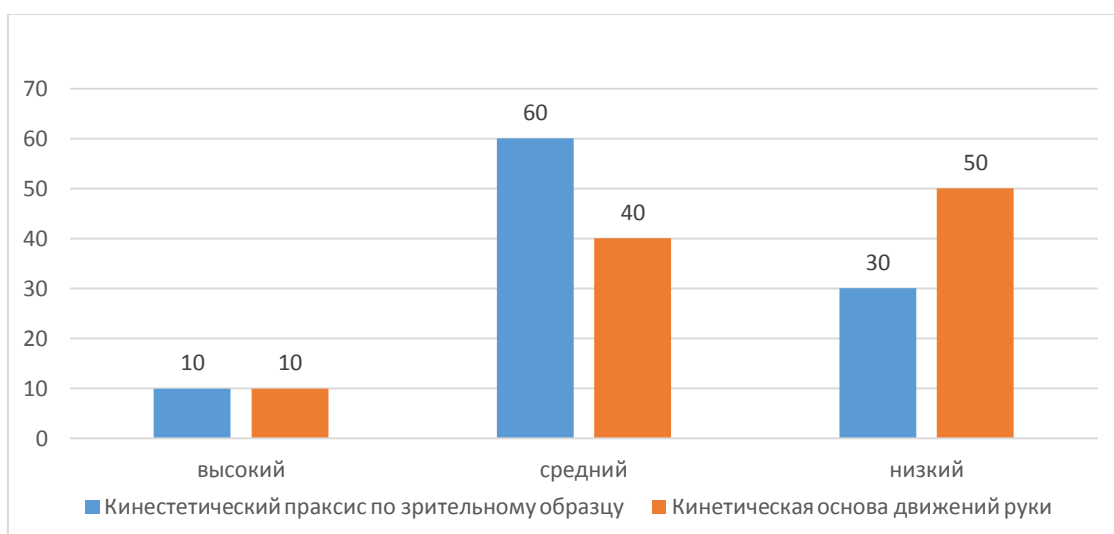
На гистограмме видно, что низкий уровень сформированности общей моторики был выявлен у 50% испытуемых, средний уровень - 50%, высокий уровень у испытуемых не отмечался.

Обследование *мелкой моторики* было разделено нами на две серии заданий: кинестетический праксис по зрительному образцу и кинетическая основа движений руки. 10% все задания выполнили правильно, в нормальном темпе, без зрительного контроля над движениями. 60% задания выполнили в замедленном темпе, следя за движениями пальцев. Из них 40% детей правой рукой задания выполнили лучше, чем левой, а у 20% отметились трудности формирования уклада из пальцев обеих рук. 20% при выполнении заданий поднимали свободное плечо, все задания делали медленно, путали левую и правую руки. Были немного напряжены и растопырены пальцы. 10% задания выполнили с нарушением последовательности движений, часто допускали перестановки, пропуски движений.

Вторую серию заданий 40% выполнили правильно, но медленно, при этом Никита Ц., Елена В. постоянно спрашивали, правильно ли они делают. Для 30% наибольшую сложность вызвало задание, для исполнения которого

требовалось четкость, синхронность движений и концентрация внимания. Необходимо было одновременно одну кисть сжимать в кулак, другую распрямлять и дети не смогли осуществить одновременного действия, к чему привело ограничение объема движений. 10% было трудно сосредоточиться, на протяжении всех заданий у них было рассеянное внимание, и из-за этого они допустили многократные ошибки, заменяли одни движения другими.

Исходя из полученных данных, мы выделели уровни успешности выполнения серий заданий, которые наглядно представлены на гистограмме 4 (Приложение 3).



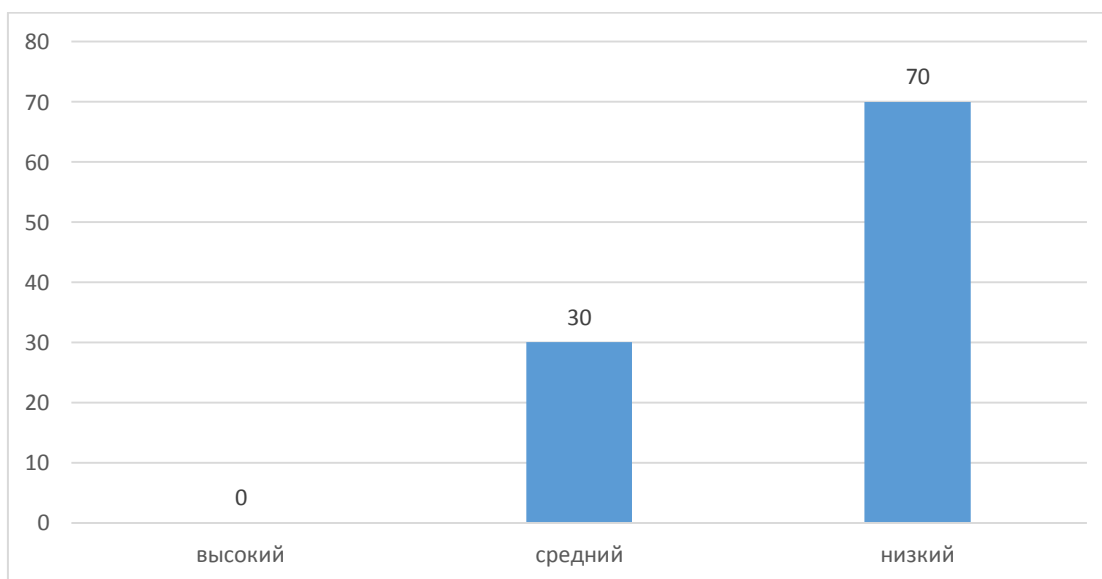
Гистограмма 4 Распределение испытуемых на группы по уровню сформированности мелкой моторики (%).

Гистограмма наглядно показывает, что все дети справились с заданиями. За первую серию заданий у 1 ребенка высокий уровень развития, что составляет 10%, у 6 детей средний уровень развития, что составляет 60%, низкий уровень развития у 3 детей, что составляет 30%. За вторую серию заданий у 1 ребенка высокий уровень развития, что составляет 10%, у 4 детей средний уровень, что составляет 40%, низкий уровень у 5 детей, что составляет 50%.

При обследовании *мимической мускулатуры* 30% не смогли в полной мере втянуть щеки, некоторым испытуемым (Анастасия Б. и Станиславе Е.)

не удалось полностью прищурить глаза, а при надувании щек, отмечались синкинезии - они хмурила нос. У 20% нарушены единичные движения, им было сложно поднять правую бровь, они выпучивали глаза, при этом 10% из них открывали рот. У 10% отмечалось скованность движений, дети постоянно отводили глаза в сторону, при надувании и втягивании щек опускали голову вниз. 30% все задания выполнили нечетко, отметилась смазанность выполнения, недостаточный объем и дифференцированность движения мышц лба и щек. 10% испытывали затруднения при выполнении движений, отмечались синкинезии на протяжении всех заданий, они хмурили нос, учащенно моргали глазами, им было трудно переключиться с одного задания на другое.

В результате обследования были выявлены уровни успешности, представленные на гистограмме 5 (Приложение 4).



Гистограмма 5 Распределение испытуемых на группы по уровню сформированности мимической мускулатуры.

На гистограмме видно, что высокого уровня развития выявлено не было. У 3 детей средний уровень развития мимической мускулатуры, что соответствует 30%, у 7 детей уровень развития низкий, что соответствует 60%.

Обследование артикуляционной моторики было разделено нами на четыре серии заданий.

При обследовании подвижности мышц губ Анастасия Б., Арсений К., Богдан Ж., Денис Т., Елена В., Ксения Л. и Таисия П. задания выполнили не точно, было незначительное изменение объема и силы движений. У всех детей отметились единичные синкинезии: Анастасия Б., Богдан Ж., и Денис Т. щурили глаза при выполнении упражнения «трубочка». Арсений К., Елена В., Ксения Л. перебирали пальцы рук, а Таисия П. поднимала плечи.

Александра Я. и Никита Ц. испытывали сложности, при пробе, когда требовалось поднять верхнюю губу и опустить нижнюю, при выполнении этого упражнения присутствовали синкинезии – дети высовывали язык, при этом у Никиты Ц. отмечилось опущение губ справа.

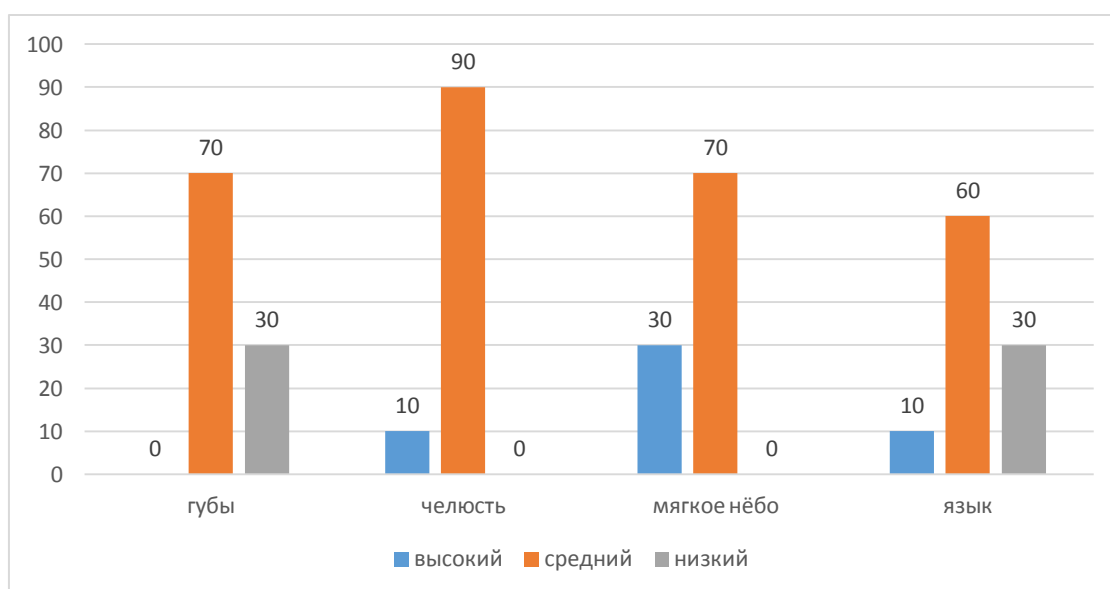
При выполнении проб на обследование челюсти Богдан Ж. все задания выполнил правильно, движения были скоординированные и точные. Анастасия Б., Елена В., Ксения Л. и Таисия П. выполнили задания несколько замедленно, наблюдалось напряженное переключение с одного движения на другое. У Александры Я., Арсения К., Дениса Т., Никиты Ц. и Станиславы Е. выделяются незначительное изменение объема и силы движений, недостаточная амплитуда движений.

При выполнении проб на обследование мягкого неба Анастасия Б., Богдан Ж. и Елена В. все пробы выполнили правильно и точно, движения скоординированы. У Арсения К. Дениса Т., Ксении Л., Станиславы Е. и Таисии П. наблюдалось замедленное переключение с одного движения на другое. Александра Я. и Никита Ц. при выполнении задания, когда требовалось одновременно позевать и поднимать вверх руки, не в полной мере выполнили пробу, дети вытянули руки в стороны.

При выполнении проб на обследование подвижности языка Богдан Ж. все задания выполнил точно, но замедленно и напряженно.

У Анастасии Б., Арсения К., Дениса Т., Елены В., Ксении Л. и Станиславы Е. наблюдалось незначительное нарушение тонуса языка, синкинезии, тремор при выполнении упражнения «лопатка». Дети сделали пробы с напряжением. Они испытывали трудности при удержании позы под счет. У Александры Я. и Таисии П. при выполнении упражнения «качели» и «маятник» так же присутствовали синкинезии, дети шевелили челюстью, не смотря на привлечения внимания с моей стороны, они пытались удержать нижнюю челюсть рукой, но попытки не увенчались успехом. При упражнении «лопатка» наблюдалась девиация языка, саливация и истощаемость движений. У Никиты Ц. отмечалось ограничение движения языка, неточность движений, а также невозможность длительного удержания позы и при выполнении упражнения «чашечка» наблюдалось опущение краев языка справа.

В результате мы выделили уровни успешности по всем сериям пятого блока заданий констатирующего эксперимента, результаты представлены на гистограмме 6 (Приложение 5).



Гистограмма 6 Распределение испытуемых на группы по уровню сформированности артикуляционной моторики (%).

Гистограмма наглядно показывает, что все дети справились с заданиями, низкого уровня выявлено не было.

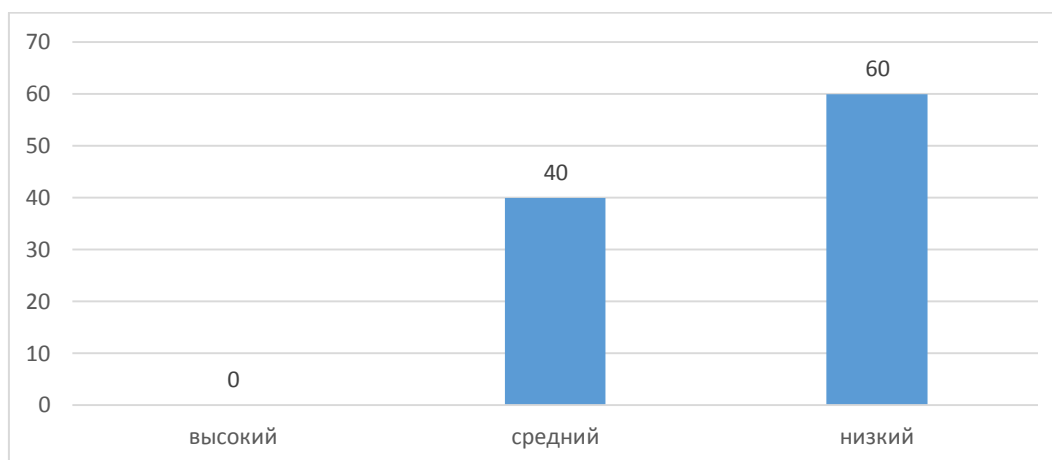
Высокий уровень развития наблюдается у 1 ребенка при обследовании двигательной функции челюсти, что соответствует 10%, у 3 детей при обследовании двигательной функции мягкого неба, что составляет 30% и у 1 ребенка при обследовании мышечного тонуса языка, что составляет 10%.

Средний уровень развития выявлен у 7 детей при обследовании подвижности губ, что соответствует 70%, у 9 детей при обследовании двигательной функции челюсти, что составляет 90%, у 7 детей при обследовании двигательной функции мягкого неба, что составляет 70% и у 6 детей при обследовании мышечного тонуса языка, что составляет 60%.

Низкий уровень развития выявлен у 3 детей при обследовании подвижности губ, что составляет 30% и у 3 детей при обследовании мышечного тонуса языка, что составляет также 30%.

Количественный анализ результатов констатирующего эксперимента позволил распределить детей по уровням сформированности звукопроизношения и моторных функций у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

В результате получены данные, которые наглядно представлены на гистограмме 7, таблице 6 (Приложение 6).

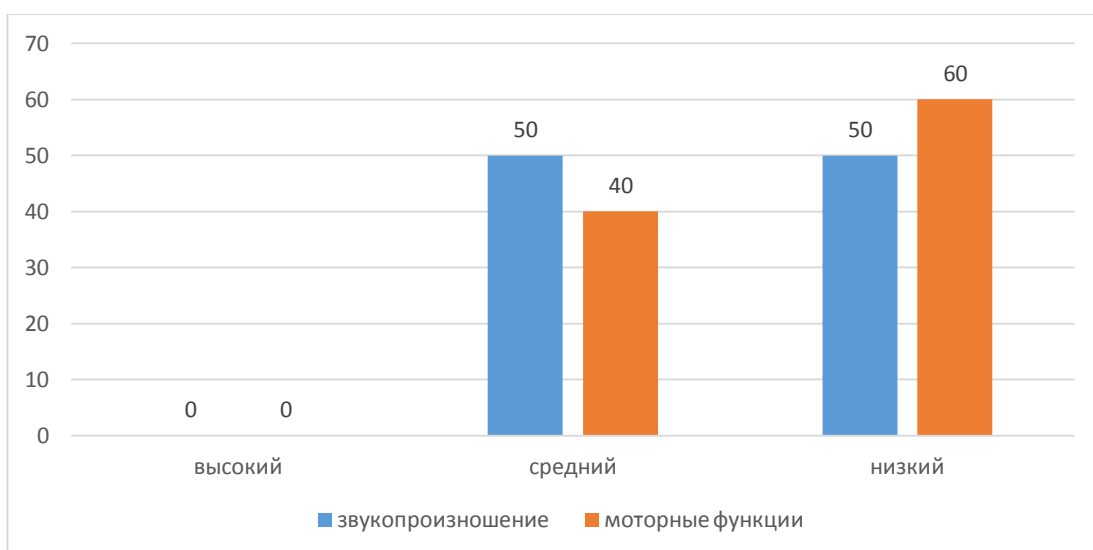


Гистограмма 7 Результаты констатирующего эксперимента в %.

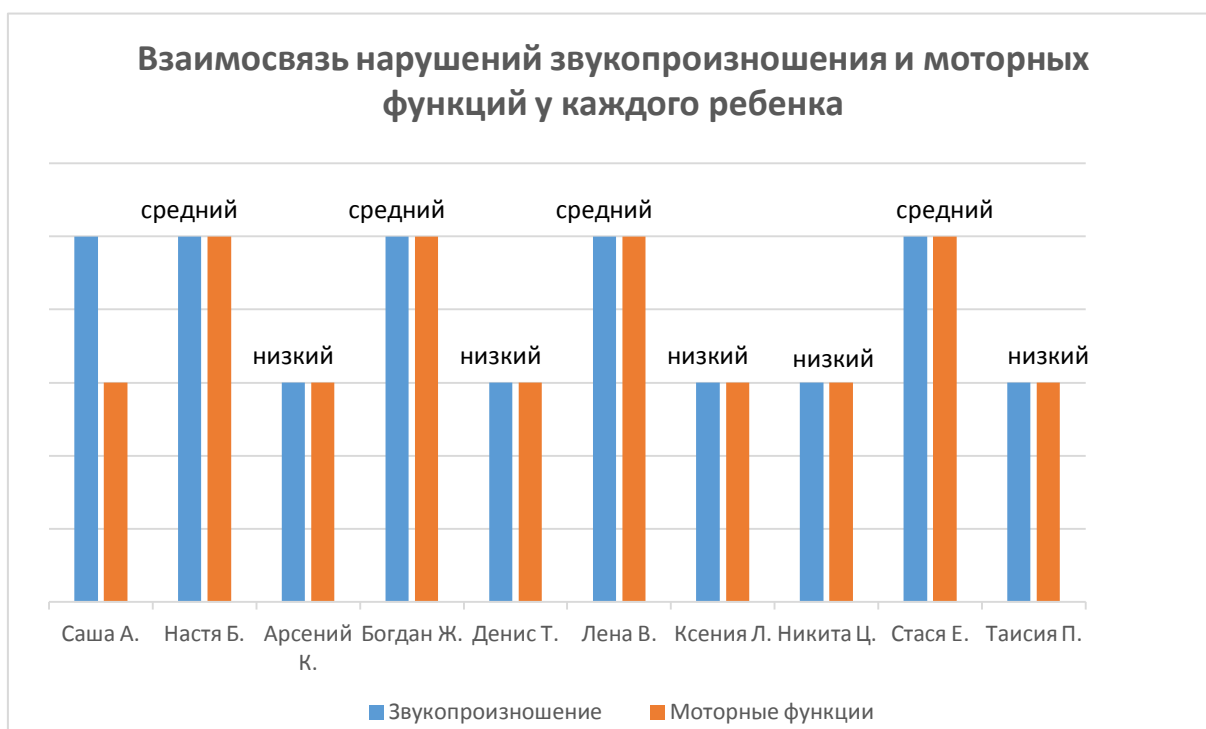
Гистограмма наглядно показывает, что высокого уровня сформированности моторных функций у детей не было выявлено, 4 ребёнка имеют средний уровень развития, что составляет 40%, низкий уровень – 6 детей, что составляет 60%.

Мы проследили взаимосвязь между нарушением звукопроизношения и моторных функций.

Данные о взаимосвязи нарушения звукопроизношения и моторных функций у детей дошкольного возраста с дизартрией представлены на гистограмме 8.



Гистограмма 8 Соотношение нарушений звукопроизношения и моторных функций (по уровням).



Гистограмма 9. Соотношение нарушений звукопроизношения и моторных функций у каждого ребенка.

Как видно на гистограмме 9, у 90% испытуемых уровень нарушения звукопроизношения совпадает с уровнем нарушения моторных функций. Например, у Арсения К. нарушения звукопроизношения и нарушения моторных функций соответствуют одному уровню, в данном случае низкому. У Лены В. уровень нарушения звукопроизношения совпадает с уровнем нарушения моторных функций и соответствует среднему. У Саши А. уровень нарушения звукопроизношения соответствует среднему, а нарушения моторных функций – низкому. Он единственный, у кого уровень развития звукопроизношения не совпадает с уровнем развития моторных навыков. Это свидетельствует о том, что у мальчика двигательные навыки нарушены больше, чем звукопроизношение. У него отмечается более выраженная общая неловкость, недостаточная координированность общих движений тела, при этом артикуляционная моторика и звукопроизношение нарушены в меньшей степени.

Тот факт, что у большинства детей уровень нарушения звукопроизношения совпадает с уровнем нарушения моторных функций, позволяет подтвердить положение о том, что развитие звукопроизношения и моторных функций взаимосвязано. Чем сильнее нарушена моторика, тем сложнее недостатки звукопроизношения.

Таким образом,

1. У всех 100% детей логопедическое заключение - ОНР III уровень, у 60% детей – дизартрия, у 40% - дизартрический компонент, анамнез отягощен, это свидетельствует о раннем поражении ЦНС.

2. У 40% сформированность моторных функций соответствует среднему уровню, у 60% - низкому.

3. У 90% испытуемых уровень нарушения звукопроизношения совпадает с уровнем нарушения моторных функций, при этом у 50%

испытуемых звукопроизношение соответствует среднему уровню, а у 50% - низкому.

4. Нарушения звукопроизношения у дошкольников с дизартрией очень разнообразны. Распространенность нарушения произношения различных групп звуков у данной категории испытуемых характеризуется определенными особенностями: преобладание фонетических дефектов, искажений звуков. В 90% случаев выявились фонетические дефекты, в 10% - фонематические.

5. Нарушения общей моторики у испытуемых выражаются в замедленном и неуверенном выполнении заданий, в долгом поиске нужного положения для своего тела, необходимого для выполнения инструкции.

6. Также в ходе исследования выявились несовершенства мелкой моторики, которые проявлялись в нарушениях как кинетического, так и кинестетического праксиса пальцев рук. Отмечались затруднения выполнения сложных поз одной или обеими руками, замедленный темп принятия позы, неточности воспроизведения поз, затруднения в переключении с одной позы на другую.

7. У всех детей отмечаются нарушения артикуляционной моторики, проявляющиеся в снижении объема, точности, силы движений, истощаемости движений, нарушении темпа выполнения движений, некоторые артикуляционные позы недоступны, наличии синкинезий и саливации при функциональной нагрузке, трудности формирования артикуляционного уклада, удержании позы и нарушении переключаемости движений, девиации языка. Также, отмечались ограниченность движений губ, недостаточность двигательной функции мягкого неба, смазанность мимики.

Несформированность кинетической и кинестетической основы движений органов артикуляции влечет за собой недостаточную сформированность звукопроизношения.

Данные констатирующего эксперимента позволили нам использовать уровневый подход для разработки методических рекомендаций по коррекции нарушений моторных функций. 1 группа детей - средний уровень сформированности двигательных функций, 2 группа детей - низкий уровень сформированности двигательных функций.

Итак, по второй главе можно сделать следующие выводы:

1. Для обследования звукопроизношения использовались традиционные методы, разработанные сотрудниками НИИ Дефектологии Р.Е. Левиной Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной. Бальная оценка Т.А. Фотековой. Стимульный материал: предметные картинки О.Б. Иншаковой. Для обследования общей, мелкой, мимической моторики использовались пробы и бальная оценка, предложенные Е.Ф. Архиповой. Для обследования артикуляционной моторики использовались пробы, предложенные Е.Ф. Архиповой, З.А. Репиной. Бальная оценка Т.А. Фотековой.
2. У 40% сформированность моторных функций соответствует среднему уровню, у 60% - низкому. У 50% испытуемых звукопроизношение соответствует среднему уровню, а у 50% - низкому.
3. У 90% испытуемых уровень нарушения звукопроизношения совпадает с уровнем нарушения моторных функций. У 10 % испытуемых уровень развития звукопроизношения не совпадает с уровнем развития моторных навыков.
4. Данные констатирующего эксперимента позволили нам использовать уровневый подход для разработки методических рекомендаций по коррекции нарушений моторных функций. 1 группа детей - средний уровень сформированности двигательных функций, 2 группа детей - низкий уровень сформированности двигательных функций.

II.3. Методические рекомендации по преодолению нарушений моторных функций у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией

На основе результатов констатирующего эксперимента были подобраны дифференцированные методические рекомендации, направленные на развитие моторных функций у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Рекомендации составлены на основе разработок Е.Ф. Архиповой [5], Т.В. Буденной [11], Е.В. Васильевой [12], Г.А. Волковой [18], И.С. Гуровой [23], Н. Кирдиной [28], А.Л. Сиротюк [50], А.А. Шафеевой [55].

Для того чтобы результат работы с детьми был устойчивым необходимо, чтобы работа носила не эпизодический, а системный характер.

Так как в результате обследования нами было выявлено два уровня недоразвития двигательных навыков (низкий и средний), мы разделили работу по преодолению нарушений моторных функций на этапы, прохождение этапов работы предусматривается для каждой группы детей, но каждый этап содержит свои специфические задания с учетом сформированности двигательной сферы ребенка.

Этапы работы включают в себя:

1. Дифференцированный логопедический массаж.
2. Артикуляционная и мимическая гимнастика (статические и динамические упражнения).
3. Развитие мелкой моторики.
4. Кинезиологические упражнения.
5. Логопедическая ритмика.

1. Дифференцированный логопедический массаж.

Дифференцированный логопедический массаж — это одна из логопедических технологий, активный метод механического воздействия. Массаж может проводиться на всех этапах коррекционно-логопедического

воздействия, но особенно значимо его использование на начальных этапах работы, когда у ребенка еще нет принципиальной возможности выполнить определенные артикуляционные движения.

Обычно массаж рекомендуется проводить циклами по 10-15-20 сеансов, желательно каждый день или через день. После перерыва на 1-2 месяца цикл можно повторить. Начальная длительность первых сеансов составляет от 1-2 до 5-6 минут, а конечная — от 15 до 20 минут. Во время массажа ребенок не должен испытывать боли.

При логопедическом массаже наиболее оптимальны следующие положения, которые способствуют нормализации мышечного тонуса и делают более свободным дыхание:

1. В положении лежа на спине под шею ребенка подкладывается небольшой валик, позволяющий несколько приподнять плечи и откинуть назад голову, руки вытянуты вдоль тела, ноги при этом лежат свободно или несколько согнуты в коленях;
2. Ребенок — в положении полусидя;

При массаже лицевой и губной мускулатуры логопед занимает положение сидя за головой ребенка или справа от него. Массируя язык, специалисту удобнее сидеть справа от ребенка.

Расслабляющий массаж артикуляционной мускулатуры.

Расслабляющий массаж артикуляционной мускулатуры применяют в случае повышения мышечного тонуса в речевых мышцах (в лицевой, губной, язычной мускулатуре). Расслабление мышц шеи (пассивные движения головы). Перед началом расслабляющего массажа артикуляционной мускулатуры необходимо добиться расслабления этих мышц. Логопед совершает пассивные движения головой ребенка. Положение ребенка на спине или полусидя, голова несколько свешивается назад:

1. Одной рукой логопед поддерживает шею ребенка сзади, другой производит круговые движения головой сначала по часовой, затем против часовой стрелки;
2. Медленными движениями логопед поворачивает голову ребенка в одну и в другую сторону, покачивает вперед 3-5 раз. Расслабление шейной мускулатуры вызывает некоторое расслабление корня языка. Расслабление оральной мускулатуры достигается легким поглаживанием, похлопыванием мышц лица, губ, шеи, языка. Движения проводятся двумя руками в направлении от периферии к центру. Движения должны быть легкими, скользящими, слегка прижимающими, но не растягивающими кожу. Каждое движение повторяется 5-8 раз.

Расслабление лицевой мускулатуры:

1. Поглаживание от середины лба к вискам;
2. Поглаживание от бровей к волосистой части головы;
3. Поглаживание от линии лба вокруг глаз;
4. Поглаживание бровей от переносицы в стороны до края волос, продолжая линию бровей;
5. Поглаживание от линии лба вниз через все лицо по щекам, подбородку и шее;
6. Поглаживание от нижнего края ушной раковины (от мочек уха) по щекам к крыльям носа;
7. Легкие пощипывающие движения по краю нижней челюсти;
8. Надавливающий массаж лица от корней волос вниз.

Расслабление губной мускулатуры:

1. Поглаживание верхней губы от углов рта к центру;
2. Поглаживание нижней губы от углов рта к центру;
3. Поглаживание верхней губы (движение сверху вниз);
4. Поглаживание нижней губы (движение снизу вверх);
5. Поглаживание носогубных складок от крыльев носа к углам губ;

6. Точечный массаж губ (легкие вращательные движения по часовой стрелке);

7. Легкое постукивание губ пальцами.

Стимулирующий массаж артикуляционной мускулатуры.

Стимулирующий массаж артикуляционной мускулатуры осуществляется при гипотонии мышц (с целью укрепления мышечного тонуса). Массажные движения проводятся от центра к периферии. Укрепление лицевой мускулатуры осуществляется путем поглаживания, растирания, разминания, пощипывания, вибрации. После 4-5 легких движений сила их нарастает. Движения повторяются 8-10 раз.

Укрепление лицевой мускулатуры:

1. Поглаживание лба от середины к вискам;
2. Поглаживание лба от бровей к волосам;
3. Поглаживание бровей;
4. Поглаживание по векам от внутренних к внешним углам глаз и в стороны;
5. Поглаживание щек от носа к ушам и от подбородка к ушам;
6. Сжимание подбородка ритмичными движениями;
7. Разминание скуловой и щечной мышц (спиралевидные движения по скуловой и щечной мышцам);
8. Перетирание щечной мышцы (указательный палец во рту, остальные снаружи);
9. Пощипывание щек.

Укрепление губной мускулатуры:

1. Поглаживание от середины верхней губы к углам;
2. Поглаживание от середины нижней губы к углам;
3. Поглаживание носогубных складок от углов губ к крыльям носа;
4. Пощипывание губ;
5. Покалывание губ.

Массаж язычной мускулатуры.

Массаж языка можно осуществлять различными способами:

1. Зондовый массаж (используются зонды Е. В. Новиковой или постановочные зонды Рау);
2. Пальцевый массаж (в напальчнике или через марлевую салфетку);
3. Массаж деревянным или металлическим шпателем;
4. Массаж зубными щетками. При массаже используются как щетина, так и палочка щетки. Перед началом массажа языка нужно выяснить степень и границу глоточного рефлекса. В случае его повышения во время каждого последующего массажа необходимо понемногу заходить за границу глоточного рефлекса. Массаж языка не следует проводить после кормления ребенка. Во время массажа языка рот ребенка открыт. Логопед сначала делает массаж в полости рта, затем вне полости рта (попросив высунуть язык) и, наконец, удерживая язык марлевой салфеткой.

Приемы массажа языка (направление массажных движений).

1. Поглаживание языка в различных направлениях: от корня языка к кончику (воздействие на продольные мышцы) – от центра языка к боковым краям (поперечные мышцы) – круговые, спиралевидные движения;
2. Похлопывание языка, начиная с кончика, продвигаясь постепенно к корню и обратно (ритмичные надавливания воздействуют на вертикальные мышцы);
3. «Прокачивание» — легкие вибрирующие движения, передаваемые языку через зонд;
4. Массаж верхнего подъема языка, растягивая уздечку (движение снизу вверх под языком);
5. Покалывание языка (игольчатым зондом);
6. «Перетирание» языка марлевой салфеткой или чистым носовым платком (в случае повышенной чувствительности ребенка к марле);

При смешанном варианте необходим расслабляющий массаж и стимулирующий.

Дифференцированный логопедический массаж проводится индивидуально с каждым ребенком. Продолжительность курса устанавливается индивидуально.

2. Артикуляционная и мимическая гимнастика.

Упражнения используются как статические, так и динамические.

Упражнения для развития мимических мышц и артикуляционной моторики:

Для детей с низким уровнем развития двигательных навыков используются пассивные и пассивно-активные упражнения.

Пассивная артикуляционная гимнастика. Данный вид гимнастики предполагает, что активизирует артикуляционные подвижные органы артикуляции не сам ребенок, а педагог.

Цель данной гимнастики - стимулирование кинестетических ощущений от движений активных органов артикуляции.

Пассивно-активная артикуляционная гимнастика осуществляется на безусловно-рефлекторной основе. Занятия ведутся по схеме: вначале воспитываются грубые, диффузные движения упражнения органов. По мере их усвоения ребенком переходят к выработке более дифференцированных движений в этой же области. Принципом отбора артикуляционных упражнений служит характер дефекта произношения и целесообразность рекомендуемых движений для правильного произнесения данного звука. При отборе материала для артикуляционной гимнастики необходимо соблюдать определенную последовательность - идти от простых упражнений к более сложным. Дозировка количества повторений одного и того же упражнения должна быть строго индивидуальной как для каждого ребенка. На первых занятиях иногда приходится ограничиваться двукратным выполнением упражнений в связи с повышенной истощаемостью упражняемой мышцы. В дальнейшем доводить количество повторений до 15-20 [5].

Работа организуется следующим образом.

1. Педагог рассказывает о предстоящем упражнении, используя игровые приемы.
2. Педагог показывает выполнение упражнения.
3. Упражнение выполняет каждый ребенок по очереди, а педагог проверяет правильность выполнения.
4. Упражнение выполняют все дети одновременно.

Упражнения для мимических мышц лица.

1. Поднять брови;
2. Закрыть глаза;
3. Оттянуть мягкие части щеки;
4. Опустить углы губ, поднять углы губ;
5. Наморщить нос, лоб.

Для нижней челюсти:

1. Открыть – закрыть рот. Максимальное открытие рта фиксируется под счет;
2. Выдвижение нижней челюсти вперед, вправо, влево с фиксацией позы под счет с последующим возвращением в исходное положение.

Для губ:

1. Сомкнутые губы вытягиваются вперед хоботком, а затем возвращаются в нормальное положение. Челюсти сжаты;
2. Губы при сжатых челюстях сильно растягиваются в стороны, вверх, вниз, обнажая оба ряда зубов, плотно прижимаясь к деснам, а затем вновь спокойно смыкаются.

Для мягкого неба:

1. Имитация ощущения при глотании "надутого шара", "покажи горло врачу";
2. Выдох горячей струи;
3. Произвольное покашливание (язык у нижних зубов) с активным выдохом и произнесением гласных звуков И, Э, А, О, У, Ы;

Для языка:

1. Рот открыт. Губы в улыбке. Широкий язык удерживается в полости рта в расслабленном, спокойном состоянии под счет до 5—10. Следить, чтобы язык не сужался, а кончик его касался нижних зубов.

2. Шпателем удерживают язык на верхней губе, за верхними зубами, в углах губ, прижимают к нижней губе, удерживая язык широким.

3. Захватывается кончик языка платком или марлевой салфеткой и выполняются движения в стороны до углов рта, вниз, вверх;

Затем эти движения выполняются пассивно-активно. Для перехода к активной гимнастике необходимо ознакомить ребенка с органами артикуляции и их названиями. Предлагают рассмотреть рисунки органов артикуляции, отображение в зеркале.

Для детей со средним уровнем развития двигательных навыков используются активные упражнения:

Упражнения для развития мимической мускулатуры:

1. Поднять брови. Отдельно левую, правую, обе сразу три раза подряд;

2. Закрыть один, другой глаз, оба сразу три раза подряд ;

3. Оттянуть мягкие части щеки;

4. Опустить углы губ, поднять углы губ;

5. Наморщить нос, лоб;

6. Растянуть углы губ и собрать в трубочку;

7. Поднять верхнюю губу, опустить нижнюю.

8. Опустить голову вниз, сделать выдох и в момент выдоха «фыркать» и вибрировать губами.

Вначале тренируются движения отдельных лицевых мышц, затем мышцы объединяются в комплексы, отражающие такие сложные чувства, как радость, огорчение, обиду, ликование. Использовать наглядный материал: картинки с изображением людей, лица которых выражают различные чувства. Для закрепления умения придавать лицу нужное выражение на

занятиях проводятся инсценировки песен, игры-драматизации, разыгрываются этюды.

Для нижней челюсти:

1. Откидывание челюсти вниз с максимальным вытягиванием к подбородку и шепотным произнесением звуков а или э на твердой атаке;
2. Открывание рта с преодолением сопротивления и произнесением звуков а или э на мягкой атаке;
3. Круговые движения челюстью (подбородком рисуем букву о);
4. Максимально частое открывание рта с произнесением звуков ла-па-па.

Для губ:

1. Поднимание и опускание в 4 приема поочередно обеих губ: верхнюю губу поднять, нижнюю губу опустить, верхнюю опустить до нормы, нижнюю поднять до нормы;
2. Движение губ хоботком влево, вправо; так же — растянутыми губами;
3. Вращательное движение губ хоботком: вверх, влево, вниз, вправо; сначала движения выполняются отдельно, потом слитно.

Для мягкого неба:

1. Позевывание с произнесением гласных И, Е, Я, Э, А, О, У, Ы;
2. Полоскание горла с запрокинутой головой;
3. Произвольное движение мягкого неба в плоскости вверх-вниз по заданию и его напряжение при широко открытом рте (контроль за движением перед зеркалом).

Для языка:

1. Рот открыт. Губы растянуты — оскал. Высовывание языка наружу иголкой;
2. Рот открыт. Губы в улыбке. Поочередное высовывание широкого и узкого языка: «лопатой» — «жалом». Следить, чтобы губы и челюсть были неподвижны;

3. Рот открыт. Губы в улыбке. Напряженный язык кончиком упирается то в одну, то в другую щеку. Следить, чтобы челюсть и губы не двигались.

Активная артикуляционная гимнастика. Цель гимнастики - выработка полноценных, точных, плавных движений и определенных положений органов артикуляционного аппарата, умение объединять простые движения и сложные, необходимые для правильного произнесения звуков. Упражнения выполняются самим ребенком по образцу [2].

Активная артикуляционная гимнастика

Для детей с низким уровнем развития двигательных навыков:

Упражнение 1. «Забор».

Цель: подготовить артикуляцию для свистящих звуков, активизировать губы.

Проведение: перед зеркалом просим ребенка максимально растянуть губы (улыбнуться), показать верхние и нижние зубы. Верхние зубы должны находиться напротив нижних зубов. Следить, чтобы ребенок не морщил нос. Удерживать под счет до 5.

Упражнение 2. «Окно».

Цель: уметь удерживать открытым рот с одновременным показом верхних и нижних зубов.

Проведение: открыть широко рот. Зубы должны быть видны. Удерживать под счет до 5.

Упражнение 3. «Парус».

Цель: подготовка верхнего подъема языка для звуков [р], [л].

Проведение: открыть широко рот при этом широкий язык упирается в альвеолы. Следить, чтобы язык не провисал, а был напряженным и широким, определялась подъязычная связка. Удерживать под счет до 5.

Упражнение 4. «Трубочка».

Цель: выработать активность и подвижность губ.

Проведение: вытянуть губы вперед, плотно их сомкнуть, чтобы в центре не было дырочки. Нижняя челюсть не опускается. Удерживать под счет до 5.

Упражнение 5. Чередование: «Забор» — «Трубочка».

Цель: добиться ритмичного, точного переключения с одной артикуляции на другую.

Проведение: из положения «Забор» выполнить движение «Трубочка». Упражнения выполняются 5—6 раз в разном темпе. Начинать в медленном темпе. Рука под подбородком, чтобы контролировать неподвижность подбородка.

Упражнение 6. «Лопата».

Цель: выработать широкое и спокойное положение языка, что необходимо для подготовки шипящих звуков.

Проведение: Широкий язык лежит неподвижно на нижней губе, которая не должна подворачиваться, верхняя должна обнажать зубы. Удерживать под счет до 5.

Упражнение 7. «Вкусное варенье».

Цель: сформировать: верхний подъем языка в форме «Чашечки», удерживание языка на верхней губе и выполнение облизывающего движения сверху вниз.

Проведение: широкий язык поднять к верхней губе и выполнить облизывающие движения сверху вниз 2—3 раза в медленном темпе. Движения языка сверху вниз по верхней губе.

Упражнение 8. «Цокает лошадка».

Цель: выработать тонкие дифференцированные движения кончиком языка для звука [р].

Проведение: язык за верхними зубами, при широко открытом рте цокать языком. Челюсть неподвижна. Выполнить 5-6 раз. Рука держит подбородок, чтобы он не двигался во время щелканья.

Упражнение 9. «Дятел».

Цель: формировать вибрацию кончика языка для звука [р].

Проведение: широко открыть рот, при этом широкий язык прижат к альвеолам, произносить звук [д] в ускоренном темпе. Серии ударов языком по альвеолам напоминают стук дятла: «Д — ддд», «Д — ддд» (один удар и несколько ударов в быстром темпе). Выполняется 3—5 таких серий.

Упражнение 10. «Качели».

Цель: дифференцировать нижнее и верхнее положение языка, что необходимо для дифференциации свистящих и шипящих звуков.

Проведение: широко открыть рот и кончиком языка по очереди касаться верхней и нижней губы. Чередовать 5—6 раз в темпе, заданном логопедом. Челюсть не шевелится.

3. Развитие мелкой моторики.

Развитие мелкой моторики проводится для обеих групп, как над кинестетическим, так и над кинетическим праксисом рук [10].

Упражнения для развития кинестетических движений.

Для низкого уровня.

1. Опустить правую, затем левую руки, четыре пальца сжаты, а большой палец вытянут вверх;
2. Опустить правую, затем левую руки, четыре пальца сжаты, а большой палец вправо затем влево;
3. Сжать кисти обеих рук в кулаки, большие пальцы вытянуть вверх;
4. Кисть правой, затем левой руки сжать в кулак, сверху горизонтально положить на нее кисть другой руки.

Для среднего уровня:

1. Кисть правой, затем левой руки сжать в кулак, кисть другой руки прислонить вертикально;
2. Вытянуть указательный палец и мизинец правой затем левой руки вперед, остальные пальцы сжаты;

3. Соединить большой палец правой руки затем левой с любым другим в кольцо;
4. С помощью указательного пальца с закрытыми глазами воспроизвести графическую фигуру (круг, квадрат, треугольник).

Упражнения для развития кинетического праксиса руки.

Для низкого уровня.

1. Поочередно прикасаться большим пальцем ко второму, третьему, четвертому и пятому пальцам правой руки в медленном темпе;
2. Поочередно прикасаться большим пальцем ко второму, третьему, четвертому и пятому пальцам левой руки в медленном темпе;
3. То же упражнение двумя руками одновременно в медленном темпе.

Для среднего уровня.

1. Пальцами правой руки, затем левой, скатать в шарик лист папиросной бумаги, не помогая себе другой рукой;
2. Нанизать бусины на нить и завязать концы бантиком.
3. Двумя руками большим и указательным пальцем одновременно брать со стола спички и складывать их в коробок;
4. Одновременно выбрасывать вперед кисти рук, пальцы одной руки сжаты в кулак, а другой соединены в кольцо;

Игры с мелкими предметами [8]:

1. Аппликации, складывание оригами;
2. Собираание разрезных картинок;
3. «Угадай игрушку» - определение на ощупь.

4. Кинезиологические упражнения:

Специально организованные кинезиологические упражнения используют для оптимизации деятельности мозга и тела [46].

Для детей с низким уровнем развития двигательных навыков:

«Кольцо» — поочередно перебирать пальцы рук, соединяя в кольцо с большим пальцем последовательно указательный, средний и т.д.

«Кошка» - последовательно менять два положения руки: кулак, ладонь (сначала правой рукой, потом левой, затем двумя руками вместе).

«Ухо-нос» - левой рукой взяться за кончик носа, правой - за противоположное ухо, затем одновременно опустить руки и поменять их положение.

«Лезгинка» - левую руку сложить в кулак, большой палец отставить в сторону, кулак развернуть пальцами к себе. Правой рукой прямой ладонью в горизонтальном положении прикоснуться к мизинцу левой. После одновременно сменить положение правой и левой рук.

"Кулак - ребро – ладонь" — последовательно менять три положения: сжатая в кулак ладонь, ладонь ребром на плоскости стола, ладонь на плоскости стола (сначала правой рукой, потом левой, затем двумя руками вместе).

«Ладушки-оладушки»: правая рука лежит ладонью вниз, а левая – ладонью вверх; одновременная смена позиции со словами: «Мы играли в ладушки – жарили оладушки, так пожарим, повернем и опять играть начнем»

«Симметричные рисунки» - рисовать в воздухе обеими руками зеркально симметричные рисунки (начинать лучше с круглого предмета: яблоко, арбуз и т.д. Главное, чтобы ребенок смотрел во время «рисования» на свою руку).

Сначала мы с воспитанниками разучиваем упражнения, отрабатывая технику. А затем, используем их в сюжете совместно придуманных сказок. В результате чего улучшается межполушарное взаимодействие, стимулируется работа головного мозга, развивается речь, активизируется словарь, развивается воображение, мышление.

Для детей со средним уровнем развития двигательных навыков:

Кинезиологическая сказка «Два котенка».

(способ организации детей – сидя за столами)

Жил-был на свете белый, пушистый котенок по имени Снежок (дети показывают правый кулачок).

Он очень любил прогуливаться по своему саду (выполнение упражнения «Кошка» со словами: «Кулачок-ладошка, так гуляет кошка»).

В саду росли высокие деревья (руки вверх, развести пальцы в стороны) и низкие кустарники (кисти рук стоят на столе, пальцы разведены в стороны).

И вот однажды, Снежок вышел из своего дома, прогуляться (выполнение упражнения «Кошка» правой рукой со словами: «Кулачок-ладошка, так гуляет кошка») и увидел, что на полянке бегает черный котенок (выполнение упражнения «Кошка» левой рукой со словами).

Он быстро помчался к нему, чтобы познакомиться (выполнение упражнения «Кошка» в быстром темпе).

Котенка звали Уголек. Они подружились и стали бегать друг за другом (выполнение упражнения «Кошка» с одновременной сменой позиции).

И тут Снежок нашел на траве кольцо (упражнение «Кольцо»: поочередно, соединяя в кольцо большой палец с последующими, со словами: «Раз, два, три, четыре, пять – весело колечко будем примерять!»), он стал примерять его на правую лапку, а затем на левую, но колечко оказалось ему велико.

Тогда Уголек стал его примерять (Упражнение «Кольцо»: из большого и указательного пальцев правой руки делаем колечко и начинаем его нанизывать, не размыкая пальцы на каждый палец левой руки со словами: «Мизинец, безымянный, средний, указательный, большой – ой, ой, ой!»).

И тут кольцо упало и покатилося по тропинке – котята за ним (упражнение «Кошка»).

И привела их тропинка к пруду, на котором сидела лягушка и громко плакала, от того, что ей было грустно одной.

Котята решили ее развеселить и показали ей интересную игру (упражнение «Ладушки-оладушки»: правая рука лежит ладонью вниз, а левая – ладонью вверх; одновременная смена позиции со словами: «Мы играли в

ладушки – жарили оладушки, так пожарим, повернем и опять играть начнем»). Но лягушка не стала веселей, тогда котята предложили ей станцевать (упражнение «Лезгинка»: левую руку сложить в кулак, большой палец отставить в сторону, кулак развернуть пальцами к себе. Правой рукой прямой ладонью в горизонтальном положении прикоснуться к мизинцу левой. После одновременно сменить положение правой и левой рук; ускоряя скорость).

Лягушка развеселилась и поблагодарила котят. А потом сказала, что темнеет, приближается ночь и ей пора в пруд (упражнение «Лягушка»: смена трех положений руки кулак-ребро-ладонь, со словами: «Лягушка хочет в пруд, лягушке страшно тут!»).

Котята попрощались с ней и тоже отправились домой (упражнение «Кошка»).

По дороге они наблюдали, как на небе мерцают звезды (упражнение «Звездочки»: правая ладонь пальцы в кулак, левая – пальцы в стороны – смена позиций).

Вот они и дошли до дома, уставшие они улеглись на коврик (вытянуть пальцы из кулачка) и уснули.

Предложить ребенку чистить зубы, причесываться, доставать предметы, рисовать и даже писать другой рукой. Выполнение обычного действия неведущей рукой активизирует новые участки мозга и помогает развивать новые контакты между клетками мозга.

5. Логопедическая ритмика.

Работа проводится для обеих групп по развитию точности, координации движений, ориентировки в пространстве. Но для детей со средним уровнем развития двигательных навыков используются упражнения, требующие более сложнокоординированные движения, упражнения на переключаемость.

1. «Стоп, хоп, раз».

Дети идут под музыку друг за другом. На сигнал «стоп» останавливаются и стоят в течение 3 секунд, затем 5—10, на сигнал «хоп» подпрыгивают, сигнал «раз» поворачиваются кругом и идут в обратном направлении. Из игры выходит. Тот, кто ошибется, и кто беспокойно стоял на сигнал «стоп».

А для детей с низким уровнем развития упражнения менее сложнокоординированные.

1. «Лягушки».

Посередине лежит шнур в форме круга или круг начерчен на полу мелом. Одна группа детей стоит у круга, другая сидит. Педагог и сидящие дети говорят: «Вот лягушки по дорожке скачут, вытянувши ножки. Ква-ква-ква-ква-ква! Скачут, вытянувши ножки». Дети, стоящие по кругу, подпрыгивают, изображая «лягушек». По окончании стихотворения, сидящие на стульях дети, хлопают в ладоши (пугают «лягушек»), те прыгают в «болотце» — перепрыгивая через черту и присаживаясь на корточки, произносят: «Ква-ква».

Таким образом, подобранные рекомендации, направленные на развитие двигательных навыков у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией будут результативны при условии, что коррекционная работа будет носить не эпизодический, а системный характер.

Заключение

Проанализировав теоретическую литературу, нами было отмечено, что проблема изучения моторных функций детей старшего дошкольного возраста до сих пор остается актуальной, несмотря на множественные исследования в области логопедии.

Для решения первой задачи была проанализирована психолого-педагогическая, медико-педагогическая, лингвистическая, педагогическая и логопедическая литература по проблеме исследования, сделаны выводы о том, что для дизартрии характерно наличие неврологической симптоматики поражения центральной нервной системы. Отмечаются разнообразные стойкие нарушения фонетической и просодической сторон речи, психические процессы.

Ребенок начинает овладевать двигательными навыками с момента рождения. Развитие моторных функций биологически обусловлено не только созреванием соответствующих морфологических участков головного мозга, но и накоплением при этом индивидуального двигательного опыта, который получает право на существование лишь в процессе речевого общения с окружающими людьми.

У детей с дизартрией отмечается нарушения сформированности моторной сферы в целом, характеризующаяся замедленными, неловкими, скованными, недифференцированными движениями, что будет негативно сказываться на активности и двигательного поведения ребенка, его социализации, на возможностях осуществления многих видов деятельности, требующих определенного уровня моторного развития.

Логопедическое воздействие по коррекции нарушения моторных функций осуществляется поэтапно, при этом на каждом этапе решается задача, подчиненная общей цели работы.

Для решения второй задачи был проведен констатирующий эксперимент, в ходе которого нами были изучены особенности и выявлены

уровни сформированности моторных функций у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией. Результаты эксперимента указывают на то, что у 40% сформированность моторных функций соответствует среднему уровню, у 60% - низкому. У 50% испытуемых звукопроизношение соответствует среднему уровню, а у 50% - низкому.

У 90% испытуемых уровень нарушения звукопроизношения совпадает с уровнем нарушения моторных функций. И только у 10 % испытуемых уровень развития звукопроизношения не совпадает с уровнем развития моторных навыков. Это позволяет сделать вывод о том, что в основном развитие звукопроизношения и моторики взаимосвязано. Чем сильнее нарушена моторика, тем сложнее недостатки звукопроизношения.

Констатирующий эксперимент позволил сделать вывод о том, что нарушения звукопроизношения у дошкольников с дизартрией очень разнообразны. Распространенность нарушения произношения различных групп звуков у данной категории испытуемых характеризуется определенными особенностями: преобладание фонетических дефектов, искажений звуков. В 90% случаев выявились фонетические дефекты, в 10% - фонематические.

Также в ходе исследования выявилась несформированность мелкой моторики, которая проявляется в затруднении выполнения сложных поз одной или обеими руками, в замедленности темпа принятия позы, неточности воспроизведения поз, затруднения в переключении с одной позы на другую.

Стоит отметить, что у большинства детей старшего дошкольного возраста с дизартрией недостаточно сформированы моторные функции. Также выявлены особенности развития: снижение объема, точности, силы движений, истощаемость движений, нарушение темпа выполнения движений, некоторые артикуляционные позы недоступны, наличие синкинезий и саливации при функциональной нагрузке, трудности

формирования артикуляционного уклада и нарушения переключаемости, девиации языка.

Для решения третьей задачи были подобраны дифференцированные методические рекомендации для детей со средним и низким уровнем по коррекции моторных функций.

В ходе дипломной работы цель нашего исследования – выявить особенности и уровень сформированности моторных функций детей старшего дошкольного возраста с дизартрией - реализована. Гипотеза исследования подтверждена. Поставленные задачи решены в полном объеме.

Список используемой литературы

1. Аксенова Л.И., Специальная педагогика/ Л.И. Аксенова, Б.А. Архипов, Л.И. Белякова; Под ред. Н.М.Назаровой. - М.: Издательский центр «Академия», 2004.- С.46
2. Алмазова Е. С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. — М: Просвещение, 1973.-С.12
3. Анищенкова Е.С., Пособие для родителей и педагогов.- М.: ООО «Издательство Астрель», Родничок., 2006.-41с.
4. Архипова, Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей / Е.Ф. Архипова. — М.: АСТ: Астрель, 2008. — С.- 50-61
5. Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2008.-С.4-7
6. Архипова Е.Ф., Стертая дизартрия у детей. М.: АСТ: Астрель, 2007. – С. 25 – 58
7. Бадалян Л. О. Невропатология: Учебник для студ. дефектол. фак. высш. пед. учеб. заведений. - 2-е изд., испр. - М.: Издательский центр «Академия», 2003.
7. Безруких М.М., Возрастная физиология: (Физиология развития ребенка): Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб, заведений /, В. Д. Сонькин, Д. А. Фарбер. — М.: Издательский центр «Академия», 2002. — С. 126
8. Белякова Л.И., Волоскова Н.Н., Логопедия. Дизартрия. – М.: Владос, 2009. – С.48 – 67, 76.
9. Брюховских Л.А., Дизартрия: учебно-методическое пособие по логопедии / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева.- Красноярск, 2012.- С.6-8
10. Брюховских Л.А. Формирование понимания сложных логико-грамматических структур языка у младших школьников с дизартрией и

недоразвитием пространственных представлений: Дис. на соискание учебной степени кандидата пед.наук.-2005.-С.50

11. Буденная Т.В. Логопедическая гимнастика: Методическое пособие. — СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2001. — С.-15-31

12. Васильева Е.В. Образовательная кинесиология как составляющая часть учителя-логопеда//Логопед.-2012.-№1.-С.46-49

13. Верясова Т.В., Система упражнений по развитию ручного и артикуляционного праксиса – учебное пособие – Екатеринбург, 2000.-С.6-15

14. Винарская Е.Н., Дизартрия — М.: АСТ: Астрель, Хранитель, 2006.- С. 37.

15. Винарская Е.Н., Л.В. Мелехова, К вопросу о методике логопедической работы при премоторной корковой дизартрии взрослых // Речевые расстройства у детей и методы их устранения: сб. научных трудов, М.: МГПИ, 1978.- С. 61-68.

16. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии.М.,1973

17. Волкова Л. С., Логопедия: учебник. для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / под ред.. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС : ил. - (Коррекционная педагогика), 2007. – 191 с.

18. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений. - М: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, (Коррекционная педагогика) 2002. – с.194-209

19. Волосова Е. Развитие ребенка раннего возраста. Основные показатели // Библиотека "Обруч". - 1999. - № 0. - С. 1.

20. Выготский Л.С., Мышление и речь: психологические исследования./Л.С.Выготский. - М.: Лабиринт, 1966. - 500с.

21. Герасименко, Ю.В. Коррекция нарушений речевого развития у детей: автореф. дисс. кандидат пед.наук : 09.06.86/Ю.В.Герасименко; Сантк-Петербур. гос. унив.-Санкт-Петербург, 2008.- С. 17 – 21

22. Горшенёва С.В., Федосова О.Ю.. Проблемы диагностики дизартрических расстройств в детском возрасте//Логопед в детском саду. Научно-методический журнал.- 2009.-№8.-С.36-40
23. Гурова И.С. Пальчиковый бассейн как средство коррекции речи детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата//Логопед.-2012.-№7.-С.89-95
24. Иншакова О.Б., Альбом для логопеда /О.Б.Иншакова. - 2-е изд. испр. и доп.-М.:Гуманитар.изд. центр Владос, 2011.- 279с. : ил.- (Коррекционная педагогика).
25. Ильин Е.П., Психомоторная организация человека: Учебник для вузов. - СПб.: Питер, 2003. - 384с.
26. Кайл Р., Тайны психики ребенка./Р.Кайл. - 3-е междунар. изд. Прайм-Еврознак. - СПб.: Олма-Пресс, 2002. - 413 с.
27. Каше Г.А. Недостатки произношения звуков у учащихся массовой школы.//Недостатки речи у учащихся./Под ред. Левиной Р.Е.-М., 1987.- С.52-55
28. Кирдина Н. Девочки и мальчики загибают пальчики развитие ручной моторики при стертой форме дизартрии.-Здоровье детей.-2014.-№1.-С.32-33
29. Кольцова М.М., Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка = Роль двигательного анализатора в формировании высшей нервной деятельности ребенка. – Москва : Педагогика, 1973. – 142 с.
30. Кольцова М.М., Ребенок учится говорить.-М.: «Сов. Россия», 1973. – С.22
31. Краузе Е.Н., Логопедия. – Санкт-Петербург, Корона принт, 2002.
32. Левченко И.Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений . - М.: Издательский центр «Академия», 2001. — с.48
33. Логинова, Н.Э. Методика коррекционной работы по развитию речи в процессе ручного труда у младших школьников с нарушениями в развитии [Текст] / Н.Э. Логинова // Формирование навыков практической деятельности

- у младших школьников с особыми образовательными потребностями: Методические рекомендации для педагогов коррекционной школы / Под ред. Н.Э. Логиновой. – Омск: БОУДПО «ИРООО», 2009. – С. 5-27.
34. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В., Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии) - Учебное пособие. Спб.: Изд-во «СОЮЗ», 2000. – С.60.
35. Лопатина, Л.В. Изучение и коррекция нарушений психомоторики у детей с минимальными дизартрическими расстройствами /Л.В.Лопатина// Дефектология. - 2003. - №5.- с.45-51.
36. Ляпидевский С.С. Расстройства речи у детей и подростков.- Москва., 1969
37. Мартынова Р. И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрий и функциональной дислалией : хрестоматия по логопедии: учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 т. Т1./ под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. -214
38. Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом: Кн. для логопеда. - М.: Просвещение, 1985.
39. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика: Ранний и дошкольный возраст. - М.,1997.
40. Мастюкова Е.М. Основы клинической типологии и медицинской коррекции общего недоразвития речи у дошкольников: Теория и практика коррекционного обучения дошкольников с речевыми нарушениями. — М., 1991.
41. Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 59 комбинированного вида»[Электронный ресурс] / Об учреждении— Режим доступа: <http://59.doukrsk.ru/>, свободный. — Загл. с экрана. — Яз. рус.

42. Пейпер А., Особенности деятельности мозга ребенка, 1962.- С.87
43. Поваляева М.А. Справочник логопеда - Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002.- С.90-91
44. Правдина О. В., Логопедия. Учеб. пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. Изд. 2-е, доп. и перераб. - М.: Просвещение, 1973. – 272 с.
45. Правдина О.В., Семенова К. А., Логопедический массаж Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М. Изд. центр «Академия», 2003, - 96 с.
46. Приходько О.Г., Принципы, задачи и методы логопедической работы при дизартрии//Специальное образование. Научно-методический журнал.-2010.- №4.-С.57-79
47. Репина З.А., Нейропсихологическое изучение детей с тяжелыми дефектами речи: Учеб. пособие / Урал.гос.пед.ун-т. – Екатеринбург, 1995.- С.76-77.
48. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии - СПб: Издательство «Питер», 2000. – С.144
49. Селиверстов В.И., Понятийно-терминологический словарь логопеда. - М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1997. -с.133
50. Сиротюк А.Л. Коррекция развития интеллекта дошкольников.-М: ТЦ Сфера, 2001. - с.-22-23
51. Федосова О.Ю., Условия создания прочного навыка звукопроизношения у детей с легкой степенью дизартрии.– Логопед в детском саду № 2, 2005.
52. Филичева Т. Б. и др., Основы логопедии: Учеб.пособие для студентов пед. ин-тов по спец. «Педагогика и психология (дошк.)» / Т. Б. Филичева, Н. А.Чевелева, Г. В. Чиркина.- М.: Просвещение, 1989.—223 с.
53. Фотекова Т.А. Тестовая методика диагностики устной речи младших школьников. –М.:Аркти,2000
54. Фроликова О.А., Екжанова Е.А. «Развитие моторики и координации», СПб, 2007.

55. Шафеева А.А. Логопедический массаж: метод. пособие/А.А. Шафеева.- М.:БЕТА- ФРЕЙМ.2009.-С.23-26
56. Шашкина Г. Р., Логопедическая ритмика для дошкольников с нарушениями речи: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2005. – с.12
57. Эйдинова М.Б., Правдина-Винарская Е.Н., Лечебно-компенсаторная работа при детском церебральном параличе . - М.: Изд. АПН РСФСР, 1959. - 21

Таблица 1

Результаты обследования звукопроизношения (количественные)

Имя ребенка	Свистящие	Шипящие	Л, ЛЬ	Р,РЬ	Остальные	Итого	Уровень
Александра Я.	3	1,5	1,5	0	3	9	Средний
Анастасия Б.	3	1,5	1,5	1	3	10	Средний
Арсений К.	1,5	1	1	0	3	6,5	Низкий
Богдан Ж.	1,5	1,5	1,5	1,5	3	9	Средний
Денис Т.	1,5	1	1	0	3	6,5	Низкий
Елена В.	1	1,5	1,5	1	3	8	Средний
Ксения Л.	1,5	1	1	0	3	6,5	Низкий
Никита Ц.	1,5	1	0	0	3	5,5	Низкий
Станислава Е.	1,5	1,5	1	1	3	8	Средний
Таисия П.	1,5	1,5	0	0	3	6	Низкий

Результаты обследования звукопроизношения (качественные)

Имя ребенка	Свистящие	Шипящие	Л, ЛЬ	Р,РЬ
Александра Я.	норма	межзубный сигматизм	межзубный ламбдацизм Л, ЛЬ - сохранно	Р-Л межзубный, РЬ - сохранно
Анастасия Б.	норма	межзубный сигматизм	межзубный ламбдацизм Л, ЛЬ - сохранно	Р-Л межзубный, РЬ - сохранно

Арсений К.	межзубны й сигматизм	межзубный сигматизм	межзубн ый ламбдаци зм Л, ЛЬ - сохранно	Р-Л межзубный, РЬ - сохранно
Богдан Ж.	межзубны й сигматизм	межзубный сигматизм	межзубн ый ламбдаци зм Л, ЛЬ - сохранно	Р-Л межзубный, РЬ - сохранно
Денис Т.	межзубны й сигматизм	Ш-Т, Ж-Д, Ч-ТЬ, Щ-ТЬ	межзубн ый ламбдаци зм Л, ЛЬ - сохранно	Р-Л межзубный, РЬ - сохранно
Елена В.	боковой сигматизм	боковой сигматизм	отсутстви е звуков	отсутствие звуков
Ксения Л.	губно- зубной сигматизм	губно- зубной сигматизм	двугубны й ламбдаци зм	велярный ротацизм
Никита Ц.	губно- зубной сигматизм	губно- зубной сигматизм	губно- зубной ламбдаци зм	увулярный ротацизм
Станислава Е.	межзубны й сигматизм	межзубный сигматизм	межзубн ый ламбдаци зм Л, ЛЬ - сохранно	Р-Л межзубный, РЬ - сохранно
Таисия П.	боковой сигматизм	боковой сигматизм	отсутстви е звуков	отсутствие звуков

Таблица 2

Результаты обследования общей моторики

Имя ребенка	Состояние общей моторики		
	1 серия зад. Баллы	Проявления	Уровень
Александра Я.	1	Мяч подбрасывала низко, при остановке по команде быстро оступалась	Низкий
Анастасия Б.	3	Выполняла в замедленном темпе	Средний
Арсений К.	2	Задания выполнялись недостаточно точно	Низкий
Богдан Ж.	3	Выполняла в замедленном темпе	Средний
Денис Т.	2	Терял равновесие, стоя на одной ноге, часто ее опускал	Низкий
Елена В.	3	Путала правую и левую ноги, вытягивала руки в стороны для сохранения равновесия	Средний
Ксения Л.	2	Задания выполнялись недостаточно точно	Низкий
Никита Ц.	2	Путал правую и левую ноги	Низкий
Станислава Е.	3	На правой ноге стояла уверенно, а на левой теряла равновесие	Средний
Таисия П.	3	Выполняла в замедленном темпе	Средний

Таблица 3.

Результаты обследования мелкой моторики

Имя ребёнка	1 серия. Баллы	Проявления	2 серия. Баллы	Проявления	Уровень
Александра Я.	1	Задания выполняла с нарушением последовательности движений, были перестановки, пропуски движений. Напряженные пальцы	1	Многократные ошибки, дизритмия, наличие лишних движений, замена одних движений другими	Низкий
Анастасия Б.	3	Задания выполнял правильно, но в замедленном темпе	3	Задание выполняла правильно, но в замедленном темпе	Средний
Арсений К.	2	Задания выполнял в замедленном темпе с появлением синкинезий, перепутал левую и правую руки	2	При выполнении задания были единичные ошибки, дизритмия, скованность движений	Низкий
Богдан Ж.	4	Все задания выполнял правильно, без зрительного контроля за движениями	4	Задание выполнял правильно без помощи	Высокий

Денис Т.	2	Задания выполнял в замедленном темпе с появлением синкинезий, скованность движений	1	Множественные ошибки, дизритмия, замена одних движений другими	Низкий
Елена В.	3	Задания выполняла правильно, но в замедленном темпе	3	Задание выполняла правильно, но в замедленном темпе	Средний
Ксения Л.	3	Задания выполняла в замедленном темпе	2	Наличие лишних движений	Низкий
Никита Ц.	3	Задания выполнял правильно, но в замедленном темпе	3	Задание выполнял правильно, но в замедленном темпе	Средний
Станислава Е.	3	Задания выполняла правильно, но в замедленном темпе	3	Задание выполняла правильно, но в замедленном темпе	Средний
Таисия П.	3	Задания выполняла в замедленном	2	При выполнении задания были единичные ошибки	Низкий

Таблица 4.

Результаты обследования мимической мускулатуры

Имя ребенка	Состояние мимической мускулатуры		
	1 серия зад. Баллы	Проявления	Уровень
Александра Я.	1	Затруднения при выполнении движений, синкенизии при выполнении заданий, сглаженность носогубных складок.	Низкий
Анастасия Б.	3	Неточное выполнение движений	Средний
Арсений К.	2	Единичные движения нарушены, единичные патологические симптомы	Низкий
Богдан Ж.	3	Неточное выполнение движений	Средний
Денис Т.	2	Единичные движения нарушены	Низкий
Елена В.	2	Единичные движения нарушены	Низкий
Ксения Л.	2	Единичные движения нарушены	Низкий
Никита Ц.	2	Единичные движения нарушены	Низкий
Станислав Е.	3	Неточное выполнение движений	Средний
Таисия П.	2	Единичные движения нарушены	Низкий

Таблица 5.

Результаты обследования артикуляционной моторики

Имя ребенка	Состояние артикуляционной моторики											
	1	Проявления	У	2	Проявления	У	3	Проявления	У	4	Проявления	У
	серия		ровень	серия		ровень	серия		ровень	серия		ровень
Александра Я.	2	Ограниченно движени й верхней губы	Н	3	Замедлен ное выполне ние	С	3	Замедлен ное выполне ние	С	2	Саливация, усиливающ аяся при нагрузке	Н
Анастасия Б.	3	Неточное выполнен ие, синкинез ии	С	3	Замедлен ное переключ ений движен ий	С	4	Точное выполнен ие движен ий	В	3	Синкинези, тремор	С
Арсений К.	3	Синкинез ии	С	3	Переключ ение движен ий замедлен но	С	3	Замедлен ное выполне ние	С	3	Синкинези, тремор	С

Богдан Ж.	3	Синкинезии	С	4	Все движения координированы, но немного замедлены	В	4	Точное, но немного напряженное выполнение движений	В	4	Точное, но немного напряженное выполнение движений	В
Денис Т.	3	Неточное выполнение, синкинезии	С	3	Замедленное переключение движений	С	3	Замедленное выполнение	С	3	Неточное выполнение заданий, синкинезии	С
Елена В.	3	Неточное выполнение, синкинезии	С	3	Замедленное выполнение	С	4	Точное выполнение движений	В	3	Неточное выполнение заданий, синкинезии, тремор	С
Ксения Л.	3	Неточное выполнение, синкинезии	С	3	Замедленное выполнение	С	3	Замедленное выполнение	С	3	Неточное выполнение заданий, синкинезии, тремор	С
Никита Ц.	2	Синкинезии	Н	3	Замедленное переключение движений	С	3	Замедленное выполнение	С	2	Умеренно выраженное нарушение тонуса языка	Н
Станислава Е.	2	Верхняя губа напряжена	Н	3	Замедленное переключение	С	3	Замедленное выполнение	С	3	Неточное выполнение заданий, синкинезии, тремор	С

Таисия П.	3	Синкинезии	С	3	Замедленное переключение движений	С	3	Замедленное выполнение	С	2	Умеренно выраженное нарушение тонуса языка	Н
-----------	---	------------	---	---	-----------------------------------	---	---	------------------------	---	---	--	---

Таблица 6.

**Шкала коэффициентов, обозначающих сформированность
моторных функций у детей старшего дошкольного возраста с
дизартрией**

Имя ребенка	Звукопроизношение	Общая моторика	Мелкая моторика	Мимическая мускулатура	Артикуляционная моторика	Итого
Александр А. Я.	9	1	2	1	10	23
Анастасия Б.	10	3	6	3	13	35
Арсений К.	6,5	2	4	2	12	26,5
Богдан Ж.	10,5	3	8	3	15	39,5
Денис Т.	6,5	2	3	2	12	25,5
Елена В.	8	3	6	2	12	31
Ксения Л.	6,5	2	5	2	12	27,5
Никита Ц.	5,5	2	6	2	10	26,5
Станислав А. Е.	8	3	6	3	11	31
Таисия П.	6	3	5	2	11	27

Логоритмические упражнения

«Деревцо»

Дует ветер нам в лицо

(махать руками ладонками к себе)

Закачалось деревцо

(руки подняты, покачивания туловищем из стороны в сторону)

Ветерок всё тише-тише,

(плавно опустить руки)

Деревцо всё выше-выше.

(поднять руки и тянуться вверх)

«Физкульт-привет»

На болоте две подружки,

Две зеленые лягушки

Утром рано умывались,

(имитировать умывание)

Полотенцем растирались.

(имитировать растирание спины полотенцем)

Ножками топали,

Ручками хлопали.

Вправо-влево наклонялись

И обратно возвращались.

(имитировать движения, указанные в тексте)

Вот здоровья в чем секрет:

Всем друзьям - физкульт-привет!

(резко поднять руки вверх)