

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ 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
Кафедра коррекционной педагогики

Роменко Евгения Сергеевна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Сформированность двигательных функций у детей старшего дошкольного
возраста с дизартрией и амблиопией и у детей старшего дошкольного возраста с
дизартрией

направление подготовки 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование
магистерская программа «Логопедическая работа с лицами, имеющими речевые
нарушения»

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

И.о. зав. кафедрой
коррекционной педагогики
кандидат педагогических наук, доцент
_____ Беляева Ольга Леонидовна
« _____ » _____ 2017 г.
Руководитель магистерской программы
_____ Коновалова Елена Юрьевна.
« _____ » _____ 2017 г.
Научный руководитель
кандидат педагогических наук, доцент
_____ Брюховских
Людмила Александровна.
« _____ » _____ 2017 г.
Обучающийся
_____ Роменко Евгения Сергеевна
« _____ » _____ 2017 г.

Красноярск 2017

Реферат (аннотация)

Рукопись диссертации на тему «Сформированность двигательных функций у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией» состоит из введения, двух глав исследования, дифференцированных методических рекомендаций, заключения, библиографического списка, включающего 79 литературных источника, приложений. Объем работы составляет 131 страниц текста, 19 гистограмм, 5 таблиц. Объект исследования: кинетический и кинестетический праксис (двигательные функции) у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Предмет исследования: специфические особенности кинетического и кинестетического праксиса у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Цель исследования: изучить особенности кинетического и кинестетического праксиса (двигательных функций) у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией, подбор дифференцированных методических рекомендаций по их устранению.

Методы исследования: теоретический анализ психолого-педагогической и учебно-методической литературы по проблеме исследования, синтез, обобщение научной литературы, систематизация; констатирующий эксперимент, библиографический метод (анализ анамнестических данных, изучение документации). Экспериментальное исследование осуществлялось на базе Муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения компенсирующего вида для детей с нарушенным зрением №218 Советского района г. Красноярска. В экспериментальную группу вошло 10 детей, в возрасте от 5 до 6 лет.

И Муниципального бюджетного учреждения «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи №9» Центрального района г. Красноярска. В экспериментальную группу вошло 10 детей, в возрасте от 5 до 6 лет.

Исследование проводилось в течение 2015 – 2017 гг. В исследовании приняли участие две экспериментальные группы по 10 испытуемых: дети старшего дошкольного возраста с дизартрией и дети старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией. На данном этапе выявлены уровни сформированности двигательных функций у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией. Был разработан диагностический комплекс, который включал 4 серии заданий:

1. Обследование состояния общей моторики;
2. Обследование произвольной моторики пальцев рук;
3. Обследование строения и подвижности артикуляционного аппарата;
4. Анализ результатов обследования звукопроизношения.

Данные серии заданий включали параметры оценивания уровня сформированности каждого компонента. Для каждого параметра компонента были разработаны критерии и диагностические задания. Для выявления уровня сформированности компонентов двигательных функций у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией были разработаны оценки уровня сформированности кинетического и кинестетического праксиса у старших дошкольников с дизартрией и с дизартрией и амблиопией. Нами были выявлены особенности формирования кинетического и кинестетического праксиса у старших дошкольников с дизартрией и с дизартрией и амблиопией. Данные результаты получены впервые, их практическая значимость заключается в том, что с их учетом разработаны дифференцированные методические рекомендации для учителей-логопедов.

Апробация материалов диссертации осуществлялась:

1. Прорывные научные исследования как двигатель науки: сборник статей Международной научно-практической конференции (13 августа 2016 г, г.Омск). – Уфа : МЦИИ ОМЕГА САЙНС, 2016. – 244 с. Публикация статьи: «Результаты изучения кинетического и кинестетического праксиса у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией».
2. Современные тенденции развития науки и технологий : сборник научных трудов по материалам VIII Международной научно-практической конференции 30 ноября 2015 г.: в 10 ч. / Под общ. ред. Е.П. Ткачевой. – Белгород : ИП Ткачева Е.П., 2015. - № 8, часть X. – 148 с. Публикация статьи: «Результаты изучения кинетического и кинестетического праксиса у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией».
3. Участие в работе XVI Международного научно-практического форума студентов, аспирантов и молодых ученых «МОЛОДЕЖЬ И НАУКА XXI ВЕКА», и заняла III место в секции «Современные технологии логопедической работы с детьми имеющими речевые нарушения». Статья: «Результаты изучения кинетического и кинестетического праксиса у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией», 2015г.
4. Участие в работе XVIII Международного научно-практического форума студентов, аспирантов и молодых ученых «МОЛОДЕЖЬ И НАУКА XXI ВЕКА», посвященного 85-летию КГПУ им. В.П. Астафьева и заняла II место в секции «Логопедическая работа с детьми, имеющими речевые нарушения». Статья: «Результаты изучения кинетического и кинестетического праксиса у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией», 2017г.

Abstract (summary)

The manuscript of the thesis on the topic "Generation of motor functions in children of older preschool age with dysarthria and amblyopia and in children of older preschool age with dysarthria" consists of an introduction, two chapters of the study, differentiated methodological recommendations, conclusion, a bibliographic list including 79 literary sources and applications. The amount of work is 131 pages of text, 19 histograms, 5 tables. Object of investigation: kinetic and kinesthetic praxis (motor functions) in children of older preschool age with dysarthria and amblyopia and in children of older preschool age with dysarthria.

Research subject: specific features of kinetic and kinesthetic praxis in children of older preschool age with dysarthria and amblyopia and in children of older preschool age with dysarthria.

The purpose of the study: to study the features of kinetic and kinesthetic praxis (motor functions) in children of older preschool age with dysarthria and amblyopia and in children of older preschool age with dysarthria, the selection of differentiated methodological recommendations for their elimination.

Research methods: theoretical analysis of psychological-pedagogical and educational-methodical literature on the research problem, synthesis, generalization of scientific literature, systematization; Ascertaining experiment, bibliographic method (analysis of anamnestic data, documentation study). The experimental research was carried out on the basis of the Municipal budgetary pre-school educational institution of compensating type for children with impaired vision No. 218 of Sovetsky district of Krasnoyarsk. The experimental group included 10 children, aged 5 to 6 years.

And the Municipal Budgetary Institution "Center for Psychological, Pedagogical, Medical and Social Assistance No. 9" of the Central District of Krasnoyarsk. The experimental group included 10 children, aged 5 to 6 years.

The study was conducted during 2015 - 2017. Two ex-experimental groups of 10 subjects took part in the study: children of senior preschool age with dysarthria and children of older preschool age with dysarthria and amblyopia. At this stage, the levels

of the formation of motor functions in children of older preschool age with dysarthria and in children of older preschool age with dysarthria and amblyopia are revealed. A diagnostic complex was developed, which included 4 series of tasks:

1. Use of the state of the common sense;
2. The use of the correct wear of the fingers;
3. Use of staining and motion of the articulatory apparatus;
4. An analysis of the results of the use of sound attenuation.

The data of the series of tasks included the parameters for assessing the level of formation of each component. Criteria and diagnostic tasks were developed for each component parameter. To reveal the level of formation of components of motor functions in children of senior preschool age with dysarthria and in children of older preschool age with dysarthria and amblyopia, the level of kinetic and kinesthetic praxis formation was developed in older preschool children with dysarthria and dysarthria and amblyopia. We have revealed the features of the formation of kinetic and kinesthetic praxis in older preschool children with dysarthria and with dysarthria and amblyopia. These results were obtained for the first time, their practical significance lies in the fact that, with their consideration, differentiated methodological recommendations for speech-therapy teachers have been developed.

Approbation of the thesis was carried out:

1. Breakthrough scientific research as the engine of science: a collection of articles of the International Scientific and Practical Conference (August 13, 2016, Omsk). - Ufa: MIMS OF OMEGA SAINS, 2016. - 244 p. Publication of the article: «Results of the study of kinetic and kinesthetic praxis in children of older preschool age with dysarthria».

2. Modern trends in the development of science and technology: a collection of scientific papers on the materials of the VIII International Scientific and Practical Conference November 30, 2015: at 10 am / Under the general. Ed. E.P. Tkachevoy. - Belgorod: IP Tkacheva EP, 2015. - No. 8, part X. - 148 p. Publication of the article:

«Results of the study of kinetic and kinesthetic praxis in children of older preschool age with dysarthria and amblyopia».

3. Participation in the XVI International Scientific and Practical Forum of students, graduate students and young scientists «YOUTH AND SCIENCE OF THE XXI CENTURY», and took the III place in the section «Modern technologies of speech therapy work with children with speech disorders». Article: «Results of the study of kinetic and kinesthetic praxis in children of senior preschool age with dysarthria and amblyopia», 2015.

4. Participation in the work of the XVIII International Scientific and Practical Forum of students, graduate students and young scientists «YOUTH AND SCIENCE OF THE XXI CENTURY», dedicated to the 85th anniversary of KSPU them. V.P. Astafieva and took the II place in the section «Logopedic work with children with speech disorders». Article: «Results of the study of kinetic and kinesthetic praxis in children of older preschool age with dysarthria», 2017.

Оглавление

Введение.....	9
Глава I. Теоретические основы изучения состояния кинетического и кинестетического праксиса у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией	
1.1. Развитие двигательных функций у детей с нормальным онтогенезом.....	13
1.2. Освещение в литературе проблемы взаимосвязи двигательных функций с состоянием речи.....	18
1.3. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с дизартрией...	22
1.4. Особенности двигательных функций у детей с амблиопией.....	29
1.5. Обзор методик по исследованию двигательных функций речи.....	31
Выводы по I главе.....	35
Глава II. Экспериментальное исследование	
2.1. Организация констатирующего эксперимента.....	38
2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента первой экспериментальной группы (дети старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией).....	47
2.3. Анализ результатов констатирующего эксперимента второй экспериментальной группы (дети старшего дошкольного возраста с дизартрией).....	61
2.4. Сравнительный анализ двигательных функций у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.....	74
2.5. Методические рекомендации по развитию двигательных функций у дошкольников с дизартрией и амблиопией и у дошкольников с дизартрией.....	83
Выводы по II главе	104
Заключение.....	106
Библиографический список.....	109
Приложения.....	117

Введение

Актуальность исследования. В настоящее время, по данным зарубежных и отечественных исследователей, количество детей с дизартрией, испытывающих затруднения в освоении социальной микросреды, значительно возросло. В большей степени эти затруднения проявляются при поступлении ребёнка в школу (Б.Н. Алмазов, Е.М. Мастюкова, Л.Т. Журба, R.Merton, T.Parsons и др.) [8, 45].

Для дошкольников с речевыми нарушениями и недоразвитием двигательных функций, отягощенных нарушениями зрения (амблиопия) решение вопроса ранней социальной адаптации имеет большое значение в связи с тем, что с определенного момента они неизбежно начинают замечать свое отставание от сверстников в той или иной сфере жизни.

У детей с дизартрией вследствие органического поражения центральной нервной системы нарушаются двигательные механизмы, страдает общая и мелкая моторика, что в свою очередь, усугубляет нарушения речи при данной патологии. Нарушение звукопроизношения очень тяжело поддается коррекции, отрицательно влияет на формирование фонематических процессов и лексико-грамматической стороны речи, что затрудняет процесс школьного обучения детей. Все это усугубляется нарушением зрения, таким как амблиопия.

Несмотря на то, что у детей с легкой формой дизартрии не наблюдается выраженных параличей и парезов, моторика их отличается общей неловкостью, недостаточной координированностью, они отстают от сверстников в точности и ловкости движений, задерживается развитие готовности руки к письму, это влияет на отсутствие интереса к рисованию и другим видам ручной деятельности (Л.А. Данилова, Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрянникова, Н.С. Симонова, И.А. Смирнова, Г.В. Чиркина и др.) [8, 12].

В силу этого преодоление недоразвития кинетического и кинестетического праксиса в плане подготовки ребенка к школьному обучению является одной из важнейших для коррекционной педагогики. Мы полагаем, что подобная

ситуация возникает в связи с тем, что логопеды не учитывают особенности физиологического и психического развития анализаторных систем, как сенсорных, так и двигательных. Таким образом, неразработанность методов и приемов профилактики и преодоления недоразвития двигательных нарушений у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией, отсутствие методических рекомендаций, учитывающих природосообразное развитие ребенка, определяют актуальность предлагаемого исследования.

Проблема: изучение нарушенного кинетического и кинестетического праксиса у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и их коррекция.

Цель исследования: изучить особенности кинетического и кинестетического праксиса (двигательных функций) у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией, подбор дифференцированных методических рекомендаций по их устранению.

Объект исследования: кинетический и кинестетический праксис (двигательные функции) у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Предмет исследования: специфические особенности кинетического и кинестетического праксиса у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией будут выявлены специфические нарушения кинетического и кинестетического праксиса в артикуляционном аппарате, в мелкой и общей моторики. Выявленные нарушения позволят нам составить дифференцированные методические рекомендации по их коррекции у детей

старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Задачи исследования:

1. Изучить психолого-педагогическую литературу по проблеме.
2. Провести исследование состояния кинетического и кинестетического праксиса у детей с дизартрией и амблиопией старшего дошкольного возраста и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.
3. Выявить особенности кинетического и кинестетического праксиса у детей с дизартрией и амблиопией и у старших дошкольников с дизартрией.
4. Подобрать дифференцированные методические рекомендации по коррекции двигательных функций у старших дошкольников с дизартрией и амблиопией и у старших дошкольников с дизартрией.

Методы исследования определялись в соответствии с целью, гипотезой и задачами работы. В ходе исследования применялись как теоретические, так и практические методы.

Теоретические: анализ литературы по проблеме исследования, изучение медицинской и психолого-педагогической документации на ребёнка, анализ опыта работы педагогов, ознакомление с методиками исследования и коррекции двигательных функций у старших дошкольников с дизартрией и амблиопией и у старших дошкольников с дизартрией;

Практические: беседа, наблюдение, констатирующий эксперимент.

Организация исследования.

Этапы работы:

I этап (март – август 2016г.) – анализ литературы по проблеме исследования, сбор материала и подбор методик констатирующего эксперимента.

II этап (сентябрь 2016г.) - проведение констатирующего эксперимента.

III этап (сентябрь 2016 – март 2017г.) – анализ результатов констатирующего эксперимента и разработка методических рекомендаций.

База исследования:

1. Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение компенсирующего вида для детей с нарушенным зрением №218 Советского района г. Красноярска. В экспериментальную группу вошло 10 детей, в возрасте от 5 до 6 лет.

2.Муниципальное бюджетное учреждение «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи №9» Центрального района г. Красноярска. В экспериментальную группу вошло 10 детей, в возрасте от 5 до 6 лет.

Практическая значимость: заключается в разработке дифференцированных методических рекомендаций по развитию кинетического и кинестетического праксиса для детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и для детей старшего дошкольного возраста с дизартрией. Предложенные упражнения, игры и задания могут использоваться в практической работе педагогами дошкольных образовательных учреждений.

Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ КИНЕТИЧЕСКОГО И КИНЕСТЕТИЧЕСКОГО ПРАКСИСА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИЗАРТРИЕЙ И АМБЛИОПИЕЙ И У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИЗАРТРИЕЙ

1.1. Развитие двигательных функций у детей с нормальным онтогенезом

Исследования ученых (М.М. Кольцовой, Н.С. Жуковой, Е.М. Мاستюковой, Т.Б. Филичевой и др.) [25, 27, 32] показали, что движения выпрямленных рук ребёнка над грудью развиваются и закрепляются в системе эмоционально-положительного комплекса оживления. Комплекс оживления формируется примерно с третьей недели жизни ребёнка, но уже на 2 месяце при нормальном развитии ребёнка наблюдается комплекс в полном составе. Интенсивность его компонентов продолжает нарастать примерно до 3 – 4 месяцев, после чего комплекс оживления распадается, преобразуясь в более сложные формы поведения. Малыш начинает останавливать взгляд на лице склонившегося над ним человека, улыбаться ему, активно двигать ручками и ножками, издавать не громкие звуки. В возрасте от 2 до 3 месяцев у ребёнка появляются ощупывающие движения, основными органами чувств являются рот и руки. В это время и происходит включение центров тактильного анализатора коры больших полушарий. Овладение относительно тонкими действиями рук происходит в процессе развития кинестетического чувства, отвечающего за информацию о положении и перемещении тела в пространстве, точнее – в процессе формирования зрительно-тактильно-кинестетических связей.

И.М. Сеченов [60] установил, что зрительное восприятие пространства генетически связано и функционально сравнимо с тактильно-кинестетической обратной связью, которая является результатом движения руки. После становления этих связей движения руки начинают в большей степени выполняться под контролем зрения, теперь уже вид предмета – это стимул движения рук по направлению к нему.

Таким образом, формирование движений рук начинается постепенно на протяжении уже первого полугодия жизни. Кулак ребёнка распрямляется, пальцы пытаются выполнить определенные движения (захватывание предметов). Так рука начинает действовать как специфический орган. Движения пальцев рук имеют особое значение среди двигательных функций, так как оказывают огромное влияние на развитие высшей нервной деятельности ребёнка. Но прежде чем рука ребёнка начинает походить в своих действиях на руку взрослого, проходит довольно значительное время.

До 3,5 – 4 месяцев движения рук у ребёнка носят безусловно-рефлекторный характер. Это значит, что они выполняются как относительно постоянные стереотипические реакции организма на воздействие внешней среды, не требующие специальных условий для своего возникновения. Первая двигательная функция рук – схватывание, которое сначала появляется как врождённый рефлекс. Новорожденный ребёнок не только схватывает прикасающийся к его ладони предмет, но и может повиснуть на нём. Этот ладонный рефлекс возникает в ответ на тактильное раздражение ладони, а не пальцев. В 4 – 4,5 месяца у детей появляются простые движения рук, направленные на непосредственный контакт с объектом. У малыша появляются «ощущения», т.е. он замечает появление и исчезновение предметов, оценивает их объективные качества (лёгкость/тяжесть), может соотнести разные, но одновременно воспринимаемые свойства (оптические, звуковые) одного и того же объекта, выделить этот объект. Однако действия рук носят случайный характер, без целенаправленного волевого усилия.

Ребёнок удерживает в руке вкладываемый в его ладонь предмет в 2 месяца 2 – 3 секунды, в 3 месяца – до 10 секунд, в 4 месяца – до 20 секунд.

В возрасте от 4 до 7 месяцев у ребёнка наступает следующий этап развития действий с предметами – этап простого «результативного» действия. В этот период отмечается активное обнаружение скрытых свойств объекта. У ребёнка появляется повторное притягивание случайно схваченного предмета с последующим ощупыванием, рассматриванием. Он теперь обследует предмет губами и языком, отбрасывает один предмет и берёт другой. Малыш похлопывает по предмету, стучит им, может отбросить предмет в определённое место, например на пол, с целью извлечь звук. Если в руках у него погремушка, то размахивает ею, заставляя её греметь. С 5 месяцев у ребёнка при схватывании предмета более активное участие принимают пальцы: заметно доминирующее положение большого пальца – ребёнок отводит его при схватывании. Само захватывание предметов теперь осуществляется с помощью пальцев, а не ладони. В 6 месяцев ребёнок не только умеет крепко брать удерживать вложенный в руку предмет, но и брать его из любого положения. Малыш способен выделять постоянные свойства предмета независимо от его положения.

7 – 10 месяцев – это следующий этап в развитии действий с предметами, этап «соотносящего действия». В этот период ребёнок уже умеет соотносить предмет с определённым местом в пространстве. Он вкладывает и вынимает предметы, укладывает на определённое место, нанизывает крупные предметы, укладывает на сквозное отверстие, перемещает предметы в определённом направлении, закрывает крышку коробочки, употребляет один предмет по отношению к другому в качестве орудия.

С 8 – 9 месяцев ребёнок отлично сжимает игрушку, если её хотят у него взять, берет мелкие предметы двумя пальцами, а большие всей ладонью. У него начинает проявляться преобладание одной руки, обычно правой. Новое для

этого периода – манипулирование двумя предметами, а также подражание предметным действиям взрослых.

С 10 – 11 месяцев и до 1 года 3 месяцев отмечается появление функциональных действий, которые отличаются от манипулятивных тем, что выражают социальную сущность предмета, определяют его значение. Наблюдается совершенствование действий, выработанных ранее, обобщение и перенос их на новые объекты. Дети целенаправленно используют предметы: из чашки угощают куклу чаем, прокатывают машинку, укачивают куклу, строят из кубиков. На протяжении этого периода совершенствуются действия рук: кулачок разжался, пальцы действуют более самостоятельно и автономно. В 1 год 2 месяца – 1 год 3 месяца активизируется кончик большого пальца, а затем указательный палец. Так же в дальнейшем будет наблюдаться интенсивное развитие относительно тонких движений всех пальцев, которое продолжается на протяжении всего периода раннего детства.

Особое значение имеет период, когда начинается противопоставление большого пальца другим – с этого времени движения остальных пальцев становятся более свободными. В лаборатории электрофизиологических исследований Т.П. Хризман и М.И. Звонарёвой [31] было обнаружено, что когда ребёнок производит ритмичные движения пальцами, у него резко усиливается согласованная деятельность лобных и височных отделов мозга. Разгибание и сгибание пальцев правой руки усиливали согласованные электрические колебания в лобной и височных зонах левого полушария, а движения пальцев левой руки вызывали такую же активизацию в правом полушарии.

Упомянувшиеся ранее данные электрофизиологических исследований так же говорят нам о том, что речевые области формируются под влиянием импульсов, поступающих от пальцев рук.

Анализируя данные учёных, можно сделать вывод, что степень совершенства речевых реакций находится в прямой зависимости от

тренированности движений пальцев. Сопоставляя все эти факты, М.М. Кольцова [33] пришла к заключению: говоря о периоде подготовки ребёнка к активной речи, нужно иметь в виду тренировку не только артикуляционного аппарата, но и движений пальцев рук.

Возрастные особенности развития общей моторики у детей [8].

В возрасте 4 месяцев ребёнок начинает лежать на животе, опираясь на согнутые под прямым углом предплечья.

В 5 месяцев малыш может лежать на животе, но при этом еще опираться на вытянутые руки, так же может приподнять голову и переворачиваться на бок.

В возрасте 6 месяцев ребёнок может садиться.

В 7 месяцев посаженный малыш, сидит, опираясь на руки, ползает на животе, поворачивается с живота на спину.

В 8 месяцев посаженный ребёнок садится и сидит, не опираясь, становится на четвереньки, ухватившись за опору, становится на колени.

В возрасте 9 месяцев ребёнок встаёт, ухватившись за опору; переступает, поддерживаемый за руки.

А в 10 месяцев он может ходить, держась одной рукой за опору.

В 11 месяцев ребёнок уверенно стоит без опоры, приседает, ходит, держась одной рукой, делает несколько шагов без опоры. Малыш начинает ходить без поддержки в 12 месяцев. В период от 1 до 2 лет ребёнок уверенно ходит, наклоняется, чтобы достать предмет с пола. Останавливается, ходит в сторону и назад, бросает мяч. Может стоять на одной ноге, не долгое время. Относит предмет на короткое расстояние. При легкой поддержке, малыш спускается вниз по лестнице, поднимается самостоятельно, прыгает на месте. Так же он может крутить педаль трехколёсного велосипеда. С 2 до 3 лет ребёнок учится бегать, ходить на носках, сохранять равновесие на одной ноге. Обретает такие навыки как: сидение на корточках и спрыгивание с последней ступеньки.

Ребёнок 4-5 лет прыгает на одной ноге, ходит по бревну. Прыгает попеременно на одной, затем на другой ноге. Поднимается вверх по лестнице.

В 5-6 лет он уже хорошо прыгает, бегаёт, прыгает через верёвочку, прыгает попеременно на одной и другой ноге; бегаёт на носках. Приобретает навык езды на двухколесном велосипеде, а так же катании на коньках.

В 3-4 года ребёнок приобретает такие навыки поведения, как бросание мяча из-за головы, хватание катящегося мяча, спускается вниз по лестнице, используя попеременно ту или иную ногу. Прыгает на одной ноге. Стоит на одной ноге в течение 10 секунд. Сохраняет равновесие при качаниях на качелях.

1.2. Освещение в литературе проблемы взаимосвязи двигательных функций с состоянием речи

Многие учёные считают, что развитие речевого центра в левом полушарии обусловлено ведущей ролью руки в трудовой деятельности. Ещё Ф. Энгельс писал «Только благодаря труду, благодаря приспособлению к новым операциям, благодаря передаче по наследству достигнуто путём особого развития мускулов, связок, костей, благодаря новому применению этих переданных по наследству усовершенствований и перехода всё более сложным операциям, только благодаря этому человеческая рука достигла той высокой степени совершенства, на которой она могла, как бы силой волшебства вызвать к жизни картины Рафаэля, музыку Паганини». Иными словами Ф. Энгельс рассматривал труд и членораздельную речь, как главные стимулы, под влиянием которых развивался человеческий мозг, в процессе труда совершенствовалась правая рука и механизм речи, тесно связанные с трудовыми процессами.

Взаимосвязь общей и речевой моторики изучена и подтверждена исследованиями многих крупнейших учёных, таких как И.П. Павлов, Л.А. Леонтьев, А.Р. Лурия [12, 43, 44].

Когда ребёнок овладевает двигательными умениями и навыками, развивается координация движений. Формирование движений происходит при участии речи. Точное, динамичное выполнения упражнений для ног, рук, головы подготавливает совершенствование движений артикуляционных органов: губ, языка, нижней челюсти и т.д.

Выдающийся русский просветитель XVIII века Н.И. Новиков ещё в 1782 году утверждал, что «натуральное побуждение к действию над вещами» у детей есть основное средство не только для получения знаний об этих вещах, но и для всего их умственного развития.

Невропатолог и психиатр В.М. Бехтерев писал, что движение руки всегда были тесно связаны с речью и способствовали её развитию. В лаборатории высшей нервной деятельности ребёнка в электрофизиологическом исследовании, проведённом Т.П. Хризман и М.И. Звонарёвой, было обнаружено, что когда ребёнок производит ритмические движения пальцами, у него резко усиливается согласованная деятельность лобных и височных отделов мозга. Данные исследования прямо говорят о том, что речевые области формируются под влиянием импульсов, поступающих от пальцев рук.

Этот факт должен использоваться в работе с детьми там, где развитие речи происходит своевременно, и особенно там, где имеются отставания, задержка развития моторной речи детей.

И.М. Сеченов и И.П. Павлов придавали очень большое значение мышечным ощущениям, возникающим при артикуляции. Сеченов писал: «Мне даже кажется, что я иногда не думаю прямо словами, а всегда мышечными ощущениями». Павлов также говорил, что, речь, - это, прежде всего мышечные ощущения, которые идут от речевых органов в кору головного мозга. Обращаясь к анатомическим отношениям, исследователи обратили внимание на то, что

около трети всей площади двигательной проекции занимает проекция кисти руки, расположенная очень близко от речевой моторной зоны. Это навело на мысль о том, что тренировка тонких движений пальцев рук окажет большое влияние на развитие активной речи ребёнка.

Для изучения этого вопроса большую работу провела Л.В. Фомина [71, С. 36 – 40]. Она работала с детьми от 10 месяцев до 1 года 3 месяцев. Дети разделены на 3 подгруппы. В каждой из них занятия проводились по особому плану. В результате, звукопроизношение у детей при тренировке тонких движений пальцев рук не только удалось получить много раньше, (в 7 раз быстрее, чем в 1-ой группе) но оно оказалось и более совершенным.

Далее Л.В. Фомина обследовала более 500 детей в различных детских учреждениях и обнаружила, что уровень развития тонких движений пальцев рук с уровнем развития общей моторики совпадал не всегда [71].

В невропатологии и дефектологии уже давно имелись наблюдения, говорившие о тесной связи функции руки и речи. При травме или кровоизлиянии в речевую моторную область в левом полушарии у человека утрачиваются не только речь, но и тонкие движения пальцев правой руки, хотя сама область двигательной проекции пальцев оставалась не затронутой.

Движение пальцев и кистей рук ребёнка имеют особое развивающее воздействие. У новорожденного кисти всегда сжаты в кулачке, и если взрослый вкладывает свои указательные пальцы в ладони ребёнка, тот их плотно сжимает. Малыша можно даже немного приподнять. Однако эти манипуляции ребёнок совершает на рефлекторном уровне, его действия ещё не достигли высокого контроля, который позволяет впоследствии сознательно выполнять движения.

Значение хватательного рефлекса состоит в способности ребёнка не выпускать из рук предмет. По мере созревания мозга этот рефлекс переходит в умение хватать и отпускать. Чем чаще у ребёнка действует хватательный рефлекс, тем эффективнее происходит эмоциональное и интеллектуальное развитие малыша. Влияние мануальных (ручных) действий на развитие мозга

человека было известно ещё во II веке до н.э. в Китае. Специалисты утверждали, что игры с участием рук и пальцев, приводят в гармоничные отношения тело и разум, поддерживают мозговые системы в превосходном состоянии.

Японский врач Камикоси Токудзиро создал оздоравливающую методику воздействия на руки [23]. Он утверждал, что пальцы наделены большим количеством рецепторов, посылающих импульсы в центральную нервную систему человека. На кистях рук расположено множество акупунктурных точек, массируя которые можно воздействовать на внутренние органы, рефлекторно с ними связанные.

По насыщенности акупунктурными зонами кисть уступает уху и стопе. Восточные медики установили, что массаж большого пальца положительно повышает функциональную активность головного мозга, массаж указательного пальца положительно воздействует на состояние кишечника, среднего – на желудок, безымянного – на печень и почки. Мизинец – на сердце.

В Китае распространены упражнения ладоней с каменными и металлическими шариками. Популярность занятий объясняется их оздоравливающим и тонизирующим организм эффектом. Регулярные упражнения с шарами улучшают память, умственные способности ребёнка, устраняют его эмоциональное напряжение, развивают координацию движений, силу и ловкость рук, поддерживают жизненный тонус.

В Японии широко используются упражнения для ладоней и пальцев с грецкими орехами. Прекрасное оздоравливающее и тонизирующее воздействие оказывает перекачивание между ладонями шестигранного карандаша [23].

Исследования отечественных физиологов также подтверждают связь развития рук с развитием мозга. Простые движения рук помогают убрать напряжение не только с самих рук, но и с губ, снимают умственную усталость. Они способны улучшить произношение многих звуков, а значит – развивать речь ребёнка. Исследования М.М. Кольцовой доказали, что каждый палец руки имеет довольно обширное представительство в коре больших полушарий мозга [32].

Развитие тонких движений пальцев рук предшествует появлению артикуляции слогов. Благодаря развитию пальцев в мозгу формируется проекция «схема человеческого тела», и речевые реакции находятся в прямой зависимости от тренировки пальцев. Схема Пенфилда показывает, что 1/3 всей области занимает проекция пальцев руки, и эта проекционная зона находится в непосредственной близости к речевому двигательному центру Брока.

1.3. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с дизартрией

Этиология и симптоматика дизартрии, механизмы ее развития, а также методы коррекции речи детей с дизартрией достаточно полно освещены в специальной литературе (М.Е. Хватцев, К.Л. Семенова, О.В. Правдина, Е.Ф. Соботович, Р.И. Мартынова, М.В. Ипполитова, Л.А. Данилова, Е.М. Мастюкова, Е.Ф. Архипова, Е.Н. Винарская, Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова, Л.В. Мелехова, Р.А. Белова-Давид) [2, 4, 15, 21, 30, 42, 43, 44, 45, 46, 53, 58, 60, 70].

Дети с нарушениями речи - это дети, имеющие отклонения в развитии речи при нормальном слухе и сохранном интеллекте. Нарушения речи многообразны, они могут проявляться в нарушении произношения, грамматического строя речи, бедности словарного запаса, а также в нарушении темпа и плавности речи.

Дизартрия (от греч. dys - приставка, означающая расстройство, arthroo - членораздельно произношу) - нарушение произношения, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата при поражениях заднелобных и подкорковых отделов мозга. При этом из-за ограничений подвижности органов речи (губ, языка, мягкого неба) затруднена артикуляция, но при возникновении

во взрослом возрасте, как правило, не сопровождается распадом речевой системы [8].

Несмотря на близость клинических проявлений дизартрии у детей существуют явления, которые в рамках этих клинических проявлений имеют разную выраженность и другой характер.

Дизартрии у детей, как правило, наблюдаются на фоне резидуальных явлений церебрального паралича и могут протекать без выраженных двигательных расстройств [8]. 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.

Клиника дизартрии у детей имеет комбинированный характер, который может включать помимо нарушений звукопроизношения и просодии задержку темпа развития речи и языковые отклонения. У детей с дизартрией 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. У детей поражение отдельных звеньев речевой функциональной системы в период интенсивного

развития может приводить к сложной дезинтеграции всего речевого развития в целом.

Дизартрии у детей являются последствием внутриутробного перинатального или раннего органического поражения мозга, являющиеся результатом острых, хронических инфекций, кислородной недостаточности (гипоксии), интоксикации, токсикоза беременности и ряда других факторов, которые создают условия для возникновения родовой травмы. В значительном числе таких случаев при родах у ребенка возникает асфиксия, ребенок рождается недоношенным. Причиной дизартрии может быть несовместимость по резус-фактору. Несколько реже дизартрия возникает под воздействием инфекционных заболеваний нервной системы в первые годы жизни ребенка.

В свою очередь все перечисленное 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 и т.п., 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.

Дизартрия нередко наблюдается у детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП). По данным Е. М. Мастюковой, дизартрия при ДЦП проявляется в 65-85% случаев [45].

Л.О. Бадалян, Л.В. Лопатина, С.И. Маевская, Р.И. Мартынова, Е.М. Мастюкова наряду с недостаточностью звукопроизносительной стороны речи

отмечают у детей с дизартрией нарушения внимания, памяти, эмоционально-волевой сферы и замедленное формирование ряда высших корковых процессов: пространственного гнозиса, фонематического анализа, конструктивного праксиса [3, 42, 44, 45]. Авторы констатируют быструю истощаемость нервных процессов. Внимание детей характеризуется пониженным уровнем устойчивости и переключаемости. Они не могут длительно концентрировать его, правильно распределять и удерживать на определенном объекте.

Значительные отклонения выявляются в состоянии речеслуховой и зрительной памяти. Отмечаются трудности запоминания отдельных слов, логически-смыслового запоминания текста, что обуславливается не только расстройством активного внимания, но и нарушениями фонематического слуха, которые являются следствием расстройства артикуляции.

По причине ухудшения внимания и памяти у детей с дизартрией может встречаться вторичное ослабление мыслительной деятельности. Дети данной категории испытывают затруднения, выполняя задания на обобщение предметов методов классификации, при определении последовательности в сериях сюжетных картинок, при установлении причинно-следственных связей и ориентировки во времени, при группировке предметов и фигур по форме, цвету и величине (Р.И. Мартынонова [44], Е.Н. Мастюкова [45]).

Среди особенностей эмоционально-волевой сферы детей с дизартрией можно выделить их легкую возбудимость, неустойчивость настроения, что часто приводит к проблемам в поведении. У отдельных детей случаются аффективные вспышки.

Как говорилось выше, классификация клинических форм дизартрии основывается на выделении различной локализации поражения мозга. Дети с различными формами дизартрии отличаются друг от друга специфическими дефектами звукопроизношения, голоса, артикуляционной моторики, нуждаются в различных приемах логопедического воздействия и в разной

степени поддаются коррекции. Выделяют следующие, основные, формы дизартрии. [5]

Бульбарная форма дизартрии связана с очаговым поражением ядер черепно-мозговых нервов (изолировано одна или несколько пар), главным образом в продолговатом мозге. Название происходит от латинского термина *bulbus* – луковица. Мышцы вялые в гипотонусе, гипорефлексия, движения нарушены тотально. Характер поражения – диффузный. Характерно выглядит язык: тонкий, распластанный, синюшный, атрофичный. Возникает тремор кончика языка. Речь малоразборчивая, «затухающая», замедленная. В зависимости от поражённых двигательных черепно-мозговых нервов будет нарушен тот или иной речевой орган.

Мозжечковая форма дизартрии - результат поражения ядер и проводящих двигательных путей мозжечка. В чистом виде встречается редко. Речь толчкообразная, скандированная, с затуханием голоса, назальность в речи. Напоминает речь пьяного человека. Пониженный тонус мышц языка, губ. Язык тонкий, распластанный. Трудности удержания артикуляционных поз. Гипо- или гиперметрия. Мимика вялая. Дискоординация артикуляции, голоса, дыхания. Грубые нарушения просодик. Ребёнок не в состоянии координировать речедвигательный процесс.

Подкорковая (экстрапирамидная) форма дизартрии наблюдается при поражении базальных ядер.

Речь «смазанная», неровная, прерывистая, нарушения просодики, произвольные крики. Насильственные движения такие как: плач, смех, гримасничание. Эта форма может сочетаться с нарушением слуха. Неврологический статус. Колебания мышечного тонуса (дистонии), гиперкинезы, усиливающиеся во время речи. Постоянная смена тонуса приводит к тому, что ребенок, правильно говоривший, через мгновение не может произнести ни звука. Характерно отсутствие стабильных, однотипных нарушений, вариативность звукопроизношения, не автоматизируются

двигательные акты. Наиболее часто встречаются гиперкинетический вариант, который характеризуется гиперкинезами, и ригидный вариант, при котором возникает тонический артикуляционный спазм по типу ригидности.

Корковая форма дизартрии представляет собой поражения вторичных двигательных зон доминантного полушария (нижней премоторной или нижней постцентральной зон коры больших полушарий).

В зависимости от локализации поражения выделяют кинестетический и кинетический варианты.

Кинестетический вариант. Локализация поражения – нижние отделы постцентральной области. Нет парезов, параличей, нет нарушений просодики. Нарушаются речевые кинестезии, трудности ощущения артикуляционных движений. Возникает оральная кинестетическая апраксия (диспраксия). В речи это выражается в поисках правильного артикуляционного уклада, возникают непостоянные замены (лапа – депа, напа, тапа), замедляется темп. Недостаточность лицевого гнозиса. Отмечаются трудности воспроизведения изолированного звука и поз в пальцах рук.

Кинетический вариант. Локализация поражения – нижние отделы премоторной области. Нет парезов, параличей, нет нарушений просодики. Нарушаются динамический праксис, механизм переключения с одной артикуляционной позиции на другую. Возникает оральная кинетическая апраксия (диспраксия). В речи замедляется темп, нарушается слоговая структура слов. Изолированные звуки произносятся правильно, а в потоке речи искажаются, заменяются. Отмечаются трудности воспроизведения серийных движений не только в артикуляционном аппарате, но и пальцах рук.

В своей работе мы бы хотели подробно остановиться на описании псевдобульбарной формы дизартрии, так как данная форма, по данным Л.И. Беляковой и Н.Н. Волосковой, у детей встречается чаще, чем остальные [5].

Псевдобульбарная форма дизартрии является результатом двустороннего очагового поражения центральных кортико-нуклеарных нейронов (пирамидный

путь). Поражение этих структур вызывает центральный парез (паралич) речевой мускулатуры. Его проявления: гипертонус мышц, спастичность мышц губ, языка, лица, патологические синкинезии. Лицо амимично, мышцы лица твердые, напряженные, губы постоянно находятся в улыбке или сжаты, во время речи они не принимают участия, язык толстый, комом оттянут кзади, спинка его закруглена, кончик не выражен, малоподвижен. При выдвигании его вперед и удержании вне рта он толчкообразно уходит назад или загибается к подбородку. Зона безусловных рефлексов расширена. Усилены глоточный, нёбный рефлексы. Избирательный характер артикуляторных расстройств. Непроизвольные движения в артикуляционном аппарате сохранены, страдают произвольные движения. Это типичная спастическая форма псевдобульбарной дизартрии. Речь невнятная, замедленная, напряженная.

У детей с данной формой дизартрии челюсть плотно сжата, нарушено жевание, глотание, гиперсаливация, сглаженность носогубной складки с обеих сторон. Речь неразборчива. Данная симптоматика наблюдается при поражении V пары черепно-мозговых нервов.

При поражении VII пары губы плотно сжаты, страдают губные звуки. Лицо маскообразно.

При поражении IX, X пар черепно-мозговых нервов наблюдается оглушение и озвончения глухих согласных (подушка - бадужга). Появляется закрытая назальность. Голос грубый, хриплый. Нарушается интонационно-мелодический рисунок фразы. Из-за смещения языка назад, нарушается произношение гласных звуков. Речевое дыхание затруднено.

Если поражена XII пара черепно-мозговых нервов нарушаются сложные дифференцировочные произвольные артикуляционные движения кончика языка, передней части языка. При подъеме языка вверх возникают синкинезии. Трудности произношения переднеязычных звуков, свистящих, шипящих и сонорных.

Реже встречается паретическая форма псевдобульбарной дизартрии – понижение мышечного тонуса в отдельных мышечных группах. Страдают губные, смычные язычные звуки, требующие подъем спинки языка [и], [ы]. Свистящие, шипящие становятся межзубными. Может присутствовать открытая назальность. Речь медленная, затухающая, афоничная. Отмечается ограничение произвольных движений артикуляционного аппарата, но в то же время и сохранность рефлекторных непроизвольных движений.

Вследствие большой вариативности и комбинированности поражения двигательных проводящих путей черепно-мозговых нервов симптоматика псевдобульбарной дизартрии довольно разнообразна и неоднородна: наряду с центральными спастическими параличами и парезами мышц наблюдаются экстрапирамидные нарушения мышечного тонуса, различные гиперкинезы и другие двигательные нарушения.

1.4. Особенности двигательных функций у детей с амблиопией

Амблиопия, «ленивый глаз», - это различные по происхождению формы понижения зрения, причиной которого преимущественно являются функциональные расстройства зрительного анализатора, не поддающиеся коррекции с помощью очков или контактных линз [19, С. 27].

У детей с амблиопией вследствие функционального расстройства зрительного анализатора и анализа за движением наблюдается снижение двигательной активности, что приводит к сложностям формирования основных параметров в ходьбе и прежде всего сохранения прямолинейности движения. Для детей характерна волнообразность в ходьбе. Качество ходьбы характеризуется большой неустойчивостью, неуверенностью [31].

Так же дети испытывают трудности при ходьбе по ограниченному пространству, это связано с тем, что нарушение стереоскопического (объемного) видения при монокулярном зрении осложняет пространственную ориентировку, создаёт плоскостное восприятие пространства [19].

Дети с амблиопией отстают в двигательном развитии от своих сверстников. Ходьба и бег у таких детей вызывает большое мышечное напряжение. Движения рук и ног не согласованы, стопы ног ставятся широко, темп неравномерный. Так как у детей с амблиопией наблюдается нарушения равновесия, они часто вынуждены останавливаться при ходьбе и это может послужить причиной потери направления в движениях [31].

Так же особенности двигательной сферы у детей с амблиопией проявляются в действиях с мячом. Индивидуальность действий наблюдается в том, что дети перед выполнением задания чувствуют большую неуверенность, часто меняют позу перед их выполнением. Отсутствие прослеживания взором полёта мяча вызывает произвольность его при падении, что в свою очередь объясняет низкие количественные показатели при выполнении подбрасывания мяча вверх у детей с нарушением зрения. Таки образом, движения с мячом показывают, что дети испытывают трудности в координации руки и глаза не только во всех основных движениях, но и в мелких координированных движениях кисти и пальцев.

Нарушения в формировании навыков мелкой моторики являются вторичными отклонениями при амблиопии. Работа мелкой моторики сопровождается повышенным, чрезмерным напряжением, что в свою очередь ведет к быстрой утомляемости и нежеланию выполнять ребенком задания, связанные с мелкими точными движениями руки: рисование, вырезывание по контуру, штриховка, лепка и т. п.

Двигательные функции руки у ребенка с нарушением зрения носят неточный, затрудненный характер. Нарушение остроты зрения, прослеживающих функций глаза и локализации взора ведёт к тому, что у детей

нет ясного видения того, как они выполняют предметно – практические действия и насколько они качественны [24, 60].

Особенности двигательной сферы детей с нарушением зрения показывают, что многие ошибки связаны с отсутствием или неполнотой и неточностью представлений о пространстве, в котором они находятся [24]. Характер двигательных нарушений во многом зависит от типа нарушения зрения и его степени, а также от остроты зрения амблиопичного глаза.

1.5. Обзор методик по исследованию двигательных функций речи

Для оценки состояний общих моторных функций в логопедической практике обычно используются тесты, разработанные Н.И. Озерецким и многократно модифицированные многими исследователями (Л.И. Белякова, И. Кумала, Н.А. Рычкова и др.) и подробно освещены в работах Л.В.Лопатиной, Е.Ф. Архиповой [2, 5, 42, 48]. Тесты направлены на определение следующих показателей: статическая координация движений, динамическая координация движений, скорость движений, возможность осуществления одновременных движений, полнота и точность выполнения, согласованность движений рук и ног, двигательная память, качество статической координации, качество динамической координации.

При изучении организации движений и праксиса используется нейропсихологическая методика — батарея тестов, разработанная А.Р. Лурия [43] и модифицированная Т.В. Ахутиной (1994). В рекомендуемой методике выделяются блоки программирования и контроля, приема, переработки и хранения информации, регуляции тонуса.

1 Блок программирования и контроля серийная организация движений и действий, динамический праксис, реципрокная координация. Программирование

и контроль произвольных действий, реакция выбора. Это требует предварительной ориентировки, произвольного внимания и контроля.

2 Блок приема, переработки и хранения информации. В него входит: обработка кинестетической информации, праксис позы пальцев рук; обработка слуховой информации, ритмы, понимание слов, похожих по звучанию, по значению, слуховая вербальная память; обработка полимодальной информации, пробы Хэда, конструктивный праксис, зрительно-пространственная память, понимание предложений, письмо.

3 Блок регуляции тонуса. Его состояние оценивается во время предъявления всех, вышеперечисленных, проб, при этом принимаются во внимание колебания внимания, истощение, микро- и макрография.

Все эти пробы направлены на исследование динамического праксиса, реципрокной координации движений, выявление признаков скрытого левшества, ритмического чувства, межанализаторных связей: слухомоторных, слухозрительных координации.

Обследование двигательной сферы начинается с изучения нарушения или сохранности общих характеристик движения испытуемых. Критериями оценки являются: подвижность верхних конечностей, скорость, плавность, переключаемость, ритмичность. Тесты на выполнение предметных действий выполняются по показу и по подражанию. Дается вербальная словесная инструкция и демонстрируется нужное положение или действия рук.

Обследование состояния артикуляционного аппарата.

Обследование включает описание артикуляционного аппарата, его анатомического строения и двигательной функции. Обследование начинается с осмотра органов артикуляции, в ходе которого выявляются особенности строения и дефекты анатомического характера следующих органов: губ, языка, зубов, мягкого нёба, подъязычной уздечки, челюстей, твердого нёба.

Анализируются: мышечный тонус губ, языка, мягкого нёба. Отмечаются: асимметрическое положение вытянутого вперед языка, тремор, изменение

конфигурации, гиперкинезы языка, истонченность, вялость губ, провисание - подтянутость мягкого неба.

Обследование подвижности артикуляционного аппарата. Исследование двигательной функции губ по словесной инструкции после выполнения по показу:

- сомкнуть губы;
- округлить губы, как при произношении звука «о» - удержать позу;
- вытянуть губы в трубочку, как при произношении звука «у» и удерживать данный артикуляционный уклад.

Исследование двигательной функции челюсти вначале по показу, а затем по словесной инструкции:

- широко раскрыть рот как при произнесении звука «а» и закрыть;
- сделать движение нижней челюстью вправо;
- сделать движение нижней челюстью влево;
- сделать движение нижней челюстью вперед.

Исследование двигательной функции языка (исследование объема и качества движений языка) по показу и словесной инструкции:

- положить широкий язык на нижнюю губу и подержать (счет от 1 до 5);
- положить широкий язык на верхнюю губу и подержать (счет от 1 до 5);
- высовывание языка лопаточкой;
- поднять кончик языка к верхним зубам, подержать (счет от 1 до 5) и опустить к нижним зубам.

Исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата проводится по показу, а затем по словесной инструкции при многократном повторении проводимого комплекса движений:

- оскалить зубы, высунув язык, затем широко раскрыть рот;
- язык в сторону, поднять вверх, высунуть вперед;
- широко открыть рот, дотронуться кончиком языка до нижних резцов, а затем поднять кончик языка к верхним резцам и положить на верхнюю губу.

Наряду с обследованием подвижности артикуляционного аппарата в изолированных пробах используются функциональные пробы (Е.М. Мастюкова, 1989).

Проба № 1

Открыть рот, высунув язык вперед и удерживать его неподвижно по средней линии с одновременным слежением глазами за перемещающимся в боковых направлениях предметом (пальцем, карандашом). Оценивается возможность удерживать язык по средней линии, синкинезии.

Проба № 2

Выполнять движения языком вверх - вниз, при этом руки исследователя ложатся на шею ребенка. Отмечается наличие или отсутствие напряжения шейной мускулатуры при движении языка, синкинезии.

Обследование состояния мимической мускулатуры состоит из:

1. Исследование объема и качества движений мышц лба: нахмурить брови, поднять брови, наморщить лоб.

2. Исследование объема и качества движений глаз: легко сомкнуть веки, плотно сомкнуть веки, закрыть правый глаз, затем левый глаз, подмигнуть.

3. Исследование объема и качества движения мышц щек:

– надуть левую щеку, удержать позу в течение 3 секунд;

– надуть правую щеку, удержать в течение 3 секунд;

– надуть обе щеки одновременно, удержать позу в течение 3 секунд;

– надуть щеки, перегонять воздух из одной в другую;

– втянуть щеки в ротовую полость между зубами и удержать (счет от 1 до

5).

Отмечают:

– объем движений (полный - выполнены все движения; неполный - выполнена часть движений; объем движения нарушен - искажена серия движений или опущены движения);

– точность выполнения (сохранна - все движения выполнены в данной последовательности; нарушена - поиск артикуляции или дополнительные движения);

– тонус (сохранен - движения выполнены с необходимой силой и напряжением; нарушен - движения или часть движений выполнены вяло, без достаточного напряжения артикуляционных мышц);

– темп движений (нормальный - одно движение выполняется за другим без пауз; замедленный - между отдельными движениями наблюдаются паузы в 3-5 секунд; ускоренный - движения выполняются настолько быстро, что предыдущее движение еще до конца не выполнено, а испытуемый уже начинает выполнять последующее движение);

– синкинезии (нет; есть - при выполнении упражнения появляются дополнительные движения, как в артикуляторных, так и в мимических мышцах).

4. Исследование возможности произвольного формирования определенных мимических поз: выразить мимикой лица: удивление, радость, испуг, грусть, серьезное лицо.

5. Исследование символического праксиса проводят по образцу, а затем по речевой инструкции: свист, поцелуй, улыбка, оскал, плевок, цоканье.

Выводы по I главе

Таким образом, на основании анализа теоретических основ изучения состояния двигательных функций у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией можно сделать следующие выводы:

1. Анализ литературных источников состояния двигательной сферы у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией показал, что

вопрос о нарушениях моторных функций, при данной речевой патологии освещен достаточно полно.

Сведения, полученные в ходе анализа специальной литературы, свидетельствуют о том, что дети старшего дошкольного возраста с дизартрией не могут спонтанно выйти на онтогенетический путь развития речи и двигательных функций, свойственный нормально развивающимся детям, т.к. их развитие протекает на фоне нарушения деятельности центральной нервной системы.

Из исследований Архиповой Е.Ф., Кольцовой М.М., Фоминой Л.В., Лурии А.Р., специалистов в области данной патологии речи, эти дети обладают довольно большим потенциалом и в результате правильно организованного коррекционного воздействия могут достигнуть значительных успехов [2, 33, 43, 70].

2. Рассмотрев ряд особенностей, связанных с таким нарушением, как дизартрия, следует сделать вывод о том, что дизартрия – это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата (иннервация – снабжение нервной энергией, прохождение нервных импульсов) [8].

3. Все симптомы дизартрии проявляются как в не яркой, так и в ярко выраженной форме. Это зависит от того, какие двигательные центры головного мозга нарушены. В связи с этим выделяют формы дизартрии: бульбарная, псевдобульбарная, корковая, экстрапирамидная, мозжечковая.

4. Дети с дизартрией по своей клинико-психолого-педагогической характеристике представляют крайне неоднородную группу.

5. Рассмотрев ряд особенностей, связанных с таким нарушением зрения, как амблиопия, следует сделать вывод о том, что амблиопия «ленивый глаз», - это различные по происхождению формы понижения зрения, причиной которого преимущественно являются функциональные расстройства зрительного анализатора, не поддающиеся коррекции с помощью очков или

контактных линз [19, С. 27]. Особенности двигательной сферы детей с нарушением зрения показывают, что многие ошибки связаны с отсутствием или неполнотой и неточностью представлений о пространстве, в котором они находятся [24].

Развитие двигательных функций является фактором, стимулирующим развитие речи.

Общеподвижная сфера детей с дизартрией и амблиопией характеризуется замедленными, неловкими, скованными, недифференцированными движениями.

У детей с дизартрией и амблиопией выявляются такие патологические особенности артикуляционного аппарата как спастичность, гипотония, дистония, нарушение подвижности артикуляционных мышц, гиперкинезы, тремор, дискоординация движений, синкенезии.

Таким образом, основными симптомами двигательных нарушений при таком нарушении речи, как дизартрия и нарушении зрения – амблиопия, являются: нарушение движений как общих, ручных так и артикуляционных, их дискоординация, определяются характером и степенью выраженности проявлений двигательных расстройств.

Глава II. Экспериментальное исследование

2.1. Организация констатирующего эксперимента

Цель констатирующего эксперимента: выявить особенности и уровень сформированности двигательных функций у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Задачи констатирующего эксперимента:

1. Выявить особенности состояния обще моторики у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией;

2. Выявить особенности произвольной моторики пальцев рук у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией;

3. Выявить особенности строения и подвижности артикуляционного аппарата у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией;

4. Сравнить результаты обследования звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Для решения поставленных задач был проведен констатирующий эксперимент.

Констатирующий эксперимент проводился с 2014 по 2016 год на базе двух учреждений:

1) С сентября по ноябрь 2014 года базой экспериментального исследования являлось Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение компенсирующего вида для детей с нарушенным зрением (в дальнейшем МБДОУ №218) Советского района г. Красноярск.

2) С января по май 2016 года базой экспериментального исследования являлось Муниципальное бюджетное учреждение «Центр психолого-педагогической, медицинской социальной помощи №9» (в дальнейшем МБУ ЦППМиСП №9) Центрального района г. Красноярск.

В нашем эксперименте приняли участие 2 экспериментальные группы по 10 человек. Критерием для отбора в группы стало нарушение речи – дизартрия в средней степени тяжести.

1 группа – в нее вошли дети с нарушением зрения (амблиопия) и нарушением речи (дизартрия), воспитанники старшей группы МБДОУ №218, из них 5 девочек и 5 мальчиков, возраст которых от 5 до 6 лет (см. Приложение 1. Таблица 1).

2 группа – в нее вошли дети с нарушением речи посетители МБУ ЦППМиСП №9, из них 5 девочек и 5 мальчиков, возраст которых от 5 до 6 лет (см. Приложение 2. Таблица 2).

В целом дети адекватно реагировали на задания учителя – логопеда, воспринимали исследование положительно, испытывали волнение и недовольство при затруднении.

Диагностический комплекс проводился на основе проб и методик Н.И. Озерецкого, А.Р. Лурии, Н.М. Трубниковой, Т.В. Верясовой [12, 13, 43, 48, 67].

При проведении диагностического комплекса использовались общепринятые в логопедии методы исследования двигательных функций: произвольной моторики пальцев рук, общей моторики, артикуляционного аппарата (образцы протоколов см. Приложение 3, 4, 5).

Диагностический комплекс включает 4 серии заданий:

5. Обследование состояния общей моторики;

6. Обследование произвольной моторики пальцев рук;
7. Обследование строения и подвижности артикуляционного аппарата;
8. Анализ результатов обследования звукопроизношения.

1 серия «Обследование состояния общей моторики».

Цель: исследование уровня сформированности общей моторной сферы у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Примечания: все предлагаемые задания выполняются по показу, затем по словесной инструкции.

Приём 1. Координация движений ног и рук в сагиттальной плоскости.

Содержание задания: ребёнок отводит в сторону правую руку и в противоположную сторону левую ногу (и наоборот).

Критерии оценки: удержание позы свободное или с напряжением; с раскачиванием из стороны в сторону; балансирование туловищем, руками, головой; сходит с места; делает рывок в стороны; касается пола другой ногой; иногда падает, открывает глаза и отказывается выполнять пробу.

Приём 2. Координация движений рук и ног в горизонтальной плоскости.

Содержание задания: ребёнок поднимает одновременно согнутую в локте правую руку и сгибает в колени левую ногу (и наоборот).

Критерии оценки: удержание позы свободное или с напряжением; с раскачиванием из стороны в сторону; балансирование туловищем, руками, головой; сходит с места; делает рывок в стороны; касается пола другой ногой; иногда падает, открывает глаза и отказывается выполнять пробу.

Приём 3. Исследование статической координации движений.

1 задание. Стоять с закрытыми глазами, стопы ног поставить на одной линии так, чтобы носок одной ноги упирался в пятку другой, рук вытянуты вперёд. Время выполнения – 5 секунд по 2 раза для каждой ноги.

2 задание. Стоять с закрытыми глазами на правой, а затем на левой ноге, руки вперёд. Время выполнения – 5 секунд.

Критерии оценки: удержание позы свободное или с напряжением; с раскачиванием из стороны в сторону; балансирование туловищем, руками, головой; сходит с места; делает рывок в стороны; касается пола другой ногой; иногда падает, открывает глаза и отказывается выполнять пробу.

Приём 4. Исследование динамической координации движений.

1 задание. Ребёнок марширует, чередуя шаг и хлопок ладонями (хлопок производить в промежуток между шагами).

Критерии оценки: выполняет верно, с 1 раза, со 2—3 раза, напрягается, чередование шага и хлопка не удаётся.

2 задание. Выполнить подряд 3-5 приседаний. Пола пятками не касаться, выполнять только на носках.

Критерии оценки: выполняет правильно с напряжением, раскачиваясь, балансируя туловищем и руками, становится на всю ступню.

Приём 5. Исследование моторной ловкости (упражнения с мячом).

1 задание. Ребёнок подбрасывает вверх мяч и ловит его. Фиксируется до того момента, пока мяч не коснётся пола (дается две попытки, максимальный результат записывается в таблицу).

Критерии оценки: выполнил / не выполнил упражнение, напряженное выполнение, раскачиваясь, ходя по комнате, сколько раз выполнил подбрасывание.

2 задание. Ребёнок отбивает мяч об пол сначала правой рукой затем левой. Фиксируется до того момента, пока ребёнок не потеряет мяч (дается две попытки, максимальный результат записывается в таблицу).

Критерии оценки: выполнил / не выполнил упражнение, напряженное выполнение, раскачиваясь, ходя по комнате, сколько раз выполнил подбрасывание.

Оценка обследования состояния общей моторики. Каждое задание можно оценивать по 3-бальной системе.

Высокий уровень: 3 балла – движение выполняется правильно и качественно, плавность, точность и последовательность движений не затруднены, свободно удерживает позу.

Средний уровень: 2 балла – движение выполняется с небольшими неточностями, отмечается напряжение при выполнении задания, замедленный темп переключаемости с одного движения на другое, при выполнении движения наблюдаются трудности удержания позы, раскачивание из стороны в сторону, балансировка туловищем, руками головой.

Низкий уровень: 1 балл – наблюдается поиск движения, трудности переключения с одного движения на другое, равновесие не удерживает, выполнение движения не удается.

2 серия «Обследование произвольной моторики пальцев рук».

Цель: исследование сформированности статической координации и динамической координации движений пальцев рук.

Примечание: все предлагаемые задания выполняются по показу, затем по словесной инструкции.

1 приём: исследование статической координации движений.

1 задание. Распрямить ладонь со сближёнными пальцами и удержать в вертикальном положении под счет (1 – 15) на правой руке затем на левой руке и на обеих руках одновременно.

2 задание. Распрямить ладонь, развести все пальцы в стороны и удержать в этом положении под счет (1—15) на правой руке затем на левой и на обеих руках одновременно.

3 задание. Показать второй и третий пальцы, остальные пальцы собрать в щепоть – поза «зайчик», удержать по счет (1—15), выполнение осуществляется в той же последовательности.

Критерии оценки: плавное, точное и одновременное выполнение проб; напряженность, скованность движений, нарушение темпа выполнения движения (не под счет логопеда) нарушение переключения от одного движения к другому,

наличие синкинезий, гиперкинезов, невозможность удержания созданной позы, невыполнение движения.

2 приём: исследование динамической координации движений.

1 задание. Выполнить под счет: пальцы сжать в кулак – разжать (5 – 8 раз на правой руке, левой, обеих руках).

2 задание. Держа ладонь на поверхности стола, разъединить пальцы, соединить вместе (5 – 8 раз) на правой, левой, обеих руках.

3 задание. Выполнить пробу «Колечки» - попеременно соединять все пальцы руки с большим пальцем правой руки, за тем левой, обеих рук одновременно.

4 задание. Выполнить пробу «Кулак-ребро-ладонь» правой, левой, обеими руками.

Критерии оценки: плавное, точное и одновременное выполнение проб; напряженность, скованность движений, нарушение темпа выполнения движения (не под счет логопеда) нарушение переключения от одного движения к другому, наличие синкинезий, гиперкинезов, невозможность удержания созданной позы, невыполнение движения.

Оценка обследования состояния произвольной моторики пальцев рук. Каждое задание можно оценивать по 3-бальной системе.

Высокий уровень: 3 балла – движение выполняется правильно и качественно, плавность, точность не затруднены, свободно удерживает позу.

Средний уровень: 2 балла – движение выполняется с небольшими неточностями, отмечается напряжение при выполнении задания, замедленный темп переключаемости с одного движения на другое, при выполнении движения наблюдаются трудности удержания позы, скованность движений, нарушение темпа выполнения движения.

Низкий уровень: 1 балл – наблюдается поиск движения, трудности переключения с одного движения на другое, наличие синкинезий, гиперкинезов, невозможность удержания позы, выполнение движения не удаётся.

3 серия «Обследования состояния артикуляционного аппарата».

Цель: исследование анатомического строения, состояния и двигательной функции артикуляционного аппарата.

1 приём: обследование состояния и анатомического строения артикуляционного аппарата.

Наблюдение за мимической мускулатурой в покое, отмечается: выраженность носогубных складок, их симметричность, закрыт или открыт рот, наличие саливации, плотность смыкания губ, имеются ли насильственные движения (гиперкинезы) мимической мускулатуры.

После наблюдения за мимической мускулатурой, переходят к осмотру органов артикуляции: губ, языка, твердого и мягкого нёба, строения зубочелюстной дуги.

Губы (толстые, тонкие, расщелина верхней губы, послеоперационные рубцы, нормальные).

Зубы (редкие, кривые, мелкие, лишние, вне челюстной дуги, кариозные, недоразвитые, нормальные).

Прикус (глубокий прикус, открытый боковой прикус, передний открытый прикус, прямой прикус, перекрёстный прикус, нормальный).

Строение челюсти (прогнатия, прогения, нормальная).

Язык (толстый, распластаный, напряжённый, маленький, длинный, узкий, короткий, нормальный).

Подъязычная связка (короткая, натянутая, приращённая, нормальная).

Мягкое нёбо (отсутствует, укороченное, раздвоенное, свисает неподвижно по средней линии, отклоняется в сторону, нормальное).

Твёрдое нёбо (высокое (готическое), чрезмерно узкое, плоское, низкое, расщелина твёрдого нёба, расщелина альвеолярного отростка, субмукозная расщелина, нормальное).

Критерии оценки: строение артикуляционного аппарата нормальное; с негрубыми отклонениями; с грубыми отклонениями.

2 приём: обследование моторики органов артикуляционного аппарата.

Цель: исследование сформированности артикуляционной моторики.

Примечания: все предлагаемые задания выполняются по показу, затем по словесной инструкции, движения выполняются под счет до 5.

Исследование двигательной функции губ.

1 задание. Растянуть губы в «улыбке» (зубов не видно) и удержать позу.

2 задание. Вытянуть губы в трубочку, как при произношении звука у, и удержать позу.

3 задание. Округлить губы в трубочку, как при произношении звука о – удержать позу.

4 задание. Чередование «улыбочка-трубочка» (Растянуть губы в «улыбке» (зубов не видно) затем, вытянуть губы в трубочку, как при произношении звука у).

Исследование двигательной функции языка (исследование объёма и качество движений языка).

1 задание. Положить широкий и распластаный язык на нижнюю губу – «Лопаточка».

2 задание. Напряжённый и заострённый кончик языка высунуть изо рта – «Иголочка».

3 задание. Кончик языка упереть в нижние зубы и «выкатить» среднюю спинку языка – «Горка».

4 задание. Кончик языка упереть в верхние резцы – «Парус».

5 задание. Поднять боковые края языка вместе с кончиком – «Чашечка».

6 задание. Весь язык «присосать» к твёрдому нёбу – «Грибок».

7 задание. Высунуть язык изо рта, перемещать то вправо, то влево – «Часики».

8 задание. Высунуть изо рта язык, поднимать его вверх и опускать вниз – «Качельки».

9 задание. Кончик языка ударять о твёрдое нёбо – «Лошадка».

10 задание. Кончиком языка облизать верхнюю, а затем нижнюю губу – «Вкусное варенье».

Критерии оценки: выполнение правильное; движения языка имеют недостаточный диапазон; в мышцах появляются содружественные движения – синкинезии; язык движется неуклюже, всей массой, медленно, неточно; имеются отклонения языка в сторону – девиация; истощаемость движений; наличие тремора, гиперкинезов, саливации; движение не удаётся.

Исследование двигательной функции мягкого нёба.

1 задание. Широко открыть рот и чётко произнести звук «а» (в этот момент в норме мягкое нёбо поднимается).

2 задание. Провести шпателем, зондом по мягкому нёбу (в норме должен появиться рвотный рефлекс).

Критерии оценки: выполнение правильное; объём движений ограничен; наличие содружественных движений – синкинезий; малая подвижность нёбной занавески, гиперкинезов, саливации; движение не удаётся.

Каждое задание оценивается по 3-бальной системе.

Высокий уровень: 3 балла – движение выполняется правильно и качественно, плавность, точность и последовательность движений не затруднены, свободно удерживает артикуляционную позу.

Средний уровень: 2 балла – движение выполняется с небольшими неточностями, отмечается напряжение при выполнении задания, замедленный темп переключаемости с одной артикуляционной позы на другую, при выполнении движения наблюдаются трудности удержания позы, чрезмерное напряжение мышц, истощаемость, инертность, недифференцированность движений.

Низкий уровень: 1 балл – отмечаются отклонение языка в сторону, наличие тремора, саливации, гиперкинезов, невозможность удержания позы, выполнение движения не удаётся.

4 серия «Анализ протоколов обследования звукопроизношения».

Цель: на основе анализа результатов обследованного звукопроизношения выявить уровень сформированности и проследить взаимосвязь со звукопроизношением у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией.

Примечание: при просмотре логопедических заключений выявлялось число нарушенных звуков и вид нарушения звукопроизношения (отсутствие, замена, смешение, искажение). Заключения о сформированности звукопроизношения экспериментальной группы №1 (см. Приложение 6), заключения о сформированности звукопроизношения экспериментальной группы №2 (см. Приложение 7).

Оценка анализа результатов, обследованного звукопроизношения, осуществлялась по 3-бальной системе.

3 балла – звукопроизношение в норме;

2 балла – нарушены звуки одной группы;

1 балл – нарушены звуки двух групп;

0 баллов – нарушены звуки из трех и более групп.

2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента первой экспериментальной группы (дети старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией)

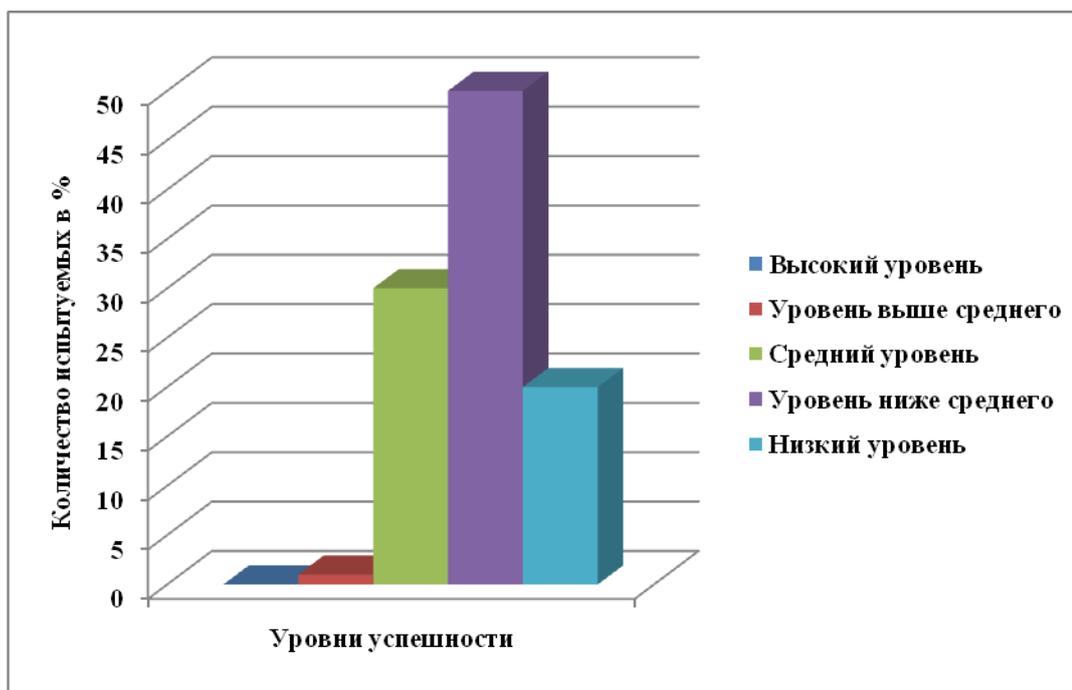
Нами проанализированы результаты по каждой серии констатирующего эксперимента.

На основе результатов 1 серии констатирующего эксперимента (обследование состояния общей моторики) нами условно выделено пять уровней успешности:

- Высокий уровень – 19-21 баллов;

- Уровень выше среднего – 16-18 баллов;
- Средний уровень – 13-15 баллов;
- Уровень ниже среднего – 10-12 баллов;
- Низкий уровень – менее 9 баллов.

Результаты отражены в гистограмме 1.



Гистограмма 1. Распределение испытуемых на группы по уровню сформированности общей моторики (в %).

Как видно из гистограммы ни один из испытуемых не продемонстрировал высокого уровня успешности и уровня выше среднего.

30% испытуемых продемонстрировали средний уровень, 20% испытуемых продемонстрировали низкий уровень. Большинство испытуемых – 50% продемонстрировали уровень ниже среднего.

100% испытуемых испытывали трудности при выполнении 1 приёма – координация движений ног и рук в сагиттальной плоскости. Из них 90% испытуемых удерживали позу с напряжением, раскачиванием из стороны в сторону, сходили с места или касались пола другой ногой. 10% испытуемых (Глеб П.) удерживали позу, балансируя туловищем и руками.

При выполнении 2 приёма – координация движений рук и ног в горизонтальной плоскости у 80% испытуемых наблюдалось удержание позы с раскачиванием из стороны в сторону. 10% испытуемых (Настя Р.) удерживали позу с напряжением. 10% испытуемых (Алёша С.) падали при выполнении данного приёма.

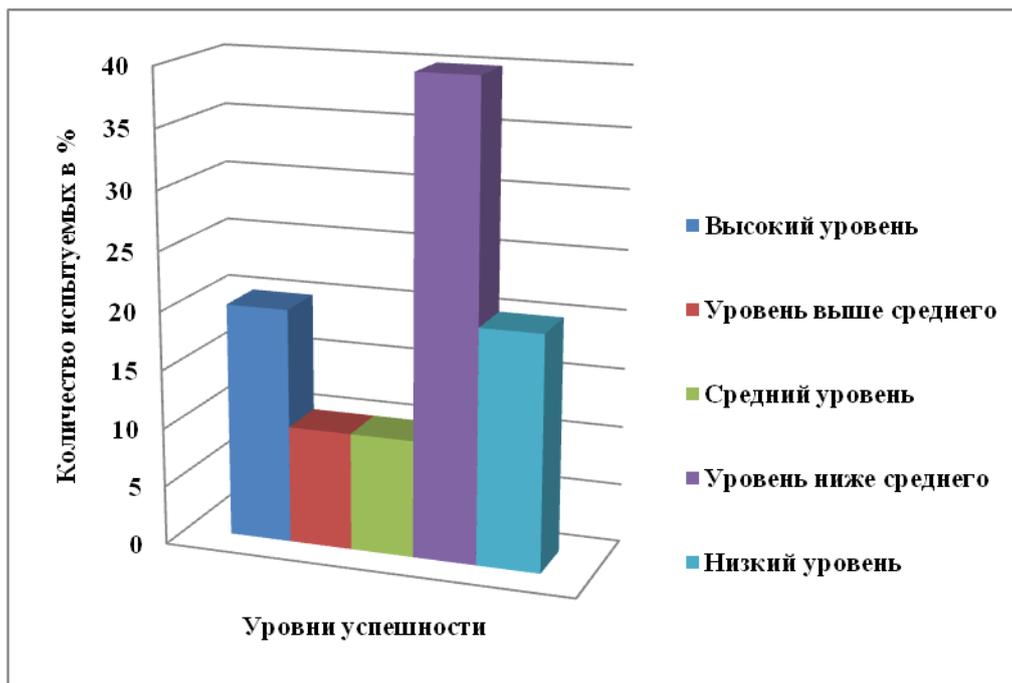
При выполнении 3 приёма – исследование статической координации движений 30% испытуемых удерживали позы, балансируя туловищем, руками, головой.

30% испытуемых удерживали позы с раскачиванием тела из стороны в сторону, а 20% испытуемых (Настя Р., Глеб П.) удерживали позы с раскачиванием тела из стороны в сторону, при этом балансируя туловищем, руками или головой. У 20% испытуемых (Алеша С., Соня П.) отмечались падения при удержании поз.

При выполнении 4 приёма – исследование динамической координации движений, чередование шага и хлопка, 20% испытуемых (Вика К., Аня Б.) выполнили упражнение верно. 30% испытуемых выполнили упражнение верно со 2 – 3 раза. И у 50% испытуемых чередование шага и хлопка не удалось. При исследовании динамической координации движений, выполнение подряд 3 – 5 приседаний 10% испытуемых (Алеша С.) выполняли упражнения, раскачиваясь и становясь на всю ступню. 30% испытуемых выполняли упражнение, балансируя туловищем и руками, и становились на всю ступню. У 60% испытуемых наблюдалось выполнение упражнения, становясь на всю ступню.

80% испытуемых, при исследовании моторной ловкости (упражнения с мячом), выполнили упражнения, ходя по комнате. 10% испытуемых (Аня Б.) выполнили упражнения и 10% испытуемых (Саша У.) не выполнили упражнения.

Обратимся к анализу результатов 2 серии констатирующего эксперимента (обследование произвольной моторики пальцев рук). Результаты анализа представлены в гистограмме 2.



Гистограмма 2. Распределение испытуемых на группы по уровню сформированности произвольной моторики пальцев рук (в %).

Как видно из гистограммы большинство испытуемых – 40% продемонстрировали уровень ниже среднего. 20% испытуемых (Аня Б., Вика К.) продемонстрировали высокий уровень сформированности произвольной моторики пальцев рук. Уровень выше среднего продемонстрировали 10% испытуемых (Лев Ш.). 10% испытуемых (Глеб П.) продемонстрировали уровень ниже среднего. И у 20% испытуемых (Алеша С., Саша У.) – низкий уровень сформированности произвольной моторики пальцев рук.

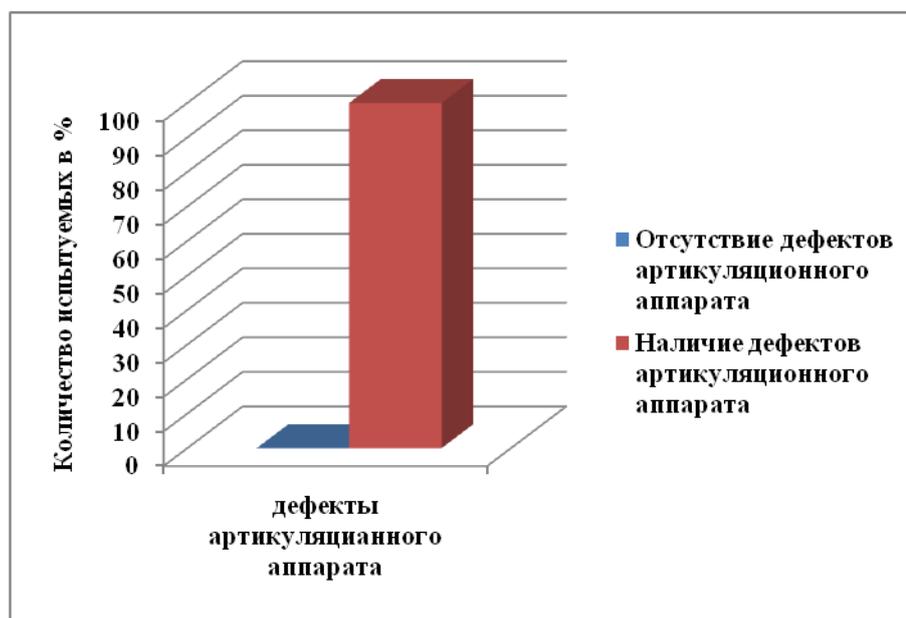
При выполнении 1 приёма во 2 серии констатирующего эксперимента – исследование статической координации движения у 30% испытуемых наблюдалось плавное, точное и одновременное выполнение проб. 20% испытуемых (Максим Ш., Настя Р.) выполняли упражнения напряжённо, скованно. У 50% испытуемых отмечалось нарушение темпа выполнения движения (не под счет логопеда).

При выполнении 2 приёма – исследование динамической координации движений у 60% испытуемых отмечаются нарушения переключения от одного движения к другому. У 20% испытуемых при выполнении упражнений

отмечались нарушение темпа выполнения движения (не под счет логопеда) и наличие синкинезий. 10% испытуемых (Настя Р.) выполняли упражнения скованно и напряжённо. И у 10% испытуемых (Вика К.) отмечалось плавное, точное выполнение проб.

Обратимся к анализу результатов 3 серии констатирующего эксперимента (обследование строения и подвижности артикуляционного аппарата).

Результаты анализа представлены в гистограммах 3, 4.



Гистограмма 3. Распределение испытуемых на группы по наличию/отсутствию дефектов в строении артикуляционного аппарата (в %).

Как видно из гистограммы 100% испытуемых имеют дефекты строения артикуляционного аппарата, но эти дефекты не грубые: 60% испытуемых имеют нарушения прикуса из них у 30% испытуемых прямой прикус, у 20% испытуемых (Алеша С., Глеб П.) прогнатический (дистальный) прикус – верхняя челюсть слишком развита или нижняя недоразвита [79]. У 10% испытуемых (Максим Ш.) открытый боковой прикус. У 70% испытуемых имеются нарушения в строении зубов. У 60% испытуемых идет смена зубов и имеется кариес. 10% испытуемых (Алеша С.) имеют крупные, редко растущие зубы. У 10% испытуемых (Аня К.) обнаружена диастема.

Таким образом, выявленные дефекты строения артикуляционного аппарата не играют ведущей роли для возникновения дефектов двигательной функции у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Обратимся к анализу подвижности артикуляционного аппарата, 3 серия констатирующего эксперимента (обследование строения и подвижности артикуляционного аппарата).

На основании результатов этой серии констатирующего эксперимента нами условно выделено пять уровней успешности:

- Высокий уровень – 53-57 баллов;
- Уровень выше среднего – 48-52 балла;
- Средний уровень – 43-47 баллов;
- Уровень ниже среднего – 38-42 балла;
- Низкий уровень – менее 37 баллов.

Результаты отражены в гистограмме 4.



Гистограмма 4. Распределение испытуемых на группы по уровню сформированности подвижности артикуляционного аппарата (в %).

Как видно из гистограммы ни один из испытуемых не продемонстрировал высокого уровня успешности и уровня выше среднего.

30% испытуемых продемонстрировали средний уровень. 20% испытуемых продемонстрировали уровень ниже среднего.

Большинство испытуемых – 50% продемонстрировали низкий уровень.

У всех 100% испытуемых наблюдаются трудности выполнения, как в статических, так и в динамических упражнениях.

Трудности принятия позы «Трубочка» (вытянуть губы в трубочку, как при произношении звука у, и удержать позу) наблюдается у 30% испытуемых. Все 30% испытуемых не могут вытянуть губы «трубочкой».

30% испытуемых испытывали трудности в принятии позы «Рупор» (округлить губы в трубочку, как при произношении звука О – удержать позу). 20% испытуемых не смогли выполнить данное упражнение. Трудности принятия позы наблюдалось у 10% испытуемых (Аня Б.).

Неполный объём движений и замедленное выполнение позы «Улыбочка/трубочка» наблюдается у 10% испытуемых (Соня П.), 20% испытуемых (Глеб П., Алеша С.) не смогли выполнить данное упражнение.

У всех 100% испытуемых наблюдались отклонения в принятии позы «Лопаточка» (широкий и распластаный язык в расслабленном состоянии лежит на нижней губе). У 80% испытуемых наблюдается тремор при удержании позы. Вместе с тремором у 20% испытуемых наблюдались девиации. У 20% испытуемых язык напряжен, скомкан, позу не принял.

Отклонения в принятии позы «Иголочка» (напряженный и заостренный кончик языка высунуть изо рта) отмечались у 90% испытуемых. Из них трудности в принятии позы испытывали 60% испытуемых. У 70% испытуемых наблюдался тремор при принятии позы. 10% испытуемых (Глеб П.) выполняли упражнение с девиациями. Позу не приняли 10% испытуемых (Алеша С.).

60% испытуемых наблюдались трудности при выполнении позы «Горка» (кончик языка упереть в нижние зубы и «выкатить» среднюю спинку языка). Тремор наблюдался у 30% испытуемых. 10% испытуемых (Аня Б.) испытывали

трудности принятия позы. 20% испытуемых (Алеша С., Саша У.) позу не приняли.

Отклонения в конфигурации при выполнении позы «Парус» (кончик языка упирается в верхние резцы) наблюдалось у 50% испытуемых.

Трудности принятия позы «Чашечка» (боковые края поднимаются вместе с кончиком языка) наблюдается у 100% испытуемых, из них у 60% испытуемых не поднимается кончик языка. 40% испытуемых позу не приняли.

Трудности при выполнении позы «Грибок» (весь язык присасывается к твердому нёбу) наблюдается у 80% испытуемых, из них у 10% испытуемых (Максим Ш.) наблюдается долгий поиск и трудности удержания позы. 70% испытуемых позу не приняли.

У 90% испытуемых отмечались трудности при выполнении позы «Часики» (высунуть язык изо рта, перемещать то вправо, то влево). Из них у 60% испытуемых синкинезии при выполнении упражнения. У 20% испытуемых (Аня Б., Настя Р.) наблюдаются отклонения в конфигурации и неполный объём движений. 10% испытуемых (Лев Ш.) делает упражнение в глубине рта.

Трудности при выполнении позы «Качельки» (высунутый изо рта язык то поднимается, то отпускается) у 90% испытуемых, из них у 70% испытуемых синкинезии при выполнении упражнения, у 20% испытуемых (Лев Ш., Максим Ш.) наблюдаются отклонения в конфигурации и неполный объём движений.

У 60% испытуемых отмечались трудности при выполнении позы «Лошадка» (кончик языка ударяется о твёрдое нёбо), из них у 30% испытуемых наблюдались отклонения в конфигурации и неполный объём движений. 20% испытуемых (Алеша С., Глеб П.) позу не приняли, 10% испытуемых (Саша У.) выполняли упражнения с синкинезиями.

Трудности при выполнении позы «вкусное варенье» (кончиком языка облизать верхнюю, а затем нижнюю губу) возникли у 70% испытуемых, из них у 40% испытуемых синкинезии при выполнении и у 30% испытуемых наблюдается неполный объём движений.

Неполный объём движений наблюдается при проверке мимических движений – поза «Оскар» у 70% испытуемых. Вялые движения при выполнении поз «Надуть щёки» (надуть щёки) и «Наморщиться» (наморщить нос) наблюдались у 20% испытуемых. Не выполнили позу «Нахмуриться» (свести брови к переносице) – 30% испытуемых

Обратимся к итоговому (общему) анализу результатов трех серий констатирующего эксперимента (обследование состояния общей моторики, обследование состояния произвольной моторики пальцев рук, обследование подвижности артикуляционного аппарата).

На основании результатов итогового анализа всех серий констатирующего эксперимента, нами условно выделено 5 уровней успешности:

- Высокий уровень – 90-99 баллов;
- Уровень выше среднего – 89-80 баллов;
- Средний уровень – 79-70 баллов;
- Уровень ниже среднего – 69-50 баллов;
- Низкий уровень – менее 49 баллов.

Результаты отражены в гистограмме 5.



Гистограмма 5. Общее распределение испытуемых на группы по уровню сформированности двигательных функций.

Как видно из гистограммы, ни один из испытуемых не продемонстрировал высокий уровень и уровень успешности – выше среднего.

10% испытуемых (Алеша С.) продемонстрировали низкий уровень успешности. Во всех проведенных пробах испытывали затрудненность, делали ошибки, либо вообще не выполняли упражнения. Наблюдались множественные синкинезии, девиации, тремор, трудности удержания позы при выполнении артикуляционных упражнений.

При обследовании произвольной моторики пальцев рук отмечались трудности переключения, невозможность удержания позы, нарушение темпа, выполнение движения не под счет логопеда.

При обследовании общей моторики выявились такие трудности выполнения проб как: трудности удержания позы, балансирование телом, руками, головой, нарушение темпа, выполнение движений не под счет логопеда.

30% испытуемых продемонстрировали средний уровень успешности, они лучше справлялись с заданиями. В артикуляционной моторике отмечались такие трудности в выполнении проб как: долгое безуспешное нахождение позы в трудных артикуляционных упражнениях («Чашечка», «Грибок»). Синкинезии при выполнении упражнений «Часики», «Качельки». При обследовании произвольной моторики пальцев рук у этой группы испытуемых отмечалось: напряженность и скованность в движениях, трудности переключения от одного движения к другому. При обследовании общей моторики наблюдалось: качание из стороны в сторону, схождение ребенка с места.

Уровень ниже среднего продемонстрировали 60% испытуемых они выполняли все предложенные упражнения, но при их выполнении наблюдались синкинезии, тремор, трудности удержания позы в пробах на исследование подвижности артикуляционного аппарата. Трудности переключения от одного движения к другому, напряженность и скованность, нарушение темпа движений наблюдалось при исследовании произвольной моторики пальцев рук. В момент выполнения проб для исследования общей моторики у испытуемых наблюдались

такие трудности как: удержание поз с раскачиванием из стороны в сторону, не удавалось чередование хлопка и шага, во время приседаний становились на всю ступню.

На основе результатов 4 серии констатирующего эксперимента (анализ результатов обследованного звукопроизношения) нами условно выделено 4 уровня успешности:

- Высокий уровень – 12 баллов;
- Средний уровень – 9 – 11 баллов;
- Уровень ниже среднего – 5 – 8 баллов;
- Низкий уровень – менее 4 баллов.

Результаты отражены в гистограмме 6.



Гистограмма 6. Распределение испытуемых на группы по уровню сформированности звукопроизношения (в %).

Как видно из гистограммы ни один из испытуемых не продемонстрировал высокого уровня успешности.

10% испытуемых (Вика К.) продемонстрировали средний уровень, 30% испытуемых продемонстрировали низкий уровень успешности. Большинство испытуемых – 60% продемонстрировали уровень ниже среднего.

90% испытуемых имеют полиморфные нарушения звукопроизношения.

Сопоставив уровни нарушения звукопроизношения по разным группам звуков, нами сделан вывод о том, что чаще всего нарушены звуки [P], [P'].

40% испытуемых требуют постановки обоих звуков.

50% испытуемых требуют постановки одного звука [P].

10% испытуемых (Максим Ш.) требуют постановки звука [P'].

У 50% испытуемых описано горловое искажения звука [P] и его мягкой пары. У 20% испытуемых отмечалось отсутствие этих звуков. 20% испытуемых заменяют звук [P] на [Л]. У 10% испытуемых (Алеша С.) одноударное произношение звука [P].

Так же нарушены у 60% испытуемых звуки [Л], [Л'].

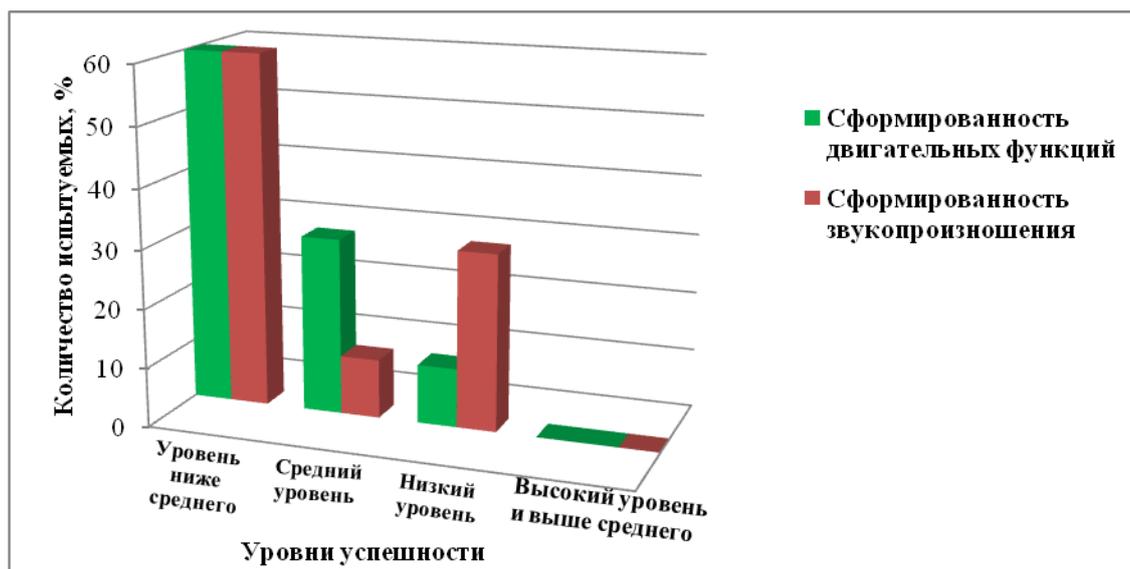
У 30% испытуемых наблюдалось отсутствие данных звуков. Замена звука [Л] на [В] отмечалась у 20% испытуемых. Звук [Л] заменяли на [j] 10% испытуемых (Алеша С.).

У 50% испытуемых нарушены звуки из группы шипящих. Звуки [Ш], [Ж] нарушены у 50% испытуемых: из них 30% испытуемых заменяют их на звуки из группы свистящих, а 20% испытуемых (Лев Ш., Глеб П.) искажают их щечным произношением. У 10% испытуемых (Лев Ш.) вместе со звуками [Ш], [Ж] нарушен еще звук [Ч], они заменяют его на [Т'].

Меньше всего нарушены звуки из группы свистящих. Всего у 10% испытуемых (Саша У.) наблюдалась внутригрупповая замена звука [Ц] на [С].

Проанализировав все результаты констатирующего эксперимента, можно сделать общую гистограмму результатов сформированности двигательных функций и сформированности звукопроизношения, и выявить определённую взаимосвязь.

Результаты отражены в гистограмме 7.



Гистограмма 7. Взаимосвязь моторных функций со звукопроизношением.

Как видно из гистограммы ни один из испытуемых не продемонстрировал высокого уровня успешности и уровень выше среднего, как при обследовании моторных функций, так и при анализе данных о звукопроизношении.

Большинство испытуемых – 60% продемонстрировали уровень ниже среднего, как при обследовании моторных функций, так и при анализе данных о звукопроизношении. Это может свидетельствовать о том, что сформированность моторных функций влияет на правильность звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией. Отставание в одной сфере развития ребенка, непосредственно влечет задержку созревания в другой (Л.С. Выготский).

Итак, количество испытуемых, а именно 60%, на уровне сформированности ниже среднего, и моторных функций, и звукопроизношения, дает нам право сделать вывод о том, что несформированность кинетического и кинестетического праксиса у детей с дизартрией и амблиопией связано с отставанием в развитии звукопроизношения. Поэтому мы считаем, что если логопед на логопедических занятиях будет воздействовать на моторные функции (уделять внимание развитию кинетического и кинестетического праксиса) у детей с дизартрией и амблиопией легче будет проходить работы по постановке, автоматизации разных групп звуков. На наш взгляд, во время проведенные игры

и упражнения, направленные на развитие кинетического и кинестетического праксиса, могут способствовать онтогенетическому появлению звуков в речи детей.

Таким образом, данные констатирующего эксперимента наглядно показали значительные трудности, вызываемые динамической и статической организацией двигательного акта у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией.

По результатам выполнения заданий испытуемые распределены по уровням успешности следующим образом: высокий уровень - 7% детей, уровень выше среднего - 3% детей, средний уровень - 23% детей, уровень ниже среднего - 37% детей, низкий уровень - 30% детей.

Для всех детей с дизартрией и амблиопией при выполнении проб, направленных на исследование общей моторики оказывалось невозможным удержать равновесие, дети раскачивались из стороны в сторону, а иногда даже падали, что свидетельствует о нарушении статической координации движений. В плане динамической координации сложность у всех испытуемых вызвали упражнения на воспроизведение одновременных движений (чередование шага и хлопка).

Результаты исследования моторных функций артикуляционного аппарата показали, что у всех испытуемых детей (10 случаев – 100%) выявлены разнообразные нарушения статики и динамики. У 70% испытуемых наблюдались нарушения кинестетической организации движений: трудности принятия и удержания артикуляционных поз, при выполнении статических упражнений наблюдался тремор и девиации. У 30% испытуемых наблюдались нарушения кинетической организации движений: упражнения выполнялись медленно, с напряжением, наблюдались синкинезии.

Результаты исследования тонкой моторики пальцев рук показали, что у 60% испытуемых выявлены нарушения статики и динамики. Нарушения кинестетической организации движений: недостаточная переключаемость,

застревания, неточности выполнения движений. Нарушения кинетической организации движений были выявлены в пробах на переключаемость, на синхронность работы обеих рук.

Сопоставив уровень сформированности звукопроизношения с уровнем сформированности моторных функций у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией, мы увидели, что количество испытуемых, а именно 60%, оказались на уровне сформированности ниже среднего, и моторных функций, и звукопроизношения. Такой результат дает нам право предположить, что несформированность кинетического и кинестетического праксиса у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией влечет отставание в формировании звукопроизношения.

Качественный анализ результатов исследования позволил распределить детей на две типологические группы: 1 группа – 30% детей, у которых наиболее выражены нарушения кинетического праксиса. Для них характерны трудности переключения движений. 2 группа – смешанная, в нее входят дети, у которых нарушен кинетический и кинестетический праксис. Для них одинаково характерны нарушения и динамической, и статической координации движений.

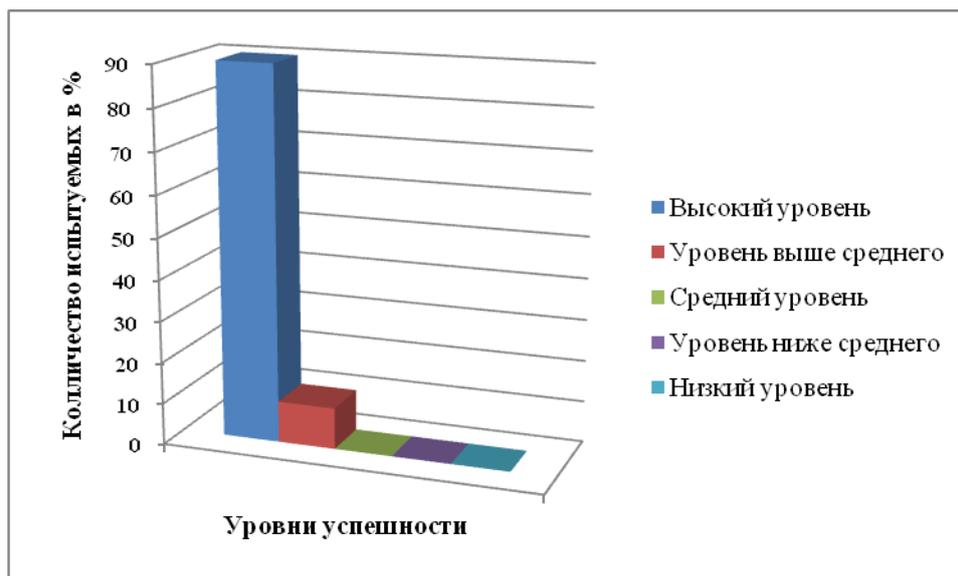
2.3. Анализ результатов констатирующего эксперимента второй экспериментальной группы (дети старшего дошкольного возраста с дизартрией)

Нами проанализированы результаты по каждой серии констатирующего эксперимента.

На основе результатов 1 серии констатирующего эксперимента (обследование состояния общей моторики) нами условно выделено пять уровней успешности:

- Высокий уровень – 19-21 баллов;
- Уровень выше среднего – 16-18 баллов;
- Средний уровень – 13-15 баллов;
- Уровень ниже среднего – 10-12 баллов;
- Низкий уровень – менее 9 баллов.

Результаты отражены в гистограмме 1.



Гистограмма 1. Распределение испытуемых на группы по уровню сформированности общей моторики (в %).

Как видно из гистограммы ни один из испытуемых не продемонстрировал среднего уровня, ниже среднего и низкого уровня успешности.

10% испытуемых (Платон К.) продемонстрировали уровень выше среднего. Большинство испытуемых – 90% продемонстрировали высокий уровень успешности.

100% испытуемых не испытывали трудности при выполнении 1 приёма – координация движений ног и рук в сагиттальной плоскости, наблюдалось свободное удержание позы.

При выполнении 2 приёма – координация движений рук и ног в горизонтальной плоскости у 100% испытуемых наблюдалось свободное удержание позы.

При выполнении 3 приёма – исследование статической координации движений 30% испытуемых удерживали позы с раскачиванием тела из стороны в сторону, а 70% испытуемых удерживали позы свободно.

При выполнении 4 приёма – исследование динамической координации движений, чередование шага и хлопка, 100% испытуемых выполнили упражнение верно.

100% испытуемых, при исследовании моторной ловкости (упражнения с мячом), выполнили упражнения без ошибок. Максимальное количество подбрасываний мяча – 10 раз.

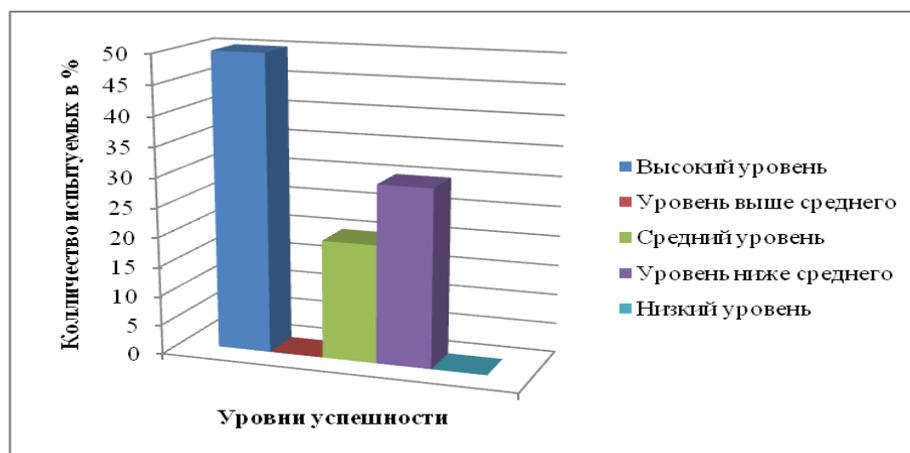
Обратимся к анализу результатов 2 серии констатирующего эксперимента (обследование произвольной моторики пальцев рук).

Результаты анализа представлены в гистограмме 2.

На основе результатов 2 серии констатирующего эксперимента (обследование состояния произвольной моторики пальцев рук) нами условно выделено пять уровней успешности:

- Высокий уровень – 19-21 баллов;
- Уровень выше среднего – 16-18 баллов;
- Средний уровень – 13-15 баллов;
- Уровень ниже среднего – 10-12 баллов;
- Низкий уровень – менее 9 баллов.

Результаты анализа представлены в гистограмме 2.



Гистограмма 2. Распределение испытуемых на группы по уровню сформированности произвольной моторики пальцев рук (в %).

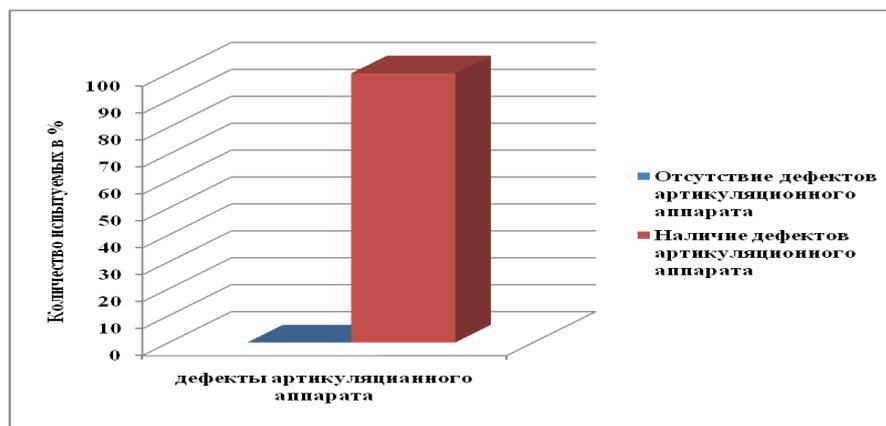
Как видно из гистограммы большинство испытуемых – 50% продемонстрировали высокий уровень успешности. 30% испытуемых продемонстрировали уровень ниже среднего. 20% испытуемых продемонстрировали средний уровень сформированности произвольной моторики пальцев рук. Как видно из гистограммы ни один из испытуемых не продемонстрировал уровень выше среднего и низкий уровень сформированности произвольной моторики пальцев рук.

При выполнении 1 приёма во 2 серии констатирующего эксперимента – исследование статической координации движения у 50% испытуемых наблюдалось плавное, точное и одновременное выполнение проб. 20% испытуемых (Платон К., Злата К.) выполняли упражнения напряжённо, скованно. У 30% испытуемых отмечалось нарушение темпа выполнения движения (не под счет логопеда).

При выполнении 2 приёма – исследование динамической координации движений у 50% испытуемых отмечаются нарушения переключения от одного движения к другому. И у 50% испытуемых отмечалось плавное, точное выполнение проб.

Обратимся к анализу результатов 3 серии констатирующего эксперимента (обследование строения и подвижности артикуляционного аппарата).

Результаты анализа представлены в гистограммах 3, 4.



Гистограмма 3. Распределение испытуемых на группы по наличию/отсутствию дефектов в строении артикуляционного аппарата (в %).

Как видно из гистограммы 100% испытуемых имеют дефекты строения артикуляционного аппарата, но эти дефекты не грубые: У 70% испытуемых имеются нарушения в строении зубов. У 60% испытуемых идет смена зубов и имеется кариес. 10% испытуемых (Платон К.) имеют крупные, редко растущие зубы. У 10% испытуемых (Филлип А.) обнаружена диастема.

Таким образом, выявленные дефекты строения артикуляционного аппарата не играют ведущей роли для возникновения дефектов двигательной функции у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Обратимся к анализу подвижности артикуляционного аппарата, 3 серия констатирующего эксперимента (обследование строения и подвижности артикуляционного аппарата).

На основании результатов этой серии констатирующего эксперимента нами условно выделено пять уровней успешности:

- Высокий уровень – 53-57 баллов;
- Уровень выше среднего – 48-52 балла;
- Средний уровень – 43-47 баллов;
- Уровень ниже среднего – 38-42 балла;
- Низкий уровень – менее 37 баллов.

Результаты отражены в гистограмме 4.



Гистограмма 4. Распределение испытуемых на группы по уровню сформированности подвижности артикуляционного аппарата (в %).

Как видно из гистограммы ни один из испытуемых не продемонстрировал высокого уровня успешности и уровня выше среднего. У 100% испытуемых – наблюдались нарушения статической и динамической организации двигательных функций.

10% испытуемых (Мария Л.) продемонстрировали средний уровень. 20% испытуемых (Даина М., Филипп А.) продемонстрировали уровень ниже среднего. Большинство испытуемых – 70% продемонстрировали низкий уровень сформированности подвижности артикуляционного аппарата.

У всех 100% испытуемых наблюдаются трудности выполнения, как в статических, так и в динамических упражнениях.

Трудности принятия позы «Трубочка» (вытянуть губы в трубочку, как при произношении звука у, и удержать позу) наблюдается у 30% испытуемых. Все 30% испытуемых не могут вытянуть губы «трубочкой».

30% испытуемых испытывали трудности в принятии позы «Рупор» (округлить губы в трубочку, как при произношении звука о – удержать позу). 20% испытуемых (Алексей М., Платон К.) не смогли выполнить данное упражнение. Трудности принятия позы наблюдались у 50% испытуемых.

Неполный объём движений и замедленное выполнение позы «Улыбочка/трубочка» наблюдается у 50% испытуемых, 50% испытуемых не смогли выполнить данное упражнение.

У всех 100% испытуемых наблюдались отклонения в принятии позы «Лопаточка» (широкий и распластаный язык в расслабленном состоянии лежит на нижней губе). У 100% испытуемых наблюдается тремор при удержании позы. Вместе с тремором у 50% испытуемых наблюдались девиации. У 30% испытуемых язык напряжен, скомкан, позу не принял. 20% испытуемых (Алексей М., Платон К.) выполняли позу в глубине рта.

Отклонения в принятии позы «Иголочка» (напряженный и заостренный кончик языка высунуть изо рта) отмечались у 90% испытуемых. Из них трудности в принятии позы испытывали 60% испытуемых. 30% испытуемых выполняли упражнение с девиациями. Позу не приняли 10% испытуемых (Алексей М.).

60% испытуемых наблюдались трудности при выполнении позы «Горка» (кончик языка упереть в нижние зубы и «выкатить» среднюю спинку языка). Тремор наблюдался у 30% испытуемых. 10% испытуемых (Даниил М.) испытывали трудности принятия позы. 20% испытуемых (Алексей М., Платон К.) позу не приняли.

Отклонения в конфигурации при выполнении позы «Парус» (кончик языка упирается в верхние резцы) наблюдалось у 70% испытуемых. Позу не приняли – 30% испытуемых.

Трудности принятия позы «Чашечка» (боковые края поднимаются вместе с кончиком языка) наблюдается у 100% испытуемых, из них у 50% испытуемых не поднимается кончик языка. 40% испытуемых не поднимают боковые края языка. У 10% испытуемых (Александра А.) наблюдается долгий поиск и трудности удержания позы.

Трудности при выполнении позы «Грибок» (весь язык присасывается к твердому нёбу) наблюдается у 100% испытуемых, из них у 30% испытуемых наблюдается долгий поиск и трудности удержания позы. Позу не приняли – 70% испытуемых.

У 90% испытуемых отмечались трудности при выполнении позы «Часики» (высунуть язык изо рта, перемещать то вправо, то влево). Из них у 60% испытуемых синкинезии при выполнении упражнения. У 20% испытуемых (Злата К., Полина К.) наблюдаются отклонения в конфигурации и неполный объём движений. 10% испытуемых (Алексей М.) делает упражнение в глубине рта.

Трудности при выполнении позы «Качельки» (высунутый изо рта язык то поднимается, то опускается) у 100% испытуемых, из них у 70% испытуемых синкинезии при выполнении упражнения, у 30% испытуемых наблюдаются отклонения в конфигурации и неполный объём движений.

У 60% испытуемых отмечались трудности при выполнении позы «Лошадка» (кончик языка ударяется о твёрдое нёбо), из них у 40% испытуемых наблюдались отклонения в конфигурации и неполный объём движений. Позу не приняли 20% испытуемых (Платон К., Алексей М.).

Трудности при выполнении позы «вкусное варенье» (кончиком языка облизать верхнюю, а затем нижнюю губу) возникли у 70% испытуемых, из них у 40% испытуемых синкинезии при выполнении и у 30% испытуемых наблюдается неполный объём движений.

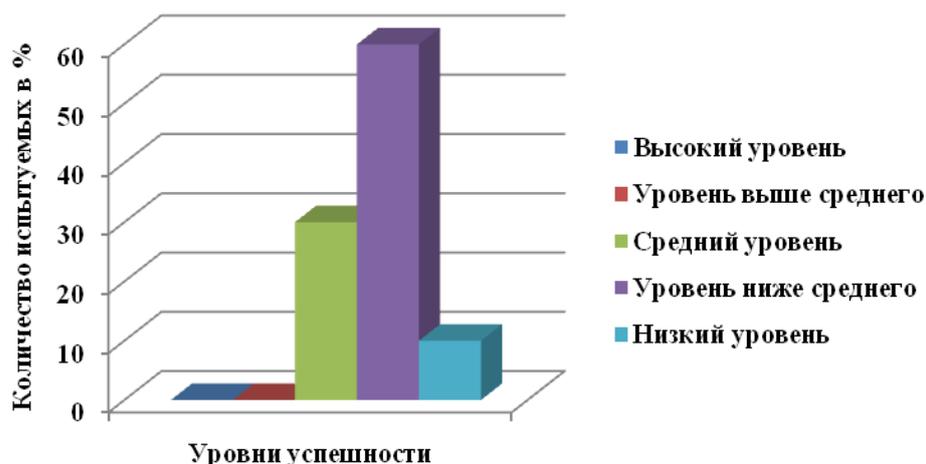
Неполный объём движений наблюдается при проверке мимических движений – поза «Оскал» у 100% испытуемых. Вялые движения при выполнении поз «Надуть щёки» (надуть щёки) и «Наморщиться» (наморщить нос) наблюдались у 50% испытуемых. Не выполнили позу «Нахмуриться» (свести брови к переносице) – 50% испытуемых.

Обратимся к итоговому (общему) анализу результатов трех серий констатирующего эксперимента (обследование состояния общей моторики, обследование состояния произвольной моторики пальцев рук, обследование подвижности артикуляционного аппарата).

На основании результатов итогового анализа всех серий констатирующего эксперимента, нами условно выделено 5 уровней успешности:

- Высокий уровень – 90-99 баллов;
- Уровень выше среднего – 89-80 баллов;
- Средний уровень – 79-70 баллов;
- Уровень ниже среднего – 69-50 баллов;
- Низкий уровень – менее 49 баллов.

Результаты отражены в гистограмме 5.



Гистограмма 5. Общее распределение испытуемых на группы по уровню сформированности двигательных функций.

Как видно из гистограммы, ни один из испытуемых не продемонстрировал высокий уровень и уровень успешности – выше среднего.

10% испытуемых (Алексей М.) продемонстрировали низкий уровень успешности. Во всех проведенных пробах испытывали затруднения, делали ошибки, либо вообще не выполняли упражнения. Наблюдались множественные синкинезии, девиации, тремор, трудности удержания позы при выполнении артикуляционных упражнений.

При обследовании произвольной моторики пальцев рук отмечались трудности переключения, нарушение темпа, выполнение движения не под счет логопеда.

При обследовании общей моторики выявились такие трудности выполнения проб как: трудности удержания позы, балансирование телом, руками, выполнение движений не под счет логопеда.

30% испытуемых продемонстрировали средний уровень успешности, они лучше справлялись с заданиями. В артикуляционной моторике отмечались такие трудности в выполнении проб как: долгое безуспешное нахождение позы в трудных артикуляционных упражнениях («Чашечка», «Грибок»). Синкинезии при выполнении упражнений «Часики», «Качельки». При обследовании произвольной моторики пальцев рук у этой группы испытуемых отмечалось:

нарушение темпа, выполнение движения не под счет логопеда, нарушение переключения от одного движения к другому. При обследовании общей моторики наблюдалось: качание из стороны в сторону, вполнене движен верно со 2 – 3 раза.

Уровень ниже среднего продемонстрировали 60% испытуемых они выполняли все предложенные упражнения, но при их выполнении наблюдались синкинезии, тремор, трудности удержания позы в пробах на исследование подвижности артикуляционного аппарата. Трудности переключения от одного движения к другому, напряженность и скованность, нарушение темпа движений наблюдалсь при исследовании произвольной моторики пальцев рук. В момент выполнения проб для исследования общей моторики у испытуемых наблюдались такие трудности как: удержание поз с раскачиванием из стороны в сторону, не удавалось чередование хлопка и шага.

На основе результатов 4 серии констатирующего эксперимента (анализ результатов обследованного звукопроизношения) нами условно выделено 4 уровня успешности:

- Высокий уровень – 12 баллов;
- Средний уровень – 9 – 11 баллов;
- Уровень ниже среднего – 5 – 8 баллов;
- Низкий уровень – менее 4 баллов.

Результаты отражены в гистограмме 6.



Гистограмма 6. Распределение испытуемых на группы по уровню сформированности звукопроизношения (в %).

Как видно из гистограммы ни один из испытуемых не продемонстрировал высокого уровня успешности.

10% испытуемых (Мария Л.) продемонстрировали средний уровень, 30% испытуемых (Платон К., Даниил М., Злата К.) продемонстрировали низкий уровень успешности. Большинство испытуемых – 60% продемонстрировали уровень ниже среднего.

90% испытуемых имеют полиморфные нарушения звукопроизношения.

Сопоставив уровни нарушения звукопроизношения по разным группам звуков, нами сделан вывод о том, что чаще всего нарушены звуки [P], [P'].

40% испытуемых требуют постановки обоих звуков.

50% испытуемых требуют постановки одного звука [P].

10% испытуемых требуют постановки звука [P'].

У 50% испытуемых описано горловое искажения звука [P] и его мягкой пары. У 20% испытуемых отмечалось отсутствие этих звуков. 20% испытуемых заменяют звук [P] на [Л]. У 10% испытуемых (Даниил М.) одноударное произношение звука [P].

Так же нарушены у 60% испытуемых звуки [Л], [Л'].

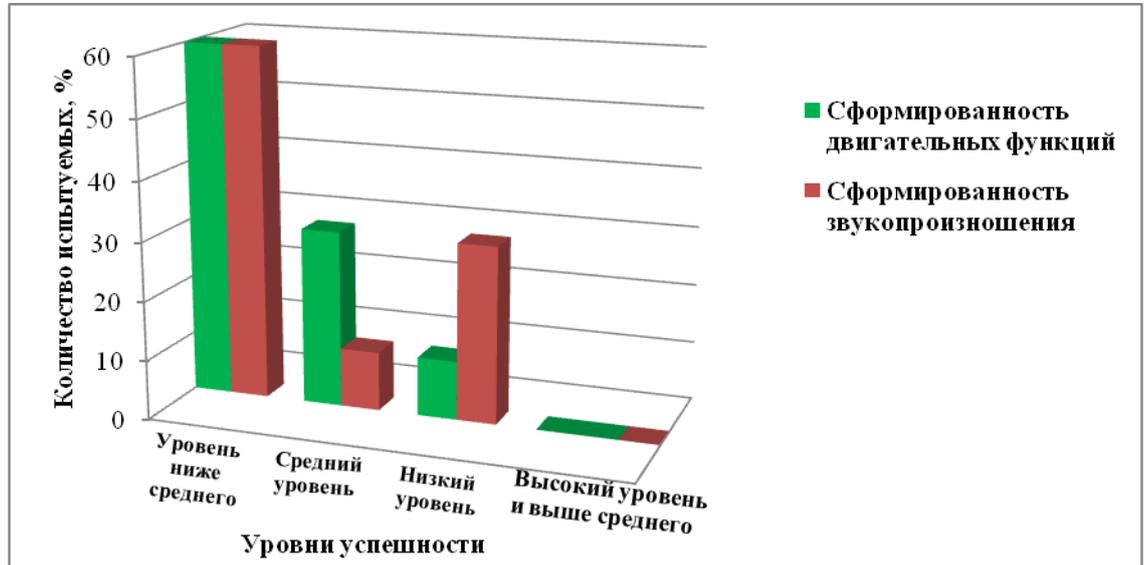
У 30% испытуемых наблюдалось отсутствие данных звуков. Замена звука [Л] на [В] отмечалась у 20% испытуемых, а замена [Л] на [j] у 10% испытуемых.

У 50% испытуемых нарушены звуки из группы шипящих. Звуки [Ш], [Ж] нарушены у 50% испытуемых: из них 30% испытуемых заменяют их на звуки из группы свистящих, а 20% испытуемых искажают их щечным произношением. У 10% испытуемых (Злата К.) вместе со звуками [Ш], [Ж] нарушен еще звук [Ч], они заменяют его на [Г'].

Проанализировав все результаты констатирующего эксперимента, можно сделать общую гистограмму результатов сформированности двигательных

функций и сформированности звукопроизношения, и выявить определённую взаимосвязь.

Результаты отражены в гистограмме 7.



Гистограмма 7. Взаимосвязь моторных функций со звукопроизношением.

Как видно из гистограммы ни один из испытуемых не продемонстрировал высокого уровня успешности и уровень выше среднего, как при обследовании моторных функций, так и при анализе данных о звукопроизношении.

Большинство испытуемых – 60% продемонстрировали уровень ниже среднего, как при обследовании моторных функций, так и при анализе данных о звукопроизношении. Это может свидетельствовать о том, что сформированность моторных функций влияет на правильность звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией. Отставание в одной сфере развития ребенка, непосредственно влечет задержку созревания в другой (Л.С. Выготский).

Итак, количество испытуемых, а именно 60%, на уровне сформированности ниже среднего, и моторных функций (в большей степени страдает артикуляционная моторика, в меньшей степени общая и мелкая моторика), и звукопроизношения, дает нам право сделать вывод о том, что несформированность кинетического и кинестетического праксиса у детей с дизартрией связано с отставанием в развитии звукопроизношения.

Поэтому мы считаем, что если логопед на логопедических занятиях будет воздействовать на моторные функции (уделять внимание развитию кинетического и кинестетического праксиса) у детей с дизартрией легче будет проходить работы по постановке, автоматизации разных групп звуков. На наш взгляд, во время проведенные игры и упражнения, направленные на развитие кинетического и кинестетического праксиса, могут способствовать онтогенетическому появлению звуков в речи детей.

Таким образом, данные констатирующего эксперимента наглядно показали значительные трудности, вызываемые динамической и статической организацией двигательного акта у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

По результатам выполнения заданий испытуемые распределены по уровням успешности следующим образом: высокий уровень - 7% детей, уровень выше среднего - 3% детей, средний уровень - 23% детей, уровень ниже среднего - 30% детей, низкий уровень - 37% детей.

Для 30 % испытуемых с дизартрией при выполнении проб, направленных на исследование общей моторики оказывалось трудно удержать равновесие, дети раскачивались из стороны в сторону, что свидетельствует о нарушении статической координации движений. У 70% испытуемых нарушения статической координации движений не выявлено. В плане динамической координации сложностей у всех испытуемых (10 случаев – 100%) упражнения не вызывали.

Результаты исследования моторных функций артикуляционного аппарата показали, что у всех испытуемых детей (10 случаев – 100%) выявлены разнообразные нарушения статики и динамики. У 70% испытуемых наблюдались нарушения кинестетической организации движений: трудности принятия и удержания артикуляционных поз, при выполнении статических упражнений наблюдался тремор и девиации. У 30% испытуемых наблюдались

нарушения кинетической организации движений: упражнения выполнялись медленно, с напряжением, наблюдались синкинезии.

Результаты исследования тонкой моторики пальцев рук показали, что у 50% испытуемых выявлены нарушения статики и динамики. Нарушения кинестетической организации движений: недостаточная переключаемость, застревания, неточности выполнения движений. Нарушения кинетической организации движений были выявлены в пробах на переключаемость, на синхронность работы обеих рук.

Сопоставив уровень сформированности звукопроизношения с уровнем сформированности моторных функций у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией, мы увидели, что количество испытуемых, а именно 60%, оказались на уровне сформированности ниже среднего, и моторных функций, и звукопроизношения. Такой результат дает нам право сделать вывод о том, что несформированность кинетического и кинестетического праксиса у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией влечет отставание в формировании звукопроизношения.

Качественный анализ результатов исследования позволил распределить детей на две типологические группы: 1 группа – 70% детей, у которых наиболее выражены нарушения кинетического праксиса. Для них характерны трудности переключения движений. 2 группа (30% детей) – смешанная, в нее входят дети, у которых нарушен кинетический и кинестетический праксис. Для них одинаково характерны нарушения и динамической, и статической координации движений.

2.4. Сравнительный анализ двигательных функций у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией

Нами отдельно проанализированы результаты по каждой серии констатирующего эксперимента двух экспериментальных групп. Главной задачей исследования являлось увидеть различия в сформированности кинетического и кинестетического праксиса у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

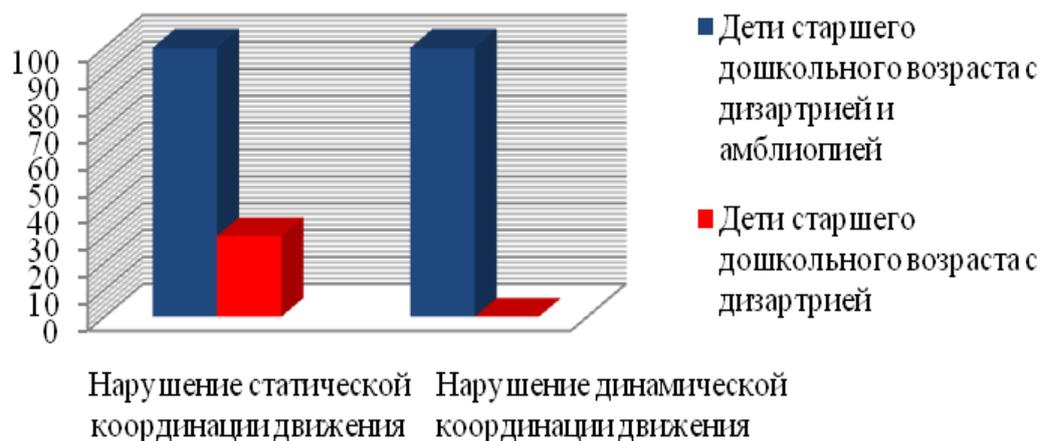
Сравнительный анализ опирается на результаты, полученные ранее, по каждой серии заданий констатирующего эксперимента двух экспериментальных групп.

Обратимся к итоговому (общему) анализу результатов 1 серии констатирующего эксперимента (обследование состояния общей моторики) двух экспериментальных групп.

На основании результатов итогового анализа первой серии констатирующего эксперимента, нами условно выделено 2 группы:

1. Нарушение статической координации движения;
2. Нарушение динамической координации движения.

Результаты отражены в гистограмме 1.



Гистограмма 1. Итоговый (общий) анализ результатов 1 серии констатирующего эксперимента (обследование состояния общей моторики).

Как видно из гистограммы 100% испытуемых из 1 группы и 30% испытуемых из 2 группы продемонстрировали нарушение статической (кинестетической) координации движений.

У детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией в равной степени страдают общие моторные функции. Испытуемые выполняли упражнения с раскачиванием из стороны в сторону, балансируя туловищем, руками, головой, либо удерживали позу с напряжением. У 10% испытуемых отмечались падения при выполнении статических и динамических поз.

У детей старшего дошкольного возраста с дизартрией в меньшей степени нарушены общие моторные функции, так как при выполнении приёма «Исследование статической координации движений» – всего 30% испытуемых удерживали позы, балансируя туловищем, руками, головой, а 70% испытуемых выполнили задания верно, без ошибок.

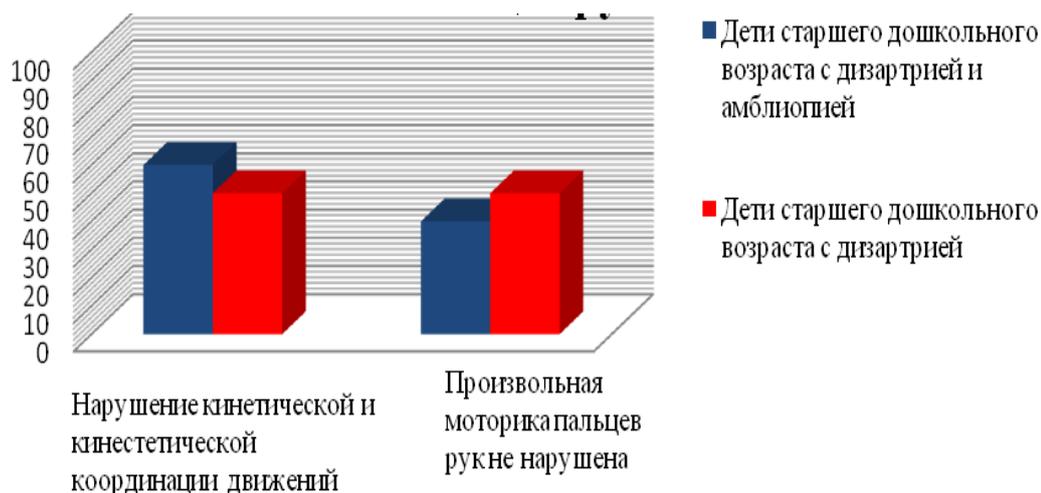
При исследовании динамической координации движений ошибок у второй экспериментальной группы не наблюдалось, 100% испытуемых выполнили предложенные упражнения верно.

Обратимся к итоговому (общему) анализу результатов 2 серии констатирующего эксперимента (обследование состояния произвольной моторики пальцев рук) двух экспериментальных групп.

На основании результатов итогового анализа второй серии констатирующего эксперимента, нами условно выделено 2 группы:

- 1.Нарушение кинетической и кинестетической координации движений;
- 2.Произвольная моторика пальцев рук не нарушена.

Результаты отражены в гистограмме 2.



Гистограмма 2. Итоговый (общий) анализ результатов 2 серии констатирующего эксперимента (обследование состояния произвольной моторики пальцев рук).

Как видно из гистограммы у 60% испытуемых из первой экспериментальной группы и у 50% испытуемых из второй экспериментальной группы практически в равной степени имеются нарушения как статической так и динамической организации движений.

У детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией при выполнении 1 приёма во 2 серии констатирующего эксперимента – исследование статической координации движения у 60% испытуемых отмечалось нарушение темпа выполнения движения (не под счет логопеда), выполнение упражнений напряжённо, скованно.

При выполнении 2 приёма – исследование динамической координации движений у 60% испытуемых отмечаются нарушения переключения от одного движения к другому. При выполнении упражнений отмечались нарушение темпа выполнения движения (не под счет логопеда) и наличие синкинезий. Небольшая часть испытуемых выполняли упражнения скованно и напряжённо.

У детей старшего дошкольного возраста с дизартрией при выполнении приемов второй серии констатирующего эксперимента – исследование статической координации движений у 50% испытуемых наблюдалось плавное, точное и одновременное выполнение проб. Некоторые дети выполняли

упражнения напряжённо, скованно, так же отмечалось нарушение темпа выполнения движения (не под счет логопеда).

При выполнении приёма – исследование динамической координации движений у 50% испытуемых отмечаются нарушения переключения от одного движения к другому.

Так же из гистограммы видно, что 40% испытуемых первой экспериментальной группы и 50% испытуемых второй экспериментальной группы не имеют нарушений произвольной моторики пальцев рук. У этих испытуемых отмечалось плавное, точное выполнение проб в исследовании динамической и статической координации движений.

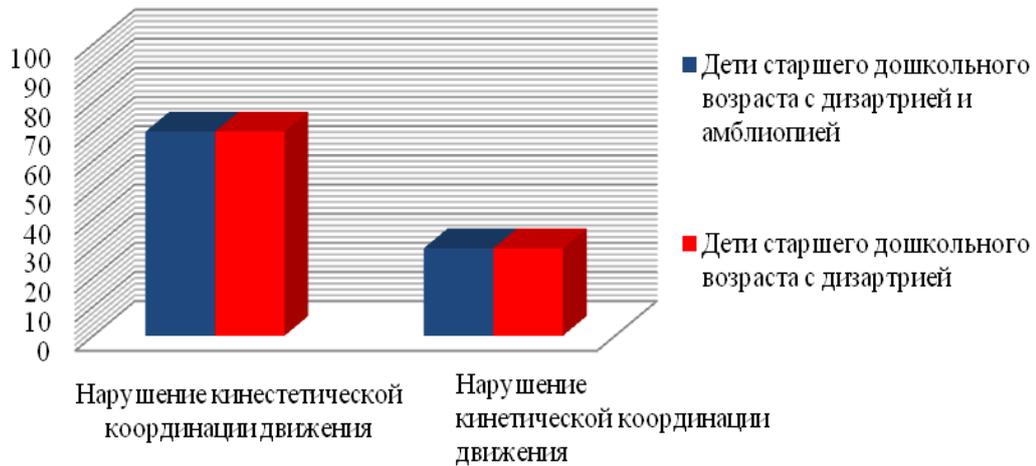
Обратимся к итоговому (общему) анализу результатов 3 серии констатирующего эксперимента (обследование строения и подвижности артикуляционного аппарата) двух экспериментальных групп.

Строение артикуляционного аппарата не влияет на результаты кинетической и кинестетической координации движений. Это объясняется тем, что у испытуемых двух экспериментальной групп нет серьезных патологий в строении артикуляционного аппарата, что в свою очередь могло бы привести к нарушениям кинетической и кинестетической координации движений.

На основании результатов итогового анализа третьей серии констатирующего эксперимента, нами условно выделено 2 группы:

- 1.Нарушение кинетической координации движений;
- 2.Нарушение кинестетической координации движений.

Результаты отражены в гистограмме 3.



Гистограмма 3. Итоговый (общий) анализ результатов 3 серии констатирующего эксперимента (обследование строения и подвижности артикуляционной моторики).

Как видно из гистограммы у 70% испытуемых обеих экспериментальных групп в равной степени выявлены нарушения кинестетической координации движений. Во всех проведенных пробах испытуемые двух экспериментальных групп испытывали затрудненность, делали ошибки, либо вообще не выполняли упражнения. Наблюдались множественные девиации, тремор, трудности удержания позы при выполнении артикуляционных упражнений.

У 30% испытуемых первой и второй экспериментальных групп в равной степени выявлены нарушения кинетической координации движений. Во всех проведенных пробах испытуемые двух экспериментальных групп испытывали затрудненность, делали ошибки, либо вообще не выполняли упражнения. При выполнении артикуляционных упражнений наблюдались множественные синкинезии, выполнение движений не под счет логопеда.

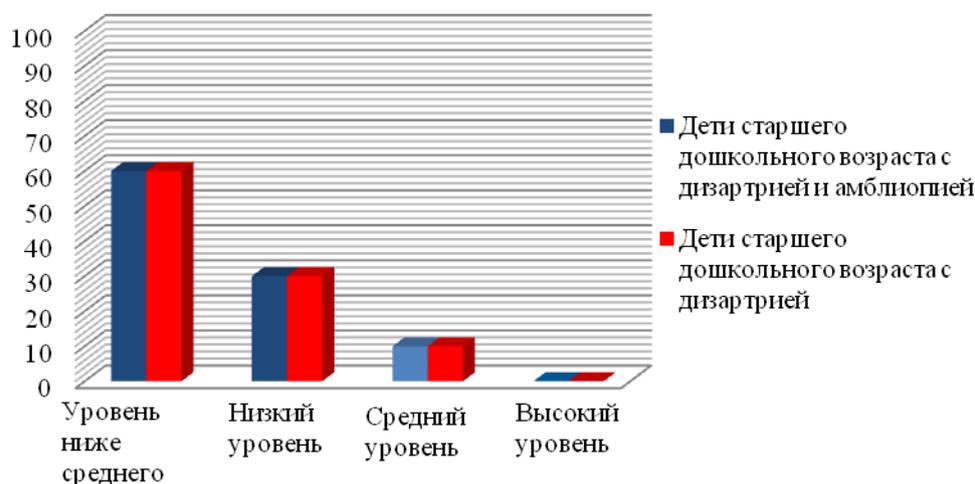
Обратимся к итоговому (общему) анализу результатов 4 серии констатирующего эксперимента (анализ результатов обследования звукопроизношения) двух экспериментальных групп.

На основании результатов итогового анализа четвертой серии констатирующего эксперимента, нами условно выделено 4 уровня успешности:

1. Высокий уровень;

2. Средний уровень;
3. Уровень ниже среднего;
4. Низкий уровень.

Результаты отражены в гистограмме 4.



Гистограмма 4. Итоговый (общий) анализ результатов 4 серии констатирующего эксперимента (анализ результатов обследования звукопроизношения).

Как видно из гистограммы процентное соотношение двух экспериментальных групп распределилось в равной степени.

Первая и вторая экспериментальная группа испытуемых не продемонстрировали высокого уровня успешности.

10% испытуемых двух экспериментальных групп продемонстрировали средний уровень успешности. У испытуемых отмечались нарушения одной группы звуков.

60% испытуемых двух экспериментальных групп продемонстрировали уровень успешности ниже среднего. У испытуемых отмечались разнообразные нарушения 2 групп звуков.

Низкий уровень успешности продемонстрировали 30% испытуемых двух экспериментальных групп. Испытуемые данного уровня имеют полиморфные нарушения звукопроизношения.

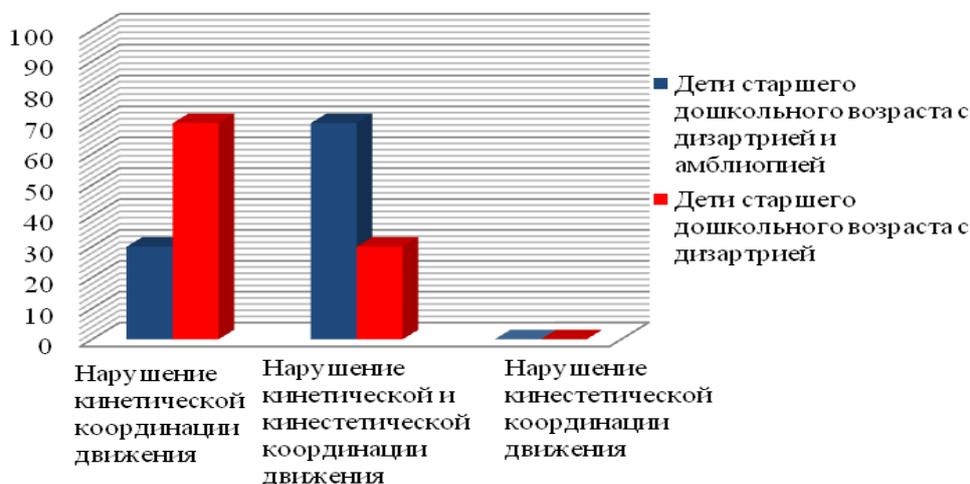
Сопоставив уровни нарушения звукопроизношения по разным группам звуков, нами сделан вывод о том, что чаще всего нарушены сонорные звуки [Р], [Р'], [Л], [Л'].

Обратимся к итоговому (общему) анализу результатов всех серий констатирующего эксперимента (анализ результатов обследования моторных функций) двух экспериментальных групп.

На основании результатов итогового (общего) анализа всех серий констатирующего эксперимента, нами условно выделено 3 вида нарушений координации движений:

1. Нарушение кинетической координации движений;
2. Нарушение кинестетической координации движений;
3. Нарушение кинетической и кинестетической координации движений (смешанная).

Результаты отражены в гистограмме 5.



Гистограмма 5. Итоговый (общий) анализ результатов всех серий констатирующего эксперимента (анализ результатов обследования моторных функций) двух экспериментальных групп.

Качественный анализ результатов исследования позволил распределить детей двух экспериментальных групп на две типологические группы:

Дети старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией:

1 группа – 30% испытуемых, у которых наиболее выражены нарушения кинетического праксиса. Для них характерны трудности переключения движений. 2 группа – смешанная (70% испытуемых), в нее входят дети, у которых нарушен кинетический и кинестетический праксис. Для них одинаково характерны нарушения и динамической, и статической координации движений.

Дети старшего дошкольного возраста с дизартрией:

1 группа – 70% испытуемых, у которых наиболее выражены нарушения кинетического праксиса. Для них характерны трудности переключения движений. 2 группа (30% испытуемых) – смешанная, в нее входят дети, у которых нарушен кинетический и кинестетический праксис. Для них одинаково характерны нарушения и динамической, и статической координации движений.

Нарушение кинестетической координации движений не продемонстрировала ни одна экспериментальная группа.

Итак, сравнительный анализ двух экспериментальных групп дает нам право предположить о том, что несформированность кинетического и кинестетического праксиса у детей с дизартрией (в большей степени у этих детей страдает артикуляционная моторика, в меньшей степени общая и мелкая моторика) и у детей с дизартрией и амблиопией (у этих детей страдает артикуляционная моторика, общая и мелкая моторика) связано с отставанием в развитии звукопроизношения.

Так же у детей с дизартрией и амблиопией выявлено в большей степени нарушение общих моторных функций (100% испытуемых), когда у детей с дизартрией всего 30% испытуемых.

Поэтому мы считаем, что если логопед на логопедических занятиях будет воздействовать на моторные функции (уделять внимание развитию кинетического и кинестетического праксиса) у детей с дизартрией легче будет проходить работа по постановке, автоматизации разных групп звуков.

На наш взгляд, во время проведенные игры и упражнения, направленные на развитие кинетического и кинестетического праксиса, могут способствовать онтогенетическому появлению звуков в речи детей.

Так же логопеду необходимо уделять внимание развитию общей моторике у детей с нарушенным зрением, так как нарушение моторных функции влечет за собой нарушение звукопроизношения.

Таким образом, данные констатирующего эксперимента наглядно показали значительные трудности, вызываемые динамической и статической организацией двигательного акта у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией.

2.5. Методические рекомендации по развитию двигательных функций у дошкольников с дизартрией и амблиопией и для дошкольников с дизартрией

На основе результатов констатирующего эксперимента нами были подобраны дифференцированные методические рекомендации, направленные на развитие двигательных функций у дошкольников с речевыми нарушениями (дизартрия) и недоразвитием двигательных функций, отягощенное нарушением зрения (амблиопия) и для дошкольников с речевыми нарушениями (дизартрия).

В основу дифференцированных методических рекомендаций вошли разработки авторов: Бушляковой Р.Т., Лазаренко О.А., Лопатиной Л.В., Серебряковой Н.В., Дружининой Л.А., Черновой Е.И., Тимофеевой Е.Ю., Paul Dennison and Gail Dennison [Бушлякова 2011: 10; Лазаренко 2011: 40; Лопатина/Серебрякова 1994: 42; Дружинина 2008: 24; Чернова/Тимофеева 2007: 74; Dennison 1997: 23].

Исходя из результатов нашего исследования, испытуемые разделены на

две типологические группы:

1 группа – в нее входят дети, у которых ярко выражены нарушения кинетического праксиса: для них характерны трудности переключения координации движений в артикуляционном аппарате, движениях пальцев рук, общей моторики;

2 группа – смешанная, в нее входят дети, у которых нарушен кинетический и кинестетический праксис. Для них характерны нарушения и динамической, и статической координации движений в артикуляционном аппарате, мелкой и общей моторики.

С учетом типологических групп мы составили комплексы упражнений и заданий в сочетании с кинезиологическими упражнениями (П. Деннисон, Г. Деннисон, К. Хонц) и упражнениями, направленными на развитие содружественного взаимодействия руки и языка (биоэнергопластика) [9, 23, 40]. Каждый комплекс предполагает три направления работы, которые предполагают развитие: артикуляционной моторики, мелкой моторики, общей моторики. Все направления отрабатываются параллельно. 1 группе детей предлагается больше упражнений на развитие кинетического праксиса, а 2 группе предлагаются упражнения на развитие и кинестетического, и кинетического праксиса. Так же подобранный нами комплекс игр и упражнений способствует активизации мозга в целом, разогреву и улучшению эластичности всех мышц, снятию зубочелюстных зажимов, развитию общей, мелкой и артикуляционной моторики.

Особое внимание мы советуем обратить на развитие общей моторики для детей с нарушением зрения. Упражнения выполняются в более пролонгированные сроки на протяжении всех этапах коррекционно-развивающих занятий.

1. Развитие общей моторики:

Цель работы: совершенствовать двигательную сферу детей, формировать координацию движений рук и ног, учить ориентироваться в пространстве, регулировать свой мышечный тонус, закреплять понятия правостороннего и

левостороннего движения, развитие глазомера.

1) *Упражнения с элементами релаксации* активно применяются на логопедических занятиях. Они предлагаются дошкольникам в сочетании с движениями. Это делает возможным обучать детей расслаблению различных групп мышц по контрасту с их напряжением (рекомендовано для II типологической группы). Благодаря специально подобранным упражнениям у дошкольников постепенно появляется умение регулировать мышечный тонус, управлять движениями своего тела. Способность детей расслаблять и напрягать определенные мышцы вырабатывается в игровой форме и сопровождается или речевой командой педагога или музыкой соответствующего характера (громкой – в момент напряжения и тихой – в момент расслабления). Упражнения на регуляцию мышечного тонуса могут выполняться детьми как с предметами (мячами, флажками, бубнами, обручами), так и без них (рекомендовано для I типологической группы).

Примеры упражнений, разделенные по типологическим группам:

I группа	II группа
Упражнения с элементами релаксации:	
<p>«Дерево на ветру»</p> <p>Ребенок сидит на корточках, опустив голову на колени и обхватив их руками. Это семя, которое начинает расти и распускаться, начиная тянуться ветками к солнцу. Взрослый дает команду: «Ветер», ребенок, расслабляя верхнюю часть туловища, сгибается в талии, изображая сломанное дерево.</p>	<p>«Снеговик»</p> <p>Стоящему ребенку предлагают представить, что он снеговик, которого слепили из плотного снега. Постепенно он должен растаять, меняя напряжение мышц тела и оседая на корточки.</p>
<p>«Лучики солнца»</p>	<p>«Зеркальное копирование»</p> <p>Упражнения на зеркальное копирование движений позволят развить реакцию и научиться</p>

<p>Упражнение позволит научить детей чередованию движений (расслабления и напряжения) всех частей тела.</p> <p>И.п. - сидя на полу.</p> <p>Поочередное напряжение и расслабление:</p> <ul style="list-style-type: none"> - шеи, спины, ягодиц; - правого плеча, правой руки, правой кисти, правого бока, правого бедра, правой ноги, правой стопы; - левого плеча, левой руки, левой кисти, левого бока, левого бедра, левой ноги, левой стопы. <p>«Половинку расслабляем, половинку напрягаем!»</p> <p>Упражнение способствует оптимизации тонуса мышц.</p> <p>И.п. - сидя на полу. Общее напряжение тела. Расслабление. Напряжение и расслабление по осям: верх-низ (напряжение верхней половины тела, напряжение нижней половины тела), левостороннее и правостороннее (напряжение правой и затем левой половин тела), напряжение левой руки и правой ноги, а затем правой руки и левой ноги.</p>	<p>чувствовать свое тело в игровой и веселой форме.</p> <p>«Поза покоя»</p> <p>Упражнение позволит освоить и закрепить позу покоя и расслабить мышцы рук.</p> <p>Необходимо принять позу лежа, на спине, руки свободно положить вдоль туловища, ноги слегка расставить (дети лежат на ковриках либо карематах). Формула общего покоя произносится логопедом медленно, тихим голосом, с длительными паузами (формулу можно подобрать самим, либо использовать написанную нами):</p> <p><i>Все активные ребята Любят прыгать и скакать, Бегать, лазать, танцевать. Но пока не все умеют Расслабляться, отдыхать, И в спокойствие лежать. Есть у нас игра такая – Очень легкая, простая. Замедляет все движенья, Прогоняет напряженья. И сразу станет ребятам понятно, Что телу расслабление очень приятно!</i></p>
--	---

Игры и упражнения с мячом

«Мяч в корзинку»

Игра способствует развитию координации движений, ловкости и глазомера.

Ход игры:

На игровом поле устанавливаются корзины для забрасывания мячей, а на некотором расстоянии от нее проводится черта, обозначающая место, с которого дети будут осуществлять броски. Игроки делятся на команды. У каждого игрока — по мячу. Задача команд — забросить как можно больше мячей в корзину.

«Набивание мяча о стену и пол» (с обязательным чередованием)

Упражнение способствует развитию переключаемости движений, ловкости, быстрой смены реакции.

1. Ребенок «набивает» мяч о стену.
2. Ребенок «набивает» мяч о пол.
3. Чередование с постепенным усложнением (1 раз набивание о стену, 1 раз о пол; 1 раз набивание о стену, 2 раза о пол и т.д.)
4. «Набивание» чередуя левую и правую руки.
5. «Набивание» одной рукой.

«Подбрасывание мяча вверх»

Упражнение способствует развитию координации движений, сноровки, удержанию статической позы.

И.п. – стоя, ноги на ширине плеч.

Ребенок подбрасывает мяч, при этом держа ровную спину и не запрокидывая голову назад. Не допускается хождение по залу!

Мяч должен быть легким, диаметр 20 см.

«Отбивание мяча о пол»

Упражнение способствует развитию координации движений, сноровки, удержанию статической позы.

Мяч должен быть легким, диаметр 20 см. Расстояние ребенка от стены – 1 метр.

«Зарядка с мячом»

Упражнение способствует развитию переключаемости движений, координации, сноровки, ориентации в пространстве.

Детям предлагается выполнять физические упражнения с мячом (приседание, наклоны влево-вправо, вперед-назад). Мы предлагаем речевку:

Вот ребята, посмотрите, мячик у меня в руках (педагог показывает детям мяч).

Мы сегодня на зарядке будем вместе с ним играть. Вы в руках его держите, никуда не отпустите.

Присядайте вместе с ним (приседания с мячом),

Выполняйте с ним наклоны, влево, вправо, влево, вправо (выполнения наклонов).

Наклоняемся вперед и никто не устает! (выполнение наклонов вперед)

Наклоняемся назад, видит мячик всех ребят! (выполнение наклонов назад)

И веселая зарядка нам становится приятной.

Мяч должен быть легким, диаметр 20

И.п. – стоя, ноги на ширине плеч.

Ребенок отбивает мяч о пол, при этом держа ровную спину и не наклоняя голову вперед. Не допускается хождение по залу!

Мяч должен быть легким, диаметр 20 см.

«Маленькие зайчики»

Упражнение способствует тренировки удержания равновесия, позволит научить ребенка чувствовать свое тело в игровой и веселой форме.

Детям предлагается прыгать на гимнастическом мяче (фитбулл).

Садимся мы на мячики

И прыгаем как зайчики!

Раз, два, три, четыре, пять -

Не устанем мы скакать!

<p>см.</p> <p>«Прогулка с мячом»</p> <p>Упражнение направлено на развитие динамической координации.</p> <p>Детям предлагается выполнить чередование шага и действия с мячом (подбрасывание вверх, отбивание о пол).</p> <p><i>На прогулку мы идем Мяч всегда с собой берем. Шаг и мяч об пол стучит. Шаг – мяч к солнышку летит.</i></p> <p>Мяч должен быть легким, диаметр 20 см.</p>	
<p style="text-align: center;">Упражнения для нормализации ритма речи</p> <p><i>Ритм речи, особенно ритм стихов, поговорок, пословиц, способствует развитию координации, общей произвольной моторики. Движения становятся плавными, выразительными, ритмичными. С помощью стихотворной ритмической речи вырабатывается правильный темп речи, ритм дыхания, развивается речевой слух, речевая память. Стихотворная форма всегда привлекает детей своей живостью, эмоциональностью, без специальных установок настраивая детей на игру.</i></p>	
<p>«Машина»</p> <p><i>Би-би-би</i></p> <p>(Дети ритмично постукивают кулачком одной руки о ладонь другой.)</p> <p><i>Гудит машина</i></p>	<p>«Расскажи стихи руками»</p> <p>Данная игра повышает эмоциональный тонус, способствует развитию произвольного внимания, крупной, а также мелкой моторики,</p>

<p><i>Тук-тук-тук</i> (Ритмично хлопают руками.) <i>Мотор стучит</i> <i>Едем, едем, едем, едем,</i> (Ритмично потопывают ногами.) <i>Он так громко говорит.</i> <i>Шины трутся о дорогу.</i> <i>Шу-шу-шу</i> (Потирают ладони.) <i>Они шуршат.</i> <i>Быстро крутятся колеса</i> (Делают ритмичную «вертушку руками.) <i>Та-та-та</i> — <i>Вперед спешат.</i></p>	<p>координации движений, воображения, образности мышления.</p> <p><i>«Мы – шоферы»</i> <i>Едем, едем на машине,</i> <i>Нажимаем на педаль.</i> <i>Газ включаем, выключаем,</i> <i>Смотрим пристально мы вдаль.</i> <i>Дворники счищают капли.</i> <i>Вправо, влево. Чистота!</i> <i>Волосы ерошит ветер.</i> <i>Мы шоферы – хоть куда!</i></p>
---	--

Стрейчинговые упражнения

Упражнения помогают успешному формированию речи. Они способствуют также развитию чувства ритма, гармоничности движений, положительно влияют на психологическое состояние детей.

Комплекс «Сулейман» (музыкальное сопровождение «У волшебника Сулеймана»), дети сидят на полу по-турецки.

1. «Кувшинчик»

И.п.: Ладони сложены вместе перед лицом пальцами вверх.

1-2 – поочередно развести руки ладонями вверх, начиная с правой,

3-4 – исходное положение,

5-6 – повторить разведение рук, но ладонями вниз (5-6 раз)

2. «Листочки»

И.п.: Руки вверху.

1-8 – одновременные круговые вращения руками и кистями вправо (полный круг),

9-16 – повторить то же влево (3-4 раза)

Мышцы рук напряжены, а кисти расслаблены. Следить за правильной осанкой.

Образ: ветерок колыхает листочки (руки).

3. «Шарфик»

И.п.: руки вытянуты вперед.

1-4 – медленно поднимать (попеременно или одновременно) руки вверх с волнообразными движениями кистями,

5-6 – то же с перемещением рук вниз (30-40 с.)

Кисти рук максимально расслаблены.

4. «Цветочки – лепесточки»

И.п.: Руки согнуты в локтях перед лицом, правая ладонь открыта вперед, левая сжата в кулак.

1-2 поочередно и медленно сжимать кисти в кулак и разжимать,

1-2-3-4 – то же упражнение выполняется быстрее (30 с.)

5. «Китайский веер»

И.п.: руки согнуты на уровне лица, ладони обращены вперед, пальцы сжаты в кулаки.

1-4 – поочередные круговые веерообразные движения пальцами, начиная от мизинца,

5-8 – повторить в обратном направлении (5-6 раз)

Выполнять с половинной амплитудой движения пальцами. Образ: раскрываем китайский веер (пальцы), закрываем.

6. «Змея»

И.п.: Ладони обеих рук сложены вперед.

1-4 – змеевидные движения двумя руками вперед,

5-8 – вверх,

9-12 – вправо,

13-16 – влево (2 цикла)

Кисти не разъединять, держать симметрично.

«Караси и щука»

«Сделай фигуру»

Упражнение способствует развитию умения чередовать движение с «замиранием» (быстрота реакций), развивает координацию движений.

Ход игры:

Из числа игроков выбирается водящий, который будет играть роль щуки. Остальные игроки делятся на 2 группы. Одна группа будет играть роль камешков, другая — роль карасей. Ребята-камешки образуют круг. Внутри круга плавают «караси». «Щука» находится за пределами круга. Как только ведущий скажет «Щука!» — водящий вбегает в круг и старается поймать «карасей». «Караси», в свою очередь, стараются спрятаться за «камешки». Те «караси», которым не удалось спрятаться и которых поймала «щука», уходят из круга. Игра проводится несколько раз, затем игроки меняются ролями, и выбирается новый водящий.

«Два мороза»

Упражнение способствует развитию ловкости, быстрой смене реакций.

Упражнение вырабатывает умение удержать заданную позу на некоторое время.

Ход игры:

по сигналу воспитателя все дети разбегаются по залу (площадке). На следующий сигнал (удар в бубен) все играющие останавливаются на месте, где их застала команда, и принимают какую-либо позу. Воспитатель отмечает тех, чьи фигуры ему понравились (оказались наиболее удачными). Игра повторяется 2—3 раза (можно назначить, выбрать водящего, который будет определять, чья фигура лучше).

«Море волнуется»

Упражнение вырабатывает умение удержать заданную позу на некоторое время.

Ход игры:

После слов: «Море волнуется раз, море волнуется два, море волнуется три, морская фигура на месте замри!» дети замирают в задуманном образе, и не двигаются, пока водящий не

<p>Цель перебежать в другой «город» не заморозившись. Команда, у которой, больше участников во втором «городе», та и победила.</p>	<p>выберет самую «стойкую» фигуру. (Тематику фигур можно менять: «...лесная фигура на месте замри», или сузить образ до одной фигуры: «...морская звезда на месте замри» и тд.)</p>
--	---

2. Развитие произвольной моторики пальцев рук:

Цель работы: развитие мелкой моторики рук, а именно умения переключать движения пальцев рук и удерживать статические позы рук. Так же развитие мелкой моторики оказывает благоприятное влияние на развитие речи, развитие зрительно-пространственной координации, активизация познавательной и речемыслительной деятельности.

В научно-методической литературе последних лет описаны приемы работы по развитию мелкой моторики у детей с дизартрией (Л.В.Лопатина, Н.В.Серебрякова) [42]. Профессиональная пальчиковая гимнастика очень полезна, разнотипна, но скучна для детей. Особый интерес у детей вызывает пальчиковый игротренинг, где педагоги используют мозаику, пластилин, семена, мелкие орешки, камешки, шестигранный карандаш, круглые аптечные резиночки, веревочки, спички, пуговицы, кусочки бумаги, веточки, счетные палочки, толстые нитки [1].

Практика показывает, что в настоящее время в основном используются традиционные приемы для развития тонких движений пальцев рук (упражнения на их сгибание и разгибание, сжимание кулачков и лишь изредка на растяжение и почти никогда на расслабление, способствующие дополнительному повышению тонуса пальцев рук). Недостаточно используются игры с разнотипными движениями, которые в отличие от игр с симметричными

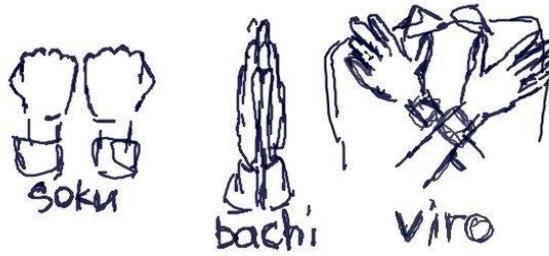
движениями развивают резервные возможности головного мозга. Мы предлагаем использовать следующие упражнения:

I группа	II группа
<p>«Кулачки»</p> <p>Упражнение направлено на расслабление мышц рук.</p> <p>Для расслабления мышц рук детям предлагается с силой сжать кулачки и подержать их в таком состоянии, затем разжать их и дать почувствовать это состояние.</p> <p><i>Руки на столе, Кулачки сжаты, Крепко с напряжением Пальчики прижаты. Пальчики сильнее Сжимаем Отпускаем, разжимаем. Знайте девочки и мальчики: Отдыхают ваши пальчики.</i></p>	<p>Самомассаж рук</p> <p><i>Является одним из видов пассивной гимнастики.</i></p> <p>Оказывает общеукрепляющее действие на мышечную систему, повышает тонус, эластичность, сократительную способность мышц и улучшает проприорецептивные ощущения.</p> <p>1. Самомассаж тыльной стороны кистей рук.</p> <p>Кисть и предплечье левой руки расположить на столе. Ребрами ладони правой руки имитировать «пиление» по всем направлениям тыльной стороны левой ладони. То же – для другой руки.</p> <p>2. Самомассаж ладоней.</p> <p>Фалангами сжатых в кулак пальцев производить движения по принципу «буравчика» на ладони массируемой руки, затем поменять руки.</p> <p>3. Самомассаж пальцев рук.</p> <p>«Теплые ручки» растирать и разминать</p>

	пальцы рук от кончиков пальцев и обратно.
Су-Джок терапия	
<p><i>Осуществляет функциональную базу для более быстрого перехода на высокий уровень двигательной активности мышц ладоней. Активизирует работу кинестетических импульсов идущих к коре головного мозга от пальцев рук.</i></p>	
<p>Массажное кольцо</p>	
<p>Дети поочередно надевают на каждый палец эластичное массажное кольцо и прокатывают по нему, при этом проговаривая потешку или стихотворение пальчиковой гимнастики.</p>	
<p>Массаж Су-Джок шарами</p>	
<p>Дети повторяют слова и выполняют действия с шариком в соответствии с текстом.</p>	
<p><i>Я мячом круги катаю, Взад - вперед его гоняю. Им поглажу я ладошку. Будто я сметаю крошку, И сожму его немножко, Как сжимает лапу кошка, Каждым пальцем мяч прижму, И другой рукой начну.</i></p>	
Кинезиологические упражнения	
<p>«Кулак-ребро-ладонь»</p> <p>Упражнение направлено на развитие умения переключать движения. Развитие межполушарного взаимодействия</p> <p>Три положения руки на плоскости последовательно сменяют друг</p>	<p>«Лезгинка»</p> <p>Упражнение направлено на развитие межполушарного взаимодействия, произвольности движений и самоконтроля.</p> <p>Левую руку сжать в кулак, большой палец в сторону, кулак развернут</p>

<p>друга. Выполняется сначала правой рукой, затем левой рукой. Затем двумя руками одновременно.</p>	<p>пальцами к себе. Правой рукой прямой ладонью в горизонтальном положении прикоснуться к мизинцу левой. После этого одновременно необходимо сменить положение обеих рук. Повтор 6-8 раз.</p>
<p><i>Лягушка (кулак) хочет (ребро) в пруд (ладошка), Лягушке (кулак) скучно (ребро) тут (ладонь).</i> «Ухо – нос - хлопок»</p>	<p><i>Кисть мы в кулачок сжимаем, А другую разжимаем. А потом их поменяем И лезгинку начинаем.</i></p>
<p>Упражнение направлено на развитие переключаемости движений.</p>	<p>«Добываем огонь»</p>
<p>Левой рукой взяться за кончик носа, а правой рукой за противоположное ухо. Одновременно отпустить ухо и нос, хлопнуть в ладоши, поменять положение рук с «точностью наоборот».</p>	<p>Упражнение направлено на развитие межполушарного взаимодействия, произвольности движений и самоконтроля.</p>
<p>«Ожерелье»</p>	<p>С напряжением прокатывать палочку между соединенными ладонями.</p>
<p>Упражнение направлено на развитие переключаемости движений и межполушарного взаимодействия. Так же данный вид упражнения способствует нарастанию темпа выполнения движений.</p>	<p>«Солнышко»</p>
<p>Поочередно и как можно быстрее перебирать пальцы рук, соединяя в кольцо с большим пальцем</p>	<p>Упражнение направлено на развитие умения удерживать статическую позу. Распрямить ладонь, развести все пальцы в стороны и удержать в этом положении под счет (1-15) или потешку. <i>Мы ладошки распрямляем, Пальчики мы расширяем. Расширяем шире, шире, Что на солнце ходили.</i></p>
	<p>«Рожки» Упражнение направлено на развитие</p>

<p>последовательно указательный, средний и т. д. Упражнение выполняется в прямом порядке - от указательного пальца к мизинцу и в обратном - от мизинца к указательному пальцу. Вначале движения выполняются поочередно каждой рукой, затем - двумя одновременно.</p> <p><i>Ожерелье мы составим, Маме мы его подарим.</i></p> <p>«Уголек на ладони»</p> <p>Упражнение направленно на выработку умения выполнять одновременные движения.</p> <p>Подбрасывать шар на ладони попеременно левой и правой рукой. Затем подбрасывать два шара двумя руками одновременно.</p>	<p>умения удерживать статическую позу. Распрямить ладонь, сжать в кулак. Выпрямить мизинец и указательный палец (получились рожки). Делать сначала одной рукой, затем дугой, а потом вместе.</p> <p><i>Наш бычок игрив и прыток. Во дворе толкнул корыто, Рожками открыл ворота, Выбежал на улицу... Может, видел его кто-то? - Вся семья волнуется!</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Р. Бикметова</i></p>
<p>«Соко-бачи-ви́ро»</p> <p>Упражнение направленно на развитие быстроты и переключаемости движений, межполушарного взаимодействия, памяти, внимания. Выполняются действия с их оречевлением. Движения следует выполнять под музыку, сначала медленно, за тем ускоряясь. Задача детей – не перепутать движение со словом и успевать за музыкой:</p>	



*Соко-соко, бачи-бачи,
Соко-соко, вира-вира.
Соко-бачи, соко-вира,
Соко-бачи, вира.*

3. Развитие артикуляционной моторики:

Цель работы: выработка полноценных движений и определенных положений органов артикуляционного аппарата, необходимых для правильного произношения звуков.

Развитие артикуляционной моторики мы предлагаем проводить, используя метод биоэнергопластики [10]. Термин биоэнергопластика состоит из двух слов: биоэнергия и пластика. Биоэнергия – это та энергия, которая находится внутри человек. Пластика – плавные, раскрепощённые движения тела, рук. Биоэнергопластика – это соединение движений артикуляционного аппарата и движений кистей рук.

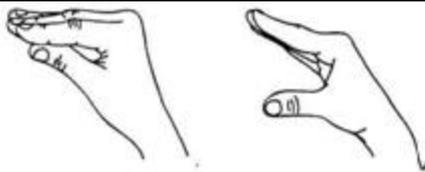
Систематическая работа с применением биоэнергопластики способствует привлечению интереса детей к логопедическим занятиям. Позволяет достичь положительных результатов в развитии артикуляционной и пальчиковой моторики. Облегчает постановку, введение звуков в речь. Способствует более быстрому преодолению речевых нарушений. В коррекционной работе существенную роль играет воспитание у детей кинестетических ощущений органов артикуляции, позволяющих почувствовать контрастность положения языка, челюстей, губ, направленность выдоха. Их чёткость обусловлена осязательными ощущениями, что особенно важно на начальных этапах

постановки звуков, когда ещё не сформирована слуховая дифференциация. Для достижения лучших результатов в работе над звукопроизношением можно использовать инновационный метод – биоэнергопластика.

При применении этого метода знакомство с артикуляционным упражнением проходит по стандартной методике. Первоначально упражнение отрабатывается перед зеркалом. Рука в упражнение не вовлекается. Педагог, демонстрирующий упражнение, сопровождает показ одной рукой. Затем, после того, как ребенок научился выполнять артикуляционное упражнение правильно, к упражнению присоединяется ведущая рука. Движения кисти руки должны стать раскрепощенными, плавными. Постепенно подключается вторая рука.

Таким образом, ребёнок выполняет артикуляционное упражнение или удерживает позу с одновременными движениями обеих рук, которые имитируют движения артикуляционного аппарата. С целью повышения заинтересованности ребёнка в таких упражнениях применяются игровой персонаж (например, «Волшебные перчатки», «Микки»), счёт, музыка, стихи.

I группа	II группа
<p>«Бегемотик»</p> <p>Упражнение способствует развитию умения содружественно выполнять движения руки с артикуляционным аппаратом. Позволяет понять ребенку артикуляционный уклад через ручную моторику.</p> <p>Упражнение выполняется под счет или под стихотворные строки:</p> <p><i>Широко открыли ротик – Получился «бегемотик». А затем закрыли рот – Отдыхает бегемот.</i></p>	<p>«Открытый рот»</p> <p>Упражнение способствует развитию умения удерживать открытый рот в течение нескольких секунд.</p> <p>И.п. сидя на стуле перед зеркалом, голова держится прямо, рот закрыт, губы сомкнуты.</p> <p>На счет «один» открыть рот на расстоянии ширины 2-3 пальцев, при этом язык должен свободно лежать во рту, кончик находится у нижних зубов. Удерживать рот в таком</p>



И.п. - кисть руки находится горизонтально до уровня солнечного сплетения, 4 пальца сомкнуты с большим пальцем и согнуты в нижних фалангах, ладонь направлена вниз.

На счёт «один» большой палец опускается вниз, 4 сомкнутых пальца поднимаются вверх. Удерживаем кисть под счет от 1 до 10. Затем вернуть в исходное положение и удерживать в таком положении под счет от 1 до 5. Повторить 4-5 раз.

«Слоник крутит носиком»

Упражнение направлено на развитие кинетических движений губ.

Позволяет понять ребенку артикуляционный уклад через ручную моторику.

И.п. – губы вытягиваются вперед «трубочкой», пальцы собираются в щепоть.

Стараясь не разжимать губы и пальцы, делать синхронные

положении под счет от 1 до 10. Затем закрыть рот, держать рот в таком положении под счет от 1 до 5. Повторить 4-5 раз.

«Хомяк»

Упражнение способствует развитию щечных мышц. Удержание щек в статической позе.

Упражнение выполняется под счет или под стихотворные строки:

Я надую щечки так,

Словно толстый я хомяк!

Повторить 4-5 раз.

«Лопатка - иголочка»

Упражнение развивает умение удерживать статические позы языка. Позволяет понять ребенку артикуляционный уклад через ручную моторику.

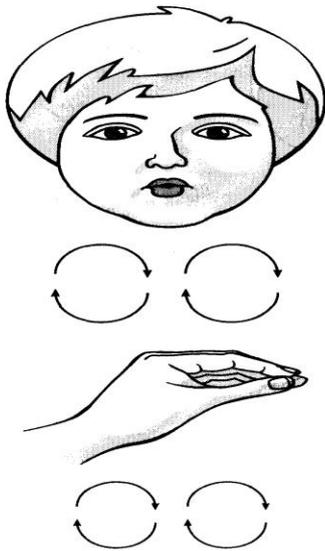
И.п. – рот приоткрыт, губы в улыбке, зубы видны, язык у нижних резцов.

Кисти рук ладонями вниз параллельно столу (полу).

На счет «раз» широкий, ненапряженный язык кладется на нижнюю губу, как лопатка, и удерживается в спокойном

круговые движения (круговые движения двумя кистями рук одновременно).

Повторить 3-4 раза в одном направлении, затем поменять направление в противоположную сторону.



«Качели»

Упражнение способствует развитию двигательных функций языка.

Позволяет понять ребенку артикуляционный уклад через ручную моторику.

И.п. – рот открыт, язык лежит у нижних резцов. Кисти рук ладонями вниз.

На счет «раз» – язык поднимается за верхние зубы.

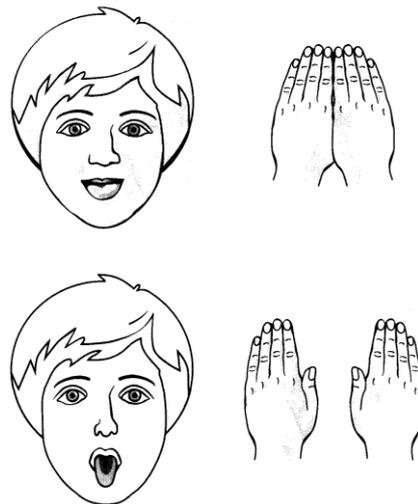
На счет «два» – язык опускается в и.п.

положении. Две ладони соприкасаются (широкая лопатка).

На счет «два» высунуть язык, напрячь его и сделать узким так, что бы почувствовать напряжение в уздечке. Ладони раздвигаются.

Данное упражнение можно разделить на два: «Лопаточка», «Иголочка», когда ребенок научится выполнять их раздельно, можно выполнять упражнение «Лопатка-иголочка».

Упражнение повторяется 4-6 раз.

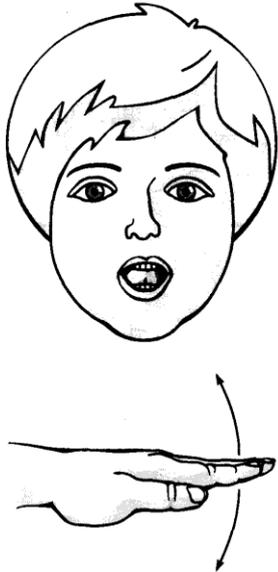


«Горочка»

Упражнение направлено на развитие умения удерживать статическую позу языка. Позволяет понять ребенку артикуляционный уклад через ручную моторику.

Синхронно выполняются движения ладонями вверх, вниз.

Упражнение повторяется 4-6 раз.



«Часики»

Упражнение способствует развитию двигательных функций языка. Позволяет понять ребенку артикуляционный уклад через ручную моторику. Выбатывает правильные, точные движения языка без синкинезий.

И.п. – рот полуоткрыт, язык лежит плоско, у нижних резцов. Кисти рук ладонями вниз параллельно столу (полу), пальцы вместе.

На счет «раз» коснуться кончиком языка левого уголка губ. Позволяет
На счет «два» - правого уголка губ.
Движение кистей рук синхронно с

И.п. – улыбнуться, открыть рот, кончиком языка упереться в нижние зубы. Затем, не отрывая кончика, приподнять среднюю часть языка и выгнуть ее горкой вверх.

Кисти рук ладонями вниз, направлены друг к другу, затем выгнуть их дугой так, чтобы получилась горка.

Упражнение повторяется 4-5 раз.

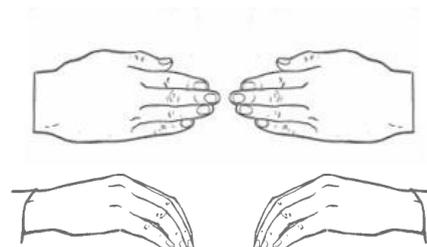
Можно использовать потешку:

Вот она какая,

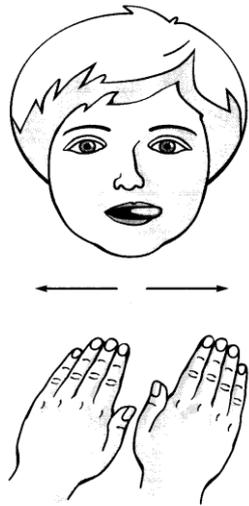
Горочка крутая!

Любим мы кататься.

С ветерком спускаться.



движением (влево – вправо).



Движения повторяются 4-6 раз без перерыва. Следить, чтобы рот не закрывался, нижняя челюсть не двигалась, а рука до кисти была не подвижна.

Преимущества биоэнергопластики в том, что она оптимизирует психологическую базу речи. Улучшает моторные возможности ребёнка по всем параметрам. Способствует коррекции звукопроизношения, фонематических процессов. Синхронизация работы над речевой и мелкой моторикой сокращает время занятий, усиливает их результативность. Позволяет быстро убрать зрительную опору – зеркало и перейти к выполнению упражнений по ощущениям.

Таким образом, следуя подобранным методическим рекомендациям и выполняя их систематически, можно добиться положительных результатов в развитии кинетического и кинестетического праксиса у дошкольников с речевыми нарушениями (дизартрия) и недоразвитием двигательных функций, отягощенное нарушением зрения (амблиопия).

Для более эффективного обучения детей с дизартрией, с сочетанными нарушениями (нарушение зрения - амблиопия), необходимо применять

специальные средства и приемы обучения. Рекомендации по применению средств и специальных приемов обучения детей с нарушенным зрением (амблиопия). Создание оптимальных эргономических условий учебно-воспитательного процесса (УВП), примечания и физическую нагрузку см. в Приложении 8.

Выводы по II главе

Таким образом на основе проведенного исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Диагностический комплекс составлен на основе проб и методик Н.И. Озерецкого, А.Р. Лурии, Н.М. Трубниковой, Т.В. Верясовой.

2. По результатам выполнения заданий все испытуемые распределены по уровням успешности следующим образом: высокий уровень - 7% детей, уровень выше среднего - 3% детей, средний уровень - 23% детей, уровень ниже среднего - 37% детей, низкий уровень - 30% детей.

3. Качественный анализ результатов исследования позволил распределить детей на две типологические группы: 1 группа – 30% детей, у которых наиболее выражены нарушения кинетического праксиса. Для них характерны трудности переключения движений. 2 группа – смешанная, в нее входят дети, у которых нарушен кинетический и кинестетический праксис. Для них одинаково характерны нарушения и динамической, и статической координации движений.

4. Сопоставив уровни сформированности общемоторных функций у детей обеих экспериментальных групп старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией, мы увидели, что количество испытуемых, а именно 100% – это дети 1 экспериментальной группы (старшие дошкольники с дизартрией и амблиопией) продемонстрировали нарушение общей моторики, как в кинетическом, так и в кинестетическом праксисе. Когда дети 2

экспериментальной группы (старшие дошкольники с дизартрией) продемонстрировали нарушение общей моторики только в статистической координации движений – 30% испытуемых. Данный результат дает нам право предположить, что нарушение зрительной функции (амблиопия) в 2,5 раза усугубляет нарушение общемоторных функций у старших дошкольников.

5. Сопоставив уровень сформированности звукопроизношения с уровнем сформированности моторных функций у детей обеих экспериментальных групп старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и дизартрией, мы увидели, что количество испытуемых, а именно 60%, оказались на уровне сформированности ниже среднего, и моторных функций, и звукопроизношения. Такой результат дает нам право предположить о том, что несформированность кинетического и кинестетического праксиса у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией влечет отставание в формировании звукопроизношения.

6. С учетом типологических групп были разработаны дифференцированные методические рекомендации. В методических рекомендациях представлены комплексы упражнений и заданий в сочетании с кинезиологическими упражнениями и упражнениями, направленными на развитие содружественного взаимодействия руки и языка. Каждый комплекс предполагает три направления работы, направленных на развитие: артикуляционной моторики, мелкой моторики, общей моторики. Все направления отрабатываются параллельно.

Заключение

В ходе исследованной работы нами был поставлен ряд задач.

Для решения первой задачи мы проанализировали научно-методическую литературу по проблеме исследования, анализ показал, что проблемы дизартрии изучались многими авторами: М.Е. Хватцев, А.Р. Лурия, К.Л. Семенова, О.В. Правдина, Е.Ф. Соболевич, Р.И. Мартынова, М.В. Ипполитова, Л.А. Данилова, Е.М. Мастюкова, Е.Ф. Архипова, Е.Н. Винарская, Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова, Л.В. Мелехова, Р.А. Белова-Давид.

Анализ научно-методической работы показал, что дизартрия представляет собой расстройство речи, характеризующееся комплексом множественных нарушений процесса моторной реализации речевой деятельности. У дошкольников с дизартрией ярко выражены нарушения как кинетического, так и кинестетического праксиса. В свою очередь данные нарушения отрицательно влияют на формирование звукопроизносительной стороны речи, следовательно, и на всю речевую систему.

В тех случаях, когда у детей с речевой патологией встречаются вторичные нарушения, например, как в нашей экспериментальной группе. Дизартрия и нарушение зрения влечет за собой ярко выраженную симптоматику нарушенного кинетического и кинестетического праксиса. Следовательно, развитие моторных функций у этих детей является важной задачей.

Для решения второй задачи нами был составлен диагностический комплекс. Комплекс был направлен на исследование состояния кинетического и кинестетического праксиса у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией. Диагностический комплекс составлен на основе проб и методик Н.И. Озерецкого, А.Р. Лурии, Н.М. Трубниковой, Т.В. Верясовой.

Данные констатирующего эксперимента наглядно показали значительные трудности, вызываемые как динамической, так и статической организацией

двигательного акта у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией.

Третьей задачей нужно было выявить особенности кинетического и кинестетического праксиса у детей с дизартрией и амблиопией. Проведенное нами исследование показало, что у испытуемых двух групп (10 случаев – 100%) выявились особенности двигательной функции.

По результатам выполнения заданий все испытуемые распределены по уровням успешности следующим образом: высокий уровень - 7% детей, уровень выше среднего - 3% детей, средний уровень - 23% детей, уровень ниже среднего - 37% детей, низкий уровень - 30% детей.

Качественный анализ результатов исследования позволил распределить детей на две типологические группы: 1 группа – 30% детей, у которых наиболее выражены нарушения кинетического праксиса. Для них характерны трудности переключения движений. 2 группа – смешанная, в нее входят дети, у которых нарушен кинетический и кинестетический праксис. Для них одинаково характерны нарушения и динамической, и статической координации движений.

Сопоставив уровни сформированности общемоторных функций у детей обеих экспериментальных групп старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией, мы увидели, что количество испытуемых, а именно 100% – это дети 1 экспериментальной группы (старшие дошкольники с дизартрией и амблиопией) продемонстрировали нарушение общей моторики, как в кинетическом, так и в кинестетическом праксисе. Когда дети 2 экспериментальной группы (старшие дошкольники с дизартрией) продемонстрировали нарушение общей моторики только в статической координации движений – 30% испытуемых. Данный результат дает нам право предположить, что нарушение зрительной функции (амблиопия) в 2,5 раза усугубляет нарушение общемоторных функций у старших дошкольников.

Сопоставив уровень сформированности звукопроизношения с уровнем сформированности моторных функций у детей обеих экспериментальных групп

старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и дизартрией, мы увидели, что количество испытуемых, а именно 60%, оказались на уровне сформированности ниже среднего, и моторных функций, и звукопроизношения. Такой результат дает нам право предположить о том, что несформированность кинетического и кинестетического праксиса у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией влечет отставание в формировании звукопроизношения.

Четвертой задачей нужно было подобрать дифференцированные методические рекомендации по коррекции двигательных функций у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и амблиопией и для детей старшего дошкольного возраста с дизартрией. С учетом типологических групп нами были разработаны дифференцированные методические рекомендации. В методических рекомендациях представлены комплексы упражнений и заданий в сочетании с кинезиологическими упражнениями и упражнениями, направленными на развитие содружественного взаимодействия руки и языка. Каждый комплекс предполагает три направления работы, направленных на развитие: артикуляционной моторики, мелкой моторики, общей моторики. Все направления отрабатываются параллельно.

Таким образом, цель и задачи решены. Гипотезу нашего исследования можно считать доказанной.

Библиографический список:

1. Аксенова, М. Д. Развитие тонких движений пальцев рук у детей с нарушением речи. / М. Д. Аксенова // Дошкольное воспитание. – 1990. – № 8. – С. 62–65.
2. Архипова, Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. Доречевой период : кн. для логопеда / Е.Ф. Архипова. – М. : Просвещение, 1989. – 76 с.
3. Балобанова, В. П. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения / В. П. Балобанова, Л. Г. Богданова. – СПб. : Детство-Пресс, 2001. – 211 с.
4. Белова-Давид, Р. А. Нарушение речи у дошкольников / Р. А. Белова-Давид. – М. : Просвещение, 1972. – 232 с.
5. Белякова, Л. И. Логопедия. Дизартрия / Л. И. Белякова, Н. Н. Волоскова. – М. : ВЛАДОС, 2009. – 287 с.
6. Бернштейн, Н. А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности / Н. А. Бернштейн. – М. : Наука, 1990. – 494 с.
7. Богатеева, З. А. Подготовка руки ребенка к письму на занятиях по рисованию / З. А. Богатеева // Дошкольное воспитание. – 1987. – № 8. – С. 32 – 43.
8. Брюховских, Л. А. Дизартрия. Учебно-методическое пособие по логопедии. Изд-е 2, перераб. и доп. / Л. А. Брюховских. Краснояр. гос. пед. Ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2015. – 180 с.
9. Брюховских, Л. А. Некоторые подходы к разработке алгоритма комплексной диагностики как основы психолого-медико-педагогического сопровождения школьников с речевой патологией в процессе инклюзии / Л. А. Брюховских // Современная наука. Актуальные проблемы науки и образования. –2014. – С. 25 – 28.
10. Бушлякова, Р. Г. Артикуляционная гимнастика с биоэнергопластикой / Р. Г. Бушлякова. – СПб. : Детство-Пресс, 2011. – 30 с.
11. Валуева, А. В. Проектная деятельность, как средство формирования коммуникативных навыков у дошкольников с нарушениями речи. / А. В.

Валуева // Коррекционная педагогика: теория и практика. – 2011. – №5. – С. 78 – 80.

12. Верясова, Т. В. Исследование моторного праксиса у дошкольников с нарушениями речи : учеб. пособие /Т. В. Верясова. – Екатеринбург, 2000. – 46 с.

13. Верясова, Т.В. Коррекционно-развивающая система формирования моторного праксиса в структуре преодоления общего недоразвития речи у детей с дизартрией: дис. ... канд. пед. наук: 12. 00. 04 / Верясова Татьяна Викторовна. – Екатеринбург., 1999. – 209 с.

14. Верясова, Т.В. Роль двигательного анализатора в развитии речевой деятельности детей : учеб. Пособие /Т.В. Верясова. – Екатеринбург, 2000. – 51 с.

15. Винарская, Е. Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии / Е. Н. Винарская. – М. : ИД Сфера, 1997. – 154 с.

16. Волков, Б. С. Задачи и управления по детской психологии / Б. С. Волков, Н. В. Волкова. – М. : Просвещение, 1991. – 266 с.

17. Волкова, Л.С. Логопедия : учебник для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. Заведений / Л. С. Волкова. – 5-е изд., перераб. и доп. – М. : ВЛАДОС, 2009. – 703 с.

18. Гонеев, А. Д. Основы коррекционной педагогики / А. Д. Гонеев, Н. И. Мифенцева. – М. : Академия, 1999. – 321 с.

19. Гончарова, С.А. Амблиопия / С. А. Гончарова, Г. В. Пантелеев, Е. И. Тырловая. – Луганск. : Янтар, 2006. – 255 с.

20. Горшкова, Е. В. Развитие двигательной сферы и проявление в ней эмоциональных состояний : дневник воспитателя : развитие детей дошкольников / Е. В. Горшкова, О. М. Дьяченко, Т. В. Лаврентьевой. Изд. 2-е. – М. : Академия, 1999. – С. 45 – 55.

21. Данилова, Л. А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом / Л. А. Данилова. – Л. : Медицина, 1997. – 117 с.

22. Денискина, В. З. Группы для дошкольников со сложными нарушениями в образовательных учреждениях для детей с нарушениями зрения / В. З. Денискина // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2013. – №2. – С. 3 – 10.
23. Деннисон, П., Деннисон, Г. Программа «Гимнастика мозга» Часть 1 и 2 / Пер. С. М. Масгутовой. – М. : 1997. – 65 с.
24. Дружинина, Л. А. Занятия по развитию ориентировки в пространстве у дошкольников с нарушениями зрения. Метод. рекомендации / Л. А. Дружинина и др. – Челябинск. : АЛИМ, 2008. – 89 с.
25. Жукова, Н.С. Логопедия. Основы теории и практики/ Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева. – М. : Эксмо, 2011. – 288 с.
26. Жукова, Н.С. Уроки логопеда : исправление нарушений речи / Н. С. Жукова. – М. : Эксмо, 2012. – 120 с.
27. Жукова, Н. С. Логопедия : преодоление общего недоразвития речи у дошкольников / Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева. – Екатеринбург. : АРДЛТД, 1998. – 321 с.
28. Зайцева, И. А. Коррекционная педагогика / И. А. Зайцева, В.С. Кукушин, Г. Г. Ларин и др. – Ростов. н/Д. : МарТ, 2002. – 250 с.
29. Игнатова, Л. В. Программа укрепления здоровья детей в коррекционных группах (здоровый малыш) / Л. В. Игнатова. – М. : ТЦ Сфера, 2008. – 144 с.
30. Ипполитова, А. Г. Логопедические приемы работы при открытой гнусавости и псевдобульбарном параличе (из опыта логопедической работы) / А. Г. Ипполитова. – М. : 1953. – С. 5 – 29.
31. Касаткин, Л. Ф. Формирование двигательных функций у слепых детей и пути преодоления недостатков физического развития в процессе школьного обучения: автореф. дис. ... д-ра. пед. наук / Касаткин Леонид Федорович. – М., 1980. – 32 с.

32. Козырева, О. А. Логопедические технологии : учеб. Пособие / О. А. Козырева. Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2014. – 216 с.
33. Кольцова, М. М. Движение и развитие моторной речи / М. М. Кольцова. – М. : Просвещение, 1973. – 96 с.
34. Коноваленко, С. В. Упражнение для развития артикуляционной моторики / С. В. Коноваленко // Коррекционная педагогика : теория и практика. – 2010. – №4 (40). – С. 86.
35. Корват, А. И. Психофизиологические механизмы движения пальцев и кисти при построении письменных знаков / А. И. Корват. – М. : Просвещение, 1971. – 17 с.
36. Косинова, Е. М. Уроки логопеда. Игры для развития речи / Е. М. Косинова. – М. : Эксмо, 2013. – 192 с. : ил.
37. Крупенчук, О. И. Пальчиковые игры / О. И. Крупенчук. – СПб. : Литера, 2005. – 55 с.
38. Крупенчук, О. И. Стихи для развития речи / О. И. Крупенчук. – СПб. : Литера, 2006. – 30 с.
39. Кулагина, И. Ю. Возрастная психология : развитие ребенка от рождения до 17 лет / И. Ю. Кулагина. – 5-е изд., перераб. и доп. – М. : УРАО, 1999. – 508 с.
40. Лазаренко, О. И. Артикуляционно-пальчиковая гимнастика : комплекс упражнений (популярная логопедия) / О. И. Лазаренко. – М. : Айрис-пресс, 2011. – 32 с.
41. Лапухина, И. С. Логопедия 550 занимательных упражнений для развития речи / И. С. Лапухина. – М. : Аквариум, 1995. – 439 с.
42. Лопатина, Л. В. Логопедическая работа в группах дошкольников со стертой формой дизартрией : учеб. пособие к спецкурсу / Л. В. Лопатина, Н. В. Серебрякова. – СПб. : 1994. – 116 с.
43. Лурия, А. Р. Основы проблемы нейролингвистики / А. Р. Лурия. – М. : МГУ, 1975. – 253 с.

44. Мартынова, Р. И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрии и функциональной дислалией // Расстройства речи и методы их устранения / под ред. С. С. Ляпидевского, С. Н. Шаховской. – М. : МГПИ, 1975. – С. 79 – 91.
45. Мастюкова, Е. М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом / Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова. – М. : Просвещение, 1985. – 135 с.
46. Мелехова, Л. В. Речь дошкольника и ее исправление / Л. В. Мелехова. – М. : Просвещение, 1967. – 96 с.
47. Новиковская, О. А. Умные пальчики. Игры для развития речи. 4 – 7 лет (домашний логопед) / О. А. Новиковская. – М. : Астрель, 2009. – 31 с.
48. Озерецкий, Н. И. Метрическая шкала для исследования моторной одаренности / Н. И. Озерецкий. – Орехово-Зуево, 1923. – 76 с.
49. Петрова, Е. В. Пространственная ориентация незрячих детей дошкольного возраста в процессе физического воспитания: дис. ... канд. пед. наук. / Екатерина Викторовна Петрова. – СПб. – 2000. – 129 с.
50. Плаксина, Л. И. Особенности развития элементарных математических представлений у детей с косоглазием и амблиопией : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Любовь Ивановна Плаксина. – М. 1992. – 23 с.
51. Плаксина, Л. И. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушением зрения : учеб. Пособие / Л. И. Плаксина. – М. : РАОИКП, 1999. – 54 с.
52. Плаксина, Л. И. Содержание медико-педагогической помощи в ДООУ для детей с нарушением зрения / Л. И. Плаксина, Л. А. Григорян. – М. : РАОИКП, 1998. – 45 с.
53. Правдина, О. В. Тяжелая дизартрия детского возраста в логопедической практике: автореф. дис. ... канд. пед. наук / Ольга Владимировна Правдина. – М. 1948. – 8 с.
54. Пятница, Т. В. Логопедия в таблицах, схемах, цифрах / Т. В. Пятница. – Ростов н/Д. : Феникс, 2012. – 173 с.

55. Руденко, В. И. Логопедия : практическое пособие / В. И. Руденко.– Ростов н/Д. : Феникс, 2012. – 287 с.
56. Рукавицина, Т. Б. Коррекционно-развивающая работа по развитию ориентировки в пространстве у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата / Т. Б. Рукавицина // Коррекционная педагогика : теория и практика. – 2011. – №5 (47). – С. 86 – 89.
57. Рунова, Н. А. Двигательная активность ребенка в детском саду : пособие для педагогов ДОУ преподавателей и студентов педвузов и колледжей / Н. А. Рунова. – М. : Мозайка – Синтез, 2000. – 256 с.
58. Селиверстов В. И. Хрестоматия по логопедии / Л. С. Волкова, В. И. Селиверстов. – М. : Владос, 1997. – 560 с.
59. Семенова, К. А. Детские церебральные параличи / К. А. Семенова. – М. : Просвещение, 1968. – 259 с.
60. Сеченов, И. М. Рефлексы головного мозга / И. М. Сеченов. – М. : Политиздат, 1974. – С. 47.
61. Соботович, Е. Ф. Недостатки звукопроизношения у детей дошкольного возраста и методы их преодоления // Педагогические пути устранения речевых нарушений у детей. – Л., 1976. – С. 59 – 97.
62. Солнцева, Л. И. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста / Л. И. Солнцева, С. М. Хорош. – М. : Просвещение, 2003. 35 с.
63. Сырвачева, Л. А. Диагностическая и коррекционно-развивающая работа с детьми 4-5 лет группы риска по отклонениям развития : учебное пособие / Л. А. Сырвачева, Л. П. Уфимева. Красноярск. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2013. – 232 с.
64. Сырвачева, Л. А. Специфика родительских отношений и их влияние на психическое развитие дошкольников с перинатальным поражением ЦНС: монография / Л. А. Сырвачева, Л. П. Уфимцева; под ред. Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2015. – 316 с.

65. Тарадаева, Е. В. Теория и практика применения иллюстративной наглядности в коррекции зрения слабовидящих дошкольников: монография / Е. В. Тарадаева. – Красноярск. : КК ИПК ППРО, 2011. – 136 с.
66. Тарасова, Т. А. Контроль физического состояния детей дошкольного возраста : методические рекомендации для руководителей и педагогов ДОУ/ Т. А. Тарасова. – М. : ТЦ Сфера, 2005. – 176 с.
67. Трубникова, Н. М. Структура и содержание речевой карты : учебно-методическое пособие / Н. М. Трубникова. – Екатеринбург. : Уральский гос. пед. ун-тет, 1998. - 51 с.
68. Узорова, О. В. Пальчиковая гимнастика / О. В. Узорова, Е. А. Нефедова. – М. : Астрель, 2009. – 127 с.
69. Филичева, Т. Б. Логопедическая работа в специальном детском саду / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева. – М. : Просвещение, 1987. –189 с.
70. Филичева, Т. Б. Основы логопедии / Т. Б. Филичевса, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М. : Просвещение, 1989. – 223 с.
71. Фомина, Л. В. Роль движений рук и моторной речи ребенка : проблемы речи и психоллингвистики / Л. В. Фомина. – М. : МГПИИЯ, 1971. – С. 36– 40.
72. Хватцев, М. Е. Вопросы школьной дефектологии / М. Е. Хватцев. – Л., 1966. – 200 с.
73. Цвынтарный, В. В. Радость правильно говорить / В. В. Цвынтарный. – М. : ЗАО Центрполиграф, 2004. – 79 с.
74. Чернова, Е. И. Пальчиковые шаги, упражнения на развитие мелкой моторики / Е. И. Чернова, Е. Ю Тимофеева. – СПб. : Корона-Век, 2007. – 50 с.
75. Шалаева, Г. П. Большая книга логопедических игр. Первый учебник вашего малыша / Г. П. Шалаева. – М. : СЛОВО, 2013. – 224 с.
76. Шевцова, Е. Е. Развитие речи ребенка от 1 года до 7 лет/ Е. Е. Шевцова, Е. В. Воробьева. – М. : Секачев, 2006. – 350 с.
77. Эйдинова, М. Б. Детские церебральные параличи и пути их преодаления / М. Б. Эйдинова, Е. М. Правдина-Винарская. – М. : Медицина, 1959. – 275 с.

78. Юдина, Я. Л. Сборник логопедических упражнений / Я. Л. Юдина, И. С. Захарова. – М. : ВАКО, 2011. – 128 с.
79. Яншукович, В. П. Неправильный прикус – виды и лечение / В. П. Яншукович [Электронный ресурс]. URL:<https://www.startsmile.ru/articles/203/332/> (дата обращения 08.05. 2017).