

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ им. В. П. АСТАФЬЕВА  
(КГПУ им. В. П. Астафьева)

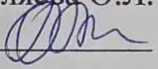
Институт социально-гуманитарных технологий  
Выпускающая кафедра коррекционной педагогики

**КОШЕЛЕВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА**  
ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

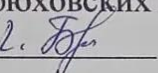
Особенности нарушений моторных функций у старших дошкольников с  
задержкой психического развития и дизартрией

Направление подготовки 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование  
Направленность (профиль) образовательной программы Логопедия

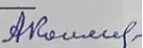
ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ  
Заведующий кафедрой  
канд. пед. наук, доцент Беляева О.Л.

18.06.2026 

Научный руководитель:  
канд. пед. наук, доцент Брюховских Л.А.

18 мая 2026 

Дата защиты:  
18 июня 2026

Обучающийся: Кошелева А.А. 

Оценка \_\_\_\_\_

Красноярск 2026

## Содержание

Введение .....	3
Глава I. Теоретико-методические основы нарушений моторных функций у старших дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией....	8
1.1 Развитие моторных функций детей дошкольного возраста в онтогенезе (в норме).....	8
1.2 Психолого-педагогическая характеристика детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития и дизартрией.....	14
1.3 Нарушения моторных функций у старших дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией.....	19
Выводы по первой главе.....	25
Глава II. Экспериментальное изучение нарушений моторных функций у старших дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией..	26
2.1 Цель, задачи методики констатирующего эксперимента.....	26
2.2 Анализ результатов констатирующего эксперимента.....	30
2.3 Методические рекомендации по коррекции моторных функций у детей дошкольного возраста с задержкой психического развития и дизартрией...	35
Выводы по второй главе.....	43
Заключение .....	45
Список использованной литературы.....	47
Приложение .....	51

## Введение

Проблема сформированности моторной сферы у старших дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией относится к числу значимых направлений современной психолого-педагогической науки и коррекционной практики. Интерес к ней обусловлен не только расширением исследований в области нарушений психического развития, но и необходимостью своевременной диагностики, и поиском разносторонней помощи, учитывающей особенности психического и моторного развития детей с задержкой психического развития и дизартрией (далее ЗПР).

Современные исследования Волкова Л. С., Левина Р. Е., Слепович Е. С. указывают на то, что при ЗПР до 80% встречается и дизартрия. Затронутыми оказываются различные стороны развития ребенка, а двигательная сфера занимает среди них особое место, поскольку связана не изолированно с физической активностью, а с более широким кругом функций. В старшем дошкольном возрасте это становится особенно заметно: именно тогда оформляются предпосылки самостоятельности, учебной готовности, регуляции поведения, хотя сами двигательные затруднения нередко рассматриваются как вторичные.

Моторное развитие в дошкольный период включает не только формирование общей и тонкой моторики, но и становление координации, ловкости, силы, гибкости, способности управлять собственными движениями в разных ситуациях. Для детей с ЗПР и дизартрией овладение такими навыками часто сопряжено с выраженными трудностями, что отражается на познавательной активности, общении со сверстниками и общем процессе социальной адаптации.

Двигательная сфера в данном случае выступает как один из механизмов, через который опосредуются взаимодействие с предметной средой, включение в совместную деятельность и освоение базовых социальных форм поведения. Нарушения здесь не сводятся к физической

неподготовленности; они затрагивают и эмоциональное состояние ребенка, поскольку двигательная неуспешность нередко сопровождается неуверенностью, повышенной тревожностью, снижением самооценки. Эта связь не всегда бывает прямолинейной, однако в условиях дошкольного учреждения она проявляется достаточно отчетливо.

Актуальность исследования определяется и практическими обстоятельствами. Современная образовательная среда все в большей степени ориентирована на инклюзивные подходы, а это требует создания условий, при которых ребенок с особенностями развития может быть полноценно включен в пространство общения, игры и обучения.

Для такой категории детей необходимы специально организованные программы, сочетающие психолого-педагогические и физкультурно-оздоровительные средства воздействия. Без системной работы развитие моторики остается фрагментарным, что в дальнейшем осложняет школьную адаптацию и ограничивает возможности социальной интеграции. Поэтому изучение состояния моторной сферы у старших дошкольников с ЗПР и дизартрией связано не только с задачей выявления имеющихся нарушений, но и с поиском эффективных способов их коррекции.

Исследование в этой области имеет, таким образом, двойную направленность: оно расширяет научные представления о специфике развития детей с ЗПР и дизартрией и одновременно создает основу для практических решений, значимых для педагогов, психологов и родителей.

Внимание к моторной сфере позволяет точнее оценить индивидуальные образовательные потребности ребенка и выстроить помощь с учетом его реальных возможностей. Речь идет не просто о совершенствовании отдельных двигательных умений. Более существенным представляется другое: через развитие моторики создаются предпосылки для повышения качества жизни ребенка, его большей самостоятельности и более устойчивого включения в социальную среду.

Артикуляционная моторика характеризуется выраженными затруднениями как при удержании статических позиций, так и в ходе выполнения динамических артикуляционных движений. Что сказывается не только на звукопроизношении, но более существенным представляется ограничение в реализации более сложных, координационно организованных двигательных актов в процессе речи, от которых зависит отчетливость и разборчивость устной речи. В этой связи особый интерес представляет не столько фиксация самого факта затруднений, сколько уточнение их характера и степени выраженности, поскольку именно эти параметры связаны с качеством речевой коммуникации в целом, хотя данная связь не всегда носит прямолинейный характер.

Отдельно предполагается наличие нарушений ручной моторики, в частности гипер или гипотонуса, тремора способных осложнять выполнение тонких и точных движений. Подобные проявления могут обнаруживаться в действиях, требующих достаточной моторной устойчивости и координации: при рисовании, лепке, манипулировании мелкими предметами. Слабая сформированность ручных движений, по-видимому, выходит за пределы собственно двигательной сферы, затрагивая и повседневную активность ребенка. В результате ограничивается успешность выполнения простых предметно-практических задач, а вместе с этим и субъективное отношение к собственным возможностям, включая уровень удовлетворенности взаимодействием с окружающими.

Отдельного внимания требует состояние общей моторики. Вероятно выявление затруднений, связанных с координацией движений, скоростью двигательной реакции и поддержанием равновесия. Подобные особенности сказываются на двигательной активности не изолированно: они могут ограничивать участие детей в игре, занятиях и иных образовательных формах работы. Снижение включенности в такие процессы, пусть и не всегда сразу заметное, нередко сопровождается меньшей степенью вовлеченности в

общение и, шире, в социализацию. Об этом писали Кривцов, А. С. и Брагина, Е. В.

**Проблема исследования** заключается в изучении особенностей моторной сферы у детей с ЗПР и дизартрией.

**Цель:** изучение сформированности артикуляционной, ручной, общей моторики у детей старших дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией.

**Объект:** Становление моторной сфера старших дошкольников с ЗПР и дизартрией.

**Предмет:** Процесс выявления нарушений моторной сферы у старших дошкольников с ЗПР и дизартрией

**Гипотеза исследования.** В рамках исследования выдвигается предположение, что у старших дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией будут выявлены особенности в общей, мелкой и артикуляционной моторике. Выявленные нарушения позволят подобрать методические рекомендации по коррекционной работы.

**Задачи:**

1. Анализ психолого-педагогической и логопедической литературы по проблеме исследования.

2. Изучение уровня особенностей нарушений моторных функций у старших дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией

3. Анализ результатов нарушений и выявление специфических ошибок в моторных функциях при рассматривании группы дошкольников.

4. Составить методические рекомендации для логопедической работы по коррекции моторных функций у старших дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией.

**Методы исследования:** теоретические и эмпирические методы исследования. К теоретическим методам относятся анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования. К эмпирическим - относятся наблюдения за старшими дошкольниками, анализ документации на

дошкольников с задержкой психического развития, констатирующий эксперимент, количественная и качественная характеристика исследования.

**Методологическая основа исследования:** проблемой развития моторной сферы у детей с ЗПР и дизартрией по-прежнему актуальна в специальной психологии и детской коррекционной педагогике. Данному вопросу были посвящены работы следующих отечественных педагогов и психологов: А.И. Блиновой, Л.С. Выготского, А.А. Катаевой, У.Е. Кузнецовой, В.И. Лубовского, С.Я. Рубинштейна, Е.А. Стребелевой, Е.М. Мастюковой, Н.Г. Морозовой, В.Г. Петровой, М.С. Певзнер, Г.Е. Сухаревой, Ж.И. Шиф и другие.

**Практическая значимость:** полученные результаты диагностического исследования могут быть использованы в работе специалистов, работающих с дошкольниками с ЗПР и дизартрией.

**Структура работы** состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы, приложения.

# **Глава I. Теоретико-методические основы нарушений моторных функций у старших дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией**

## **1.1 Развитие моторных функций у детей дошкольного возраста в онтогенезе (в норме)**

Понимание онтогенетических закономерностей становления моторики необходимо не только для описания возрастной нормы, но и для более раннего распознавания отклонений в развитии. За счёт этого становится возможным уточнить характер нарушения и выстроить коррекционную работу в последовательности, соответствующей структуре имеющихся трудностей. Формирование двигательных функций у ребенка растянуто во времени: оно занимает не недели, а многие месяцы и годы. Исходно движения имеют врожденную основу; позднее, по мере созревания нервной системы и накопления опыта, они включаются в систему условно-рефлекторных связей. Одни двигательные реакции соотносятся с новыми раздражителями, другие объединяются в более сложные сочетания, и этот переход не всегда протекает равномерно.

Наиболее интенсивные изменения приходятся на первый год жизни, когда темпы созревания мозговых структур особенно высоки. К завершению младенческого возраста основные движения уже сформированы, однако их качество, точность и координационная организация продолжают изменяться вплоть до 5–6 лет [2]. В дошкольный период моторная сфера занимает значимое место в общем психофизическом развитии ребенка. Внутри нее выделяются несколько взаимосвязанных направлений – общая, тонкая и артикуляционная моторика, – каждое из которых развивается под влиянием совокупности факторов. Речь идет о наследственных предпосылках, условиях среды, характере стимуляции со стороны взрослых [3]; при этом вклад каждого из них в конкретных случаях оказывается неодинаковым.

Для дошкольного возраста, в интервале от 3 до 7 лет, характерно достаточно согласованное усложнение двигательных навыков. Общая моторика включает крупные движения: ходьбу, бег, прыжки, лазание. Именно в этих формах активности ребенок осваивает координацию, удержание равновесия, постепенно наращивает силу и выносливость. К концу данного этапа многие дети демонстрируют заметную ловкость, овладевая и более сложными координационными действиями, в том числе связанными с катанием на велосипеде или скейтборде [7]. Такие достижения имеют значение не только в двигательном отношении; они затрагивают и поведенческий план, хотя эта связь не всегда выражена одинаково отчетливо.

Тонкая моторика относится к системе мелких и точно регулируемых движений, необходимых при манипулировании предметами, рисовании, письме, действиях с небольшими деталями конструктора. Ее развитие связано с усложнением нейронных связей, обеспечивающих согласованную работу кисти и пальцев, а также с постепенным повышением точности двигательного контроля [20]. От уровня сформированности этих функций зависит возможность выполнять задания, требующие сосредоточенности и двигательной аккуратности. Особое место занимает артикуляционная моторика, рассматриваемая как компонент тонкой моторики. Она обеспечивает становление произносительной стороны речи, включая формирование правильной артикуляции звуков и слов, что существенно для полноценного речевого общения ребенка [17].

Моторное развитие в дошкольном детстве следует рассматривать как единую систему, где движения крупной мускулатуры, точные действия кисти и пальцев, а также работа артикуляционного аппарата постоянно взаимно подкрепляют друг друга. Когда ребенок осваивает рисование, лепку или иные действия, требующие большей точности руки, это создает предпосылки не только для совершенствования тонкой моторики, но и для более зрелой речевой моторной организации. Именно поэтому состояние движений пальцев связывают с темпами речевого становления: Т. А. Кузнецова

указывает, что уровень развития мелкой моторики соотносится с развитием речи, поскольку корковые представительства кисти расположены рядом с моторными речевыми зонами, а созревание участков мозга, обеспечивающих моторную реализацию речи, зависит от кинестетических импульсов, поступающих от пальцев руки [13]. Отсюда понятна и обратная зависимость: недостаточная сформированность тонких движений нередко сопровождается задержками речевого развития.

В артикуляционной сфере значимы не только такие характеристики, как отчетливость звукопроизношения, темп и ясность речи. Не менее существен эмоциональный компонент, поскольку речь для ребенка выступает не одним лишь каналом коммуникации, а формой выражения собственного отношения к миру.

По мере расширения словаря, освоения новых выражений и значений возрастает интерес к общению. Этому помогают и несложные игровые упражнения для артикуляционного аппарата – например, «Угадай звук» или «Скажи по слогам»: в таких заданиях ребенок учится вычленять звук в составе слова, благодаря чему усиливается фонематическое восприятие и формируется база для последующего овладения чтением и письмом [11].

Взрослая среда, в которой ребенок пробует разнообразные двигательные способы действия, становится условием не только физического, но и интеллектуального роста [7]. Поэтому понимание нормального хода моторного развития особенно важно для родителей и педагогов: разнообразная и посильная двигательная активность поддерживает становление двигательных навыков, а вместе с ними – познавательную активность, эмоциональное благополучие и успешность социализации. Моторная сфера в этом смысле образует опору как телесного, так и психического развития дошкольника, подготавливая его к дальнейшему обучению [13].

Нормативные ориентиры развития моторной сферы у детей раннего возраста описаны Т. А. Кузнецовой [13], Ю. В. Мельниковой [17], А. Е.

Фроловой [28]. Уже на первой-второй неделе жизни во время кормления на руках у матери наблюдаются поисковые повороты головы и сосательные движения губ [15].

В последующие полтора месяца, когда младенец лежит на спине, движения рук и ног носят беспорядочный характер и отражают врожденные двигательные возможности. Затем, примерно в течение следующего месяца, усиливается ориентировочная активность, что рассматривается как показатель созревания коры больших полушарий [8]: ребенок разглядывает собственные руки, удерживает на них взгляд, приближает их ко рту [25]. В промежутке от третьего до пятого месяца продолжается формирование мозговых механизмов движения – включаются пирамидная и экстрапирамидная системы.

Удержание головы позволяет поворачивать ее к звуку, в это же время начинают складываться предпосылки ползания. Кисть постепенно разжимается, вложенный предмет удерживается более устойчиво, появляется стремление направить руки к интересующему объекту [12]. Следующий этап связан с активным становлением хватания – первого организованного и целенаправленного движения, подготавливающего противопоставление большого пальца остальным.

Ребенок тянется к игрушке, захватывает предметы, а зрительно-тактильно-моторные связи становятся основой будущих манипуляций [15]. К концу первого полугодия он уже способен сидеть с опорой и свободно поворачивать голову, не соединяя эти движения с движениями конечностей [15]; предметные действия усложняются, рука заранее подстраивается под форму объекта, который предстоит взять [20], а действия с вещами приобретают результативный характер: ребенок двигает и перемещает предмет. В 6,5–7,5 месяцев быстро осваивается схема собственного тела: лежа на спине, ребенок поднимает ноги, касается стоп руками, переворачивается на живот, а при поддержке взрослого предпринимает первые шаговые движения [25].

Тогда же появляется способность к вращательным движениям кисти с удерживаемым предметом. К 7,5–8,5 месяцам обычно формируется самостоятельное сидение без опоры и заметно укрепляется равновесие; двигательные акты становятся сложнее, в частности ребенок может поднимать предмет уже двумя руками, что указывает на большую зрелость кинестетического и кинетического праксиса [8].

Дальнейшие изменения охватывают конец первого года и начало второго. И. А. Литвинова отмечает, что примерно к 10 месяцам появляются более тонкие условные двигательные реакции и действия, не связанные прямо с предметом, например хлопки в ладоши. К 11 месяцам ребенок пытается подниматься, держась за опору; одновременно быстро совершенствуются целенаправленные движения рук: он пробует нанизывать, открывать, вынимать, вкладывать предметы, осваивает бросание [15]. Манипулятивная деятельность усложняется за счет действий сразу с двумя объектами [19].

По мере того как к завершению первого года укрепляется чувство равновесия, становится возможной самостоятельная ходьба [35]. В этот же период развивается праксис кисти и пальцев: ребенок уже может сам держать чашку и пить из нее. На протяжении первого полугодия второго года жизни ходьба становится увереннее, а среди возрастных норм появляется интерес к рисованию.

Л. А. Бабина подчеркивает, что отсутствие интереса к творческой деятельности, в частности к рисованию, может рассматриваться как один из признаков неблагополучия в развитии тонких движений пальцев [2]. Параллельно формируются и навыки самообслуживания: ближе к середине этого периода ребенок делает первые попытки есть ложкой самостоятельно, удерживая ее всей кистью. После полутора лет возрастает способность переключать движения с одной ноги на другую, что проявляется в умении подниматься по ступеням приставным шагом, держась за перила, а также перешагивать через препятствия с опорой. Совершенствование равновесия и

навыка ходьбы в это время сочетается с интенсивным развитием пальцевой моторики: ребенок строит башню из 2–4 кубиков и собирает пирамидку из пяти колец.

На третьем году жизни двигательная сфера ребенка заметно перестраивается: движения становятся более согласованными, лучше поддерживается поза, точнее регулируется мышечный тонус. Такая динамика связана с активным созреванием мозжечка и экстрапирамидной системы, а также с более сложным взаимодействием этих структур с пирамидной и стволовой системами, благодаря чему усложняются двигательные акты и постепенно оформляется ходьба с опорой на пятку и последующим перекатом на носок [12]. В это же время расширяются и возможности тонких движений: ребенок начинает перелистывать книжные страницы, застегивать и расстегивать пуговицы [11].

По данным Л. А. Бабиной, в данном возрасте он уже может удерживать карандаш, сжимая его всей ладонью, однако такие действия еще не отличаются произвольной регуляцией и остаются недостаточно ограниченными [2]. Если к двум годам прыжок лишь появляется как новое движение, то примерно к 2,5 годам ребенок уже способен подпрыгнуть с отрывом от поверхности примерно на 5 сантиметров, хотя перемещение вперед в прыжке для него пока недостижимо.

К трем годам моторное поведение становится значительно более управляемым: ребенок может по собственной воле начинать и останавливать движение, обходить препятствия, подниматься на носки, удерживать равновесие при бросании и ловле мяча. Движения пальцев к этому времени по своей организации уже во многом приближаются к ручным действиям взрослого [8]. Важным признаком данного периода Н. А. Ромашина считает формирование ведущей руки, которая начинает отчетливо преобладать в деятельности ребенка [23].

На четвертом году особенно заметны изменения в графомоторике и навыках самообслуживания. Ребенок уже правильно держит карандаш и

способен проводить им линии в вертикальном и горизонтальном направлениях. Одновременно возрастает бытовая самостоятельность: дети умываются, едят, пользуются ложкой или вилкой, одеваются и раздеваются без посторонней помощи [28].

В течение пятого года совершенствуется ходьба: движения становятся более ритмичными, распределение мышечной нагрузки – более рациональным, а темп и скорость – более определенными. Благодаря этому постепенно возникают элементы шага, свойственные взрослому типу передвижения, что впоследствии делает возможными попеременные прыжки на правой и левой ноге [13]. Развитие ручной моторики продолжается в конструктивной деятельности, лепке, вырезании изображений и выполнении аппликаций; к шести годам двигательная активность приобретает еще большую осознанность, и ребенок уже умеет вырезать ножницами простые фигуры.

Представления о нормативной динамике становления моторных функций в онтогенезе имеют практическую ценность: они позволяют своевременно заметить отклонения в развитии и организовать коррекционную помощь с учетом конкретного характера нарушений.

## **1.2 Психолого-педагогическая характеристика детей дошкольного возраста с задержкой психического развития и дизартрией**

Психолого-педагогическая характеристика детей дошкольного возраста с задержкой психического развития (ЗПР) представляет собой многоаспектный анализ их развития, поведения и эмоциональной сферы. Дети с ЗПР часто сталкиваются с различного рода трудностями, затрагивающими как познавательную, так и эмоционально-личностную сферы, что существенно влияет на их социализацию и обучение.

Для характеристики детей с задержкой психического развития принципиальное значение имеет состояние познавательной сферы. Освоение знаний и практических умений у них нередко происходит в замедленном темпе, что связано как со своеобразием функционирования центральной нервной системы, так и со сниженной включённостью в познавательную деятельность [6].

При восприятии учебного материала возникают затруднения разного порядка: ребёнку бывает непросто удержать и точно понять инструкцию, закрепить в памяти новые слова и понятия, выполнить элементарные логические операции. Отдельно следует учитывать особенности произвольного внимания. Оно часто оказывается недостаточно сформированным, поэтому ребёнок быстро переключается на посторонние стимулы; в условиях обучения это снижает результативность работы, хотя не всегда сразу заметно по внешнему поведению.

Не менее существенны коммуникативные и эмоциональные проявления. Ограниченность словарного запаса, трудности построения высказывания, недостаточная точность речевого оформления мысли осложняют взаимодействие как со взрослыми, так и со сверстниками. Причём речь идёт не только о вербальной стороне общения. У детей данной категории могут отмечаться сложности в распознавании эмоциональных состояний другого человека и в выборе адекватной ответной реакции, из-за чего в межличностном контакте возникают недоразумения, иногда повторяющиеся.

Эмоциональная сфера при этом нередко отличается повышенной тревожностью и сниженной самооценкой. Систематические неуспехи в обучении и общении закрепляют переживание собственной несостоятельности, а далее – склонность к самоизоляции и избеганию социальных ситуаций. Реакции могут быть полярными: у одних детей наблюдаются вспышки агрессии или выраженный страх, у других – замкнутость, уход от контакта. В такой ситуации особенно важны

педагогическая поддержка и условия, в которых сохраняется ощущение эмоциональной безопасности [12].

Отдельного рассмотрения требует двигательное развитие. Для детей с ЗПР характерны нарушения координации, замедленность реакций, недостаточная сформированность как общей, так и тонкой моторики. Подобные особенности ограничивают участие в подвижных играх и иных видах физической активности; вслед за этим сужаются и возможности естественного включения в детскую группу.

Нередко ребёнок начинает избегать ситуаций, где двигательная несостоятельность становится заметной, что дополнительно осложняет процесс социализации. По этой причине коррекционно-развивающая работа должна строиться индивидуализированно, с учётом сочетания трудностей и сохранных возможностей каждого ребёнка. Педагогу и психологу важно не только подбирать специальные программы, ориентированные на развитие сильных сторон, но и выстраивать устойчивое взаимодействие с семьёй, предоставляя родителям рекомендации и средства участия в сопровождении ребёнка [13].

Перечислим некоторые психолого-педагогические особенности детей дошкольного возраста с задержкой психического развития (ЗПР):

Недостаточная познавательная активность в сочетании с быстрой утомляемостью и истощаемостью. Дети с ЗПР отличаются пониженной умственной работоспособностью, особенно при усложнении деятельности.

Отставание в развитии психомоторных функций, недостатки общей и мелкой моторики, координационных способностей, чувства ритма. Двигательные навыки и техника основных движений отстают от возрастных возможностей.

Недостаточность объёма, обобщённости, предметности и целостности восприятия. Это негативно отражается на формировании зрительно-пространственных функций и проявляется в таких продуктивных видах деятельности, как рисование и конструирование.

Затруднённый анализ и синтез ситуации. Незрелость мыслительных операций, необходимость большего, чем в норме, количества времени для приёма и переработки информации.

Задержанный темп формирования мнестической деятельности, низкая продуктивность и прочность запоминания, особенно на уровне слухоречевой памяти.

Недостатки всех свойств внимания: неустойчивость, трудности концентрации и его распределения, сужение объёма.

Незрелость эмоционально-волевой сферы и коммуникативной деятельности, что отрицательно влияет на поведение и межличностное взаимодействие дошкольников с ЗПР.

Задержка в развитии и своеобразии игровой деятельности. У дошкольников с ЗПР снижена игровая мотивация, с трудом формируется игровой замысел, сюжеты игр бедные, примитивные.

Недоразвитие речи носит системный характер: бедность словарного запаса, нарушение грамматического строя речи и звукопроизношения.

В заключение, психолого-педагогическая характеристика детей дошкольного возраста с ЗПР является сложной и многопризменной, включающей аспекты когнитивного, эмоционального и моторного развития. Глубокое понимание этих особенностей открывает возможности для более эффективной поддержки и коррекции, что приведет к улучшению качества жизни таких детей и их успешной интеграции в общество [20].

У дошкольников с задержкой психического развития в сочетании с дизартрией особенности психолого-педагогического статуса затрагивают не одну изолированную сферу, а весь ход развития – познавательный, речевой, эмоциональный, поведенческий и социальный. Именно сочетание этих нарушений во многом определяет своеобразие их образовательных потребностей. Для данной группы характерны затруднения в усвоении программного материала, сниженный темп выполнения заданий, недостаточная сформированность словаря, а также ограниченность в

оперировании обобщёнными и абстрактными представлениями. При этом нередко обнаруживается эмоциональная неустойчивость: реакции на неуспех оказываются более острыми, саморегуляция развита недостаточно, из-за чего возникают эпизоды плача, раздражения, отказа от деятельности. Это не сводится только к «замедлению» развития; в ряде случаев заметнее выступает неравномерность формирования отдельных функций, что особенно существенно в дошкольный период.

Нарушения произносительной стороны речи при дизартрии связаны с недостаточной координацией и контролем мышц, обеспечивающих артикуляцию, поэтому коммуникативные трудности у таких детей имеют не внешний, а глубинный характер. Речь оказывается малопонятной для окружающих, и это осложняет не только передачу информации, но и саму ситуацию общения [33].

Ребёнок нередко испытывает скованность, избегает речевых инициатив, быстрее утрачивает уверенность в контакте со сверстниками. Отсюда – сужение круга общения, трудности включения в совместную игру, снижение самооценки. В условиях детского коллектива такая ситуация приобретает особую значимость, поскольку именно в игре и повседневном взаимодействии осваиваются нормы поведения, способы сотрудничества, элементарные формы социальной рефлексии.

Социальная адаптация детей этой категории, как правило, осложнена ещё и недостаточным пониманием правил общения. Им труднее распознавать интонационные оттенки, мимику, ситуативные нюансы поведения другого человека; часть сигналов остаётся неосмысленной или интерпретируется неточно. По этой причине взаимодействие со сверстниками может складываться фрагментарно, без устойчивых контактов, а иногда и с тенденцией к изоляции. Вместе с тем такие дети не лишены ресурсов развития. При специально организованной помощи они способны демонстрировать положительную динамику как в речевой, так и в

познавательной и социальной сферах, хотя этот процесс обычно требует большей длительности и продуманности педагогического сопровождения.

Работа с дошкольниками, имеющими ЗПР и дизартрию, предполагает индивидуализацию обучения и воспитания, использование специальных приёмов, игровых технологий и согласованное участие семьи. Существенное значение имеют логопедические занятия, упражнения и игры, ориентированные на формирование коммуникативных навыков, а также организация среды, в которой материал подаётся структурированно и предсказуемо.

Визуальные и тактильные опоры в таких условиях повышают доступность информации и облегчают её понимание. Не менее важна интеграция ребёнка в среду сверстников при сохранении необходимых адаптационных условий: это создаёт возможности для естественного усвоения моделей общения и расширения социального опыта. Психолого-педагогическая характеристика данной категории детей, таким образом, должна строиться как комплексная, с учётом взаимосвязи речевого дефекта, особенностей психического развития и социальной ситуации ребёнка; только при таком подходе становится реальной задача полноценного развития его возможностей [27].

### **1.3. Нарушения моторных функций у старших дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией**

Причинная обусловленность нарушений артикуляционной и моторной сферы у старших дошкольников с задержкой психического развития (ЗПР) и дизартрией представляет собой сложное взаимодействие различных факторов, влияющих на развитие детей. Понимание этих причин имеет важное значение для разработки методов коррекционной и развивающей

работы, направленной на улучшение состояния ребят с такими особенностями развития.

Основные причины нарушений в артикуляционной сфере у детей с ЗПР и дизартрией могут быть разделены на несколько групп. Во-первых, это биологические факторы. К ним относятся генетическая предрасположенность, различные заболевания и нарушения беременности, которые могут повлиять на развитие нервной системы ребенка. Например, родовые травмы, инфекции, перенесенные матерью во время беременности, а также неблагоприятные условия окружающей среды могут привести к недостаточному формированию речевых центров головного мозга и, как следствие, к нарушениям артикуляционной способности.

Во-вторых, важное значение имеет социально-педагогическая среда, в которой растет и развивается ребенок. Дети с задержкой психического развития могут сталкиваться с дефицитом языкового общения, необходимого для полноценного формирования речевых навыков. Низкий уровень речевого окружения, ограниченный доступ к разнообразным видам речевой активности (чтение книг, рассказывание сказок, игра в слова) непосредственно влияет на артикуляцию и фонематическое восприятие.

Кроме того, психологические факторы также являются важным аспектом. Дети с ЗПР и дизартрией часто имеют низкий уровень мотивации к речевой деятельности, что может быть связано с комплексами неполноценности, возникающими из-за их специфических особенностей. Негативная самооценка, чувство неуверенности может ограничивать желание ребенка пользоваться речью, что в свою очередь усугубляет нарушение артикуляции [15].

Для старших дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией состояние моторной сферы имеет неоднородную природу и не сводится к одному фактору. На формирование двигательных умений воздействуют как биологические предпосылки, так и условия социальной среды, прежде всего характер ранней двигательной практики ребенка. При

недостатке физической активности в ранние периоды развития, что у детей с ЗПР встречается достаточно часто, обедняется опыт движений, а вместе с ним замедляется становление координации, ловкости и произвольного контроля.

Существенно и другое обстоятельство: моторное развитие связано с особенностями восприятия и освоения окружающего пространства. Если ребенку трудно различать пространственные и временные отношения, снижается и качество предметно-практического взаимодействия, а дефицит такого взаимодействия ограничивает накопление двигательного опыта.

Отдельное место занимают функциональные особенности центральной нервной системы, при которых наблюдаются недостаточность регуляции движений, нестойкость моторных программ, затрудненное переключение с одного действия на другое. Освоение новых двигательных актов в подобных условиях идет медленнее, иногда с выраженной неуверенностью [18].

Нарушения затрагивают как крупную, так и мелкую моторику, причем их влияние выходит за пределы собственно физического развития. Крупные движения – ходьба, бег, прыжки, лазание, изменение позы тела в пространстве – у детей данной категории нередко отличаются замедленным темпом, общей неловкостью, недостаточной согласованностью работы мышечных групп. В результате участие в подвижных играх и иных формах коллективной активности становится затрудненным; часть детей начинает избегать ситуаций, где требуется двигательная компетентность, и это отражается уже на социальном включении. Не менее значимы нарушения тонких движений кисти и пальцев, необходимых для рисования, письма, использования бытовых предметов.

У дошкольников с дизартрией трудности организации движений речевого аппарата нередко сочетаются с недостаточной сформированностью ручной моторики: ребенку сложно уверенно удерживать карандаш, открывать емкости, наливать воду, выполнять точные манипуляции с предметами. Подобные затруднения осложняют обучение и могут снижать

субъективную успешность деятельности. По этой причине коррекционная работа должна строиться комплексно: адаптированные занятия по физическому развитию, игровые упражнения на координацию, силу и ловкость, а также логопедическая помощь, направленная на коррекцию дизартрических проявлений. Разделять эти направления искусственно нецелесообразно, поскольку двигательная, речевая и личностная линии развития здесь тесно переплетены [23].

Артикуляционная моторика представляет собой систему движений органов речи – языка, губ, нижней челюсти, мягкого неба, – обеспечивающих воспроизведение звуков, слогов и слов. От степени точности и дифференцированности этих движений зависит не только внятность произношения, но и доступность речи для восприятия окружающими. Ее становление начинается очень рано, фактически с первых голосовых реакций ребенка, когда формируются начальные двигательные схемы и постепенно расширяется опыт звуковых проб.

По мере взросления артикуляционный аппарат осваивает более сложные сочетания движений; этот процесс сопровождает развитие собственной речи и, в некоторой степени, понимание речевых образцов. В ранние периоды ребенок действует преимущественно через пробование, затем, примерно в 2–3 года, появляются попытки осознанного воспроизведения отдельных звуков.

Именно в это время артикуляционная гимнастика, вводимая взрослыми в повседневное взаимодействие, приобретает особую ценность: она не только совершенствует двигательные компоненты речи, но и создает базу для последующего обучения.

С артикуляционной моторикой тесно соотносится артикуляционная установка, то есть подготовленность органов речи к произнесению конкретного звука. Речь идет не просто о механическом положении языка или губ, а о сформированном двигательном и перцептивном образе звука, который ребенок должен удерживать и воспроизводить достаточно

стабильно. Формирование таких установок происходит поэтапно и зависит от сложности фонемы. Обычно наиболее активное их становление приходится на 3–4 года, когда ребенок интенсивно осваивает звуковую систему родного языка. Более простыми для артикуляции, как правило, оказываются «м», «п», «б»; звуки типа «ш» и «ж» требуют более тонкой моторной организации и более длительной отработки [15].

Полноценное оформление артикуляционной моторики и устойчивых артикуляционных укладов чаще всего завершается к 6–7 годам, то есть к периоду подготовки к школьному обучению, хотя индивидуальные сроки могут смещаться в зависимости от темпа психоречевого развития, условий общения и наличия логопедических нарушений. На протяжении всего дошкольного возраста работа в этом направлении должна сочетаться с упражнениями на развитие фонематического восприятия и расширение словаря.

В логопедической практике для этого используются зрительные и слуховые опоры, игровые приемы, упражнения на подражание и закрепление артикуляционных позиций. При своевременной поддержке со стороны педагогов, специалистов и семьи создаются условия, при которых речевое развитие приобретает большую устойчивость, а ребенок – большую уверенность в собственных речевых возможностях.

Нарушения артикуляционной и моторной сфер у старших дошкольников с задержкой психического развития имеют неоднородную природу. В их основе оказываются не только биологические предпосылки, связанные с особенностями психофизического созревания ребенка, но и социально-психологические условия, в которых протекает его развитие. По этой причине сведение указанных трудностей к какому-либо одному фактору представляется недостаточным: сама структура нарушений сложнее и, в ряде случаев, внутренне неодинакова.

Коррекционно-развивающая работа в такой ситуации должна строиться комплексно, с учетом сочетанного влияния различных причин.

Существенным становится не изолированное воздействие на отдельные проявления речевой или двигательной недостаточности, а организация помощи, ориентированной на общее развитие ребенка и его адаптационные возможности. Именно такой подход создает условия для более полноценного освоения окружающей среды и дальнейшего развития старших дошкольников с задержкой психического развития [31].

## Выводы по первой главе

Знание закономерностей формирования моторики в онтогенезе позволяет на ранних этапах выявить отклонения в развитии, определить характер нарушения, а главное, правильно и последовательно спланировать коррекционную работу. Развитие двигательных функций в онтогенезе ребенка совершается очень медленно – на протяжении многих месяцев и лет. Все движения сначала проявляются как врожденные и лишь в ходе развития ребенка они приобретают условно-рефлекторный характер, т.е. приводятся в связь с раздражителями, с которыми ранее они были связаны, или вырабатываются новые комбинации из нескольких движений.

Психолого-педагогическая характеристика детей дошкольного возраста с задержкой психического развития (ЗПР) представляет собой многоаспектный анализ их развития, поведения и эмоциональной сферы. Дети с ЗПР часто сталкиваются с различного рода трудностями, затрагивающими как познавательную, так и эмоционально-личностную сферы, что существенно влияет на их социализацию и обучение.

Психолого-педагогическая характеристика детей дошкольного возраста с ЗПР является сложной и много приземной, включающей аспекты когнитивного, эмоционального и моторного развития. Глубокое понимание этих особенностей открывает возможности для более эффективной поддержки и коррекции, что приведет к улучшению качества жизни таких детей и их успешной интеграции в общество.

Причины нарушений артикуляционной и моторной сферы у старших дошкольников с задержкой психического развития являются многогранными и требуют комплексного подхода в коррекции и развитии. Эффективные методики должны учитывать, как биологические, так и социально-психологические аспекты, чтобы обеспечить детям возможность полноценного развития и адаптации в окружающем мире.

## **Глава II. Экспериментальное изучение нарушений моторных функций у старших дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией**

### **2.1 Цель, задачи методики констатирующего эксперимента**

На констатирующей стадии экспериментальной работы внимание было сосредоточено на том, насколько сформирована моторная сфера у старших дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией.

Исследование проводилось на базе МБДОУ детский сад № 8 «Сибирячок», где была сформирована экспериментальная группа из 10 детей 5,5–6 лет. С заключением: задержка психического развития, дизартрия; и контрольная группа с нормой психического и речевого развития 10 детей 5,5-6 лет.

При отборе участников учитывались материалы имеющейся документации, подтверждавшие наличие у дошкольников экспериментальной группы - задержки психического развития, дизартрия.

Содержательно данный этап предполагал не просто общее описание моторного развития, а отдельное рассмотрение нескольких его сторон.

Оценке подлежали двигательные возможности, связанные с общей моторикой, особенности развития мелких движений, а также состояние функций артикуляционного аппарата. Для выявления уровня сформированности указанных компонентов использовались диагностические задания, разработанные Архиповой Е.Ф. [2].

Рассмотрим комплекс заданий с учетом выявленных параметров исследования.

Раздел 1. Исследование сформированности общей моторной сферы.

Ход работы. При реализации заданий выявлялся уровень развития общей моторики дошкольника.

Цель: исследование переключаемости, координации и статики движений.

Инструкция: «Смотри внимательно и выполняй действия за мной». Дошкольнику предлагают выполнить действия: руки вверх, руки на пояс, наклонить корпус вперед, постоять на одной ноге ( на правой, потом на левой), затем выпрямиться и руки - поднять в стороны.»

Сперва движения выполняются открытыми глазами, после закрытыми глазами.

Критерии оценивания: обращается внимание на качество действий, правильность, последовательность, переключаемость, сдвиг с места, балансировка руками, открытие глаз, время выполнения.

1 балл - ребенок не удерживает 2 секунды, добавляет либо пропускает движение;

2 балла - ребенок удерживает заданную позу в течение 3 - 5 секунд, открывает глаза и балансирует руками, с недостаточной или быстрой скоростью выполняет действие, выполняет действие неоднократно, заменяет одно движение на другое либо добавляет лишние движения, имеется некоторое мышечное напряжение;

3 балла - ребенок удерживает заданную позу в течение 6 -7 секунд, движения точные, одновременные, плавные.

Распределение по уровням:

1 балл, соответствует низкому уровню.

2 балла - средний уровень

3 балла – высокий уровень

Раздел 2. Исследование уровня сформированности ручной моторики.

Задание «Кулак-ребро-ладонь».

Цель: исследование переключаемости движений.

Ход работы. Ребенку предлагают ударить по столу рукой из позиции трех положений сначала с использованием показа, потом самостоятельно в более высоком темпе. Ребенок меняет только позы руки, но сама рука положения не меняет. В первой позе сначала рука согнута в кулак, во второй позе -рука ударяет о стол ребром ладони, и третья позиция -рука ударяет о стол ладонью. Ребенку предоставляется возможность два раза выполнить задание совместно с логопедом медленно и молча, а затем самостоятельно в более быстром темпе. Обследуются поочередно правая, левая, потом обе руки одновременно. При оценке важно учитывать темп, четкость, правильность выполнения.

Инструкция: «Посмотри на меня и повторяй за мной. Сожми кисть правой (левой) руки в кулак, затем стукни ребром ладошки о стол, а потом выпрями пальцы и ударь ладошкой по столу»

Оценивается полностью все задания поочередно правая, левая, потом обе руки одновременно.

1 балл – ребенок не может выполнить задание правильно.

2 балла – ребенок выполняет задание в медленном темпе, он сбивается с четкого выполнения движения;

3 балла – ребенок выполняет движения в быстром темпе правильно и четко.

Распределение по уровням:

1 балл, соответствует низкому уровню.

2 балла -средний уровень

3 балла – высокий уровень

Раздел 3. Исследование артикуляционной моторики.

Цель: исследование статики и динамики движений языка и губ.

Ход работы. Предлагаем ребенку повторить движения под счет до 10.

Во время оценки важно учитывать точность выполнения действия, наличие

слюнотечения (саливации), признаки девиации языка и губ, имеются ли нарушения дыхания, гиперкинезы.

Инструкция: «Смотри на меня и повторяй движения за мной. Тебе нужно удерживать язык (губы) в таком положении пока я буду считать».

а) «Растяни губы в улыбке таким образом, чтобы мне были видны твои

зубы и удерживай такое положение губ в течение счета (10 секунд)– упражнение «Улыбка»,

б) «Вытяни губы в трубочку и удерживай такое положение губ пока я

буду считать (10 секунд)» - упражнение «Хоботок»,

в) «Теперь тебе нужно чередовать движения «улыбка» и «хоботок». Растяни губы в улыбке и удерживая пока я буду считать (10 с.), а потом вытяни губы в трубочку и удерживай, пока я буду считать (10 с.)»,

г) «Положи широкий передний край языка на нижнюю губу и удерживай в таком положении, пока я буду считать (10 с.)» - упражнение «Лопатка»,

д) «Улыбнись, открой рот, положи широкий язык на нижнюю губу, боковые края языка загни в форме чашечки и держи в таком положении язык пока я буду считать (10 сек.)» - упражнение «Чашечка».

Критерии оценивания;

1 балл – ребенку не удается удержать статическую позу в течение 3 - 4 секунд, или страдает динамика (переключение).

2 балла – ребенок может удержать заданную позу 5-7 секунд при выполнении заданий «а» и «б», а пробу «в» не выполняет; движения ребенка недостаточной либо чрезмерной силы и объема; поза удерживается с трудом, напряжение и тремор;

3 балла – ребенок выполняет все задания, Неврологическая симптоматика отсутствует.

Распределение по уровням:

1 балл, соответствует низкому уровню.

2 балла -средний уровень

3 балла – высокий уровень

## **2.2 Анализ результатов констатирующего эксперимента**

Исследование, проведенное в первом разделе задания, было направлено на выявление степени сформированности общей моторики у старших дошкольников с ЗПР и дизартрией. Также была обследована группа детей с нормальным психическим и речевым развитием. В ходе диагностики учитывались не отдельные движения сами по себе, а их качественные параметры: насколько точно и правильно ребенок выполняет моторное действие, способен ли он быстро переключаться с одного движения на другое, удерживать заданную позу, повторять ее без искажений и соблюдать необходимый темп. Анализ охватывал как статические, так и динамические пробы, что позволило оценить особенности координации движений в разных условиях.

Результаты детей экспериментальной группы.

1 раздел. Полученные данные показывают, что затруднения у дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией проявлялись и при удержании позы, и в процессе движения. Особенно заметными оказались нарушения в статической координации: детям было сложно сохранять устойчивое положение тела, из-за чего они покачивались, опускали ногу на пол, стараясь не потерять равновесие.

Более успешно задание выполнялось при опоре на правую ногу. В ряде случаев дети стремились использовать внешнюю поддержку, хватаясь за расположенные рядом предметы, либо активно помогали себе руками. Эти особенности становились еще более выраженными при закрытых глазах, что указывает на недостаточность пространственной координации и трудности

произвольной регуляции движений, связанных с принятием и удержанием заданной позы.

Количественное распределение результатов также подтверждает выраженность моторных нарушений. Минимальный показатель – 1 балл – получили 40% обследованных, то есть 4 ребенка. Для этой группы было характерно крайне непродолжительное удержание позы – не более 2 секунд, а также искажение двигательной программы: дети пропускали нужные элементы, вводили лишние движения или демонстрировали избыточное мышечное напряжение.

Основная часть выборки – 60% или 6 дошкольников, – набрала 2 балла. Эти дети могли сохранять позу в течение 3–5 секунд, однако нередко открывали глаза, балансировали руками, выполняли движения либо слишком быстро, либо замедленно, повторяли действия несколько раз, заменяли одно движение другим или дополняли его лишними моторными элементами. Нарастало напряжение.

Более высоких результатов не было

Количественные показатели исследования отражены на графике (см. рисунок 1).

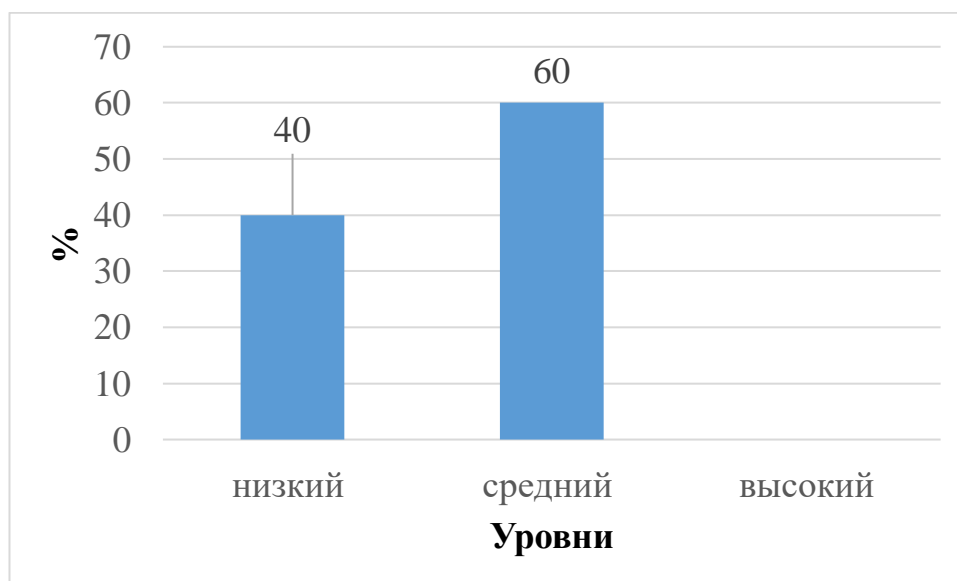


Рисунок 1. Сформированность общей моторики у дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией.

У старших дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией обнаруживаются выраженные моторные затруднения: им сложно сохранять устойчивое положение тела даже при попытке его контролировать, движения отличаются замедленностью, недостаточной согласованностью и сниженной маневренностью.

2 раздел заданий был направлен на выявление уровня развития ручной моторики. Его выполнение показало, что дети с ЗПР и дизартрией действуют неуверенно и в замедленном темпе, движения рук остаются неточными и неверными. В задании «кулак-ребро-ладонь» особенно заметными оказались трудности с автоматизацией двигательной последовательности и быстрое утомление, что указывает на недостаточность динамической координации и слабую способность своевременно переключаться с одного движения на другое.

Количественные показатели, отражающие уровень сформированности моторики у старших дошкольников с задержкой психического развития, представлены на рисунке 2.

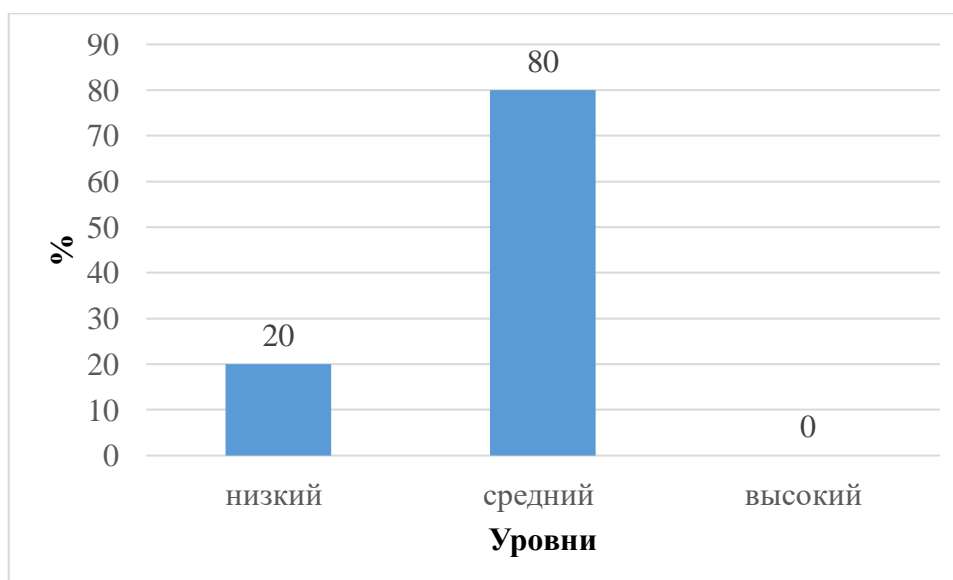


Рисунок 2. Сформированность ручной моторики рук у старших дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией.

У обследованных детей отмечались сопутствующие признаки недостаточной сформированности ручной моторики: непроизвольные содружественные движения лицевой мускулатуры, склонность к двигательным персеверациям, тремор пальцев, сниженная возможность произвольно контролировать движения и быстрая утомляемость.

3 раздел. Проверка артикуляционной сферы показала, что у большинства старших дошкольников ее развитие находится на среднем уровне.

Наиболее заметные затруднения обнаружались у части детей с задержкой психического развития и дизартрией: особенно сложными для них оказались пробы, где требовалось быстро переключаться между разными положениями языка, например в упражнениях «чашечка» и «лопатка». Движения губ и языка выполнялись не в полном объеме.

Даже при правильном выполнении заданий движения нередко осуществлялись замедленно, с выраженным мышечным напряжением, появлялись синкинезии при выполнении чашечки – поднимали голову вверх, подтягивали нижнюю челюсть вверх, а в отдельных случаях детям был необходим дополнительный показ. При выполнении заданий - лопаточка - у некоторых детей отмечались гиперсаливация, отклонение языка в сторону, толчкообразный уход языка в рот, или язык загибался вниз к подбородку.

У всех 10 детей была выявлена неврологическая симптоматика.

Итоговые данные по 3 разделу заданий позволяют уточнить общую картину: у 70 % испытуемых, то есть у 7 детей, выявлен средний уровень сформированности. У 30 % испытуемых – низкий уровень.

Ниже представлены количественные результаты в виде уровней сформированности артикуляционной моторике (см. рисунок 3)

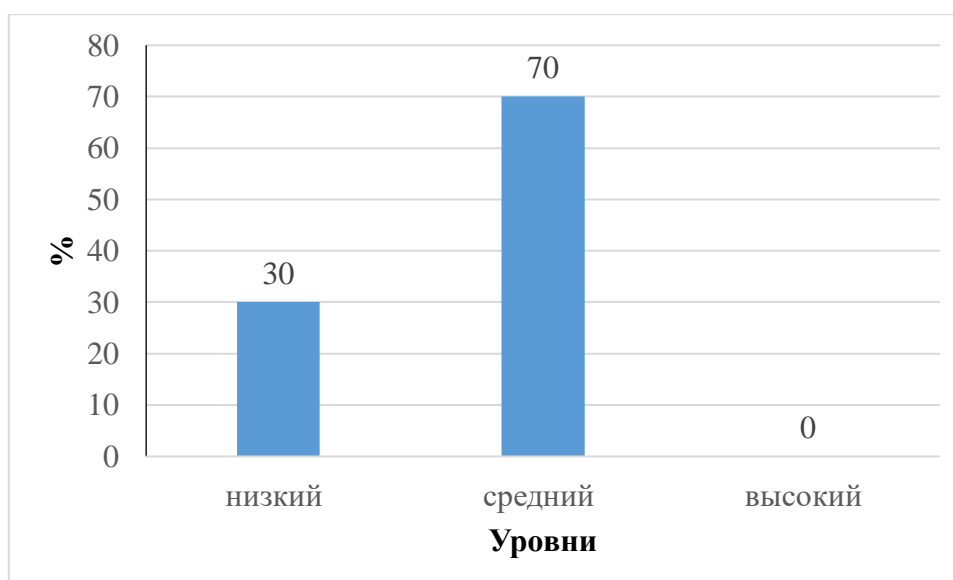


Рисунок 3. Сформированность артикуляционной моторики у старших дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией

О наличии неврологической симптоматики в данном случае позволяют судить не отдельные проявления, а их совокупность: у обследуемых отмечались непроизвольные движения в речевом аппарате, дрожание губ и языка, нестабильность мышечного тонуса языка. Наряду с этим выполнение диагностических проб происходило в более медленном темпе, а работа органов артикуляции отличалась недостаточной точностью и затрудненной переключаемостью.

Представим результаты детей контрольной группы с нормальным психическим и речевым развитием.

1 раздел. У детей с нормальным психическим и речевым развитием показатели намного лучше. Низкого уровня не выявлено. **На высоком уровне 7 детей, на среднем уровне 3 ребёнка.** Их движения были координированными, плавными в переключении, они были устойчивы в статистических позициях. Движения выполнялись в полном объёме, без напряжения, в нормальном темпе.

2 раздел. У детей с нормальным психическим и речевым развитием показатели намного выше. Низкого уровня не выявлено. **На высоком уровне 8 детей, на среднем уровне 2 ребёнка.** В мелкой моторике движения были ритмичными, точными в переключении, движения выполнялись в полном объёме, без напряжения, в нормальном темпе. У 3-х детей темп выполнения был немного замедлен, иногда встречались персеверации.

3 раздел. У детей с нормальным психическим и речевым развитием нарушений в моторике артикуляционного аппарата не выявлено. Низкого и среднего уровня не выявлено. **На высоком уровне 10 детей.** Не было нарушений ни в статике, ни в динамике движений губ, языка. Движения были точными, свободными в переключении, выполнялись в полном объёме, без напряжения, в нормальном темпе. Неврологической симптоматики в артикуляционном аппарате не выявлено.

Таким образом, можно констатировать, что у детей с нормальным психическим и речевым развитием сформированность моторных функций в основном соответствует возрастным требованиям.

Итоги констатирующего этапа показывают, что дальнейшая логопедическая помощь должна быть специально выстроена с учетом обнаруженных нарушений. Коррекционное содержание необходимо направить на преодоление либо смягчение выявленных особенностей, затрагивающих общую, мелкую и артикуляционную мускулатуру, и учитывать особенности развития психических функций.

### **2.3 Методические рекомендации по коррекции моторных функций у детей дошкольного возраста с задержкой психического развития и дизартрией**

Коррекционная работа с дошкольниками, у которых задержка психического развития сочетается с дизартрией, строится не вокруг отдельного навыка, а как система взаимосвязанных воздействий. В центре

здесь находится ребенок с его актуальным уровнем речевого, психомоторного и эмоционального развития; именно этим определяется содержание помощи, ее темп и форма предъявления материала.

При организации занятий существенное значение имеет психологический фон: доброжелательное взаимодействие логопеда, родителей и самого ребенка снижает напряжение, поддерживает включенность в деятельность и делает коррекционный процесс более устойчивым. Вместе с тем программа не может быть унифицированной. Она подбирается с учетом индивидуальных трудностей, чтобы избежать избыточной нагрузки и сохранить для ребенка ситуацию посильного, но развивающего участия.

Практическая работа начинается с предварительного обследования моторной сферы. Необходимо определить состояние артикуляционной моторики, поскольку от этого зависит качество овладения звуковой стороной речи; отдельно оцениваются общая и мелкая моторика, движения кистей и пальцев, координация, переключаемость двигательных актов. Дополняет картину анализ психомоторного развития, позволяющий установить не только дефицитарные, но и относительно сохранные компоненты, на которые затем можно опереться.

На основе такого обследования составляется индивидуальная программа коррекции. В нее включаются упражнения для мышц языка, губ, мягкого неба и лицевой мускулатуры, в том числе игровые приемы с использованием зеркала, когда ребенок соотносит собственные движения с образцом логопеда. Артикуляционная гимнастика в этом контексте выполняет не только тренировочную, но и организационную функцию: она упорядочивает деятельность, делает повторяемую практику более приемлемой для дошкольника. Дополнительно используются звуковые ритмы и слоговые ряды, что способствует закреплению произносительных навыков, хотя этот эффект обычно формируется не сразу.

Наряду с артикуляционной сферой целенаправленно развиваются общая и мелкая моторика, что для детей данной категории имеет принципиальное значение. В работу включаются игры, направленные на координацию движений, например задания по имитации двигательного образца, когда ребенок воспроизводит действия ведущего; возможны и упражнения по типу игры «Облака». Для совершенствования точности и дифференцированности движений применяются конструкторы, мягкие игрушки и другие предметы, требующие аккуратных манипуляций пальцами и кистью.

Одновременно ведется формирование фонематического восприятия и навыков слухового анализа: используются рифмовки, слуховые игры, короткие стихотворные и песенные формы, артикуляционные рифмы. Такая работа помогает ребенку различать звуки, удерживать речевой материал в слуховой памяти, лучше ориентироваться в ритмико-слоговой организации высказывания. Отдельное направление составляет стимулирование речевой активности. Ролевые игры, диалоги, рассказы от имени персонажей, а также задания на употребление простых реплик и предложений расширяют активный словарь и постепенно укрепляют коммуникативную уверенность, хотя у части детей этот компонент развивается менее равномерно, чем моторный.

Заметный результат обычно появляется там, где коррекционный процесс продолжается не только на занятиях со специалистом. Включение родителей в работу становится необходимым условием: им следует предлагать консультации или обучающие встречи, в ходе которых осваиваются базовые логопедические приемы, доступные домашние упражнения, игровые способы развития речи и моторики с учетом особенностей конкретного ребенка.

Не менее важна и установка на постоянную поддержку, поскольку поощрение и эмоционально благоприятный контакт усиливают мотивационную основу коррекции. При этом сама программа должна

оставаться систематической, но не жесткой: ее содержание уточняется по мере продвижения ребенка. Для этого проводятся повторные наблюдения и тестовые процедуры, обсуждаются достижения и затруднения с семьей, вносятся необходимые изменения. Коррекция моторных функций у дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией, если она объединяет диагностику, индивидуально выстроенные занятия, развитие артикуляционной, общей и ручной моторики, а также речевой сферы, создает реальные предпосылки для уменьшения коммуникативных трудностей и более успешной социализации.

Для исследования уровня формирования артикуляционной моторики детей дошкольного возраста в логопедической практике можно использовать методические рекомендации Е. Ф. Архиповой [2].

Логопедический массаж – это уникальный нетрадиционный и эффективный метод коррекции звукопроизношения, так как он способствует нормализации произносительной стороны речи, улучшает состояние голоса, речевого дыхания, нормализует эмоциональное состояние ребенка, страдающего речевыми нарушениями.

Логопедический массаж не только улучшает двигательную функцию отстающих систем мозга, но и вовлекает в работу близлежащие мозговые системы. Он является частью комплексной реабилитации дошкольников, как средство эффективной коррекции речевых нарушений. Массаж оказывает благоприятное физиологическое воздействие на организм. Массаж улучшает секреторную функцию кожи, активизирует ее лимфо и кровообращение. А следовательно, улучшает ее питание, повышает обменные процессы. Существенно изменяется под влиянием массажа состояние мышечной системы. В первую очередь повышаются эластичность мышечных волокон, сила и объем их сократительной функции, работоспособность мышц, восстанавливается их активность после нагрузки. Дифференцированное применение различных приемов массажа позволяет понизить тонус при спастичности мышц, и напротив, повысить его при вялых

парезах артикуляционной мускулатуры. Это помогает формированию и осуществлению активных произвольных, координированных движений органов артикуляции.

Таким образом, логопедический массаж оказывает общее положительное воздействие на организм в целом, вызывая благоприятные изменения в нервной и мышечных системах, играющих основную роль в речедвигательном процессе.

Существуют различные методики проведения логопедического массажа. Наиболее популярные – массаж Дьяковой Е.А. и зондовый массаж Новиковой Е.В. Также известны работы, освещающие методику логопедического массажа, таких специалистов, как Е.Ф. Архипова, И.Б.Карелина, О.И. Крупенчук, Т.А. Воробьева, Ю.В. Маклеева, О.Г. Приходько и др.

Массаж не только улучшает произношение, но и положительно влияет на развитие фонематического слуха и общее развитие речи. Правильный подбор массажных комплексов способствует нормализации мышечного тонуса органов артикуляции, улучшает их моторику, что способствует улучшению произносительной стороны речи. Сочетание логомассажа с традиционными логопедическими занятиями значительно приближает положительные результаты по коррекции звукопроизношения у детей дошкольного возраста.

Изучая коррекционные методики, можно сделать вывод о том, что с детьми с ЗПР и дизартрией необходимо целенаправленно работать над развитием всех элементов просодики, артикуляционной и мимической моторик, речевым дыханием.

Логопедическая ритмика – одно из средств оздоровления речи. Прежде всего, это комплексная методика, включающая в себя средства логопедического, музыкально-ритмического и физического воспитания. Основой логоритмики являются речь, музыка и движение. В педагогической

практике логоритмика необходима для того, чтобы коррекционная работа была наиболее эффективной.

При проведении логоритмических занятий, учитывается состояние речи и моторики. Занятия с движениями для детей с ЗПР и дизартрией имеют особое значение, потому что двигательные упражнения тренируют в первую очередь мозг, подвижность нервных процессов

В то же время движение под музыку является для ребёнка и одним из самых привлекательных видов деятельности, игрой, возможностью выразить эмоции, реализовать свою энергию, поэтому оно в целом благотворно сказывается на его состоянии и воспитании.

Основные виды упражнений, использующихся на занятиях логопедической ритмики для детей с ЗПР и дизартрией, направлены на регуляцию мышечного тонуса, развитие речевого дыхания и голоса, развитие дикции и артикуляции, статической и динамической координации движений и речи, мелкой и мимической моторики переключаемости движений, чувства ритма. Таким образом, логоритмические игры и упражнения являются ценной неотъемлемой частью коррекционного процесса, позволяющей добиться положительного и устойчивого результата в коррекции.

Для достижения устойчивых результатов в коррекционной работе с детьми, страдающими от дизартрии и задержки психического развития, необходимо осуществлять комплексный подход, включающий не только логопедическую помощь, но и интеграцию различных видов активности, направленных на всестороннее развитие ребенка.

В коррекционной практике при дизартрии и задержке психического развития результативность в значительной степени связана с тем, насколько разнообразны каналы восприятия, через которые ребенок включается в речевую деятельность. По этой причине целесообразно опираться на мультисенсорные методы, предполагающие одновременное или поочередное обращение к зрению, слуху, осязанию, обонянию и вкусу. В работе могут использоваться яркие карточки, игрушки, предметные и сюжетные

изображения; визуальная опора облегчает удержание внимания и делает усвоение новых слов и фраз менее затрудненным. Не менее значим слуховой компонент: музыка, ритмизованные звуки, простые песенные формы и рифмовки поддерживают развитие слухового восприятия, способствуют формированию темпа речи и закреплению речевых моделей. Осязательная стимуляция – через материалы различной фактуры, лепку из пластилина, действия с песком, рисование пальцами – связана не только с сенсорным опытом как таковым, но и с развитием ручной моторики, а это в ряде случаев отражается и на артикуляционной стороне речи. Дополнительный эффект дают обонятельные и вкусовые впечатления: фрукты, специи, различные по вкусу ингредиенты делают занятие более запоминающимся, хотя их включение должно оставаться методически оправданным.

Для дошкольного возраста особенно существенна игровая организация коррекционной работы. Именно в игре ребенок легче принимает учебную задачу, дольше сохраняет включенность и охотнее воспроизводит речевые образцы. В этом отношении продуктивны ролевые игры с простыми диалогами, встроенными в привычные жизненные ситуации, например посещение магазина или прогулку в парке; речевая единица осваивается не изолированно, а в контексте действия. Наряду с этим используются подвижные игры, сочетающие двигательную и речевую активность. Так, формат «эстафеты с заданиями», где необходимо выполнить действие – собрать кубики и одновременно назвать их, – позволяет параллельно развивать речь и моторику. Некоторая неоднородность темпа выполнения здесь даже полезна: она дает специалисту дополнительный материал для наблюдения за тем, как ребенок распределяет усилия между движением, словом и вниманием.

Отдельного внимания требует система обратной связи. Ребенку важно понимать, что именно у него получилось, в чем сохраняются трудности и почему продвижение оценивается не только по конечному результату. Похвала, небольшое поощрение, фиксация даже частичного успеха

поддерживают положительную мотивацию к занятиям; вместе с тем целесообразно отмечать и само усилие, затраченное на выполнение задания. В противном случае внимание ребенка смещается исключительно к внешней оценке. Коррекционный процесс, однако, не может ограничиваться рамками взаимодействия со специалистом. Существенную роль играет семейное окружение, поэтому в программу желательно включать не только родителей, но и других близких взрослых, а при возможности – братьев и сестер. Совместные игры и занятия в домашней среде усиливают уверенность ребенка в общении, делают речевую практику более естественной и в известной мере облегчают социальную адаптацию.

При всей значимости перечисленных средств определяющим условием остается индивидуализация коррекционного воздействия. Различия в темпах освоения материала, интересах, эмоциональном состоянии и уровне речевого развития у детей данной категории выражены достаточно заметно. Поэтому единая схема занятий оказывается недостаточной: содержание, способы предъявления материала и характер помощи должны соотноситься с возможностями конкретного ребенка. Такая вариативность не сводится к формальной смене упражнений. Речь идет о выстраивании работы, в которой игровые методы, мультисенсорные техники и участие семьи образуют не набор отдельных приемов, а согласованную систему. Ее цель заключается не только в улучшении речевых навыков. Более широкий результат – развитие самостоятельности, повышение уверенности в собственных возможностях, формирование социальных умений, без которых полноценное включение ребенка в окружающую среду остается затрудненным. Именно комплексное построение коррекционной помощи в данном случае представляется наиболее обоснованным.

## Выводы по второй главе

На констатирующем этапе исследования внимание было сосредоточено на состоянии моторной сферы у старших дошкольников с задержкой психического развития. Эмпирическая часть проводилась на базе МБДОУ № 8 «Сибирячок». В выборку вошли 10 детей 5,5–6 лет; наличие ЗПР у каждого ребенка устанавливалось по результатам анализа документации. Оценка включала три группы заданий: на общую моторику, на мелкую моторику и на артикуляционную моторную организацию. Такая структура обследования позволяла рассматривать моторную сферу не изолированно, а в нескольких взаимосвязанных плоскостях, что для данной категории детей принципиально.

При выполнении диагностических проб у дошкольников с ЗПР и дизартрии обнаружались затруднения и в статической, и в динамической координации движений. Высокого уровня не выявлено ни в каком разделе и ни у кого из детей. У всех детей выявлена неврологическая симптоматика в минимальных и лёгких проявлениях.

В общей моторике выявлены самые низкие показатели. На среднем уровне - 60% детей, на низком уровне - 40% детей. Нарушены как статика, так и динамика, нарушена координация движений.

В сфере мелкой моторики на среднем уровне - 80% детей, на низком уровне - 20% детей. Обращали двигательные персеверации, тремор пальцев, недостаточность произвольной регуляции движений, а также быстрая утомляемость, особенно сложным оказалось точное воспроизведение движений руками, соблюдение ритма.

Отдельно фиксировались нарушения артикуляционной моторики: на среднем уровне - 70% детей, на низком уровне - 30% детей. В целом движения губ и языка выполнялись не в полном объеме. Полученные данные указывают на необходимость разработки содержания логопедической

работы, ориентированной на коррекцию выявленных особенностей общей, ручной и артикуляционной моторики.

## Заключение

У старших дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией становление моторной сферы нередко протекает с выраженными затруднениями. Их происхождение не сводится к одной группе причин: значение имеют и биологические предпосылки, затрагивающие нервно-мышечное функционирование, и особенности социальной ситуации развития, при которой двигательная активность ребенка, а вместе с ней и возможности практического освоения окружающей среды, оказываются ограниченными. В этой связи моторная сфера выступает не частным компонентом физического развития, а более широким условием, от которого зависит характер повседневной активности ребенка.

Именно степень ее сформированности связана не только с объемом движений и участием в подвижной деятельности. От нее в заметной мере зависят способы познания окружающего мира, становление самостоятельности, а также переживание собственной успешности и уверенности. По этой причине коррекционная работа требует учета индивидуального профиля развития каждого ребенка – его актуальных возможностей, интересов, специфических образовательных потребностей. Существенную роль могут играть игровые приемы и различные формы двигательной-активной работы, включаемые в обучение и коррекцию: при их систематическом использовании создаются условия для совершенствования координации, ловкости и общей моторной активности у детей с ЗПР.

В заключение, можно отметить, что успешная коррекция и развитие моторной сферы у старших дошкольников с ЗПР и дизартрией требует комплексного подхода, включающего сотрудничество педагогов, психологов и родителей, а также создание благоприятной развивающей среды. Такой подход позволит детям не только преодолеть существующие барьеры, но и стать более активными и уверенными в себе, что в дальнейшем окажет положительное влияние на их социализацию и интеграцию в общество.

Целью констатирующего этапа эксперимента являлось изучение уровня сформированности моторной сферы старших дошкольников с ЗПР и дизартрией. Экспериментальное исследование проходило на базе МБДОУ №8. Для реализации поставленной цели нами была определена группа детей старшего дошкольного возраста с ЗПР и дизартрией 5,5 - 6 лет в количестве 10 дошкольников. У всех детей задержкой психического развития и дизартрией на основе анализа документации на детей.

С целью выявления уровня сформированности моторики у старших дошкольников с ЗПР, дизартрия нами использовались задания, на: исследование сформированности общей моторной сферы, исследование уровня сформированности мелкой моторики. Исследование артикуляционной моторики.

Полученные результаты исследования показали, что дошкольники с ЗПР и дизартрия уровня испытывали трудности как на уровне статической, так и на уровне динамической координации движений. У всех выявлена неврологическая симптоматика: синкинезии в язычной и лицевой мускулатуре, движения губами и языком выполняли в неполном объеме,

Двигательные персеверации, тремор пальцев, трудности произвольной регуляции движений, утомляемость, детям трудно давалось точное выполнение движения руками, сбивались с заданного ритма.

Таким образом, полученные результаты констатирующего этапа исследования свидетельствуют о необходимости разработки содержания логопедической работы с целью коррекции выявленных особенностей в состоянии общей, мелкой, а также артикуляционной мускулатуре.

### Список использованной литературы

1. Абдуллина, Ф. Х. Развитие двигательных навыков у детей с задержкой психического развития / Ф. Х. Абдуллина. – Рязань: Рязан. гос. ун-т, 2020. – 180 с.
2. Архипова Е. Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей / Е.Ф. Архипова М.: АСТ: Астрель, 2008. — 254с.
3. Архипова, Е.Ф. Стертая дизартрия у детей: учеб. пособие для студентов вузов. М.: АСТ: Астрель: ХРАНИТЕЛЬ, 2007. – 319с.
4. Бабина, Л. А. Формирование моторной активности детей / Л. А. Бабина. – М.: Педагогическое общество, 2019. – 240 с.
5. Баранова, А. С. Игровая деятельность как средство коррекции двигательных нарушений / А. С. Баранова. – Санкт-Петербург: Изд-во СПбГПУ, 2021. – 200 с.
6. Бернштейн Н. А. Координация движений в онтогенезе // Ученые записки ГЦОЛИФК. Т. 2. – 1947. – 170 с.
7. Бескова, Н. В. Влияние подвижных игр на развитие моторной сферы дошкольников / Н. В. Бескова. – Казань: Казан. ун-т, 2022. – 156 с.
8. Брагина, Е. В. Двигательное развитие детей с ЗПР / Е. В. Брагина. – Екатеринбург: Урал. гос. ун-т, 2020. – 170 с.
9. Выготский Л. С. Основы дефектологии. СПб.: Лань, 2003. – 654с.
10. Выготский Л. С. Мышление и речь. М., 1999. 352 с.
11. Волкова Г. А. Логопедическая ритмика: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений. - М: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. - 272 с.
12. Волкова Л. С. Логопедия: учебник для студ. дефектол. фак. пед. высш. Учеб. заведений – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2009. – 703 с.
13. Гавриленко, И. С. Методы диагностики моторного развития у детей / И. С. Гавриленко. – Челябинск: ЧелГУ, 2021. – 220 с.

14. Громова, Т. Н. Специфика формирования движений у детей / Т. Н. Громова. – Новосибирск: НГПУ, 2018. – 195 с.
15. Диагностический материал по Л. Б. Осиповой. URL: <https://infourok.ru/diagnosticheskiy-material-po-lb-osipovoy-1533701.html/> (дата обращения: 13.04.2025).
16. Дубровская, О. А. Коррекционная работа с детьми с ЗПР / О. А. Дубровская. – Омск: ОмГПУ, 2019. – 250 с.
17. Егоров, А. В. Психомоторное развитие детей: проблемы и решения / А. В. Егоров. – Ростов-на-Дону: РГПУ, 2020. – 230 с.
18. Жукова Н. С., Мастюкова Е. М., Филичева Т. Б. Преодоление задержки речевого развития у дошкольников. М., 1994. 296 с.
19. Заборова, С. Е. Двигательные навыки и их коррекция у дошкольников с ЗПР / С. Е. Заборова. – Уфа: Башкир. гос. ун-т, 2019. – 180 с.
20. Зубкова, И. В. Задержка психического развития: подходы к коррекции / И. В. Зубкова. – Тюмень: Тюмен. гос. ун-т, 2021. – 210 с.
21. Краузе, Е. Н. Логопедический массаж и артикуляционная гимнастика: Практическое пособие.- СПб.: Корона. Век, 2016.- 80 с.
22. Кривцов, А. С. Оценка двигательной активности у детей старшего дошкольного возраста / А. С. Кривцов. – Москва: Наука, 2020. – 175 с.
23. Кузнецова, Т. А. Роль физической активности в жизни детей с ЗПР / Т. А. Кузнецова. – Нижний Новгород: ННГУ, 2018. – 240 с.
24. Куликовская Т.А. Артикуляционная гимнастика в стихах и картинках. - Москва., 2006. – 54 с.
25. Лебедева, М. В. Формирование моторных навыков у детей с нарушениями развития / М. В. Лебедева. – Санкт-Петербург: Изд-во ИППК, 2022. – 190 с.
26. Литвинова, И. А. Игра как средство развития моторики у дошкольников / И. А. Литвинова. – Казань: Казан. гос. ун-т, 2020. – 200 с.

27. Лурия, А.Р. Язык и сознание / Под редакцией Е. Д. Хомской [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://pedlib.ru/Books> (дата обращения 14.04.2025)
28. Макарова, Н. Л. Коррекционная работа с детьми с ЗПР / Н. Л. Макарова. – Воронеж: Воронеж. гос. ун-т, 2021. – 230 с.
29. Мельникова, Ю. В. Развитие двигательных навыков у детей с особыми потребностями / Ю. В. Мельникова. – Ярославль: ЯГПУ, 2019. – 165 с.
30. Миронова, Е. С. Психомоторное развитие: диагностика и коррекция / Е. С. Миронова. – Рязань: РГПУ, 2022. – 185 с.
31. Москвичева, Н. А. Ранняя диагностика ЗПР у детей / Н. А. Москвичева. – Самара: Самар. гос. ун-т, 2019. – 145 с.
32. Никифорова, Т. В. Двигательное развитие детей с ЗПР / Т. В. Никифорова. – Иркутск: ИРГПУ, 2021. – 200 с.
33. Новиковская О. А. «Логоритмика для дошкольников в играх и упражнениях: Практическое пособие для педагогов и родителей». – СПб. : КОРОНА, 2005.- 272с.
34. Павлова, И. Д. Игровая терапия в коррекции двигательных нарушений / И. Д. Павлова. – Саранск: Мордов. гос. ун-т, 2020. – 178 с.
35. Петров, А. А. Развитие моторики у детей с особыми образовательными потребностями / А. А. Петров. – Белгород: Белгу, 2018. – 160 с.
36. Ромашина, Н. А. Подвижные игры для детей с ЗПР / Н. А. Ромашина. – Тула: Тул. гос. ун-т, 2021. – 180 с.
37. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии СПб., 2002. 720 с.
38. Савельева, Е. Д. Адаптивная физкультура для дошкольников / Е. Д. Савельева. – Красноярск: КрасГу, 2020. – 190 с.
39. Семёнова, Т. П. Задержка психического развития детей: практический обзор / Т. П. Семёнова. – Чебоксары: Чуваш. гос. ун-т, 2019. – 215 с.

40. Синицина, О. В. Двигательная активность и здоровье детей с ЗПР / О. В. Синицина. – Екатеринбург: Урал. гос. мед. ун-т, 2022. – 230 с.
41. Слепович Е. С. Формирование речи у дошкольников с задержкой психического развития : кн. для учителя. Минск, 1989. 64 с.
42. Спирова, Л.Ф. Особенности речевого развития учащихся с тяжелыми нарушениями речи /Л.Ф. Спирова. [Электронный ресурс]. Режим доступа:<http://www.twirpx.com/file/767522/> (дата обращения: 17.04.2025)
43. Степанова, Н. П. Способы коррекции моторных нарушений у дошкольников / Н. П. Степанова. – Тамбов: Тамбов. гос. ун-т, 2021. – 190 с.
44. Фролова, А. Е. Проблемы психомоторного развития детей / А. Е. Фролова. – Хабаровск: Хабар. гос. ун-т, 2020. – 220 с.
45. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В. Основы логопедии. – М.: Просвещение, 1989. – 233 с.
46. Чиркина, Г. В. Основы логопедической работы с детьми. – М.: АРКТИ, 2012. – 240 с.
47. Чвякин В. А., Киселева Н. С. Психология детей с задержкой психического развития : учеб.-метод. пособие. М., 2014. 92 с.
48. Черток, В. И. Развитие моторики в дошкольном возрасте: теория и практика / В. И. Черток. – Владивосток: ДВФУ, 2019. – 160 с.
49. Яковлева, Н. А. Методики коррекции двигательной активности у детей с особыми потребностями / Н. А. Яковлева. – Москва: Педагогическое общество, 2021. – 210 с.

## Приложение

Таблица 1. Сформированность общей моторики у дошкольников  
с задержкой психического развития и дизартрией

№	Ф.И.ребенка уровень	1 уровень	2 уровень	3 уровень
1	Кирил Х	Покачивался, опускал ногу, забывал последующее движение, не удерживал позу 2 секунды.		
2	Даша К		Сохраняла позу в течение 4 секунд, добавляла лишнее движение.	
3	Иван П		5 секунд сохранял позу, открывал глаза и балансирует руками.	
4	Софья Р	Не удерживала позу 2 секунды, добавляла либо пропускала движение		
5	Карина М		Сохраняла позу в течение 3 секунд, повторяла действия несколько раз.	
6	Максим В		Заменял одно движение на другое, сохранял позу 4 секунды	
7	Богдан Ж	Удерживала позу 1 секунды, не устойчивое положения тела, вводил лишнее движение,		

8	Илья Г		Выполнял действия не однократно, не устоял на левой ноге закрытыми глазами, все остальные позы удерживал 5 секунд	
9	Нина Т	Не могла устоять на левой ноге, хваталась за стул, не удерживала позу 2 секунды		
10	Надя И		Удержала позу 4 секунды, заменила одно движение на другое	

Таблица 2. Сформированность ручной моторики рук у старших дошкольников с задержкой психического развития

№	Ф.И.ребенка уровень	1 уровень	2 уровень	3 уровень
1	Кирил Х		Выполнял задание в медленном темпе, сбился с заданием на левой руке	
2	Даша К	Не смогла выполнить задание правильно		
3	Иван П		Выполнил задание в среднем темпе, сбивался с четкого выполнения движений	
4	Софья Р		Выполнила задание, но сбилась с четкого выполнения на правой руке.	
5	Карина М		Выполнила	

			медленно, сбилась один раз.	
6	Максим В	Не точно выполняет задание на левой руке, действует в замедленном темпе		
7	Богдан Ж		Выполнил задание медленно, сбивался в выполнении задания двумя руками	
8	Илья Г		Выполнил задание медленно, не разу не сбился	
9	Нина Т		Выполнила задание медленно, сбилась в четком выполнении	
10	Надя И		Выполнила четко движения, но медленно	

Таблица 3. Сформированность артикуляционной моторики у дошкольников с задержкой психического развития и дизартрией

№	Ф.И.ребенка уровень	1 уровень	2 уровень	3 уровень
1	Кирил Х		Удерживал заданную позу 5 секунд при выполнении задания «Улыбка», «Хоботок», не выполнил задание «Лопатку»	
2	Даша К		Удерживала позы с трудом по 5 секунд	
3	Иван П	Не удержал статические позы в течение 3 секунд		
4	Софья Р		Удерживала позы по 5 секунд, но	

			дрожал язык	
5	Карина М	Не удерживала позу 4 секунд, движение губ и языка выполнялись не в полном объеме		
6	Максим В		Удерживал позу 7 секунд, но при выполнении чашечки поднимал голову вверх	
7	Богдан Ж		Просил что показали дополнительный показ, удерживал позу 6 секунд, отмечалась гиперсаливация	
8	Илья Г	Не удалось удержать позу в течение 3 секунд, язык отклонялся в сторону		
9	Нина Т		Удержала заданные позы по 5 секунд, но при выполнении «Чашечки» подтягивала нижнюю челюсть вверх	
10	Надя И		Удерживала заданную позу 5 секунд, при выполнении «Лопатки» язык загибалась вниз к подбородку	