

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

Пензенский государственный университет
Педагогический институт им. В.Г. Белинского

Факультет педагогики,
психологии и социальных наук

Кафедра «Дошкольное и
дефектологическое образование»

Направление подготовки 44.03.03
«Специальное (дефектологическое) образование»
Профиль подготовки «Логопедия»

Заочная форма обучения

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
ФОРМИРОВАНИЕ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ И МЕЛКОЙ
МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

Студент

Ткачу 05.06.2023
(подпись, дата)

Ткаченко Ольга
Александровна

Научный руководитель

Сафонова 05.06.2023
(подпись, дата)

к.п.н. Сафонова О.В.

Нормоконтролер

Карпушкина 05.06.2023
(подпись, дата)

Е.А. Карпушкина

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 09.06.2023 № 10)

Заведующий кафедрой

Л.Н. Корчагина
(подпись)

Л.Н. Корчагина

Работа защищена с отметкой 5 (отлично) (протокол заседания ГЭК от 14.06.2023 № 30)

Секретарь ГЭК

Мали
(подпись)

Н.А. Мали
Н.А. Мали

Пенза, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
-----------------------	----------

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ И МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

1.1. Развитие артикуляционной и мелкой моторики у детей.....	6
1.2. Особенности развития артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией	12

ГЛАВА II. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

2.1. Содержание и структура обследования артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией	18
2.2. Анализ результатов исследования	24

ГЛАВА III. РАБОТА ПО ФОРМИРОВАНИЮ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ И МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

3.1. Организация и содержание работы по формированию артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией	38
3.2. Анализ результатов контрольного эксперимента.....	49

ЗАКЛЮЧЕНИЕ	54
-------------------------	-----------

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	57
--------------------------------	-----------

ВВЕДЕНИЕ

Анализ реальной ситуации, сложившейся в настоящее время в системе воспитания и обучения детей дошкольного возраста показал, что количество детей, имеющих отклонения в речевом развитии неуклонно растет. Опираясь на статистические данные научных исследований, ученые установили, что среди детей с речевыми нарушениями чрезвычайно высок процент тех, кто имеет стертую дизартрию.

Одним из самых частых расстройств речи у детей является дизартрия. В настоящее время ее значение для детской практики резко возросло в силу того, что недостаточность двигательного отдела центральной нервной системы в детском возрасте становится все более обычным явлением. У детей со стертой дизартрией наряду с речевой симптоматикой отмечается целый ряд неречевых симптомов. Ведущим дефектом являются моторные расстройства.

По мнению Л.В. Лопатиной, стертая дизартрия – это речевая патология, проявляющаяся в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы и возникающая вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга. Поэтому дети, имеющие стертую дизартрию, нуждаются в длительной, систематической индивидуальной логопедической помощи.

Очень часто дети, имеющие отклонения в речевом развитии, обращаются к логопеду преимущественно перед школой, в лучшем случае после 5 лет. В результате упускается самый значимый для речевого развития возраст, который длится до 5 лет.

В исследованиях Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой, Е.Ф. Архиповой и других авторов всегда учитывается тот факт, что у детей со стертой дизартрией выявляются патологические особенности в артикуляционном аппарате, которые необходимо устранять как можно раньше. Эти факты подтверждают **актуальность** выбранной темы. Если своевременно не

скорректировать имеющиеся нарушения, то клубок проблем только нарастает.

Объектом исследования является моторная сфера у детей со стертой дизартрией.

Предметом исследования данной работы являются логопедические технологии по формированию артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией.

Цель работы: изучить уровень сформированности артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией и средствами логопедических технологий сформировать данные процессы у детей.

Для реализации цели работы необходимо решить следующие **задачи:**

1. Рассмотреть теоретические аспекты изучения и коррекции артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией.
2. Провести констатирующий эксперимент по определению уровня развития артикуляционной и мелкой моторики детей со стертой дизартрией.
3. Провести формирующий эксперимент по развитию артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией.
4. Выявить результативность разработанной программы.

Гипотеза исследования: мы предположили, что развитие артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией будет более эффективным, если в коррекционно-педагогической работе применять:

- ✓ технологии развития подвижности органов артикуляционного аппарата в сочетании с технологией логопедического массажа;
- ✓ технологии постановки звуков с опорой на кинестетические ощущения положения губ и языка;
- ✓ технологии использования вспомогательных средств (для развития мелкой моторики пальцев рук).

В выпускной квалификационной работе мы использовали следующие **методы исследования:**

- ✓ анализ литературы по проблеме исследования;

- ✓ анкетирование;
- ✓ педагогический эксперимент;
- ✓ количественный и качественный анализ полученных результатов исследования.

Практическая значимость состоит в подборе методов логопедической работы по формированию артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией, которые могут быть использованы в работе логопедов и воспитателей, работающих с детьми со стертой дизартрией, а также родителей детей данной категории.

База исследования: МБДОУ Николаевский детский сад «Солнышко», р.п. Николаевка, Николаевского района, Ульяновской области.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы. Работа иллюстрирована таблицами, рисунками. Список литературы содержит 60 наименований работ.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ И МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

1.1. Развитие артикуляционной и мелкой моторики у детей

Развитие артикуляционного аппарата начинается с самого рождения, но находится на рефлекторном уровне. Доречевой период ребенка с нормальным развитием от 0 до 1 года состоит из 4-х этапов. И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько [35].

1 этап – безусловно-рефлекторный (до 3 месяцев). У ребенка возникает рефлекторный крик, который у здорового новорожденного громкий, чистый, с коротким вдохом и удлиненным выдохом. За счет этого круговая мышца рта напрягается и растягивается, мягкое небо поднимается и опускается.

2 этап – начало гуления (с 3 месяцев). В норме отмечается наличие интонационной выразительности в крике. При появлении гуления и смеха становятся активными задняя и средняя части спинки языка, появляются заднеязычные звуки [к], [г], [х].

3 этап – интонированное гуление (с 4 месяцев). Появление певучего гуления.

4 этап – лепет (с 6 до 12 месяцев). Появляются губные звуки [п], [б], [м].

Таким образом, к первому году жизни у ребенка появляются смычки органов артикуляции.

Артикуляционная база в онтогенезе постепенно формируется к пяти годам.

Наиболее ярко моторная недостаточность органов артикуляции и моторики рук проявляется при выполнении сложных двигательных актов, требующих четкого управления движениями, точной работы различных мышечных групп, правильной пространственно-временной организации движения.

Мелкая моторика развивается естественным образом, начиная с младенческого возраста на базе общей моторики. Сначала ребёнок учится хватать предмет, после появляются навыки перекладывания из руки в руку, так называемый «пинцетный захват» и т.д., к двум годам он уже способен рисовать, правильно держать кисточку и ложку. В дошкольном и раннем школьном возрасте моторные навыки становятся более разнообразными и сложными. Увеличивается доля действий, которые требуют согласованных действий обеих рук [6].

Ребёнок, нормально развивающийся в психомоторном отношении, проходит несколько этапов. Психомоторное развитие начинается с не специфической манипуляции с предметами и продолжается до разумной, осознанной деятельности, которая понимается как целенаправленное и планируемое восприятие и преобразование действительности с помощью действий. В сознательную деятельность включается вторая сигнальная система – речь, которая совершенствует деятельность и развитие ребёнка [24]. Недостаточность двигательных средств, несформированность психомоторики в целом, равно как и различные нарушения речи, будут негативно сказываться на активности и характере общения и двигательного поведения человека, на возможностях осуществления многих видов деятельности, требующих определенного уровня моторного и речевого развития [2].

Известно, что первые поведенческие реакции ребенка в раннем онтогенезе, как и все его последующее психофизическое развитие, в дошкольном возрасте во многом определяются своевременным поэтапным становлением как двигательной, так и речевой функциональной системы, каждая из которых характеризуется определенными закономерностями развития на каждом возрастном этапе нормального онтогенеза. Внешнее выражение активного функционирования этих двух систем как раз и предстает в виде тех или иных двигательных и речевых реакций, носящих

вначале произвольный характер, а затем обретающих все большую произвольность в силу их социальной обусловленности [17].

Развитие движений в онтогенезе определяется анатомическим и функциональным созреванием нервных волокон и налаживанием работы координационных уровней. Анатомическое созревание центрально-нервных субстратов (новейших органов моторики – пирамидной моторной системы и надстроенных над ней фронтальных систем полушарий) заканчивается к 2-2,5 годам [19]. Об этом же пишет Н.А. Бернштейн [10]: «Естественный онтогенез моторики складывается из двух резко разновременных фаз. Первой фазой является анатомическое созревание центрально-нервных субстратов, которое заканчивается к 2-2,5 годам. Вторая же фаза, переходящая иногда далеко за пределы возраста полового созревания, – это фаза функционального созревания и налаживания работы координационных уровней. В этой фазе развитие моторики не всегда идет прямо прогрессивно: в некоторые моменты и по отношению к некоторым классам движений (т.е. уровням) могут происходить временные остановки и даже регрессы, создающие сложные колебания пропорций и равновесия между координационными уровнями» [10]. Развитие движений, соответствующих каждому уровню, становится возможным в онтогенезе по мере морфофункционального созревания отделов головного мозга, обеспечивающих эти движения.

Наряду с этим, как подчеркивает Н.А.Бернштейн [10], решающими для эффективного развития мелкой моторики ребенка оказываются условия воспитания и целенаправленного обучения, способствующего развитию движений рук. Двигательные задачи, которые ставит перед ребенком взрослый, в процессе воспитания, и попытки ребенка решить их, являются необходимым условием развития соответствующих уровней построения движений. Так, различные задания на мелкую моторику способствуют развитию тонких движений кистей и пальцев рук [10].

По данным И.Б.Карелиной [26] дети рождаются с рядом готовых двигательных рефлексов, которые обеспечивают им адаптацию к новой для них среде обитания. Рефлекс «поиска груди»: если погладить ребенка по щеке около уголка рта, он повернет голову в сторону поглаживающей его руки.

В первые 3 месяца жизни ребенок выполняет активные произвольные (так называемые массивные) движения. На 6-м месяце тонус и координация активности мышц-антагонистов становятся благоприятными для осуществления произвольных движений. В 4 месяца ребенок может переворачиваться с живота на спину и обратно. Приблизительно в этом возрасте в поведении младенца начинает появляться определенная осмысленность, свидетельствующая о наступлении нового этапа в развитии психомоторики – появления произвольных движений [23].

В возрасте около 4 месяцев дети могут успешно дотягиваться до предметов, хотя эти попытки еще довольно неуклюжи. Но особенно важно то, что в возрасте 4-5 месяцев рука ребенка начинает выполнять роль манипуляторного органа. Ребенок может обхватывать одну руку другой, схватить рукой ногу, разглядывать ее или обследовать ртом. Взаимодействие со своим телом дает ребенку информацию для построения схемы тела. В этом же возрасте ребенок начинает тянуться к предметам, хватает их, машет ими, стучит, бросает их. Развивается зрительно-моторная координация, т.е. осуществление двигательных действий под контролем зрения [7].

Первые элементарные манипуляции с предметами неточны и сопровождаются синкинезиями. На 5-м месяце ребенок может брать предмет двумя руками. В возрасте от 4 до 6 месяцев развивается и произвольная регуляция движения глаз. Это обеспечивает формирование в 5-6 месяцев единой глазодвигательной системы. В возрасте 7-10 месяцев зрительно-моторная координация достигает высокого развития: ребенок уже может открывать и закрывать крышку коробки, вкладывать шарик в полый кубик, доставать один привлечший его внимание предмет с помощью другого.

Однако игры с предметами у детей до 10 месяцев имеют еще чисто манипуляторный характер: предметы перекладываются из руки в руку, их бросают, ими стучат и т.д. В возрасте 12 месяцев тонкая моторика становится еще более совершенной – ребенок может брать мелкие предметы и рассматривать их, зажимая между большим и указательным пальцами. Он может засовывать мелкие предметы в щели и розетки, пользоваться во время еды ложкой, пить из чашки [6].

В период раннего детства (до 3 лет) продолжает совершенствоваться зрительно-моторная координация. В 18 месяцев дети могут выстроить башню из двух-четырех кубиков, самостоятельно есть, начинают пытаться бегать, частично самостоятельно раздеваются. В своих действиях начинают подражать взрослым – «читают» книгу, «укладывают спать» кукол, игрушечных животных. К 2 годам большинство детей умеют забираться по ступенькам, ходить спиной вперед и ударять ногой по мячу. В возрасте 2-3 лет психомоторика детей развита уже достаточно высоко. Они выучиваются бегать, подпрыгивать на двух ногах, бить по мячу ногой, бросать мяч двумя руками, взбираться по лестнице, переливать воду из одной емкости в другую, рисовать каракули, самостоятельно раздеваться [7].

Четырехлетние дети могут рисовать карандашом простые формы и фигуры, рисуют красками, выстраивают конструкции из кубиков. Могут самостоятельно одеваться и раздеваться, если одежда достаточно проста, обслуживать себя за столом. Они научаются ловить мяч, что свидетельствует о развитии у них зрительно-моторной координации (ручной ловкости и способности к экстраполяции). В 5 лет функция равновесия значительно улучшается, и дети могут ходить по гимнастическому бревну, стоять на одной ноге. Развивается правильная координация движений рук и ног при ходьбе. В возрасте 6-7 лет улучшается тонкая моторика, поэтому дети могут застегивать и расстегивать одежду, некоторые выучиваются завязывать шнурки. В 6 лет моторика у детей развита уже настолько, что они начинают

осваивать профессиональные виды деятельности – заниматься спортом, играть на музыкальных инструментах, танцевать и т.д. [6].

Между 7 и 10 годами, в связи с окончательным анатомическим созреванием двигательных механизмов, у детей совершенствуется координация движений, и более быстро вырабатываются и закрепляются динамические стереотипы движений. К 11 годам несколько уменьшается богатство движений, но совершенствуются мелкие и точные.

Формирование речевых областей совершается под влиянием кинестетических импульсов от рук, а точнее от пальцев. Если развитие движений пальцев отстает, то задерживается и речевое развитие, хотя общая моторика при этом может быть нормальной и даже выше нормы [6].

Тесную связь пальцевой моторики с работой речевых зон подтверждает и тот факт, что переучивание левшей в дошкольном возрасте нередко является одной из причин возникновения заикания. Все эти факты должны использоваться в работе с детьми и там, где развитие речи происходит своевременно и особенно там, где имеется отставание, задержка развития моторной стороны речи [21]. На роль слова в осуществлении произвольных движений указывают многие авторы (Л.С. Выготский [21], А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн [50] и др.). Так, Л.С. Выготский [21] в этой связи отмечает, что высшие формы регуляции движений рождаются в социальном общении людей. Индивидуальное развитие произвольных движений, по его мнению, начинается с того, что ребенок научается подчинять свои движения словесно сформулированным требованиям взрослых, а затем слово становится для ребенка средством организации собственного двигательного поведения – сначала с помощью громкой речи, а потом внутренней [17].

А.Р. Лурия [39] по этому поводу пишет «...на первых этапах речевой приказ взрослого может лишь пускать в ход отдельные движения, но не может еще ни задержать их, ни направлять и корректировать длительное протекание движений. Лишь на последующих этапах речь взрослого, а затем и речь самого ребенка, сначала внешняя, а потом и внутренняя, оказывается в

состоянии формировать намерение, план двигательного акта, осуществлять коррекцию движений, сопоставление результата движения с его замыслом» Н.С. Варенцова [10]. Как указывал И.П. Павлов, вторая сигнальная система является внешним регулятором человеческого поведения. Из сказанного следует, что при наличии у ребенка нарушений речи, когда речевое общение с ним приобретает довольно затруднительный характер или становится вовсе невозможным, развитие моторных функций тоже будет страдать.

В целом проблема повышения эффективности комплексной медико-психолого-педагогической работы по развитию мелкой моторики и координации движений пальцев рук детей не теряет своей актуальности.

1.2. Особенности развития артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией

У детей со стертой дизартрией наблюдаются следующие особенности артикуляционного аппарата.

Паретичность мышц органов артикуляции проявляются в следующем: вялые губы, углы рта опущены, язык тонкий, вялый, кончик языка мало активный. При нагрузках (логопедической гимнастике) мышечная слабость увеличивается.

Спастичность мышц проявляется в следующем: лицо амимично, мышцы лица на ощупь твердые, напряженные. Губы в полуулыбке: верхняя губа прижимается к деснам. Многие дети не могут сделать трубочку из губ. Язык при спастическом симптоме чаще изменен по форме: толстый, без выраженного кончика, малоподвижный.

Гиперкинезы при стертой дизартрии проявляются в виде дрожания языка и голосовых связок. Дрожание проявляется при нагрузках. Например, при удержании широкого языка на нижней губе под счет 5-10 язык не может сохранить состояние покоя, появляется дрожание и легкое посинение

кончика языка, а в некоторых случаях по языку прокатываются волны в продольном или поперечном направлении. В этом случае ребенок не может удерживать язык вне полости рта. Гиперкинезы чаще сочетаются с повышенным тонусом мышц артикуляторного аппарата.

Апраксия проявляется в невозможности выполнения определенных движений артикуляционного аппарата или переключении от одного движения к другому. У некоторых детей отмечается кинестетическая апраксия, когда ребенок производит хаотичные движения, «нащупывая» нужную артикуляционную позу.

Девиация, т.е. отклонения языка от средней линии, проявляется при логопедической гимнастике (при удержании позы, переключении с одного упражнения на другое)

Гиперсаливация (повышенное слюноотделение) определяется лишь во время речи. Дети не справляются саливацией, не сглатывают слюну.

Дети со стертой дизартрией по заданию выполняют все движения из логопедической гимнастики, но качество этих движений страдает: смазанность, нечеткость движений, слабость напряжения мышц, аритмичность, снижение амплитуды движений, быстрая утомляемость мышц и др. Это и приводит во время речи к искажению звуков, смешению их и ухудшению в целом просодической стороны речи.

Работы многих ученых выявляют, что развитие речевого центра в левом полушарии обусловлено ведущей ролью руки в трудовой деятельности.

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 [15].

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» [31]. И.П. 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.

В невропатологии и дефектологии уже давно имелись наблюдения, говорившие о тесной связи функции руки и речи. При травме или кровоизлиянии в речевой моторной области 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.

Японский врач Камикоси Токудзиро создал оздоравливающую методику воздействия на руки. 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.

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 [31] доказали, что каждый палец руки имеет довольно обширное представительство в коре больших полушарий мозга. 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.

Ребенок усваивает речь в определенной последовательности по мере созревания нервно-мышечного аппарата. Он рождается с готовыми к

функционированию органами артикуляции, но проходит достаточно длительный период, прежде чем он сможет освоить фонетику родного языка.

Для развития звуковой стороны речи имеет огромное значение развитие подвижных мышц артикуляционной моторики: губ, языка, нижней челюсти, мягкого неба.

Проблемой развития артикуляционной моторики с целью развития речи, профилактики нарушений звукопроизношения занимались: М.Ф. Фомичева, Н.Л. Крылова, Т.А. Ткаченко, Е.Ф. Рау, О.В. Правдина, Р.Е. Левина, Г.А. Каше и другие.

Движения детей со стертой дизартрией отличается неловкостью, плохой координированностью, замедленностью или, напротив, импульсивностью. Это служит одной из причин, затрудняющих овладение простейшими, жизненно необходимыми умениями и навыками самообслуживания. Ребенок, вышедший из младенчества, долго не умеет пользоваться чашкой и ложкой. Он разливает их содержимое, не успев донести до рта, и пачкая стол и свою одежду.

В дошкольном возрасте многие дети, с которыми специально не проводилась длительная, целенаправленная работа, не могут самостоятельно одеться и раздеться, правильно сложить свои вещи. Особую сложность представляет для них застегивание и расстегивание пуговиц, а также зашнуровывание ботинок. Эти умения обычно специально отрабатываются в учебных учреждениях с использованием тренажеров (спецпособий).

Неловкость движений дошкольников обнаруживается в ходьбе, беге, прыжках, во всех видах практической деятельности. Они ходят неуклюже, шаркая ногами. С трудом овладевают такой детской забавой, как прыгалки. Нередко предметы непроизвольно выпадают из их рук. Поливая комнатные растения, они, расплескивают воду или льют ее в слишком больших количествах.

Слабое развитие моторики сказывается на других видах деятельности у детей со стертой дизартрией. Так, их рисунки выполнены нетвердыми, кривыми линиями, отдаленно передающими контур предмета.

Итак, у детей со стертой дизартрией страдает качество движений: смазанность, нечеткость движений, они неловки, замедленны или наоборот импульсивны, быстро утомляются. У таких детей наблюдаются нарушения тонуса, гиперкинезы, апраксии, девиация, гиперсаливация. Слабое развитие моторики сказывается на различных видах деятельности. Все это приводит во время речи к искажению звуков, смешению их и ухудшению в целом просодической стороны речи.

Взаимосвязь общей и речевой моторики изучена и подтверждена исследованиями многих крупнейших учёных, таких как И.П. Павлов, Л.А. Леонтьев, А.Р. Лурия [39].

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.

ГЛАВА II. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

2.1. Содержание и структура обследования артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией

При обследовании соблюдаются принципы комплексности обследования, учета возрастных, индивидуальных и личностных особенностей, особенностей состояния двигательной сферы обследуемого, речевого нарушения и др. В обследовании используются наглядные, словесные и практические методы. С их помощью исследуются различные области сенсорной, двигательной систем, некоторые психические процессы.

Моторное (наряду с логопедическим) обследование позволяет уточнить, углубить картину психомоторного состояния детей с нарушениями речи.

При обследовании детей с дизартрией особое внимание обращается на состояние артикуляционной моторики:

- ✓ в покое;
- ✓ при мимических движениях;
- ✓ при артикуляционных движениях.

Состояние артикуляционной моторики соотносится с общими моторными возможностями ребенка, отмечаются даже незначительные двигательные расстройства. При этом отмечают:

- ✓ основные характеристики движения (объем, темп, плавность переключения, истощаемость и т.д.);
- ✓ точность и соразмерность движений;
- ✓ состояние мышечного тонуса в речевой мускулатуре;
- ✓ наличие насильственных движений;
- ✓ наличие оральных синкинезий.

Начинаются задания с простейших инструкций, затем предлагаются задания, предусматривающие более сложный выбор.

Для обследования детей нами была использована «Методика исследования моторных функций» Г.А. Волковой [18], а именно субтесты, рекомендованные автором для обследования моторики детей старшего дошкольного возраста.

Весь лексический материал подобран автором еще и с учетом онтогенетического принципа формирования звуков, а именно, в речевом материале (слоги, слова, предложения, стихотворные тексты) имеются звуки раннего и «данного онтогенеза» и отсутствуют звуки, формирующиеся позже.

Из имеющихся тестов для своего эксперимента детей со стертой дизартрией мы выбрали четыре блока.

База исследования: МБДОУ Николаевский детский сад «Солнышко», р.п. Николаевка, Николаевского района, Ульяновской области. Дети логопедической группы со стертой дизартрией 5 лет составили экспериментальную группу (20 человек).

Блок № 1. Исследование особенностей общей произвольной моторики

Цель: Обследование состояния отдельных компонентов общей произвольной моторики: статической и динамической координации, одновременность, отчетливость движений.

Задания:

Исследование статической координации движений

Стоять с закрытыми глазами на правой, а затем на левой ноге. Руки вперед. Время выполнения 5 секунд.

Отметить: свободно удерживает позы или с напряжением; сильно раскачивается из стороны в сторону, балансирует туловищем, руками, головой, сходит с места или делает рывок в стороны; касается пола другой ногой; иногда падает; открывает глаза и отказывается выполнять пробу.

Исследование динамической координации движений

Выполнить подряд три плавных приседания. Пола пятками не касаться, выполнять только на носках.

Отметить: выполняет правильно; с напряжением, раскачиваясь, балансируя туловищем и руками; крайне напрягается, становится на всю ступню.

Исследование координации движений

Выполнить движения: ноги в стороны на ширине плеч, руки вверх; левую ногу выставить вперед на носок, руки на пояс.

Отметить: координация сохранна; нарушена.

Исследование переключения движений

Пройти по кругу шагом, поскоками, бегом и вновь шагом (характер движения менять по сигналу).

Отметить: переключение движений сохранно; нарушено.

Исследование наличия или отсутствия движения

Поднять руки вверх, в стороны, поставить на пояс.

Согнуть руку в локте, сжать пальцы в кулак, раскрыть ладонь.

Повернуться туловищем влево, вправо, не отрывая ног от пола.

Отметить: по всем параметрам раздела – наличие (отсутствие) движения; выполнение с первого, второго, третьего раза; невыполнение задания.

Исследование пространственной организации движений (по подражанию).

Повернуться на месте вокруг себя и поскоками пробежать по кабинету (залу), начиная движение справа и слева.

Исследование пространственной организации движений (по словесной инструкции)

По словесной инструкции проделать эти же движения.

Отметить: ошибки в пространственной организации движений – незнание сторон тела; ведущей руки; неуверенность выполнения.

Оценка.

Полноценное, четкое выполнение – 1 балл.

Частичное, недостаточно четкое – 0,5 балла.

Невыполненное или минимально – 0,25 балла.

Блок №2. Исследование возможности произвольного формирования определенных мимических поз

Цель: выявление возможности, качества и объема мимических поз.

Задания:

Удивление – брови подняты вверх, глаза широко открыты, рот приоткрыт, губы слегка вытянуты вперед;

Печаль – брови слегка сводятся к переносице, углы бровей слегка опускаются, губы сжаты;

Радость – губы растянуты в улыбку, глаза слегка прищурены;

Сомнение — брови подняты вверх, губы сжаты, нижняя губа поджата, углы рта опущены;

Подозрительность – губы сжаты, один или оба глаза прищурены.

Отметить, указанное выше правильное выполнение мимических поз; мимическая картина нечеткая; движение не удается. Характеристика мимики: живая, вялая, напряженная, спокойная, отсутствие мимики – амимия, гримасы.

Оценка.

Полноценное, четкое выполнение – 1 балл.

Частичное, недостаточно четкое – 0,5 балла.

Невыполненное или минимально – 0,25 балла.

Блок №3. Методика исследования орального праксиса

Цель: выявление силы, точности, объема, переключаемости движений губ, языка, щек.

Исследование объема и качества движения губ

Вытянуть губы вперед («трубочкой»), удержать позу;

Растянуть губы в «улыбке» (зубов не видно), удержать позу.

Отметить: выполнение правильное; диапазон движений невелик; наличие содружественных движений, чрезмерное напряжение мышц, истощаемость движений.

Исследование объема и качества движений языка

Показать узкий язык вперед «жалом», удержать на три счета.

Показать широкий язык «лопаточкой», удержать на три счета.

Переводить кончик языка поочередно из правого угла рта в левый угол рта.

Показать язык, поднять его к верхней губе («достать кончик носа»).

Показать язык, положить его на нижнюю губу и опустить вниз к подбородку.

Открыть рот, пощелкать (поцокать) языком: присосать широкий язык к твердому небу так, чтобы кончик языка был у верхних альвеол, подъязычная связка натянута, затем свободно опустить язык с характерным щелчком.

Отметить: выполнение правильное; движения языка недостаточного диапазона; в мышцах появляются содружественные движения; язык движется неуклюже, неточно, всей массой, медленно; движение не удается.

Исследование объема и качества движений мышц щек

Надуть обе щеки одновременно, удержать позу в течение 3 секунд.

Отметить: выполнение правильное; сильно напрягается противоположная выпяченная щека; изолированное надувание одной щеки не удается.

Оценка.

Четкое выполнение – 1балл.

Незначительные изменения объема, силы, точности движений – 0,5 балла.

Отсутствие удержания поз; выраженные изменения, силы, точности объема; трудности переключения речевых движений; девиация языка – 0,25 балла.

Оценивается сила речевых движений (слабые, сильные), точность (точные, неточные), объем (полный, неполный) и переключаемость. Отмечаются наличие синкинезий, девиация языка, быстрота формирования уклада, длительность удержания позы.

Блок № 4. Исследование произвольной моторики пальцев рук

Цель: Определение качества и степени дифференцированности движений тонкой моторики пальцев рук.

Пальцы сжать в кулак – разжать.

Попеременно соединять все пальцы руки с большим, сначала правой руки, затем левой, затем обеих рук одновременно («Здравствуй, пальчик»).

Держа ладони на поверхности стола, разъединить пальцы, соединить вместе (5-6 раз).

Сложить пальцы в кольцо – раскрыть ладонь (5-6 раз).

На обеих руках одновременно показать второй и третий пальцы (5-6 раз).

На обеих руках одновременно показать второй и пятый пальцы (5-6 раз).

Отметить: плавное, точное и одновременное выполнение проб; напряженность, скованность движений; нарушение темпа выполнения движений (не под счет логопеда); невыполнение; наличие леворукости.

Оценка.

Полноценное, четкое выполнение – 1 балл.

Частичное, недостаточно четкое – 0,5 балла.

Невыполненное или минимально – 0,25 балла.

Итоговая оценка результатов эксперимента:

Результаты выполнения всех заданий методик суммируются, определяется степень выполнения.

Высокий – 80-100% / 20-25 баллов.

Средний – 60-79% / 15-19 баллов.

Низкий – ниже 60%/ менее 15 баллов.

2.2. Анализ результатов исследования

Проведённое исследование общей произвольной моторики у детей со стертой дизартрией показало недостаточную сформированность статической и динамической координации. Уровень развития общей моторики – 80%.

В процессе выполнения заданий у детей со стертой дизартрией мы выявили следующие затруднения: замедленность движений при формировании позы, излишняя суетливость; трудности удержания позы, нарушения статической координации; нарушения динамической координации и переключаемости; затруднения в пространственной организации движения; трудности выполнения словесной инструкции.

Таблица 1

Состояние общей произвольной моторики детей с дизартрией (в баллах)

№	ФИ	Задания							Сумма
		1	2	3	4	5	6	7	
1	А.З.	1	1	1	1	1	1	0,25	6,25
2	С.Р.	0,5	1	1	1	1	1	1	6,5
3	А.К.	1	1	0,5	1	1	1	0,5	6
4	А.Ш.	1	1	0,5	1	1	1	1	6,5
5	Н.У.	0,5	1	1	0,5	1	1	0,25	5,25
6	М.Е.	0,5	1	0,5	1	1	0,5	0,25	4,75
7	М.М.	0,25	0,5	1	0,5	1	0,5	0,25	4
8	Д.Р.	1	0,5	1	0,5	0,5	1	1	5,5
9	Д.В.	1	1	1	1	1	1	0,5	6,5
10	О.Д.	1	0,5	1	0,5	0,5	1	1	5,5
11	К.Г.	1	0,5	1	0,5	0,5	1	1	5,5
12	С.Л.	1	1	1	0,5	1	0,5	1	6
13	Л.Н.	1	1	1	1	1	1	1	7
14	Н.И.	1	1	1	1	1	1	0,25	6,25
15	С.К.	0,5	1	1	1	1	1	0,25	5,75
16	Л.Н.	0,5	0,25	0,25	0,25	1	0,5	1	3,75
17	А.Н.	0,5	0,25	0,25	0,25	1	0,5	1	3,75
18	А.П.	1	1	1	0,5	1	1	0,5	6

19	П.К.	1	1	1	1	1	1	0,5	6,5
20	И.В.	1	1	0,5	1	1	1	0,25	5,75
Итого		16,3	16,5	12	15	18,5	16	12,8	113/5,65
Уровень %		81	82	60	75	92	80	64	80

Примечание:

1. Исследование статической координации движений.
2. Исследование динамической координации движений.
3. Исследование координации движений.
4. Исследование переключения движений.
5. Исследование наличия или отсутствия движения.
6. Исследование пространственной организации движений (по подражанию).
7. Исследование пространственной организации движений (по словесной инструкции).

Наибольшую трудность у детей вызвало выполнение таких заданий как координация движений (60%), пространственная организация движений по словесной инструкции (64%), статическая координация (81%), произвольное переключение движения (75%).

По итогам анализа результатов диагностики все дети были распределены на 3 подгруппы по степени сформированности общей произвольной моторики:

12 детей со стертой дизартрией были отнесены нами к высокой степени сформированности общей моторики (5,6-7 балла). Для детей данной группы характерно полноценное, четкое выполнение всех предложенных поз и движений, что говорит о сформированности общей моторики.

Средняя степень сформированности общей моторики (4,2-5,5) была характерна для 5 детей со стертой дизартрией. У этих детей отмечены ошибки в пространственной организации движений – незнание сторон тела; ведущей руки; неуверенность выполнения.

Низкая степень сформированности общей моторики (до 4,2) – 3 детей со стертой дизартрией. У детей с низкой степенью мы отметили недостаточную сформированность как статической, так и динамической

координации движений. Нарушения статической координации движений проявлялись в значительной трудности (а иногда и невозможности) сохранения равновесия, в появлении тремора конечностей. При удержании позы дети часто покачивались, сходили с места. Лучше удерживали равновесие, стоя на правой ноге. Испытывая трудности сохранения равновесия (преимущественно стоя на левой ноге), пытались удерживаться руками за спинку рядом стоящего стула. Выполнение тестовых заданий на исследование динамической координации движений характеризуется недостаточно согласованной деятельностью различных мышечных групп, «толчкообразностью», неловкостью выполняемых движений. Наибольшую трудность вызвало выполнение динамических тестов.

При выполнении заданий пробы на наличие движения (проба №1), даже если ребенок сразу выполнял задание, руки были очень напряжены. Наблюдались синкинезии (поднималось свободное плечо, растопыривались пальцы, покачивалось тело). Более половины детей выполняли задание со второй, третьей попытки. При выполнении тестов на статическую координацию движения, статического равновесия (3) и (6), дети при удержании позы покачивались.

При обследовании произвольной мимической моторики обращалось внимание на объём движения, точность, длительность удержания позы, способность к переключаемости, наличие синкинезий, состояние тонуса.

Обследование показало, что выполнение тестов этой методики вызвало существенные затруднения у детей со стертой дизартрией: уровень сформированности мимической моторики – средний (75%).

Дети хорошо выполнили задание только на передачу радости (81%), затруднения возникали при передаче мимики удивления (70%), печали (72%), «сомнения» (75%).

По итогам анализа результатов диагностики все дети были распределены на 3 подгруппы по степени сформированности мимической моторики:

Высокая степень сформированности мимической моторики (4-5 балла) отмечалась у 11 детей со стертой дизартрией. У детей с высокой степенью сформированности произвольной мимической моторики мы отметили следующие характеристики мимики: живая, ненапряженная.

Средняя степень сформированности мимической моторики (3-4 балла) была характерна для 6 детей со стертой дизартрией. У детей со средней степенью сформированности мимической моторики мы отметили нечеткое выполнение мимических поз; недостаточный объем и дифференцированность движения мышц лба, щек.

Таблица 2

Состояние мимической моторики у детей с дизартрией (в баллах)

№	ФИ	Задания					Сумма
		1	2	3	4	5	
1	А.З.	1	0,5	1	1	0,25	3,75
2	С.Р.	1	1	1	0,5	1	4,5
3	А.К.	1	0,5	1	1	1	4,5
4	А.Ш.	0,5	1	0,5	1	1	4
5	Н.У.	1	1	1	0,5	1	4,5
6	М.Е.	1	0,25	1	1	1	4,25
7	М.М.	0,5	0,25	1	0,5	1	3,25
8	Д.Р.	0,5	0,5	0,5	0,5	0,25	2,25
9	Д.В.	0,25	1	1	1	1	4,25
10	О.Д.	0,5	0,5	0,5	0,5	0,25	2,25
11	К.Г.	0,5	0,5	0,5	0,5	0,25	2,25
12	С.Л.	1	1	1	0,5	0,5	4
13	Л.Н.	0,5	1	1	1	0,5	4
14	Н.И.	1	1	1	0,5	1	4,5
15	С.К.	1	1	0,5	1	1	4,5
16	Л.Н.	0,25	1	0,5	0,5	1	3,5
17	А.Н.	0,25	0,5	1	0,5	1	3,25
18	А.П.	0,25	0,5	1	1	1	3,75
19	П.К.	1	1	1	1	1	5
20	И.В.	1	0,5	0,25	1	1	3,75
Итого		14	14,5	16,25	15	16	76/3,8
Уровень %		70	72	81	75	80	75

Примечание:

1. «Удивление».
2. «Печаль».
3. «Радость».
4. «Сомнение».
5. «Подозрительность».

Низкая степень сформированности мимической моторики (до 3 баллов) была отмечена у 3 детей со стертой дизартрией. У детей с низкой степенью сформированности произвольной мимической моторики мимическая картина нечеткая, мимика напряженная либо вялая, амимия, многие движения, такие как «сомнение», «удивление», «печаль» не доступны.

При этом у детей со стертой дизартрией затруднения вызвали все мимические позы. Наиболее низкие результаты показали дети в субтестах: «удивление», «печаль».

При обследовании у детей со стертой дизартрией во всех заданиях выявлены затруднения: наблюдалась нечёткость движения, трудность удержания позы, наличие синкинезий, напряжённое состояние, т.е. наличие неврологической микросимптоматики (нерезко выраженные гиперкинезы в мимической, лицевой мускулатуре, изменения в тонусе мышц).

Таким образом, у детей со стертой дизартрией мы выявили следующие особенности формирования моторики: недостатки при выполнении и удержании мимических поз, вялая либо напряженная мимика; некоторые мимические позы недоступны.

В результате обследования сформированности речевой моторики была выявлена недостаточность речедвигательной функциональной системы почти у всех детей, поскольку ни один ребенок со стертой дизартрией не показал результат 100%.

По итогам анализа результатов диагностики речевой моторики все дети экспериментальной группы были распределены на 3 подгруппы по степени сформированности речевой моторики:

11 детей со стертой дизартрией были отнесены нами к группе с высокой степенью сформированности речевой моторики (5,6-7). Эти дети правильно выполняли все движения, которые были достаточной силы, объема, все позы удерживались без напряжения.

Таблица 3

Состояние орального праксиса у детей с дизартрией (в баллах)

№	ФИ	Задания							Сумма
		1	2	3	4	5	6	7	
1	А.З.	1	1	0,5	0,25	1	1	1	5,75
2	С.Р.	1	0,5	0,25	0,5	0,25	1	1	4,75
3	А.К.	1	1	0,25	1	1	0,5	1	5,75
4	А.Ш.	1	0,5	0,5	1	1	1	1	6
5	Н.У.	1	1	0,5	1	0,5	0,5	1	5,5
6	М.Е.	0,5	1	0,5	1	1	1	1	6
7	М.М.	0,25	1	0,5	0,5	0,5	0,25	1	4
8	Д.Р.	0,5	0,25	0,5	0,25	0,5	0,25	0,25	2,25
9	Д.В.	1	1	0,5	1	1	1	1	6,5
10	О.Д.	0,5	0,25	0,5	0,25	0,5	0,25	0,25	2,5
11	К.Г.	0,5	0,25	0,5	0,25	0,5	0,25	0,25	2,5
12	С.Л.	0,5	0,25	0,25	1	1	1	1	5
13	Л.Н.	1	0,5	1	1	1	1	1	6,5
14	Н.И.	1	1	0,5	1	1	1	1	6,5
15	С.К.	1	0,5	1	0,5	1	1	1	6
16	Л.Н.	1	1	0,5	0,25	1	1	1	5,75
17	А.Н.	1	1	0,5	0,25	1	1	1	5,75
18	А.П.	0,5	0,5	0,25	0,5	0,5	1	1	4,25
19	П.К.	1	0,5	0,25	0,5	1	1	1	5,25
20	И.В.	1	0,5	1	0,5	1	1	1	6
Итого		16,3	13,5	10,3	12,5	16,3	16	17,8	103/5,1
Уровень %		81	67	51	62	81	80	89	73

Примечание: 1) «Трубочка», 2) «Улыбка» 3) «Жало»-«Лопаточка» 4) «Часики», 5) «Достать кончик носа», 6) «Лошадка» 7) «Надуть щеки».

Средняя степень сформированности речевой моторики (4,2-5,5) выявлена у 5 детей со стертой дизартрией. У детей этой подгруппы выявлены

незначительные изменения объема, силы, точности движений, наличие единичных синкинезий.

Низкая степень сформированности речевой моторики (до 4,2) отмечалась у 4 детей со стертой дизартрией. У этих детей мы выявили отсутствие удержания поз; выраженные изменения, силы, точности объема; трудности переключения речевых движений; наличие девиации языка, синкинезий; чрезмерное напряжение мышц, истощаемость движений.

При обследовании речевой моторики наиболее выражены были затруднения при выполнении задания – высовывание «широкого» и «узкого» языка, удержание позы – вызвало затруднение выполнения у большинства детей – низкий уровень выполнения (51%). Наиболее легкими оказались задания «Лошадка» и «Часики», данные артикуляционные движения у детей 5 лет со стертой дизартрией достаточно сформированы, что также может объясняться тем, что нами были обследованы дети в логопедической группе и данные движения отрабатывались на логопедических занятиях. В процессе выполнения этих движений, почти у половины детей были затруднения в выполнении и удержание позы, отклонение языка в сторону при высовывании, подергивание языка.

Наблюдались ограничения движения языка, либо неловкость, неточность, а также невозможность длительного удержания позы при достаточном объеме. Наблюдалось излишнее выделение слюны, и различного рода синкинезии, возникавшие при выполнении проб на подвижность артикуляционных органов.

Таким образом, у детей со стертой дизартрией мы выявили следующие особенности формирования артикуляционной моторики: снижение объема, точности, силы артикуляционных движений, истощаемость; некоторые артикуляционные позы недоступны; наличие синкинезий и гиперсаливации; трудности формирования артикуляционного уклада и нарушения переключаемости; девиации языка.

Дети со стертой дизартрией показали средний уровень сформированности речевой моторики – 73%.

В таблице 4 мы представили результаты диагностики тонких движений пальцев рук детей.

Таблица 4

Состояние тонких движений пальцев рук у детей с дизартрией (в баллах)

№	ФИ	Задания						Сумма
		1	2	3	4	5	6	
1	А.З.	1	1	1	0,5	1	1	5,5
2	С.Р.	1	0,5	1	0,5	1	1	5
3	А.К.	1	1	1	1	1	1	6
4	А.Ш.	1	1	1	1	1	1	6
5	Н.У.	1	1	1	1	1	1	6
6	М.Е.	1	1	1	1	1	1	6
7	М.М.	1	1	0,5	1	1	0,25	4,75
8	Д.Р.	0,5	0,25	0,25	0,5	0,25	0,25	2
9	Д.В.	1	1	1	0,5	1	1	5,5
10	О.Д.	0,5	0,25	0,25	0,5	0,25	0,25	2
11	К.Г.	0,5	0,25	0,25	1	0,25	0,25	2,5
12	С.Л.	1	1	1	1	1	0,5	5,5
13	Л.Н.	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	4
14	Н.И.	1	1	1	0,5	1	1	5,5
15	С.К.	1	1	1	1	0,5	0,5	5
16	Л.Н.	1	1	0,5	1	0,5	1	5
17	А.Н.	0,25	0,25	0,25	1	1	0,5	3,25
18	А.П.	0,5	0,5	1	0,5	1	0,25	3,75
19	П.К.	1	0,25	0,5	0,5	1	0,5	3,75
20	И.В.	1	1	0,25	1	0,5	0,25	4
Итого		16,75	14,75	14,25	15,5	16,25	13,5	95/4,75
Уровень %		83	73	71	77	81	67	79

Примечание: 1) «Кулак» 2) «Здравствуй, пальчик» 3) «Разъединить и соединить пальцы» 4) «Кольцо — ладонь» 5) «Зайчик» 6) «Коза».

По итогам анализа результатов диагностики тонких движений пальцев рук все дети экспериментальной группы были распределены на 3 подгруппы по степени сформированности мелкой моторики.

В подгруппу детей с высокой степенью сформированности мелкой моторики (4,8-6 баллов) вошли 11 детей со стертой дизартрией. Эти дети испытывали лишь незначительные затруднения в некоторых заданиях. 4 ребенка справились с заданиями методики безошибочно (100%). В целом, у детей с высокой степенью мы отметили плавное, точное и одновременное выполнение проб;

Средняя степень сформированности мелкой моторики (3,6-4,7 балла) была выявлена у 5 детей со стертой дизартрией. У детей отмечалось частичное, недостаточно четкое выполнение, напряженность, скованность движений; единичное нарушение темпа выполнения движений (не под счет логопеда);

Низкая степень сформированности мелкой моторики (до 3,6) оказалась характерной для 4 детей со стертой дизартрией. Выполнение движений минимальное, одновременное выполнение на обеих руках недоступно, чрезмерная напряженность движений, попытки помочь другой рукой при создании позы.

Наибольшую трудность для выполнения вызвало задание №6 – «Коза». Одновременное выполнение движений двумя руками наблюдалось у половины детей, при повторном выполнении. Чаще отмечались разновременное выполнение, или выраженные трудности выполнения этих движений.

Все упражнения вызвали затруднения при выполнении у детей экспериментальной группы.

При выполнении заданий, в которых движения логопеда программировали последовательность их выполнения, были трудности воспроизведения движений почти у половины детей. Наблюдалось

замедление темпа, сбои в движениях, трудности перехода от одного движения к другому.

Уровень выполнения заданий методики №4 – средний (79%).

Таким образом, у детей со стертой дизартрией мы выявили следующие особенности формирования моторики: напряженность, скованность движений пальцев рук; нарушения темпа выполнения движений, трудности формирования уклада из пальцев обеих рук;

Итоговые результаты обследования моторных функций детей представлены в таблице 5.

По итогам диагностики все дети экспериментальной группы были распределены на 3 подгруппы:

Высокая степень развития моторных функций (20-25 баллов) отмечалась у 11 детей со стертой дизартрией. Для детей данной группы характерно полноценное, четкое выполнение всех предложенных в блоке №1 поз и движений, что говорит о сформированности общей моторики. Эти дети правильно выполняли все артикуляционные движения, которые были достаточной силы, объема, все позы удерживались без напряжения. Дети данной группы обладают живой, ненапряженной мимикой, мелкие движения пальцев рук плавные, точные, доступно одновременное выполнение проб двумя руками.

Среднюю степень развития моторных функций (15-20 баллов) показали 6 детей со стертой дизартрией. У этих детей отмечены ошибки в организации общих движений, невозможность удержания поз, неуверенность выполнения, нечеткое выполнение мимических поз; недостаточный объем и дифференцированность движения мышц лба, щек. У детей этой подгруппы выявлены незначительные изменения объема, силы, точности артикуляционных движений, наличие единичных синкинезий. У детей отмечалось частичное, недостаточно четкое выполнение упражнений для пальцев рук, напряженность, скованность движений пальцев рук; единичное нарушение темпа выполнения движений.

Таблица 5

Состояние моторных функций детей с дизартрией (в баллах)

№	ФИ	Блоки				Сумма баллов
		1	2	3	4	
1	А.З.	6,25	3,75	5,75	5,5	21,25
2	С.Р.	6,5	4,5	4,5	5	20,5
3	А.К.	6	4,5	5,75	7	23,25
4	А.Ш.	6,5	4	6	7	24,5
5	Н.У.	5,25	4,5	5,5	7	22,25
6	М.Е.	4,75	4,25	6	7	22
7	М.М.	4	3,25	4	4,75	16
8	Д.Р.	5,5	2,25	2,5	2	11,25
9	Д.В.	6,5	4,25	6,5	5,5	22,75
10	О.Д.	5,5	2,25	2,5	2	12,25
11	К.Г.	5,5	2,25	2,5	2,5	12,75
12	С.Л.	6	4	5	5,5	20,5
13	Л.Н.	7	4	6,5	4	21,5
14	Н.И.	6,25	4,5	6,5	5,5	22,75
15	С.К.	5,75	4,5	6	5	21,25
16	Л.Н.	3,75	3,5	5,75	5	18
17	А.Н.	3,75	3,25	5,75	3,25	16,5
18	А.П.	6	3,75	4,25	3,75	17,75
19	П.К.	6,5	5	5,25	3,75	20,5
20	И.В.	5,65	3,75	6	4	19,5
Итого		5,65	3,78	5,12	4,75	387/19,4
Уровень %		80	75	73	79	77

Примечание:

1. Исследование особенностей общей произвольной моторики.
2. Исследование возможности произвольного формирования определенных мимических поз.
3. Методика исследования орального праксиса.
4. Исследование произвольной моторики пальцев рук.

Низкая степень развития моторных функций (до 15) была выявлена у 3 детей со стертой дизартрией. У этих детей мы отметили недостаточную

сформированность как статической, так и динамической координации общих движений. Нарушения статической координации движений проявлялись в значительной трудности (а иногда и невозможности) сохранения равновесия, в появлении тремора конечностей. Мимическая картина нечеткая, мимика напряженная либо вялая, амимия, многие движения, такие как «сомнение», «удивление», «печаль» не доступны. У этих детей мы выявили отсутствие удержания артикуляционных поз; выраженные изменения, силы, точности объема; трудности переключения речевых движений; наличие девиации языка, синкинезий; чрезмерное напряжение мышц, истощаемость движений. Выполнение движений пальцев рук минимальное, одновременное выполнение на обеих руках недоступно, чрезмерная напряженность движений, попытки помочь другой рукой при создании позы.

Уровень сформированности моторных функций у детей со стертой дизартрией средний, 77%.

Таким образом, у детей со стертой дизартрией мы выявили следующие особенности формирования артикуляционной и мелкой моторики: замедленность движений при формировании позы либо излишняя суетливость; трудности удержания позы, нарушения статической и динамической координации и переключаемости; затруднения в пространственной организации движения; трудности выполнения словесной инструкции; недостатки при выполнении и удержании мимических поз, вялая либо напряженная мимика; снижение объема, точности, силы артикуляционных движений, чрезмерная истощаемость; некоторые артикуляционные позы недоступны; наличие синкинезий и гиперсаливации; девиации языка; напряженность, скованность движений пальцев рук; нарушения темпа, трудности формирования уклада из пальцев обеих рук.

Состояние моторики у детей со стертой дизартрией неоднородно: по итогам диагностики все дети экспериментальной группы были распределены на 3 подгруппы:

высокую степень развития моторных функций (80-100%) показало **11 детей** со стертой дизартрией;

среднюю степень (60-80%) – **6 детей** со стертой дизартрией;

низкую степень – **3 детей** со стертой дизартрией.

Высокая степень развития моторных функций. Для детей данной группы характерно полноценное, четкое выполнение всех предложенных в блоке №1 поз и движений, что говорит о сформированности общей моторики. Эти дети правильно выполняли все артикуляционные движения, которые были достаточной силы, объема, все позы удерживались без напряжения. Дети данной группы обладают живой, ненапряженной мимикой, мелкие движения пальцев рук плавные, точные, доступно одновременное выполнение проб двумя руками.

Среднюю степень развития моторных функций. У этих детей отмечены ошибки в организации общих движений, невозможность удержания поз, неуверенность выполнения, нечеткое выполнение мимических поз; недостаточный объем и дифференцированность движения мышц лба, щек. У детей этой подгруппы выявлены незначительные изменения объема, силы, точности артикуляционных движений, наличие единичных синкинезий. У детей отмечалось частичное, недостаточно четкое выполнение упражнений для пальцев рук, напряженность, скованность движений пальцев рук; единичное нарушение темпа выполнения движений.

Низкая степень развития моторных функций. У детей с низкой степенью мы отметили недостаточную сформированность как статической, так и динамической координации общих движений. Нарушения статической координации движений проявлялись в значительной трудности (а иногда и невозможности) сохранения равновесия, в появлении тремора конечностей. Мимическая картина нечеткая, мимика напряженная либо вялая, амимия, многие движения, такие как «сомнение», «удивление», «печаль» не доступны. У этих детей мы выявили отсутствие удержания артикуляционных поз; выраженные изменения, силы, точности объема; трудности

переключения речевых движений; наличие девиации языка, синкинезий; чрезмерное напряжение мышц, истощаемость движений. Выполнение движений пальцев рук минимальное, одновременное выполнение на обеих руках недоступно, чрезмерная напряженность движений, попытки помочь другой рукой при создании позы.

Наглядно представлено на рисунке 1.

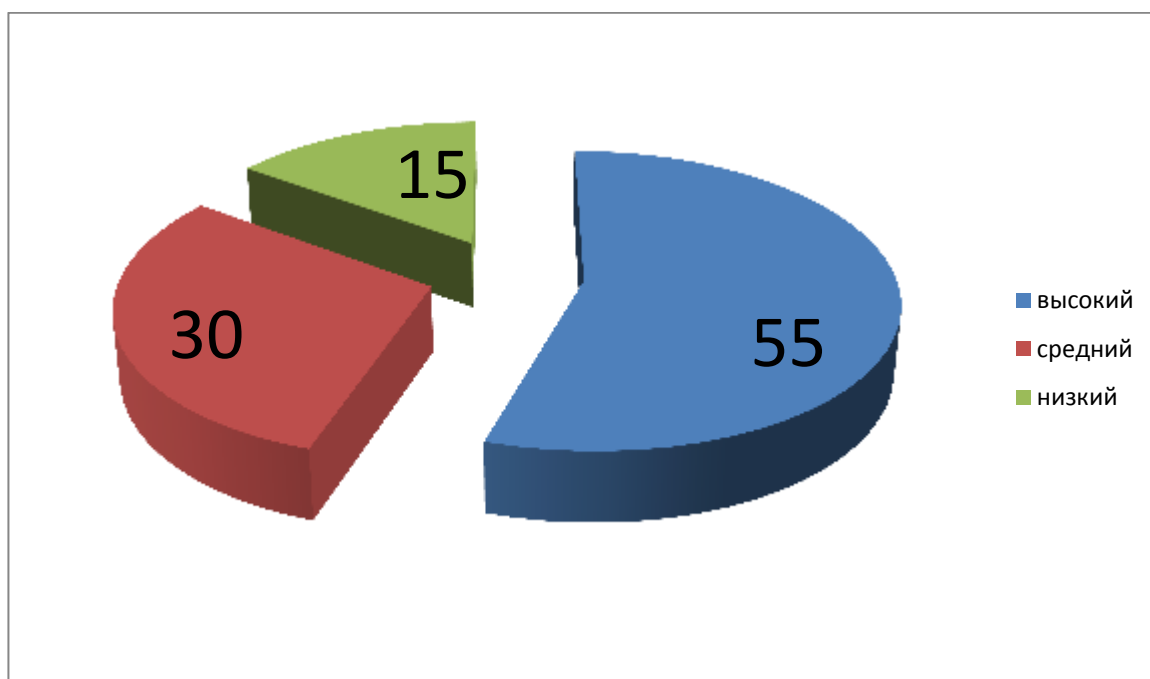


Рис.1. Уровни сформированности моторики детей с дизартрией (в %)

ГЛАВА III. РАБОТА ПО ФОРМИРОВАНИЮ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ И МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

3.1. Организация и содержание работы по формированию артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией

В течение октября – марта 2022-23 гг. мы провели коррекционное обучение детей со стертой дизартрией, которые участвовали в констатирующем эксперименте.

Поскольку при стертой дизартрии расстройства произношения звуков вызваны нарушениями фонетических операций, поэтому важнейшим направлением коррекционно-логопедической работы мы определили **развитие артикуляционной моторики**. Эту работу осуществляли по двум направлениям:

1. Формирование кинестетической основы движения: ощущение положения органов артикуляции;
2. Формирование кинетической основы движения: сами движения языка и артикуляционных органов.

При формировании кинетической основы артикуляторных движений основное внимание мы уделяли упражнениям, направленным на выработку необходимого качества движений: объема, подвижности органов артикуляторного аппарата, силы, точности движений, на воспитание умения удерживать артикуляторные органы в заданном положении. Для этого широко использовали традиционные артикуляционные упражнения для развития динамической координации движений. Однако хороший положительный результат дают и специальные комплексы упражнений с учетом специфики нарушения.

Для детей со стертой формой дизартрии с повышенным мышечным тонусом в артикуляционной мускулатуре предлагались упражнения на расслабление напряженных мышц языка, губ.

Для расслабления языка:

✓ высунуть кончик языка. Помять его губами, произнося слоги па-па-па-па – после этого оставить рот приоткрытым, зафиксировав широкий язык и удерживая его в таком положении под счет от 1 до 5-7;

✓ высунуть кончик языка между зубами, прикусывать его зубами, произнося слоги та-та-та-та, оставив на последнем слоге рот приоткрытым, фиксируя широкий язык и удерживая его в таком положении под счет от 1 до 5-7 и вернуть в исходное положение;

✓ открыть рот, положить кончик языка на нижнюю губу, зафиксировать такое положение, удерживая его под счет от 1 до 5-7, вернуть в исходное состояние;

✓ беззвучно произносить звук И, одновременно нажимая боковыми зубами на боковые края языка (это упражнение также является своеобразным приемом массажа при паретичном состоянии мышц боковых краев языка).

Для опускания напряженного корня языка предлагались упражнения, связанные с высовыванием языка.

Расслабление напряженных губ достигается легким похлопыванием верхней губы о нижнюю губу.

В случае пониженного мышечного тонуса дошкольникам с легкой степенью дизартрии мы предлагали *задания на активизацию, укрепление паретичных мышц:*

✓ почесывание кончиком языка о верхние резцы;

✓ пересчитывание зубов, упираясь кончиком в каждый;

✓ поглаживание кончиком языка щеки, с силой надавливая на ее внутреннюю сторону;

✓ удержание языком круглой конфетки у альвеол.

Неплотно смыкающиеся, вялые губы тренировали, используя такие задания:

✓ растянуть губы в улыбку, обнажив при этом верхние и нижние резцы, удерживая под счет от 1 до 5-7 вернуть в исходное положение;

- ✓ растянуть в улыбке только правый, левый уголок губы, обнажив при этом верхние и нижние резцы, удерживать под счет от 1 до 5-7, вернуть в исходное положение;

- ✓ удерживать губами кусочки сухарика, трубочки разного диаметра, полоски бумаги;

- ✓ плотное смыкание губ.

Важным фактором в работе с детьми со стертой формой дизартрии является формирование четких статико-динамических ощущений артикуляционных мышц.

Системность в работе по формированию фонематических операций, развитию мелодико-интонационной стороны речи, процессов дыхания, голосообразования, артикуляции.

Коммуникативная направленность обучения – использование сюжетных, дидактических игр, проектной деятельности в процессе автоматизации звукопроизношения.

Внятность и четкость речи зависят от развития мышц языка, челюсти, состояния зубов, носоглотки. Наиболее активно участвует в образовании звуков язык. От его положения, от того, какую форму он принимает (распластанный и образует желоб, кончик языка сужен и касается верхних резцов и т.п.), зависит правильное произношение большинства звуков русского языка. Жевание, глотание, сосание способствуют развитию крупных мышц, а для процесса говорения необходимо дифференцированное развитие более мелких мышц. Этому и призвана помочь артикуляционная гимнастика, которая не только развивает речевой аппарат, но и является эффективным средством профилактики некоторых речевых нарушений.

Правильное и систематическое проведение артикуляционной с детьми со стертой формой дизартрии способствует развитию мышц лицевой и артикуляционной моторики, продуцированию детьми правильных звуков, а впоследствии – усвоению слов сложной слоговой конструкции.

Вторым направлением нашей работы явилось **развитие мелкой моторики.**

Все приемы коррекции мелкой моторики и развития элементарных графомоторных навыков мы проводили во взаимосвязи с воспитателями логопедической группы, инструктором ЛФК, руководителем изостудии, массажистом.

В «Тетради для занятий воспитателей по заданию логопеда» отдельная графа отводится заданиям по развитию моторных функций. Задания мы предлагали в соответствии с изучаемой лексической темой (например, тема «Овощи» – задание: обвести, раскрасить трафареты овощей и т.д.) и всегда взаимосвязаны с формированием грамматического строя; с развитием элементарных математических представлений, слухового и зрительного восприятия; с расширением словарного запаса детей.

На занятиях по изобразительной деятельности мы совместно с руководителем изостудии проводили контроль развития навыка правильного захвата и удержания кисти, а также навык рисования кистью, восковыми мелками, карандашом и так далее.

Инструктор ЛФК включал в занятия разнообразные действия с предметами и спортивным инвентарем. Целью заданий являлось обучение переключению, перекатыванию, других действий с предметами, закрепление имеющихся навыков мелкой моторики.

Массажист перед проведением артикуляционного массажа проводила сегментарный и точечный массаж кистей и пальцев рук, направленный на снятие гипертонуса мышц и формирование двигательной функции руки (опорность, захват, манипуляции).

Особое внимание мы уделяли работе с родителями. В течение учебного года планировалось несколько групповых консультаций родителей. Обсуждались темы, интересующие всех родителей, независимо от речевой патологии детей. Виды проведения консультаций менялись; использовались

деловые игры, совместные игры-соревнования детей и их родителей, открытые занятия для родителей.

Работу мы разделили на три этапа обучения. Каждый этап имеет конкретные задачи работы с учетом комплексности обучения, дифференцированного подхода и учета индивидуальных особенностей детей.

I этап (октябрь, ноябрь)

В задачи работы на данном этапе входило:

- ✓ проведение обследования состояния мелкой моторики и развития графомоторных навыков по разделам диагностики;
- ✓ систематизация результатов в индивидуальных картах обследования и в общей сравнительной таблице;
- ✓ пассивно-активная гимнастика на дистальные отделы, включающая в себя снятие блоков, контрактур в верхних конечностях, нормализацию мышечного тонуса, устранение порочного положения кисти и пальцев;
- ✓ развитие двигательной функции руки (опорность, захват, манипуляции);
- ✓ развитие мелкой моторики на основе упражнений со стихотворным текстом (5-6 упражнений наизусть);
- ✓ развитие праксиса позы при имитации отдельных движений взрослого (до 10 движений: «ромашка», «гуси», «розочка» и так далее);
- ✓ обучение правильному захвату карандаша (ручки); развитие интереса к изобразительной деятельности при помощи специально организованных занятий и рисования в свободное время;
- ✓ обучение рисованию простейших фигур и различных линий по клеткам.

Для решения поставленных задач использовались определенные методы и приемы работы. Так, пассивно-активная гимнастика на дистальные отделы включала в себя элементы массажа по точкам кисти руки. Одновременно мы на занятиях по формированию произношения использовали вспомогательные средства: «пальчиковый бассейн», резинки

различной степени упругости, разноцветные прищепки, логопедическую щетку «ежик». На занятиях по обучению грамоте в качестве физкультминуток, предшествующих печатанию (выкладыванию из палочек) букв использовались стихотворные тексты с движениями кистей и пальцев рук. Тексты оформлены в картотеку, и каждый изученный в течение недели по плану текст затем предоставлялся для ознакомления родителям на специально оформленном стенде в разделе «Пальчики, не ленитесь, пальчики трудитесь!»

По нашему заданию воспитатели организовывали игры, целью которых является обучение ребенка застегиванию (расстегиванию) пуговиц, молний, шнуровка ботинок. В занятия по изодетельности включались задания, направленные на обучение рисованию различных линий, пятен, раскрашивание рисунков. Занятия по изодетельности проводились инструктором по ИЗО совместно с логопедом, который предлагал детям ряд предварительных упражнений, направленных на формирование и закрепление навыка правильного захвата карандаша (кисти). Предлагаются задания типа «Покатаем карандаш», «Положи пальчик сверху (снизу)» и другие, а также используется прием «рука в руке».

К окончанию первого этапа большинство детей научились шнуровать, застегивать (расстегивать), правильно держать в руке карандаш (кисточку), а также ложку и вилку. Дети знали наизусть и могли продемонстрировать 5-6 (а некоторые до 10) стихотворных текстов с движениями кистями и пальцами рук. Научились медленно, но аккуратно выкладывать из палочек фигуры и буквы алфавита. В то же время обучение захвату карандаша нуждалось в дальнейшей коррекции, так как у детей наблюдался либо очень слабый захват, либо чрезмерно сильный. Кроме этого, дети плохо различали границы штрихуемой фигуры. Чаще дети недоштриховывали фигуру до контура, но иногда наблюдалось раскрашивание за пределами контура.

В связи с этим были разработаны цели и задачи второго этапа работы.

II этап (декабрь, январь, февраль)

В плане развития движения кистей и пальцев рук и развития графомоторных навыков основной целью данного этапа являлось формирование более сложных, взаимосвязанных умений и навыков. В задачи работы входило:

- ✓ учить выполнять действия по подражанию и по словесной инструкции с предметами и без них;
- ✓ совершенствовать хватательные движения, обучать захватыванию маленьких предметов одной рукой или двумя пальцами по очереди (1 и 2, 1 и 3, 1 и 4, 1 и 5), а предметов побольше – кулачком или щепотью;
- ✓ учить выполнять соотносящие движения и согласовывать движения обеих рук;
- ✓ автоматизировать правильный захват карандаша, стимулировать ритмические игры с карандашом, направленные на снятие гипертонуса мышц или гипотонуса мышц кисти руки;
- ✓ учить выполнять обводку контура по точкам, штриховку в пределах контура, раскрашивание контура, рисование фигур в пределах строчки или клеточки;
- ✓ автоматизировать умение застегивать (расстегивать) пуговицы, шнуровать одежду и обувь, завязывать бантики на шнурках.

На логопедических занятиях формируемые умения включались в комплекс мероприятий, учитывающих рефлексорную природу движений. Так, например, задания по развитию слухового и зрительного восприятия включают в себя элементы развития хватательных движений. Логопед предлагал «поймать» в «пальчиковом бассейне» столько фасолинок, сколько точек было на картинке, поочередно всеми парами пальцев (1 и 2, 1 и 3, 1 и 4, 1 и 5). Задание усложняется постепенно: сначала его нужно выполнить правой рукой, затем – левой рукой; одновременно обеими руками и так далее.

Предлагается «нырнуть» каждым пальчиком в «бассейн» (греча) столько раз, сколько ребенок услышал хлопков, свистков и так далее.

Впоследствии такие «ныряния» выполняются соответственно на правой и левой руках одновременно, что приводит к необходимости согласовывать движения пальцев на обеих руках, а в качестве основы предлагается не «пальчиковый бассейн» (с твердой основой), а «пальчиковый батут» (мягкая основа легко надутых шариков). Смена упругости основы усиливает моторную функцию на отведение и противопоставление пальцев. Дети с удовольствием складывают из палочек столько домиков (звездочек и так далее), сколько было игрушек на столе; рисуют ритмические рисунки долгих звуков (символ «=») и коротких звуков (символ «+») выполняют упражнения на переключение по типу «продолжи строчку»: «О-О-О», «+=+=+»; логопед одновременно с проведением графических упражнений и диктантов контролирует правильность захвата карандаша и степень нажима на него.

III этап (март, апрель)

Основными задачами третьего этапа являлись:

- ✓ автоматизировать правильный захват карандаша, отработать самоконтроль за степенью нажима и захвата;
- ✓ развивать навык печатания букв, слогов, слов и коротких предложений под диктовку и списывания с образца;
- ✓ закреплять праксис позы при подражании движениям взрослого, конструировать образы при помощи пальцев и кистей рук («Домик», «Ёлочка», «Розочка» и так далее);
- ✓ совершенствовать двигательные функции кистей рук при помощи упражнений на релаксацию («Полощем белье» и др.) и динамических упражнений («Кулак-ладонь-кулак» и др.);
- ✓ совершенствовать навык застегивания (расстегивания), шнуровки за счет использования игр с элементами соревнования;
- ✓ закреплять навык обводки трафаретов, рисования по опорам, рисования по ограниченной поверхности, произвольного рисования горизонтальных, вертикальных, ломаных, волнистых и дугообразных линий с игровой мотивацией;

✓ продолжать развивать умение дорисовывать по опорным точкам, раскрашивать и штриховать изображение в пределах контура; продолжить обучение элементарным выразительным движениям руками в пальчиковых играх-драматизациях («Идет коза рогатая?», «Пальчик-мальчик, где ты был?» и другие);

✓ учить выполнять движения мелкой моторики, ориентируясь на словесную инструкцию («Сделай, что скажу, а не что покажу!») – логопед говорит «Коза», а показывает «Домик». Дети должны показать «Козу» и так далее).

При решении поставленных задач использовались разнообразные виды деятельности, направленные на достижение устойчивых двигательных навыков через усиление и обогащение следового образа движения.

Так, на занятиях по развитию фонематического анализа, синтеза, представлений использовались слуховые диктанты, а в процессе обучения грамоте – записи под диктовку. При анализе записанного или услышанного материала можно предложить ребенку хлопнуть в ладоши на гласный, хлопнуть ладонью по столу на твердый звонкий согласный, ударить ребром ладони по столу на твердый глухой согласный (соответственно, на мягкие согласные – удары кулачком). Например, анализируя слово «рак» ребенок ударит ладонью по столу, хлопнет в ладоши, ударит ребром ладони.

Развивая умение соотносить ритмический рисунок знакомого стихотворного текста с ритмом движения руки, логопед предлагает ребенку с помощью «логопедического ежика» отстучать ритм одной или двумя руками: «Тук, тук, я стучу, новый домик сколочу».

Задания на отхлопывание, отстукивание варьируются и усложняются постепенно. Упражнения на релаксацию «полоскаем бельё» можно использовать одновременно с проговариванием слоговых рядов различной сложности, изменяя соответственно частоту и амплитуду взмахов кистями:

одинаковых – па-па-па;

со сменой темпа – па-па-па-па-па;

со сменой согласных – па-па-та;
со сменой парных согласных – ба-ба-па;
со звонким согласным в ударной позиции – БА-па-па;
с ритмической сменой гласных – па-по-пу – па-по-пу;
со сменой гласных – па-по-пу и т.д.

Усложняя подобные задания можно предложить ребенку воспроизвести слог или слоговой ряд с помощью образа движения, когда логопед показывает движения руками и артикуляцию слога (беззвучно), а ребенок громко повторяет заданный слог, автоматизированный в ходе предварительной работы.

При выполнении заданий на развитие фонематического анализа можно предложить ребенку одновременно отстегнуть застёжку на пособии и назвать первый (второй, третий и так далее) звук в слове; продеть шнурок в дырочку и назвать слово на заданный звук; нарисовать столько горизонтальных линий, сколько знаем гласных звуков, одновременно называя их, и т.д.

Очень эффективно использование пальчикового театра в процессе работы по автоматизации звукопроизношения. Детям предлагается специально подобранный речевой материал на автоматизируемый звук (потешки, речевки, небольшие тексты и так далее) и одновременно с этим на пальчик надевается игрушка, которая обыгрывается соответственно с текстом, формируя у ребенка выразительные движения руки. Автоматизация звукопроизношения как бы «отходит» для ребенка на второй план, уступая место игре, что способствует формированию более прочных речедвигательных кинестезии.

В соответствии с задачами перспективного планирования подбирались соответствующие методы и приемы работы, а так же речевой и графический материал, который распределялся в сетке занятий согласованно с лексической темой или темой занятия по обучению грамоте. В тетради для занятий воспитателей по заданию логопеда еженедельно планировались задания на закрепление определенного графического навыка.

В коррекционной работе использовались следующие приемы:

- ✓ статические упражнения, сопровождающиеся стихотворным текстом;
- ✓ упражнения на релаксацию;
- ✓ обводка трафаретов;
- ✓ дорисовывание по точкам;
- ✓ штриховка и раскрашивание в пределах контура рисунка;
- ✓ рисование прямых, ломаных, дугообразных, петлевидных линий по клеточкам; печатание по клеткам;
- ✓ выкладывание из палочек фигур и букв;
- ✓ шнуровка, застегивание (расстегивание) пуговиц;
- ✓ «пальчиковый бассейн» (на основе природного материала, на основе воды различной температуры);
- ✓ «пальчиковый батут» (на основе воздушных шариков различной упругости);
- ✓ использование логопедической щетки «ежик», разноцветных прищепок, резинок различной степени упругости, «сыпалок» (мешочков, наполненных крупами различной величины), деревянных массажеров и природного материала, их заменяющего (например, еловая шишка может быть использована в качестве активизатора двигательных кинестезии, проприорецептивных ощущений, когда ребенку в соответствии с речевым заданием дается задание «прокатить» шишку между ладонями, по столу и так далее).

Вариативность представляемого материала по всем разделам логопедической работы не ограничивается, но приемы работы усложняются в соответствии с периодом обучения и индивидуальной сформированностью навыков у ребенка.

3.2. Анализ результатов контрольного эксперимента

Для определения эффективности проведенной коррекционной работы с детьми со стертой дизартрией было проведено повторное диагностирование по той же методике, что и на констатирующем этапе исследования.

По итогам анализа результатов диагностики все дети были распределены на 3 подгруппы по степени сформированности общей произвольной моторики:

14 детей со стертой дизартрией были отнесены нами к высокой степени сформированности общей моторики (5,6-7 балла). Для детей данной группы характерно полноценное, четкое выполнение всех предложенных поз и движений, что говорит о сформированности общей моторики.

Средняя степень сформированности общей моторики (4,2-5,5) была характерна для 6 детей со стертой дизартрией. У этих детей отмечены ошибки в пространственной организации движений – незнание сторон тела; ведущей руки; неуверенность выполнения.

Низкая степень сформированности общей моторики (до 4,2) – 3 детей со стертой дизартрией не выявлена.

Результаты констатирующего эксперимента: высокий уровень сформированности общей моторики показали 12 детей; средний уровень – 5 детей; низкий уровень – 3 детей. Это составило 80%. Показатели возросли на 3,5%.

Обследование мимической моторики показало, что выполнение тестов этой методики вызвало некоторые затруднения у детей со стертой дизартрией: уровень сформированности мимической моторики – высокий (81%).

Большинство детей очень хорошо выполнили задание на передачу 85 радости (92,5%), затруднения возникали при передаче мимики удивления (63,75%), печали (86,25%), «сомнения» (80%).

По итогам анализа результатов диагностики все дети были распределены на 3 подгруппы по степени сформированности мимической моторики:

Высокая степень сформированности мимической моторики (4-5 балла) отмечалась у 12 детей со стертой дизартрией. У детей с высокой степенью сформированности произвольной мимической моторики мы отметили следующие характеристики мимики: живая, ненапряженная.

Средняя степень сформированности мимической моторики (3-4 балла) была характерна для 8 детей со стертой дизартрией. У детей со средней степенью сформированности мимической моторики мы отметили нечеткое выполнение мимических поз; недостаточный объем и дифференцированность движения мышц лба, щек.

Низкая степень сформированности мимической моторики (до 3 баллов) не выявлена.

Показания констатирующего эксперимента: высокую степень сформированности мимической моторики (4-5 балла) показали 11 детей; среднюю – 6 детей и низкую – 3 детей. Это составило 75%. Показатели улучшились на 6%.

В результате обследования сформированности речевой моторики была выявлена недостаточность речедвигательной функциональной системы почти у всех детей.

По итогам анализа результатов диагностики речевой моторики все дети экспериментальной группы были распределены на 3 подгруппы по степени сформированности речевой моторики:

12 детей со стертой дизартрией были отнесены нами к группе с высокой степенью сформированности речевой моторики (5,6-7). Эти дети правильно выполняли все движения, которые были достаточной силы, объема, все позы удерживались без напряжения.

Средняя степень сформированности речевой моторики (4,2-5,5) выявлена у 8 детей со стертой дизартрией. У детей этой подгруппы выявлены

незначительные изменения объема, силы, точности движений, наличие единичных синкинезий.

Низкая степень сформированности речевой моторики (до 4,2) не выявлена.

По сравнению с констатирующим экспериментом эти показатели тоже улучшились. Высокая степень сформированности орального праксиса была у 11 детей, средняя – у 5 детей и низкая – у 4 детей. Что составило 73%. Показания улучшились на 10,5%.

Результаты диагностики тонких движений пальцев рук детей.

По итогам анализа результатов диагностики тонких движений пальцев рук все дети экспериментальной группы были распределены на 3 подгруппы по степени сформированности мелкой моторики

В подгруппу детей с высокой степенью сформированности мелкой моторики (4,8-6 баллов) вошли 14 детей со стертой дизартрией. Эти дети испытывали лишь незначительные затруднения в некоторых заданиях. 7 детей справились с заданиями методики безошибочно (100%). В целом, у детей с высокой степенью мы отметили плавное, точное и одновременное выполнение проб;

Средняя степень сформированности мелкой моторики (3,6-4,7 балла) была выявлена у 6 детей со стертой дизартрией. У детей отмечалось частичное, недостаточно четкое выполнение, напряженность, скованность движений; единичное нарушение темпа выполнения движений (не под счет логопеда);

Низкая степень сформированности мелкой моторики (до 3,6) не выявлена.

Уровень выполнения заданий методики №4 – высокий (86,45%).

Таким образом, у детей со стертой дизартрией мы выявили следующие особенности формирования моторных функций: напряженность, скованность движений пальцев рук; незначительные нарушения темпа выполнения движений, трудности формирования уклада из пальцев обеих рук.

Итоговые результаты обследования моторных функций детей.

По итогам диагностики все дети были распределены на 3 подгруппы:

Высокая степень развития моторных функций (20-25 баллов) отмечалась у 13 детей со стертой дизартрией. Для детей данной группы характерно полноценное, четкое выполнение всех предложенных в методике №1 поз и движений, что говорит о сформированности общей моторики. Эти дети правильно выполняли все артикуляционные движения, которые были достаточной силы, объема, все позы удерживались без напряжения. Дети данной группы обладают живой, ненапряженной мимикой, мелкие движения пальцев рук плавные, точные, доступно одновременное выполнение проб двумя руками.

Среднюю степень развития моторных функций (15-20 баллов) показали 7 детей со стертой дизартрией. У этих детей отмечены ошибки в организации общих движений, невозможность удержания поз, неуверенность выполнения, нечеткое выполнение мимических поз; недостаточный объем и дифференцированность движения мышц лба, щек. У детей этой подгруппы выявлены незначительные изменения объема, силы, точности артикуляционных движений, наличие единичных синкинезий. У детей отмечалось частичное, недостаточно четкое выполнение упражнений для пальцев рук, напряженность, скованность движений пальцев рук; единичное нарушение темпа выполнения движений.

Низкая степень развития моторных функций (до 15) не выявлена. Средний показатель сформированности психомоторных функций у детей со стертой дизартрией высокий, 83,6%.

Для определения эффективности проведенной коррекционной работы сравним результаты констатирующего и контрольного эксперимента в экспериментальной группе дошкольников со стертой дизартрией.

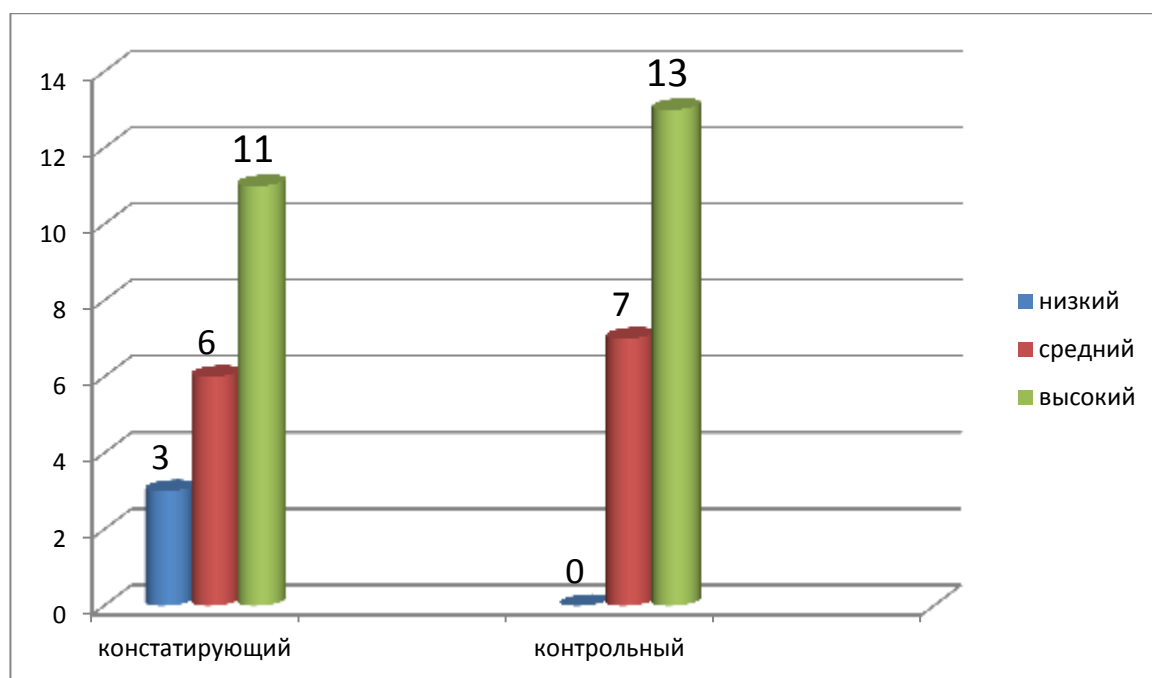


Рис.2. Динамика сформированности моторики детей с дизартрией

Мы видим, что показатель с высоким уровнем моторных функций по сравнению с констатирующим экспериментом вырос и составил 13 детей, это на 2 детей больше. Также вырос показатель детей со средним уровнем.

Все это говорит о положительной динамике и эффективности проведенной нами работы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У ребенка в онтогенезе артикуляционная и мелкая моторика развивается не только в биологически обусловленном дозревании соответствующих морфологических субстратов мозга, но и в накоплении им на этой основе индивидуального двигательного опыта, обретаемого исключительно в процессе речевого общения с окружающими людьми.

У детей со стертой дизартрией страдает качество движений: смазанность, нечеткость движений, они неловки, замедленны или наоборот импульсивны, быстро утомляются. У таких детей наблюдаются нарушения тонуса, гиперкинезы, апраксии, девиация, гиперсаливация. Слабое развитие моторики сказывается на различных видах деятельности. Все это приводит во время речи к искажению звуков, смещению их и ухудшению в целом просодической стороны речи.

Взаимосвязь общей и речевой моторики изучена и подтверждена исследованиями многих крупнейших учёных, таких как И.П. Павлов, А.А. Леонтьев, А.Р. Лурия.

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.

Начинать работу по развитию мелкой и артикуляционной моторики нужно с самого раннего возраста. Введение в практику специальных логопедических технологий позволяет усовершенствовать коррекционный процесс. Они направлены на нормализацию мышечного тонуса (который, как правило, нарушен при расстройствах речи), что способствуют улучшению психоэмоционального состояния детей, развитию речи, развитию речевого дыхания и развитию мелкой моторики.

Мы выбрали для обследования детей со стертой дизартрией методику Г.А. Волковой, т.к. она проста в применении, отвечает всем требованиям в развитии психомоторных функций, в ней собран материал, позволяющий проводить коррекционные мероприятия по всем направлениям речевого развития и это пособие Г.А. Волковой может быть использовано для обследования детей всех возрастов и является достоверным в получении результатов.

Для обследования артикуляционной и мелкой моторики участвовали дети логопедической группы МБДОУ Николаевский детский сад «Солнышко», р.п. Николаевка, Николаевского района, Ульяновской области. Экспериментальную группу 20 человек составили дети 5 лет со стертой дизартрией.

У детей со стертой дизартрией мы выявили следующие особенности формирования моторных функций: замедленность движений при формировании позы либо излишняя суетливость; трудности удержания позы, нарушения статической и динамической координации и переключаемости; затруднения в пространственной организации движения; трудности выполнения словесной инструкции; недостатки при выполнении и удержании мимических поз, вялая либо напряженная мимика; снижение объема, точности, силы артикуляционных движений, чрезмерная истощаемость; некоторые артикуляционные позы недоступны; наличие синкинезий и гиперсаливации; девиации языка; напряженность, скованность движений пальцев рук; нарушения темпа, трудности формирования уклада из пальцев обеих рук.

По результатам анализа констатирующего эксперимента были сделаны следующие выводы:

1. Для дошкольников со стертой дизартрией характерен средний уровень сформированности моторных функций (средний балл 24,45 – 76%).
2. Состояние моторики у детей со стертой дизартрией неоднородно: по итогам диагностики все дети экспериментальной группы были

распределены на 3 подгруппы: высокую степень развития моторных функций показало 11 детей, среднюю степень – 6 детей, низкую – 3 ребенка со стертой дизартрией.

3. У детей со стертой дизартрией достаточно развита произвольная общая моторика, менее развита мелкая (79%) и мимическая моторика (75%) и наиболее затруднено формирование речевой моторики – 73%.

4. У детей со стертой дизартрией мы выявили следующие особенности формирования моторики: замедленность движений при формировании позы; недоступность либо трудности удержания позы, нарушения статической и динамической координации и переключаемости; затруднения в пространственной организации движения; трудности выполнения словесной инструкции; наличие синкинезий и гиперсаливации; нарушения темпа выполнения движений.

Для осуществления успешной коррекционной работы по преодолению особенностей артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрии необходимо выделить основные аспекты:

- ✓ Осуществление дифференцированного подхода в преодолении дизартрии, с повышенным или пониженным мышечным тонусом.

- ✓ Важным фактором в работе с детьми со стертой формой дизартрии является формирование четких статико-динамических ощущений артикуляционных мышц.

- ✓ Системность в работе по формированию фонематических операций, развитию мелодико-интонационной стороны речи, процессов дыхания, голосообразования, артикуляции, мелкой моторики.

В результате формирующего эксперимента среднегрупповой показатель у детей вырос на 6,6%.

Таким образом, гипотеза нашего исследования полностью подтвердилась. Предлагаемые технологии для детей, участвующих в эксперименте оказались эффективными.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аванесов, Р.И. Фонетика современного русского языка / Р.И. Аванесов. [Электронный ресурс]: – М., 1956. – Режим доступа: <http://dazor.narod.ru/books/avanesov-fonetika/avanesov-fonetika.htm>
2. Агранович, З.Е. Сборник домашних заданий в помощь логопедам и родителям для преодоления лексико-грамматического недоразвития речи у дошкольников с ОНР / З.Е. Агранович. – СПб.: Детство-Пресс, 2001. – 127 с.
3. Акименко, В.М. Новые логопедические технологии: учебно-метод. пособие / В.М. Акименко. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 105 с.
4. Акименко, В.М. Применение моделей артикуляции звуков при коррекции фонематического недоразвития речи у дошкольников / В.М. Акименко. // Логопед. – 2005. – №1. – С. 4-9.
5. Алябьева, О.В. Логопсихология / О.В. Алябьева. – Мн.: Книжный дом, 2010. – 216 с.
6. Аленькина, Т.Н. Гармонизация движений, эмоций и общения детей с нарушениями речи средствами психогимнастики / Т.Н. Аленькина, О.В. Никитина. // Логопед – №5 – 2006. – С.24-33.
7. Анохин, П.К. Избранные труды. Философские аспекты теории функциональной системы [Электронный ресурс]: / П.К. Анохин. – М., 1983. – Режим доступа: <https://djvu.online/file/OhEniGcitLY7b>
8. Архипова, Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: учебное пособие для студентов педагогических ВУЗов / Е.Ф. Архипова. – М.: АСТ: Астрель, 2007. – 224 с.
9. Архипова, Е.Ф. Стертая дизартрия у детей / Е.Ф. Архипова. – М.: АСТ, 2006. – 238 с.
10. Бернштейн, Н.А. Физиология движений и активность / Н.А. Бернштейн. – М., 1990. – 182 с.
11. Бизюк, А.П. Компендиум методов нейропсихологического исследования / А.П. Бизюк. – СПб., 2005. – 456 с.

12. Балобанова, В.П. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения / В.П. Балобанова, Л.Г. Богданова, Л.В. Венедиктова. – СПб.: Детство-Пресс, 2001. – 476 с.
13. Беккер, К.-П. Логопедия: Пер. с нем. / К.-П. Беккер, М. Совак. – М.: Медицина, 1981. – 164 с.
14. Билец, К.Д. Сборник логопедических занятий для дошкольников / К.Д. Билец. – СПб.: Питер, 2009. – 326с.
15. Буслаева, Е.Н. Состояние фонематического слуха у учащихся младших классов / Е.Н. Буслаева. // Дефектология, 2002. – №2. – С. 17-21.
16. Варенцова, Н.С. Развитие фонематического слуха у дошкольников / Н.С. Варенцова, Е.В. Колесникова. – М.: Аверсэв, 2010. – 176 с.
17. Винарская, Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии: Периодика раннего развития. Эмоциональные предпосылки освоения языка / Е.Н. Винарская. – [Электронный ресурс]: М., 1987. – Режим доступа: <https://pedlib.ru/Books/5/0096/index.shtml>
18. Волкова, Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики. / Г.А. Волкова. – СПб.: Акрис, 2005. – 144 с.
19. Волкова, Л.С. Логопедия. Методическое наследие // Под ред. Л.С. Волковой // Кн. I: Нарушения голоса и звукопроизносительной стороны речи: В 2 ч. – Ч. 2. Дислалия. – М.: Владос, 2007. – 479 с.
20. Волосовец, Т.В. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению / Т.В. Волосовец. – М.: Академия, 2008. – 433 с.
21. Выготский, Л.С. Мышление и речь / Л.С. Выготский. [Электронный ресурс]: – М., 1999. – Режим доступа: <https://pedlib.ru/Books/1/0162/index.shtml>
22. Гвоздев, А.Н. Вопросы изучения детской речи / А.Н. Гвоздев. [Электронный ресурс]: – М., 1961. – Режим доступа: https://vk.com/wall204499715_55

23. Глазырина, Л.Д. Физическая культура – дошкольникам / Л.Д. Глазырина. – М., 2001. – 144 с.
24. Гуревич, М.О. Психомоторика / М.О. Гуревич, Н.И. Озерецкий. – М., 1930. Т. 1. – 342 с.
25. Гуровец, Г.В., Маевская С.И. К вопросу диагностики стертых форм псевдобульбарной дизартрии // Вопросы логопедии. – М., 1978. – С. 27-37.
26. Карелина, И.Б. Новые направления в коррекции минимальных дизартрических расстройств // Дефектология. – 2000. – № 1. – С. 24-26.
27. Каше, Г.А. Подготовка к школе детей с недостатками речи / Г.А. Каше. [Электронный ресурс]: – М.: Просвещение, 1985. – [Режим доступа: http://nashsad19.pravorg.ru/files/2013/09/Каше-Г_А-Подготовка-к-школе-детей-с-недостатками-речи_-Учебное-пособие.pdf](http://nashsad19.pravorg.ru/files/2013/09/Каше-Г_А-Подготовка-к-школе-детей-с-недостатками-речи_-Учебное-пособие.pdf)
28. Каше, Г.А. Формирование произношения у детей с общим недоразвитием речи / Г.А.Каше. [Электронный ресурс]: – М.: 1962. – Режим доступа: https://pedlib.ru/Books/1/0255/1_0255-4.shtml
29. Колесникова, Е.В. Развитие фонематического слуха у дошкольников / Е.В. Колесникова. – М.: Овал, 2008. – 432 с.
30. Кольцова, М.М. Ребенок учится говорить / М.М. Кольцова. – М, 1973. – Режим доступа: https://vk.com/wall-68624275_132
31. Кольцова, М.М. Двигательная активность и развитие функции мозга ребёнка / М.М. Кольцова. [Электронный ресурс]: – М.: 1973. – Режим доступа: https://pedlib.ru/Books/5/0362/5_0362-105.shtml
32. Коноваленко, В.В. Коррекционная работа воспитателя в подготовительной логопедической группе (для детей с ФФН) / В.В. Коноваленко, С.В. Коноваленко. – М.: Олма-пресс, 2010. – 190 с.
33. Копытова, С.В. Коррекционная работа с детьми с дизартрическими расстройствами речи // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2006. – №3. – С. 63-69.
34. Кучергина, О.В. Профилактика нарушений звукопроизношения у детей дошкольного возраста // Логопед, – 2004. – №5. – С. 54-57.

35. Левченко, И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько. – М.: Академия, 2001. – 192 с.

36. Лепская, Н.И. Язык ребенка (онтогенез речевой коммуникации) / Н.И. Лепская. – М., 2000, – 380 с.

37. Леонтьев, А.А. Язык и речевая деятельность в общей и педагогической психологии / А.А. Леонтьев. – М.: Моск. психол. – соц. ин-т; Воронеж: МОДЭК, 2001. – 447 с.

38. Лизунова, Л.Р. Профилактика нарушений звукопроизношения у детей дошкольного возраста // Логопед, – 2004. – №4. – С. 70-72.

39. Лурия, А.Р. Речь и развитие психических процессов у ребенка [Электронный ресурс]: / А.Р. Лурия. – Режим доступа: <https://search.rsl.ru/ru/record/01005890792>

40. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. [Электронный ресурс]: – М.: 2000. – Режим доступа: https://vk.com/wall-17100520_27205

41. Любина Г.Р, Желонкин О.П. Рука развивает мозг // Ребенок в детском саду – 2003 – №5 – С. 31-34.

42. Мартынова, Р.И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрий и функциональной дислалией // Расстройства речи и методы их устранения/ Под ред. С.С. Ляпидевского, С.Н. Шаховской. – М., 1975. – С. 79-91.

43. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Дизартрия // Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. – М., 1997. – Т1. – С. 227-254.

44. Мелехова, Л.В. Дифференциация дислалий // Очерки по патологии речи и голоса / Под ред. С.С. Ляпидевского. – М., 1967. – С. 77-97.

45. Морфофункциональное созревание основных физиологических систем организма детей дошкольного возраста / Под ред. М.В. Антроповой, М.М. Кольцовой. – М., 1983. – 160 с.
46. Правдина, О.В. Логопедия / О.В. Правдина. [Электронный ресурс]: – М., 1973. – Режим доступа: <https://pedlib.ru/Books/2/0001/index.shtml>
47. Правдина, О.В. Дизартрия / Л.В. Правдина. [Электронный ресурс]: – М.: 2002. – Режим доступа: <https://pedlib.ru/Books/2/0001/2-0001-83.shtml>
48. Поваляева, М.А. Справочник логопеда / Поваляева М.А. – Ростов н/Д., Феникс, 2010. – 448 с.
49. Розенгарт-Пупко, Г.Л. Формирование речи у детей раннего возраста / Г.Л. Розенгарт-Пупко. [Электронный ресурс]: – М., 1963. – Режим доступа: https://vk.com/wall-163908593_8
50. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. [Электронный ресурс] – СПб., 2004. – Режим доступа: – https://pedlib.ru/Books/1/0180/1_0180-1.shtml
51. Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я. Дизартрии // Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. – М., 1972. – С. 222-277.
52. Филичева, Т.Б. Основы логопедии: учебное пособие для студентов пед ин-тов по спец. «Педагогика и психология (дошк.)». / Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева. [Электронный ресурс]: – М., 1989. – Режим доступа: <https://pedlib.ru/Books/2/0032/index.shtml>
53. Филичева, Т.Б. Коррекция нарушений речи. Программы дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушениями речи / Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина, Т.В. Туманова. [Электронный ресурс]: – М.: Просвещение, 2016. – Режим доступа: <https://search.rsl.ru/ru/record/01008996249>
54. Фомичёва, М.Ф. Воспитание у детей правильного произношения / М.Ф. Фомичева. [Электронный ресурс]: – М., 1989. – Режим доступа: <https://pedlib.ru/Books/1/0460/index.shtml>

55. Хватцев, М.Е. Логопедия / М.Е. Хватцев. [Электронный ресурс]: – М., 1963. – Режим доступа: <https://pedlib.ru/Books/2/0327/index.shtml>
56. Хватцев, М.Е. Логопедия: работа с дошкольниками / М.Е. Хватцев. [Электронный ресурс]: – М., 1996. – Режим доступа: <https://pedlib.ru/Books/2/0327/index.shtml>
57. Цейтлин, С.Н. Язык и ребенок: Лингвистика детской речи / С.Н. Цейтлин. [Электронный ресурс]: – М., 2000. – Режим доступа: https://vk.com/wall-174852324_5572
58. Чиркина, Г.В. Методы обследования речи детей: пособие по диагностике речевых нарушений / Г.В. Чиркина. – М.:АРКТИ, 2003. – 240 с.
59. Шашкина, Г.Р. Логопедическая работа с дошкольниками. / Г.Р. Шашкина, Л.П. Зернова, И.А.Зими́на. – М.: Академия, 2003. – 240 с.
60. Эльконин, Д.Б. Развитие речи в дошкольном возрасте / Д.Б. Эльконин. [Электронный ресурс]: – М., 1958. – Режим доступа: <https://elib.bspu.by/bitstream/doc/53797/1/Эльконин%20о%20развитии%20речи%20детей%20в%20дошкольном%20возрасте.pdf>

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
Пензенский педагогический институт им. В. Г. Белинского

Факультет педагогики, психологии
и социальных наук

Кафедра «Дошкольное и
дефектологическое образование»

Направление подготовки:
Специальное «дефектологическое»
образование
Профиль подготовки: «Логопедия»

Утверждаю: зав. кафедрой
Корчагина Л.Н.

«16» ноября 2022 г.

Л.Н. Корчагина

Задание

По выпускной квалификационной работе О.А. Ткаченко

1. Тема работы Формирование артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией

Утверждена приказом по Университету «30» ноября 2022 г. № 10552/0

2. Срок сдачи студентом законченной работы «01» июля 2023 г.

3. Исходные данные к работе:

Цель работы – изучить уровень сформированности артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией и средствами логопедических технологий сформировать данные процессы у детей.

Объект исследования: моторная сфера у детей со стертой дизартрией.

Предмет исследования: логопедические технологии по формированию артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией.

4. Перечень подлежащих разработке вопросов:

1. Рассмотреть теоретические аспекты изучения и коррекции артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией.

2. Провести констатирующий эксперимент по определению уровня развития артикуляционной и мелкой моторики детей со стертой дизартрией.

3. Провести формирующий эксперимент по развитию артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией.

4. Выявить результативность разработанной программы.

5. Календарный план

№ п/п	Наименование этапов ВКР	Сроки выполнения этапов	Примечания
1.	Провести анализ литературы по проблеме нарушения и коррекции артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией.	Июль-август 2022	
2.	Провести анализ количественных и качественных характеристик артикуляционной и мелкой моторики детей со стертой дизартрией в ходе констатирующего эксперимента.	Сентябрь 2022	
3.	Апробировать систему логопедической работы по развитию артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией в ходе обучающего эксперимента.	Октябрь 2022-март 2023	
4.	Провести контрольный эксперимент и проверить эффективность проведенной работы.	Апрель 2023	

6. Дата выдачи задания «1» июль 2022 г.

Руководитель _____

(подпись)

Задание принял к исполнению _____

(подпись)

Отзыв

на выпускную квалификационную работу О.А. Ткаченко «Формирование артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией»

Выпускная квалификационная работа О.А. Ткаченко посвящена одной из актуальных проблем современной логопедии – нарушению и развитию артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой дизартрией. У детей данной категории выявляются патологические особенности в артикуляционном аппарате, которые необходимо устранять как можно раньше. Эти факты подтверждают актуальность выбранной темы.

Ольга Александровна умело и глубоко поработала со специальной литературой, благодаря чему работа получила солидное теоретическое обоснование.

Студенткой проведено экспериментальное изучение по определению уровня развития артикуляционной и мелкой моторики детей со стертой дизартрией. В ходе проведенного исследования было замечено, что уровень сформированности артикуляционной и мелкой моторики детей со стертой дизартрией значительно отстает от нормы.

Работа завершается методической частью: разработкой системы приемов логопедической коррекции артикуляционной и мелкой моторики детей со стертой дизартрией.

Проведенное итоговое обследование доказало эффективность выбранной системы коррекционных упражнений.

Ольга Александровна проявила себя как серьезный, вдумчивый исследователь, умеющий глубоко осмысливать проблему, осуществлять теоретическую и практическую ее разработку, грамотно оформлять свои мысли.

Выпускная квалификационная работа О.А. Ткаченко является самостоятельным, целостным законченным исследованием одной из актуальных проблем логопедии. Работа выполнена в соответствии с требованиями ГАК, заслуживает высокой оценки и может быть допущена к защите.

Руководитель работы:
К.п.н., доцент кафедры
ДиДО



О.В. Сафонова

СПРАВКА

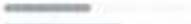
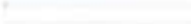
Пензенский государственный университет

о результатах проверки текстового документа
на наличие заимствований

ПРОВЕРКА ВЫПОЛНЕНА В СИСТЕМЕ АНТИПЛАГИАТ.VUZ

Автор работы: Ткаченко Ольга Александровна
Самоцитирование
рассчитано для: Ткаченко Ольга Александровна
Название работы: Ткаченко О.А. Формирование артикуляционной и мелкой моторики у детей со стертой
дизартрией
Тип работы: Выпускная квалификационная работа
Подразделение: Кафедра "Дошкольное и дефектологическое образование"

РЕЗУЛЬТАТЫ

СОВПАДЕНИЯ		42.03%
ОРИГИНАЛЬНОСТЬ		56.91%
ЦИТИРОВАНИЯ		1.06%
САМОЦИТИРОВАНИЯ		0%

ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ПРОВЕРКИ: 05.06.2023



Структура документа: Проверенные разделы: основная часть с.3-71

Модули поиска: ИПС Адилет; Библиография; Сводная коллекция ЭБС; Интернет Плюс*; Сводная коллекция РГБ; Цитирование; Переводные заимствования (RuEn); Переводные заимствования по eLIBRARY.RU (EnRu); Переводные заимствования по Интернету (EnRu); eLIBRARY.RU; СПС ГАРАНТ: аналитика; СПС ГАРАНТ: нормативно-правовая документация; Медицина; Диссертации НББ; Коллекция НБУ; Перефразирования по eLIBRARY.RU; Перефразирования по Интернету; Перефразирования по Интернету (EN); Патенты СССР, РФ, СНГ; Модуль поиска "ПГУ"; СМИ России и СНГ; Шаблонные фразы; Кольцо вузов; Издательство Wiley; Переводные заимствования

Работу проверил: Сафонова Ольга Владимировна

ФИО проверяющего

Дата подписи:

5.06.23



Подпись проверяющего



Чтобы убедиться
в подлинности справки, используйте QR-код,
который содержит ссылку на отчет.

Ответ на вопрос, является ли обнаруженное заимствование
корректным, система оставляет на усмотрение проверяющего.
Предоставленная информация не подлежит использованию
в коммерческих целях.