

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Уральский государственный педагогический университет»  
Институт специального образования

Кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза

**Формирование моторного праксиса в коррекционной работе  
с детьми старшего дошкольного возраста  
с псевдобульбарной дизартрией**

Выпускная квалификационная работа  
44.04.03 – Специальное (дефектологическое) образование  
магистерская программа «Логопедия»

Квалификационная работа  
допущена к защите  
Зав. кафедрой  
логопедии и клиники дизонтогенеза  
к.п.н., профессор И. А. Филатова

\_\_\_\_\_

дата

\_\_\_\_\_

подпись

Исполнитель:  
Аникеенко Галина Валентиновна,  
обучающийся группы ЛОГ-1601z  
заочного отделения

\_\_\_\_\_

подпись

Научный руководитель:  
Каракулова Елена Викторовна,  
кандидат педагогических наук,  
доцент кафедры логопедии и клиники  
дизонтогенеза

\_\_\_\_\_

подпись

Екатеринбург 2018

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИЗУЧЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ МОТОРНОГО ПРАКСИСА В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ.....	8
1.1. Роль моторного праксиса в речевом развитии детей.....	8
1.2. Закономерности развития моторного праксиса у детей в онтогенезе.....	13
1.3. Психолого-педагогическая характеристика дошкольников с псевдобульбарной дизартрией.....	23
1.4. Характеристика моторного праксиса у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией.....	36
ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СФОРМИРОВАННОСТИ МОТОРНОГО ПРАКСИСА И ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ.....	43
2.1. Организация и методика исследования моторного праксиса у детей старшего дошкольного возраста.....	43
2.2. Методика исследования фонетической стороны речи, фонематического слуха и восприятия у детей старшего дошкольного возраста.....	45
2.3. Анализ результатов исследования общей, мелкой, мимической и артикуляционной моторики у детей старшего дошкольного возраста.....	46
2.4. Анализ результатов исследования фонетической стороны речи, фонематического слуха и восприятия у детей старшего дошкольного возраста.....	52
ГЛАВА 3. КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА ПО ФОРМИРОВАНИЮ МОТОРНОГО ПРАКСИСА В СТРУКТУРЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОГО НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТИЕЙ....	59
3.1. Теоретическое обоснование и принципы коррекционной работы по	

формированию моторного праксиса в структуре преодоления фонетико-фонематического недоразвития речи у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией.....	59
3.2. Содержание коррекционной работы по формированию моторного праксиса в структуре преодоления фонетико-фонематического недоразвития речи у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией.....	61
3.3. Результаты экспериментального обучения детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией.....	76
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	82
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	87

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования:** в логопедии одной из актуальных проблем является повышение эффективности коррекционной логопедической работы по устранению нарушений речи у дошкольников с клиническим диагнозом псевдобульбарная дизартрия. По данным отечественных исследователей Е. М. Мастюковой, О. Б. Иншаковой в настоящее время количество детей с псевдобульбарной дизартрией, которые испытывают трудности в освоении программ обучения и развития в дошкольных учреждениях, выросло. Эти трудности сказываются на процессе обучения ребенка в школе уже с первых дней. Дошкольники с дизартрией в определенный момент начинают замечать свое отставание от сверстников в различных сферах жизни при осуществлении тех или иных умственных и физических действий, что приводит к затруднениям в общении, особенно с незнакомыми сверстниками и взрослыми.

М. М. Кольцова в исследованиях отмечает значительное влияние произвольной моторики пальцев рук на функционирование речевых зон коры головного мозга и формирование речи ребенка. Вследствие органического поражения центральной нервной системы при псевдобульбарной дизартрии, выраженным дефектом является недоразвитие всей моторной сферы. Возникающие дефекты произношения стойкие и трудно-устраняемые. Они могут вызывать недоразвитие вторичных процессов, а именно фонематического слуха и восприятия и лексико-грамматической стороны, которые затрудняют овладение письмом и чтением.

Ранняя коррекция моторных и речевых нарушений не позволят появиться недоразвитию фонематического и лексико-грамматических компонентов речи. В связи с выше изложенным, тема преодоления недоразвития моторного праксиса у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией является актуальной и одной из важнейших в плане подготовки ребенка к обучению в школе.

Анализ специальной научной и методической литературы по проблеме коррекции звукопроизношения у детей дошкольного возраста с дизартрией показал недостаточную изученность вопросов, касающихся повышения эффективности коррекции звукопроизношения у детей дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией. В литературе в основном представлены традиционные приемы по развитию тонких движений рук. Мало уделяется внимания на растяжение и расслабление мышц.

В связи с этим особую актуальность приобретает создание модели организации моторного праксиса, позволяющей повысить эффективность логопедической работы, которая учитывает общие закономерности и особенности развития дошкольников с синдромом последствий цереброорганических нарушений, заинтересовывает ребенка к ручной трудовой деятельности.

**Теоретическая значимость** исследования выражается в углублении представлений о механизмах нарушения моторной и речевой сфер у детей рассматриваемой категории, обосновании необходимости планомерного и систематического формирования общей, мелкой, мимической и артикуляционной моторики с целью повышения эффективности преодоления речевого недоразвития у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией.

**Практическая значимость** исследования заключается в разработке и апробации методик формирования моторного праксиса в структуре преодоления фонетико-фонематического недоразвития у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией, которые можно успешно применять в практической деятельности учителям-логопедам, педагогам ДООУ и родителям детей старшего дошкольного возраста.

**Объект исследования** – моторный праксис, фонетическая сторона речи, фонематический слух и восприятие, их взаимосвязь и процесс коррекции выявленных моторных нарушений в структуре преодоления фонетико-фонематического недоразвития речи у детей старшего

дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией.

**Предмет исследования** – содержание коррекционной работы по формированию моторного праксиса в структуре преодоления фонетико-фонематического недоразвития речи у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией.

**Гипотеза исследования.**

Предполагаем, что активное включение в коррекционный процесс методов и приемов формирования моторного праксиса повысит эффективность коррекции фонетико-фонематического недоразвития у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией.

**Цель исследования** – теоретически обосновать, разработать и экспериментально проверить эффективность работы по формированию моторного праксиса в структуре преодоления фонетико-фонематического недоразвития речи у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией.

В соответствии с объектом, предметом и целью исследования были поставлены следующие **задачи**:

1. Провести анализ научно-методической литературы по вопросам, связанным с изучением особенностей развития моторного праксиса у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией, роли моторного праксиса в речевом развитии детей.

2. Провести констатирующий эксперимент, направленный на изучение моторной сферы, фонетической стороны речи и фонематического слуха и восприятия у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией, проанализировать результаты и определить влияние недоразвития моторного праксиса на характер недоразвития фонетико-фонематических процессов у детей.

3. Теоретически обосновать содержание работы по формированию моторного праксиса у детей дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией, разработать и провести формирующий этап эксперимента по

формированию моторного праксиса у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией и проанализировать эффективность проведенной работы.

**Методологической основой** исследования явились положения:

1. О взаимосвязи моторной сферы ребенка с состоянием речи (Н. А. Бернштейн, А. Н. Гвоздев, М. М. Кольцова).
2. О высших психических функциях (Л. С. Выготский, А. Р. Лурия).
3. О психофизиологических механизмах формирования звукопроизношения в норме и патологии (Н. И. Жинкин, Р. Е. Левина, А. Р. Лурия, З. А. Репина).
4. О ведущей роли обучения в развитии ребенка (Л. С. Выготский).
5. О коррекционной направленности учебно-воспитательного процесса (Т. А. Власова, Л. С. Выготский, Т. И. Лубовский).

В процессе работы предполагается поэтапно применить следующие **методы исследования:**

1. Теоретические: теоретический анализ научной и научно-методической литературы по общей и специальной педагогике, медицине, нейропсихологии, психолингвистике, языкознанию и логопедии.
2. Эмпирические: изучение документации, констатирующий, обучающий и контрольный эксперимент.

# **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИЗУЧЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ МОТОРНОГО ПРАКСИСА В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ**

## **1.1. Роль моторного праксиса в речевом развитии детей**

Речевое развитие играет важную роль в познании ребенком окружающего мира и приспособлении его к требованиям человеческого общества [23]. Применение орудий труда со времен человекообразных обезьян потребовало уже не просто возгласов, а слов-наименований, а затем и слов-понятий [39].

Речь – это деятельность, которая осуществляется согласованной работой зрительного, слухового, двигательного и кинестетического анализаторов под контролем многих областей головного мозга и нервной системы [50].

Различают речь сенсорную – понимание того, что говорят другие, и моторную – произнесение звуков речи самим человеком.

Для формирования речи, особенно важное, значение имеет развитие речедвигательного и речеслухового анализаторов. По определению И. П. Павлова «речь – это прежде всего мышечные ощущения, которые идут от речевых органов в кору головного мозга» [62, с. 58].

Ученые, говоря об аппарате артикуляции, обычно, имеют в виду «органы речи» (губы, язык, гортань), подчеркивая этим термином их исполнительную роль [39].

Согласно Н. А. Бернштейну, моторная речь – это, прежде всего, результат деятельности мозга [10]. Произнесение звуков речи (артикуляция) требует координации движений губ, языка, гортани, участия полостей рта и носоглотки, дыхательных движений. При произнесении звуков в действие приводятся различные мышцы.



Звук не получится, если все движения не производятся в определенной последовательности. Отбор движений, нужных для произнесения тех или иных звукосочетаний, происходит в коре головного мозга. Там же составляется программа, по которой должны действовать мышцы артикуляторного аппарата. «Таким образом, понимание смысла слов осуществляется мозгом» [39, с. 7].

Согласно И. П. Павлову, мозг – это тот орган, высокий уровень организации которого дает возможность развитию речи. Для нормального становления речи ребенка необходимо, чтобы кора головного мозга достигла определенной зрелости, и органы чувств были достаточно развиты [62].

В 1870 году Фрич и Гитциг установили наличие в коре головного мозга изолированных двигательных центров. В. А. Бец в 1874 году выделил в коре передней центральной извилины гигантские пирамидные клетки, которые связал с моторной функцией.

Позднее группа ученых во главе с У. Пенфилдом в экспериментах на человеке путем раздражения коры головного мозга обнаружили, что за каждым его участком закреплена определенная психическая функция.

На неоднородность функций различных участков мозга указал и французский анатом П. Брока, который в 1861 году путем клинического наблюдения больных с локальным поражением мозга пришел к заключению, что в задней трети нижней доли левого полушария локализуется «центр моторных образов слов», где происходит вся работа по формированию двигательных речевых программ.

Структура двигательного анализатора имеет сложное строение. Как и все высшие психические функции человека, речь реализуется сложными структурными образованиями или функциональными системами, в которые объединены центральный и периферический отдел [27].

Центральный отдел представлен корой больших полушарий, подкорковыми и стволовыми образованиями, основная функция которых заключается в программировании и уточнении программ различных речевых

действий. Лобные префронтальные отделы коры головного мозга обеспечивают общие смысловые программы речевых высказываний, их последовательность, целенаправленность и контроль.

Височные отделы коры левого полушария обеспечивают фонемное восприятие, следовательно, опознание языковых единиц в устной речи. Двигательные отделы обеспечивают выбор артикуляционных программ и переключение от одной артикуляции к другой в процессе говорения. Затылочные отделы коры левого полушария выполняют функцию букворазличения.

Проводящие пути, соединяющие кору головного мозга с ядрами мозговых нервов, находящихся в стволе продолговатого мозга, обеспечивают передачу речедвигательных программ, уточнение которых происходит в мозжечке (координация движения). От ядер мозговых нервов начинается периферический путь к исполнительным органам, к мышцам периферического аппарата (дыхательный, голосовой, артикуляционный) [50].

Согласно И. П. Павлову все мышцы связаны с нервной системой посредством условно-рефлекторных дуг [62]. А. Р. Лурия уточнил конкретный состав корковых зон, участвующих в мозговой организации движений и действий, и включил в понятие «двигательный анализатор» не только моторные, но и сенсорные, и ассоциативные корковые поля [50].

Принято выделять афферентную и эфферентную стороны в организации движений [50]. Они обеспечиваются разными уровнями нервной системы, на каждом из которых опосредуют различные типы движений. При выполнении последних решающее звено перемещается от афферентных к эфферентным синтезам [9]. Так, возбуждение от мышц передается в спинной мозг по афферентным волокнам, далее по пучкам Голля и Бурдаха достигает центральную и теменную области больших полушарий.

Афферентная организация движений обеспечивается постцентральными отделами коры, состоящими из первичных (моторная кора) и вторичных зон (премоторная кора). Моторная кора, расположенная в пределах передней

центральной извилины, представлена клетками Беца (пятый эфферентный слой), которые являются началом двигательного пирамидного пути. Они имеют соматотопическое строение. Так, нижние конечности представлены в верхних отделах; верхние – в средних отделах; лицо, губы, язык – в нижних отделах первичных зон теменной коры противоположного полушария.

Областью проекции мышечной чувствительности являются 1, 3 и частично 5 и 7 поля. Далее информация поступает в переднюю центральную область – афферентные этажи (4 и 6 поля). В «моторной зоне» (1, 3, 4, 6 и частично 5, 7 поля) происходит анализ и синтез импульсов. Эфферентными путями являются пирамидный и экстрапирамидный.

Таким образом, каждое произвольное движение осуществляется через пирамидный путь (сравнительно новое образование), включая экстрапирамидный компонент. Благодаря обратной проприоцептивной сигнализации мозг контролирует выполнение движения. Благодаря этим обратным условно-рефлекторным связям ребенок обучается различным движениям на очень ранних этапах онтогенеза [62].

Премоторная кора обеспечивает превращение отдельных двигательных импульсов в последовательные «кинетические мелодии».

По определению Н. А. Бернштейна речедвигательный анализатор начинает функционировать одновременно с началом становления общих моторных функций [9].

Еще В. М. Бехтерев пришел к выводу о тесной связи руки и речи. Он писал о том, что развитие движений руки способствует развитию речи [11].

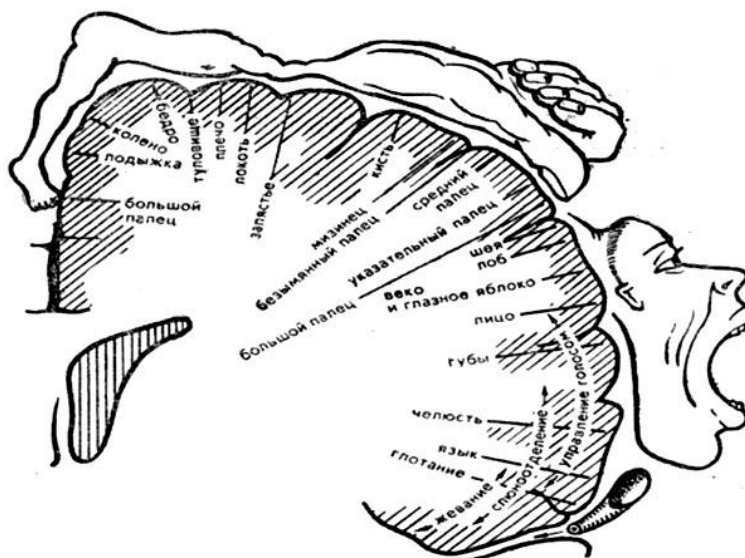
С помощью метода электрической стимуляции отдельных участков коры головного мозга, У. Пенфилд уточнил основные моторные и сенсорные области зоны проекции различных мышечных групп. Канадский нейрохирург впервые точно нанес на функциональную карту корковые области, касающиеся речи.

На схеме в виде «человечка» части его тела пропорциональны зонам мозга, в которых они представлены (рисунок 1). Из рисунка видно, что

наиболее крупное изображение имеют пальцы рук, губы и язык. При этом, мелкие мышцы каждой фаланги всех пальцев руки имеют отдельное представительство в передней центральной извилине. Чем дифференцированней движения осуществляет та или иная мышца, тем больше занимаемая ей проекция.

Версия, что звукоподражание у маленьких детей возникает благодаря имитации мимики взрослого, оказалась несостоятельной. В поисках методов развития речи ребенка ученые опирались на мысль об использовании мышечных ощущений с речевого аппарата [39]. И. М. Сеченов писал: «Мне даже кажется, что я никогда не думаю прямо словом, а всегда – мышечными ощущениями» [69, стр. 87.].

Учитывая, что двигательная речевая область расположена совсем рядом с двигательной областью кисти руки, исследователи Института физиологии детей и подростков (Е. И. Исенин, М. М. Кольцова, Л. В. Фомина) задались вопросом о зависимости развития моторной речи от развития моторики ребенка.



**Рис.1. Схема соматотопической проекции в коре головного мозга (по У.Пенфилду,1959).**

После проведенных исследований М. М. Кольцова обратила внимание на то, что проекция кисти руки, занимает около третьей всей площади двигательной проекции. «Именно величина проекции кисти и ее близость к моторной речевой зоне навели на мысль о том, что тренировка тонких движений пальцев рук окажет больше влияние на развитие активной речи ребенка, чем тренировка общей моторики» [39, с. 142]. Таким образом, была подтверждена связь речевой функции и пальцевой моторики.

В процессе трудовой деятельности человека произошло важное событие: «все более совершенствовались тонкие движения пальцев рук, а в связи с этим происходило усложнение строения мозга» [39, с. 4].

## **1.2. Закономерности развития моторной сферы у детей в онтогенезе**

Согласно исследованиям ученых Л. О. Бадалян, Н. И. Бернштейна, С. И. Гальперина, И. П. Павлова, совершенствование моторной деятельности ребенка зависит и от формирования регулирующих звеньев, начиная с пренатального периода, и от двигательного воспитания [6, 9, 25, 62].

И. А. Аршавский описал показатели возрастного развития моторной сферы плода. Он отметил, что первой двигательной реакцией нормального внутриутробного развития являются сокращения сердца плода, возникающие на 3 неделе. Реакции тактильной чувствительности с мышечными реакциями наблюдаются с 6 – 8 недели. С 12 недель формируются зоны особо высокой тактильной чувствительности, особенно периоральная зона, губы, ладони и стопы, элементы дыхательных движений. Самостоятельное регулярное дыхание возникает с 25 – 27 недели. С 14 – 17 недели ощущаются отдельные движения плода [3].

Во все последующие возрастные периоды моторная деятельность ребенка вместе с органами чувств, эмоциями и внешними впечатлениями составляет комплекс. С. И. Гальперин указывал, что благодаря работе этого

комплекса, происходит дальнейшее развитие центральной нервной системы и, в частности, головного мозга [25].

И. П. Павлов считал, что у новорожденного ребенка моторная деятельность складывается из следующих компонентов: поддержание мышечного тонуса, безусловные рефлексы (автоматизмы) и хаотические спонтанные движения, которые в последствие служат для развития целенаправленных произвольных движений [62].

Согласно исследованиям отечественного специалиста по возрастной физиологии Н. А. Бернштейна [10], моторное развитие делится на три фазы, следующие одна за другой в необратимой последовательности и связанные с созреванием определенных нервных структур и связей:

I фаза – овладение основным процессом движения в «грубой» форме при «грубой» координации;

II фаза – коррекция, уточнение и дифференцирование движений, тонкая координация движения;

III фаза – закрепление и приспособление к различным условиям, стабилизация навыка.

Согласно Н. А. Бернштейну [10, с. 160], грудному ребенку все первое полугодие жизни присущи хватательные рефлексы (таламо-паллидарный уровень), как у обезьян (примитивные двигательные реакции). У ребенка отсутствует мимика, а существуют только гримасы (игра мышц).

Схватывание и удержание предмета наблюдаются у человека уже на самом низовом уровне – на руброспинальном, начиная от тонических фиксаций, наблюдаемых у новорожденного. Появляется комплекс оживления, то есть реакции принимают социальную направленность.

Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова отмечают, что полное торможение тонических рефлексов способствует дальнейшему развитию выпрямляющих рефлексов туловища и произвольной двигательной активности [34].

По мнению Н. А. Бернштейна, 5-6 месячный возраст – очень важный переломный момент в моторике грудного ребенка. В отношении статики: к

началу второго полугодия жизни ребенок приобретает позу. В динамике происходит переход от синкинезий к синергиям. Синкинезии новорожденного – это одновременные движения, лишённые смысловой связи (у взрослого синкинезии – это патология). Синергии – содружественные движения и их компоненты, направленные на совершение определенной двигательной задачи. Теперь туловище становится органом подвижной опоры, конечности начинают работать с нагрузкой, зачастую используясь как упоры [10, с. 161].

В это же время начинает функционировать и вестибулярная система (оттолитовые и полукружные каналы), что дает ребенку возможность поддержания динамического равновесия, регулируя мышечный тонус. Младенец начинает активно познавать пространственные очертания собственного тела, а в последствие, и окружающего пространственного поля. Начинаются попытки схватывания предмета, например яркой игрушки, попавшей в поле зрения. Стриальный подуровень характеризуется появлением выразительной мимики, отражающей элементарные эмоции удовольствия, страдания, испуга, интереса, гнева [10].

Все второе полугодие жизни – это прелокомоторный период подготовки к ходьбе и бегу и широкое использование локомоторных суррогатов – ползания [9].

С 7 до 9 месяцев ребенок садится самостоятельно из любых положений, ползает. Появляется экстензия рук вперед и в стороны, позволяющая сохранить равновесие, совершенствуются реакции выпрямления. [34, с. 99].

Одна из важнейших функций 10 – 12 месячного возраста – умение ходить [34, с. 111].

Весь 2-й год жизни ребенка – это вступление в строй уровня пространственного поля и освоения локомоций (стадия иннервационного примитива), а окончание 2-го и 3-й год жизни – период анатомического созревания высших психомоторных систем. С этого периода времени начинается дивергенция бега от ходьбы [10]. К 3-м годам ребенок перешагивает через палку или веревку, приподнятую от пола на 20 – 35 см,

прыгает на двух ногах, бегает, самостоятельно приседает и встает [4].

У ребенка в 3 – 4 года выработаны элементарная координация и равновесие при ходьбе: ребенок безукоризненно ходит, прыгает на одной ножке, бегает со свободными движениями рук, умеет сдерживать движения по сигналу и выполнять кувырок вперед.

К 5 – летнему возрасту набирается полный набор динамических импульсов: одновременное выполнение двух видов движений. Движения рук и ног хорошо скоординированы.

У детей от 3 до 7 – 8-и лет наступают выразительные сдвиги в характере движений: они более грациозны, подвижны. Это период функционального расцвета нижнего (стриального) подуровня пространственного поля. Вся двигательная потребность ребенка определяется психофизиологическими потребностями. Г. В. Гуровец отмечает, что неусидчивость объясняется недостаточным развитием навыков и умений и низким уровнем развития общетелесной ловкости (в том числе ручной), несмотря на соединение грациозности и локомоторной подвижности в этом возрасте [29].

Законченная координационная структура ходьбы и бега включает содружественную работу всех уровней построения снизу доверху. От руброспинального уровня идут механизмы, отвечающие за: 1) динамическое управление тонусом как туловища, так и конечностей; 2) прямую и перекрестную реципрокную иннервацию; 3) вестибуломозжечковый контроль равновесия.

Талламо-палидарный уровень обеспечивает основную синергию ходьбы. Стриальный подуровень осуществляет прилаживание обобщенной палидарной синергии к фактической обстановке ходьбы: к фактуре и неровностям поверхности под ногами. Верхний пирамидный подуровень наслаивает целесообразный процесс передвижения. [10].

Развитие моторики рук в онтогенезе.

Профессор М. Р. Могенович считал, что «человека от животного отличают, прежде всего, две системы организма – моторика, ставшая в виде



руки самым совершенным органом труда, и мозг – величайшее достижение природы, самое сложное из всего существующего на Земле. Только эти органы определяют специфику человека, это они непрерывно исторически развиваются» [56, с. 28].

Согласно И. А. Бернштейну, В. П. Дудьеву, М. М. Кольцовой, С. О. Филипповой, Т. Б. Филичевой, своевременное и разностороннее развитие движений кисти и пальцев рук ребенка стимулирует созревание центральной нервной системы. Оно является одним из показателей развития всех познавательных процессов, главным образом речи, а также играет ведущую роль в формировании пространственных представлений, в овладении различными мыслительными операциями, навыками самообслуживания [9, 30, 39, 76, 78].

На 1-м месяце жизни ребенок все время держит пальцы сжатыми в кулачки. Так проявляется «рефлекс – схватывания» (сгибательное движение пальцев). Двигательные реакции напоминают элементы обхватывания [29].

Примерно к концу 2-го месяца рука начинает «открываться» и большой палец «выходит» из руки, а к 3 месяцу все пальцы уже разогнуты (период «локтево – ладонной» хватки) [76]. В это время зрение начинает координировать тактильное чувство руки, которая начинает действовать как специфический орган. И. М. Сеченов установил, что к 3 месяцам развивается сочетательный зрительно-двигательный рефлекс – вскидывание рук на зрительный стимул [69]. Ощупывание своих рук появляется примерно с 3 месяцев [34].

С 5 месяцев наблюдается отведение большого пальца руки при схватывании предмета. Ребенок начинает брать игрушку не всей ладонью, а пальцами. В это же время появляется осмысленный указательный жест [18].

К 6 месяцам хватательный рефлекс затормаживается, появляются неточные обиходные движения с массой синкинезий. В этот период ребенок почти все время двигает руками, целенаправленно берет предметы. Согласно Н. А. Бернштейну, шесть месяцев – это время определения «ведущей» руки у

ребенка [10, с. 157].

По С. О. Филипповой – это период «радиально-ладонной» хватки. Такие движения возможны при длительном сокращении определенных мышц. Смена физиологической гипертонии на нормотонию способствует развитию произвольных движений, особенно в руках [76].

С 7 до 10 месяцев – этап «соотносящего действия» (соотносит предмет с определенным местом в пространстве). Ребенок держит предмет 4 – 5 пальцами. Предметы не находятся внутри ладони [76].

Согласно Е. М. Мастюковой, к 9-и месяцам ребенок берет мелкие предметы двумя пальцами (щипковые движения), предметы большие – ладонью, переворачивает, крепко сжимает игрушку при попытке отобрать ее у него, подражает действиям взрослых, общается с ними с помощью жестов, играет в игры типа «дай-возьми», кидает предметы. Ребенок начинает манипулировать двумя предметами (открывает и закрывает крышечку от коробочки). Вращает кистью с вложенной в нее игрушкой [34, с. 100].

С 10 до 12 месяцев – этап захвата щепотью (тремя пальцами). У ребенка развивается предметная деятельность на основе раздражения и повторных предметных действий [34].

К 1 году 3 месяцам кулачок окончательно «разжимается» и пальцы начинают работать автономно. С этого момента интенсивно начинают развиваться тонкая моторика всех пальцев.

2 и 3 год – период анатомического созревания высших психомоторных систем. К нему относятся собственно-предметная манипуляция предметами и вещами и символическая элементарная координация речи и письма [10]. Период хватки «крест-накрест». Когда ребенку исполняется 2 года, он научается держать ручку, ложку перекрестной хваткой: он удерживает ручку (поперек руки), движение совершается плечом и локтем – это большое моторное действие [76].

К 3 годам ребенок пользуется только пальцами для того, чтобы удержать предмет. Движение начинается уже в запястье («хватка щетки»).

От 4 до 5 лет жизни дошкольник начинает совершать движения кистью и пальцами: держит карандаш пальцами и поворачивает кисть руки наружу, когда рисует; ловит маленький мяч, делая руками «чашку». В 5 лет знает доминирующую руку [53].

К пяти годам большой палец окончательно противопоставляется остальным. В этом возрасте функции руки отграничиваются от влияния ног (ребенок может одновременно: бежать и кидать мяч) [10].

От 5 до 6 лет ребенок держит карандаш у основания с помощью захвата большим пальцем [53].

В 6 – 7 лет усложняется предметная деятельность дошкольника. Он скрещивает большой палец поперек ладони, обладает развитыми хватками всех типов, использует пальцы (большой и указательный).

Таким образом, за 6 – 7 лет ребенок усваивает количество двигательных умений и навыков – «достаточное для того, чтобы движения руки ребенка имели те же качественные характеристики, что и у взрослых» [30, 82].

Звуковая речь осуществляется благодаря комплексной деятельности функций органов: дыхания, голосообразования, артикуляции. Формирование и развитие, которых в онтогенезе проходит несколько этапов.

Развитие просодической стороны речи в онтогенезе.

Согласно Н. И. Жинкину, уже в младенческий период можно отметить у ребенка просодические проявления речи. Мелодика, сила произнесения слов и слогов, соотношение отрезков речи и пауз, общая тембровая окраска не зависят от качества звуков речи [32].

Считается, что рефлексорный крик ребенка (начальный этап доречевого развития). В 2 – 4 месяца средством общения с взрослым становятся звуки – гуканье. На смену приходит гуление интонационно-выразительное. Не обладая языковым значением, эти голосовые реакции носят функцию коммуникации.

Интонация, ритм, а затем общий контур слова получают семантическую нагрузку от 7 – 8 месяцев до одного года. В этот период общение

осуществляется с помощью эмоциональной интонации. Слог – кратчайшая просодическая единица языка. Это отрезок высказывания, объединенный интонационным и смысловым значением. Среди появляющихся к 11 месяцам активных лепетных цепей слогов какой-либо слог выделяется длительностью, громкостью, высотой звука (начальная стадия формирования ударения) [51].

Согласно А. Н. Гвоздеву, ребенок пользуется повествовательной, восклицательной, вопросительной интонацией уже на втором году жизни [26].

Из работ Е. Ф. Архиповой, А. И. Максакова, речевое дыхание – система произвольных психомоторных реакций, необходимых для нормального голосообразования и правильного усвоения звуков. Оно помогает соблюдать паузы, сохранять плавность речи, менять громкость [4, 51].

Е. В. Лаврова отмечает, что уже в возрасте 3 – 6 месяцев идет подготовка дыхательной системы к реализации голосовых реакций, т.е. отработка координации фонаторно-дыхательных механизмов, лежащих в основе устной речи [44].

Базой для формирования такой сложной психофизиологической функции, как речевое дыхание, служит грудобрюшный тип дыхания.

В норме перед началом речи делается быстрый и более глубокий, чем в покое, вдох. При выдохе воздух расходуется экономно и равномерно. Базой для формирования такой сложной психофизиологической функции, как речевое дыхание, служит грудобрюшный тип дыхания [1].

У здоровых детей в 4 – 6 летнем возрасте грудобрюшное и речевое дыхание находятся в стадии интенсивного формирования. Для организации достаточного фонационного выдоха (время фонации 10 – 11 секунд) частота дыхательных движений должна варьироваться от 20 – 25 в минуту. Из работ Л. И. Беляковой, Н. Н. Гончаровой, Т. Г. Шишковой, становление речевого дыхания завершается к 10 годам [8].

Выделяют следующие типы физиологического дыхания:

Поверхностное ключичное (верхнегрудное) – живот на вдох втягивается, а верхняя часть грудной клетки, ключицы, а иногда плечи заметно

поднимаются. Грудное – вдох производится в основном за счет расширения и поднятия нижней части грудной клетки. Нижнереберно-диафрагмальное (грудно-брюшное) дыхание, при котором грудная клетка и диафрагма активно включены в работу, – наиболее физиологично.

У новорожденного ребра не могут опускаться, поэтому действует только диафрагмальное дыхание. В дальнейшем грудь опускается. С развитием же плечевого пояса (к 3 – 7 годам) грудное дыхание становится господствующим. Регуляция органов дыхания: легких, дыхательных путей, межреберных мышц, диафрагмы обеспечивается афферентными импульсами [1].

Характер речевого дыхания меняется в зависимости от громкости, интонационной и ритмической структуры речи.

Гортань с расположенными в ней голосовыми складками представляют голосообразующий отдел. От частоты и амплитуды колебаний голосовых складок, возникающих в гортани в результате иннервации и под воздействием дыхательной струи воздуха, зависят высота (от частоты колебаний); сила (от амплитуды колебаний) голоса. Особенности строения гортани и формы резонаторных полостей определяют тембр голоса.

Нормальное голосообразование невозможно без правильной техники дыхания. Различают 3 типа голосообразования (атаки): придыхательный, когда прохождение воздушной струи предшествует смыканию голосовых складок, они медленно вовлекаются в работу; твердый – голосовые складки плотно смыкаются, воздушная струя толчком размыкает их; мягкий – дыхание и включение в работу голосовых складок происходят одновременно. Это обеспечивает плавное начало звука, и его наилучший тембр.

#### Развитие артикуляционной моторики в онтогенезе

Артикуляционный – один из наиболее сложных всех видов праксиса. Согласно Т. Г. Визель «праксис – предметное действие, а предмет – образец, с которого делается слепок этого действия» [18, с. 29]

По мнению Е. Н. Винарской, формирование артикуляционного праксиса (артикуляционная поза звука речи) осуществляется благодаря акустическому

образу звука. Таким образом, ребенок, слыша звуки речи, «подгоняет» их под артикуляционный уклад, путем постепенного приближения к желаемому результату [20].

Согласно Р. В. Тонковой-Ямпольской, когда ребенок кричит, со слухоречевых и речедвигательных зон коры поступают импульсы на органы артикуляции. Эти импульсы и служат толчком к развитию последних [73].

О. В. Правдина, Ф. Ф. Рау, М. Е. Хватцев уделяли должное внимание исследованию особенностей артикуляционной моторики, как основы правильного звукопроизношения у детей [64, 66, 79].

Артикуляционный аппарат – совокупность подвижных и неподвижных органов, обеспечивающих образование звуков речи. К подвижным органам относятся: губы, нижняя челюсть, язык – основной орган артикуляции, мягкое нёбо. Неподвижные органы – зубы, верхняя челюсть, твердое нёбо.

Оральный праксис формируется на основе более абстрактных действий (умение по заданию вытянуть язык в «трубочку», растянуть губы в улыбке, широко открыть рот).

Непроизвольность орального праксиса обеспечивается высокой степенью автоматизации. Т. Г. Визель отмечала, что для речевого развития овладение оральным праксисом является важной подготовительной фазой, от которой зависит усвоение нормативного звукопроизношения [18].

А. Р. Лурия выделил афферентный и эфферентный виды артикуляционного праксиса [50].

Афферентный артикуляционный праксис – это способность воспроизводить изолированные звуки речи, их артикуляционные уклады (позы). Последние часто называют также речевыми кинестезиями или артикулемами.

Эфферентный артикуляционный праксис – это способность произносить серии звуков речи (совершать переключения с одной артикуляционной позы на другую).

Согласно Е. Н. Винарской, А. Н. Гвоздеву, в период развития тонких

дифференцированных движений рук (от 9 до 18 месяцев) интенсивно формируется артикуляционная моторика [20, 26].

Ими условно были определены этапы ее формирования в онтогенезе: к 1 году появляются смычки органов артикуляции; к 12 – 18 месяцам – возможность чередовать позиции (смычка – щель); после 3 лет – возможность подъема кончика языка вверх и напряжения спинки языка; к 5 годам – вибрации кончика языка. Таким образом, артикуляционная база в онтогенезе формируется к 5 годам [48].

### **1.3. Психолого-педагогическая характеристика детей с псевдобульбарной дизартрией**

Изучение дизартрии в логопедии связано с именами многих известных неврологов, педагогов, психологов, нейрофизиологов (Е. Ф. Архипова, Е. Н. Винарская, М. В. Ипполитова, Л. Б. Литвак, Л. В. Лопатина, М. С. Маргулис, Р. И. Мартынова, Е. М. Мастюкова, И. И. Панченко, О. В. Правдина, О. Г. Приходько, Н. Е. Серебрякова, Е. Ф. Соботович, Л. А. Щербакова, М. Е. Хватцев и др.).

Авторы, занимаясь вопросами дизартрии, уделяли должное внимание сочетанию этиопатогенетических, неврологических, нейролингвистических механизмов данного речевого нарушения.

По мнению Л. О. Бадалян, Е. Ф. Соботович, одной из форм, наиболее часто встречающейся в логопедической практике детского возраста, является псевдобульбарная дизартрия [6, 72].

Псевдобульбарная – это дизартрия, проявляющаяся в нарушении произносительной стороны речи, обусловленном двусторонним поражением проводящих путей, идущих от коры головного мозга к ядрам языкоглоточного (IX), блуждающего (X) и подъязычного (XII) нервов.

Ее проявления у детей с церебральным параличом подробно описали

И. И. Панченко, О. Г. Приходько, К. А. Семенова [63, 65, 67].

Помимо вышеперечисленных нарушений в неврологическом статусе у детей с псевдобульбарной дизартрией, может наблюдаться поражение: (III – IV – VI пары), вызывающее ограничение движений глазных яблок; тройничного нерва (V пара) (двигательных волокон), лицевого нерва (VII).

Перечисленные состояния черепно-мозговых нервов при данной форме дизартрии, в большинстве случаев, носят стойкий характер [6, 67].

Все исследователи, к причинам, вызывающим псевдобульбарную дизартрию, относят воздействие неблагоприятных факторов пренатального, натального и раннего постнатального периодов.

К этим факторам относят: токсикоз беременности, острые и хронические заболевания матери, асфиксию, родовые травмы, резус-конфликтные ситуации, инфекционные заболевания детей в раннем возрасте.

Детская псевдобульбарная дизартрия, как правило, отмечается в рамках синдрома детского церебрального паралича. Являясь остаточным синдромом раннего поражения мозга, эта форма дизартрии имеет сложный патогенез [18].

Клинически различают паралитическую, спастическую, гиперкинетическую и смешанную формы детского псевдобульбарного паралича.

Согласно К. А. Семеновой, на практике чаще встречаются смешанные формы, когда у ребенка явления нарушения моторики имеют равновыраженные симптомы и пареза, и спастичности, и гиперкинеза [67].

В большинстве случаев поражение незрелого мозга в дальнейшем приводит к снижению темпов его созревания. У ребенка возникает риск отклонений в развитии различных функциональных систем [18].

Органическое поражение центральной нервной системы у детей влечет за собой присутствие неврологической симптоматики.

Оценивая психомоторное развитие детей первого года жизни Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова отметили, что при равной вероятности поражения всех отделов нервной системы, сильнее всего страдает



двигательный анализатор [34].

Поражение проводящих путей головного мозга влечет за собой отставание моторного развития и нарушения произвольных движений [67].

Среди разнообразия двигательных нарушений Л. О. Бадалян, Е. М. Мастюкова, К. А. Семенова в качестве главных из них для псевдобульбарного паралича выделили: нарушение мышечного тонуса по типу спастичности, гипотонии, дистонии; нарушение ощущений движений (кинестезий); наличие синкинезий и произвольных насильственных движений (гиперкинезов и тремора) [6, 53, 67].

С возрастом становятся заметными признаки повреждения или нарушения развития различных звеньев психического и речевого развития.

Исследования К. А. Семеновой показали, что при псевдобульбарном параличе нарушается проприоцептивная регуляция движения [67].

Ее важность в управлении движением доказана еще Н. А. Бернштейном (1947). Задержка и нарушение развития кинестетического анализатора приводит к отклонениям в развитии ряда гностических функций: пространственного гнозиса, праксиса [10].

В работах К. А. Семеновой отмечено, что у некоторых детей выражено нарушение узнавания предмета на ощупь (астериогноз) [67].

У детей может быть искажено восприятие направления движения и ослаблено чувство позы.

У детей в разной степени отмечается нарушение равновесия и координации движений (атаксия), усугубляющееся наличием патологических тонических рефлексов.

Все вышеперечисленные нарушения приводят к задержке развития произвольных двигательных навыков и умений и формирования тонких координированных движений. Двигательный опыт ребенка оказывается обедненным [65].

В структуре двигательного дефекта у детей с псевдобульбарным параличом особое место занимают нарушения функции рук.

Из-за неправильного развития статических и локомоторных функций, которые не могут развиваться спонтанно, затруднено формирование хватательной функции кистей и пальцев, манипулятивной деятельности, навыков самообслуживания [39].

О. Г. Приходько отмечает, что дети, у которых значительно поражены верхние конечности, наиболее выражены нарушения артикуляционной моторики [65].

Выделяя ведущий неврологический синдром и феномен нарушения моторики, И. И. Панченко дала классификацию дизартрий. Согласно ей, с признаками псевдобульбарного паралича диагностируется у дошкольников спастико-паретическая форма дизартрии [63].

В зависимости от ведущего синдрома, выделяют следующие варианты псевдобульбарной дизартрии:

*Спастический вариант* (обусловлен высоким тонусом мышц);

*Паретический вариант* (обусловлен высоким тонусом мышц в сочетании с низким тонусом отдельных групп мышц речевого аппарата);

*Гиперкинетический вариант* (обусловлен высоким тонусом мышц и наличием насильственных движений главным образом в виде тремора).

Нарушение звукопроизносительной и просодической сторон речи составляют структуру речевого дефекта. При псевдобульбарной дизартрии нарушается двигательный механизм речи [65].

Вызванные нарушением иннервации мышц периферического речевого аппарата, у детей отмечаются следующие клинические признаки данной формы дизартрии: нарушение мышечного тонуса в артикуляционной моторике; нарушение голосообразования и дыхания.

*Нарушение тонуса* артикуляционной мускулатуры (мышц лица, языка, губ, мягкого неба), проявляющееся по типу спастичности, гипотонии или дистонии.

Спастичность характеризуется повышенным тонусом мышц языка. Вследствие напряжения мышц язык «комом» оттянут назад. Спинка его

спастически изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен [53].

Иногда спастичный язык «жалом» вытянут вперед. Губы напряжены. Нередко спастичность мышц артикуляционного аппарата сопровождается повышенным тонусом в мышцах шеи и мимических мышцах.

При гипотонии (снижение тонуса) язык тонкий, распластаный в полости рта; из-за вялости губ рот обычно полуоткрыт. Небная занавеска недостаточно плотно прижата к задней стенке глотки, поэтому струя воздуха выходит через нос и голос приобретает носовой оттенок (назализация).

Дистонии характерен меняющийся характер мышечного тонуса: в состоянии покоя – низкий мышечный тонус, при попытках к речи и в момент речи тонус резко нарастает.

Согласно исследованиям Л. О. Бадалян, характер нарушения тонуса мышц артикуляционного аппарата может меняться по-разному. Так, при пониженном тонусе в губах может наблюдаться спастичность языка [6].

*Нарушение подвижности артикуляционных мышц*, вследствие пареза или паралича, приводящее к нарушению артикуляции в виде снижения объема и амплитуды артикуляционных движений языка и губ. Наиболее тонкие и дифференцированные движения языка страдают в первую очередь [37].

*Нарушение кинестетических ощущений* в артикуляционном аппарате проявляющееся в ограничении объема артикуляционных движений и слабости кинестетических ощущений артикуляционных поз и движений [65].

*Наличие насильственных движений* (гиперкинезов и тремора) в артикуляционной мускулатуре.

Гиперкинезы – непроизвольные неритмичные насильственные, могут быть вычурные движения мышц языка, лица (гиперкинетическая дизартрия).

Тремор – дрожание кончика языка (наиболее выражен при целенаправленных движениях).

*Наличие синкинезий* – непроизвольных сопутствующих движений при выполнении произвольных артикуляционных движений (например, дополнительное движение нижней челюсти и нижней губы вверх при попытке

поднять кончик языка).

Оральные синкинезии – открывание рта при любом произвольном движении или при попытке его выполнения.

Автоматические рефлекторные движения оказываются сохраненными. Произвольные движения в мышцах артикуляционного аппарата недостаточно развиты.

Псевдобульбарным нарушениям характерно сохранение и усиление глоточного и небного рефлексов. В ряде случаев, отмечается активация рефлексов орального автоматизма (хоботковый рефлекс, дистанс-оральный рефлекс Корчикина). Сохранение и усиление этих рефлексов после 1 – го года препятствует развитию произвольных артикуляционных движений и задерживает развитие речи [6].

Из вегетативных расстройств детям свойственна гиперсаливация (особенно при гипотонии), связанная с ограничением движений мышц языка, нарушением произвольного глотания. Она может носить постоянный характер или усиливаться при определенных условиях.

Для спастической псевдобульбарной дизартрии характерна выраженная спастичность артикуляционной и фонационной мускулатуры. Вследствие затруднения произвольного расслабления, подвижность мышц, резко ограничена.

Особенностью этой формы является наличие синкинезий. Оральные синкинезии – открывание рта при любом произвольном движении или при попытке его выполнения[18].

Паретическая форма: отмечается выраженный парез речевых мышц со значительной слабостью и ограничением движений, пониженный или не резко повышенный мышечный тонус. Паретический компонент преобладает над спастическим.

При смешанной форме (спастико-паретический синдром) одна группа мышц может иметь повышенный тонус, например, повышенный тонус мышц щёк, губ, а язык может быть распластан.

Интенсивность проявления симптомов псевдобульбарной дизартрии напрямую зависит от тяжести поражения нервных волокон кортикобульбарного тракта.

По степени выраженности нарушений речевой и артикуляционной моторики условно принято выделять: легкую, среднюю и тяжелую.

При легкой степени лежащие в основе артикуляции очень легкие остаточные нарушения иннервации, по мнению М. Б. Эйдиновой и Е. Н. Правдиной-Винарской, не вызывают грубых нарушений моторики [48].

Из-за слабости и затруднения выполнения многократных движений при легкой форме дизартрии наступает быстрая утомляемость. Снижается скорость переключения. Артикуляция становится смазанной [54].

Для детей со средней степенью характерна амимичность, значительное затруднение переключения от одного движения к другому. Дети затрудняются жевать и глотать.

Тяжелая степень псевдобульбарной дизартрии (анартрия) характеризуется глубоким поражением мышц. Как следствие, лицо ребенка маскообразное.

Псевдобульбарные параличи являются, как правило, следствием двустороннего поражения кортико-нуклеарных путей. В случае одностороннего поражения не пострадавший, противоположный (контрлатеральный) путь обеспечивает компенсацию возникающего нарушения мышечной иннервации. Исключение составляют лишь мышцы нижней части лица и языка. Их иннервация является преимущественно односторонней.

Из работ Л. О. Бадалян, К. А. Семеновой повышенный мышечный тонус и выраженность тонических рефлексов влекут за собой создание патологической проприоцептивной афферентации. Что задерживает развитие всех произвольных движений и речи. [6, 67].

Как следствие, у детей затрудняется формирование статических и локомоторных функций. Все выше перечисленные двигательные нарушения

существенно влияют на развитие познавательной деятельности и речи, эмоционально-волевой сферы и личности [53].

Нарушение познавательной деятельности, обусловленное недостаточностью пространственного гнозиса и праксиса (кинестетического, зрительного и слухового восприятия, а также их совместной деятельности), имеет ряд специфических особенностей.

Многие авторы, в том числе О. В. Приходько, в своих работах отмечают у детей с псевдобульбарной дизартрией недостаточность пространственных представлений, проявляющуюся в незнании ведущей руки. Дети с трудом осваивают схему тела, путаются в понятиях («спереди», «сзади», «между», «вверху», «внизу»). «Далеко» и «близко» заменяются у них определениями «там» и «тут». Они затрудняются в понимании предлогов и наречий, отражающих пространственные отношения («под», «над», «около»). Часто зеркально изображают асимметричные фигуры [65].

У детей отмечается несформированность конструктивного и бытового праксиса. Поэтому они не могут правильно скопировать форму предмета, выполнить конструирование по образцу.

Проблемы, связанные с неспособностью ребенка справиться с трудностями обучения на уроках лепки, рисования, физкультуры приводят к снижению самооценки [22, 49].

Из исследований Л. Т. Журбы, Е. М. Мастюковой, в анамнезе детей с симптомами псевдобульбарной дизартрии прослеживаются первые проявления факторов риска псевдобульбарной дизартрии. Отмечается отсутствие первого крика, плач без причины, нарушение режима сна и бодрствования, частые соматические заболевания, двигательные беспокойства, отказ от груди, частые срыгивания, поперхивания [34].

Для всех детей с псевдобульбарной дизартрией характерно нарушение акта приема пищи, проявляющееся в отсутствии или затруднении жевания твердой пищи, откусывании. Нарушение координации между дыханием и глотанием вызывает поперхивание и захлебывание при глотании.

Для психического развития характерна выраженность психоорганических проявлений. Дети с псевдобульбарной дизартрией с трудом переключаются на другие виды деятельности из-за недостаточности концентрации внимания, замедленности восприятия.

Низкая умственная работоспособность, отчасти, связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий. При этом нарушается обычно целенаправленная деятельность.

Так, проведенные Е. Ф. Архиповой, Н. В. Серебряковой, исследования позволили выявить, что слабость процесса запоминания слов у детей связана с затруднением выработки условных рефлексов, недоразвитием звукопроизношения и нарушением фонематического слуха [4, 48].

О. Г. Приходько отмечает, что у некоторых детей с псевдобульбарной дизартрией страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического [65].

Согласно Р. И. Мартыновой, некоторое ослабление их мыслительной деятельности не носит характер умственной отсталости. Она проходит по типу астенизации с выраженным снижением функции внимания и памяти [54].

К снижению познавательной деятельности у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией (средняя и особенно тяжелая степень) также приводят ограниченные возможности речевой коммуникации. У таких детей рано появляется опыт, связанный с неуспехом в преодолении трудностей.

Из-за тихой, невнятной, смазанной, нечленораздельной речи жизненный и вербальный опыт детей оказывается ограниченным [37].

Таким образом, о поражении центральной нервной системы у детей с псевдобульбарной дизартрией свидетельствует угнетение условных рефлексов. Длительность и степень которого, зависит от тяжести поражения мозга и может служить прогностическим критерием.

#### *Фонетико-фонематическое недоразвитие речи*

Из работ Г. В. Гуровец нарушение обратной кинестетической

афферентации при псевдобульбарной дизартрии ведет к стойкому нарушению фонетической стороны речи. [28].

Согласно Е. Ф. Архиповой, Л. А. Зайцевой, у детей с псевдобульбарной дизартрией замедленное речевое развитие: период лепета отсутствует, слова появляются к двум-трем годам, фразовая речь – к четырем-пяти годам [4, 35].

Н. С. Жукова отмечает, что ребенок с псевдобульбарной дизартрией пытается исправить дефекты речи, так как слышит их. Эти попытки приводят к нарастанию мышечного тонуса в задействованных группах мышц. И имеющиеся нарушения еще больше усугубляются [33].

Так, ребенок чаще пропускает согласные звуки при их стечении. Темп речи детей чаще замедленный. Он может быть ускоренным. Постоянного ритма не наблюдается. Ребенок говорит от спазма к спазму, потому намеренно употребляет короткие фразы. [49].

Дошкольники с псевдобульбарной дизартрией умеют правильно и чисто произносить звуки речи изолированно. Но в речевом потоке, из-за недостаточной автоматизации и дифференциации, дети испытывают трудности (звуки произносятся нечетко) [37].

Для детей с псевдобульбарной дизартрией характерно полиморфное искажение звукопроизношения: искажение, замены, смешение [48].

При произнесении гласных звуков нарушается их противопоставление по признаку высоты, ряда и огубленности ([и], [ы] звучат одинаково). При псевдобульбарной дизартрии чаще наблюдается смазанность всех звуков, а особенно щелевых [с], [з], [ш], [ж] [7].

Сложным является произнесение стечений согласных: один (палка – «пака»), два (клей – «ей»), переключение от одного слога к другому, что приводит к уподоблению слогов (ножницы – «носисы»). Трудности произношения приводят к нечеткому восприятию речи на слух.

Сложные и дифференцированные по артикуляционным укладам переднеязычные звуки: [р], [л], [ш], [ж], [ц], [ч] требуют поднятия кончика языка вверх. При спастической форме их произношение нарушено.



Спастичность способствует смягчению согласных звуков (палатализации).

Из работ Е. С. Алмазовой, Н. И. Жинкина, в результате изменения величин глоточно-ротового и глоточно-носового отверстий, обусловленного диффузной спастичностью мышц речевого аппарата и шеи, нарушаются резонаторные свойства глотки [1, 32].

При произнесении гласных, особенно [о], [у], твердых сонорных [р], [л], твердых шумных [з], [ш], [ж] и аффрикат [ц] появляется носовой оттенок [35].

Напряженность мягкого неба еще более усугубляет носовой оттенок, вызванный прямой утечкой воздуха через нос.

Из-за напряжения глоточной мускулатуры и мышц, поднимающих мягкое небо, глухие звуки озвончаются.

Согласно Л. И. Беляковой, Н. Н. Гончаровой, Т. Г. Шишковой, у детей с псевдобульбарной дизартрией дыхание развивается патологически. Оно, как правило, верхнереберного типа, поверхностное. Ритм его недостаточно устойчив (особенно в момент речи) [8].

Объем легких у таких детей существенно ниже возрастной нормы. Частота дыхательных движений составляет от 26-и – 27-и в минуту [1].

Вышеперечисленные нарушения обусловлены парезом дыхательных мышц и нарушением центральной регуляции дыхания. А также расстройством координации между дыханием и артикуляцией.

Из работ Е. В. Лавровой, данные отклонения приводят к задержке дыхания, судорожным сокращениям мышц диафрагмы и грудной клетки, дополнительным вдохам в процессе речевого высказывания [44].

Вдох и, особенно, выдох во время речи становятся короткими. Чаще ребенок выдыхает через нос, несмотря на полуоткрытый рот. Речевой выдох используется нерационально. Произнесение отдельных слов происходит в разные фазы дыхания – как на вдохе, так и на выдохе. Время фонации составляет от 9-8 секунд и меньше [7].

Е. С. Алмазова указала на следующие изменения голоса у детей с псевдобульбарной дизартрией. По силе он – слабый, тихий, иссякающий; по

тембру – глухой, сдавленный, хриплый, прерывистый, напряженный, назализованный, гортанный) [1].

Дети не могут произвольно менять высоту тона (голос монотонный, мало – или немодулированный).

При паретической псевдобульбарной дизартрии страдает произнесение смычных губных звуков [п], [т], [к], [б], [д], [г], требующих мышечных усилий, особенно двугубых: [п], [б], [м]; язычно-альвеолярных: [р]; гласных звуков, особенно тех, которые требуют подъема спинки языка вверх: [и], [ы], [у] (меньше страдает [а]); переднеязычных [с], [з], [ц], требующих точных дифференцированных движений.

Голос может быть громким, звонким, но быстро истощаемым. В речи голос слабый, тихий, с носовым оттенком, глухой, монотонный. Речь детей при паретической форме афоничная, затухающая, медленная, плохо модулированная [12].

Дистония в мышцах артикуляционного аппарата существенно искажает артикуляцию. Согласно М. В. Ипполитовой, Е. М. Мастюковой, характерная особенность звукопроизношения при дистонии – непостоянство искажений, замен и пропусков звуков [37].

При легкой степени псевдобульбарной дизартрии чаще страдает произношение сложных по артикуляции звуков: [ж], [ш], [р], [ц], [ч]. Звонкие звуки произносятся с недостаточным участием голоса. Трудны для произношения мягкие звуки, требующие добавления к основной артикуляции подъема средней части спинки языка к твердому небу [37].

Французским невропатологом Tardieu (1968) была предложена классификация дизартрии по степени понятности речи для окружающих. Он выделил четыре степени тяжести: 1) нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка; 2) нарушения произношения заметны каждому, но речь понятна для окружающих; 3) речь понятна только близким ребенка; 4) речь отсутствует или непонятна даже близким ребенка (анартрия) [48].

Если при легкой степени псевдобульбарной дизартрии проявляются незначительные расстройства артикуляции. То при прогрессировании патологии с течением времени наступают необратимые последствия и осложнения [53].

Р. Е. Левина, Е. Ф. Собонович указывают на вторичную недостаточность фонематического слуха и восприятия у детей с псевдобульбарной дизартрией. Этому способствуют нарушения дыхания, фонации и артикуляции (тенденция сближения артикуляционных укладов) [47, 72].

Наличие нечетких артикуляторных образов у детей с псевдобульбарной дизартрией приводит к стиранию граней между слуховыми дифференциальными признаками звуков. Дошкольники затрудняются в их различении [49].

Из работ Л. С. Выготского, Р. Е. Левиной, Н. В. Нищевой, для детей с оказываются трудновыполнимыми процессы: узнавание и различение слов с данным звуком среди других слов, среди других слогов, среди других звуков; различение на слух фонем в собственной и чужой речи (в первую очередь: глухих - звонких, свистящих - шипящих, твердых – мягких и т.п.); различение близких по своему звучанию слов – паронимов [24, 47, 57].

У дошкольников с псевдобульбарной дизартрией не сформировано представление о линейной последовательности и о количестве звуков в слове. Дети не способны к элементарным формам звукового анализа и синтеза.

Таким образом, в процессе восприятия устной речи тормозящую роль играет речедвигательный анализатор, обуславливая вторичные нарушения в слуховой дифференциации звуков. Отсутствие четкого слухового восприятия и контроля способствует стойкому сохранению звукопроизносительных дефектов (особенно искажений звуков) в речи детей.

Из работ Л. С. Выготского, Д. Б. Эльконина, фонетико-фонематическое недоразвитие может вызвать недоразвитие лексико-грамматической стороны речи [24, 81].

Согласно разработанной психолого-педагогической классификации

Р. Е. Левиной, по структуре речевого дефекта детей с псевдобульбарной дизартрией можно разделить на следующие группы:

1. с фонетическим недоразвитием речи; 2. с фонетико-фонематическим недоразвитием речи (нарушено формирование звукопроизношения, просодики, фонематического слуха и восприятия); 3. общим недоразвитием речи (нарушено формирование фонетики, фонематических процессов и лексико-грамматических средств языка).

#### **1.4. Характеристика моторной сферы старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией**

В ходе специального обследования детей с применением функциональных нагрузок исследователи Р. А. Белова-Давид, Н. Н. Волоскова, Г. В. Гуровец, Л. В. Лопатина, С. И. Маевская, Р. И. Мартынова, Л. В. Мелехова, Е. Ф. Соботович, О. А. Токарева и др. выявили, что симптомы псевдобульбарной дизартрии проявляются в расстройстве двигательной сферы: в состоянии общей, мелкой, артикуляционной и мимической мускулатуры.

Разнообразие двигательных нарушений у детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания.

Для исследования психомоторики дошкольников с псевдобульбарной дизартрией Е. Я. Бондаревский, Н. И. Озерецкий предложили тесты, направленные на выявление зрелости уровней организации движений по Н. А. Бернштейну, которые помогли выявить следующие нарушения общей моторики [13, 60]:

1. Тест на статическую координацию выявил: возникновение тремора конечностей, трудности в сохранении равновесия (дети пытались найти рядом стоящую опору).

2. Тест на динамическую координацию движений показал, что выполнение теста для рук возможно со второй и третьей попытки.

3. Тест на исследование скорости движений выявил, что задания выполняются в замедленном темпе. Дети не могут подняться с пола без помощи рук, что подтверждает недостаточную сформированность динамической координации движений и двигательной маневренности.

4. Тест на двигательную память показал сбои в двигательной программе уже со второго движения: ускорение или наоборот замедление, трудности перехода от одного двигательного акта к другому, правильное выполнение чаще со второй и третьей попытки.

5. Тест на одновременность движений для обеих конечностей выявил у большинства детей разновременное их выполнение: хуже выполняли левой рукой, при этом темп выполнения упражнений не соответствовал темпу ходьбы.

6. Тест на выявление синкинезий выполнялся более успешно для обеих конечностей. Но были случаи выполнения в замедленном темпе, с нарушением амплитуды (чаще для левой руки), с многочисленными содружественными реакциями: высовыванием языка, движениями губ, наклонами головы вперед.

Наиболее ярко несформированность общемоторной сферы у детей с псевдобульбарной дизартрией проявляется при выполнении сложных двигательных актов, когда требуется четкое управление движениями, точной работы нескольких групп мышц: при игре в мяч, прыганье на скакалке, ходьбе на лыжах, плаванье.

Дети не могут долго стоять и прыгать на одной ноге, на музыкальных занятиях отстают от сверстников в темпе и ритме движений, плохо подражают, медленно переключаются с одного действия на другое.

У детей отмечаются больше возможностей в предметной и безусловно-рефлекторной деятельности, чем в произвольных движениях, производимых по инструкции.

Из исследований Е. Ф. Архиповой, М. М. Кольцовой, Е. М. Мастюковой, подвижность детей наоборот может быть резко выражена: быстрый темп движений, появление множества ненужных движений при выполнении и произвольных, и произвольных двигательных актов [4, 39, 53].

Особое внимание занимают исследования нарушений мелкой моторики у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией.

Из работ М. В. Ипполитовой, М. М. Кольцовой у некоторых детей это проявляется в вялости пальцев (при паретической форме), особенно при работе с карандашами, ручкой. У других наоборот наблюдается чрезмерное напряжение пальцев (при спастической форме) и, как следствие, малая их подвижность. И те, и другие испытывают трудности при одевании (застегивание пуговиц), при обувании (завязывание шнурков), занятиях по рисованию, требующих навыков в пространственном расположении предметов [38, 39].

Е. Ф. Архипова при помощи проб-тестов пальчиковой гимнастики выявила следующие нарушения моторики рук: большинство детей не справляются с заданиями или допускают ошибки: сжимают обе руки в кулак одновременно или расправляют его. У некоторых детей отмечается дизметрия (присоединение работы предплечья), у других одновременное выполнение движений. У детей отмечается оживление сухожильных и периостальных рефлексов [4].

В большинстве случаев пробы выполняются в замедленном темпе, многие дети не могут долго удерживать согнутыми пальцы, из-за их напряженности. У некоторых наблюдаются сопутствующие синкинезии (движения пальцев другой руки). Для многих выпрямление пальцев оказывается сложнее, чем их сгибание. [76].

Многочисленные исследования М. М. Кольцовой подтвердили, что речевое развитие будет находиться в пределах нормы, если развитие движений пальцев рук будет соответствовать возрасту ребенка. При псевдобульбарной дизартрии запаздывает и нарушено развитие ручной моторики, что в свою

очередь приводит к задержке речевого развития [39].

Ведущим патологическим звеном при псевдобульбарной дизартрии О. В. Правдина отмечала нарушения артикуляционной моторики [64].

При поражении кортикобульбарных путей (подъязычного, блуждающего и языкоглоточного) возникают следующие нарушения артикуляционной моторики: объема, качества, силы, переключаемости движений и затруднение удержания нужной позы.

На стороне пораженной мышцы обычно имеются другие симптомы поражения пирамидного пути (центральный парез VII пары, центральный гемипарез).

Двустороннее поражение тройничного нерва (V пара) (двигательных волокон) вызывает отвисание нижней челюсти. При боковых движениях нижней челюсти у некоторых детей могут появляться синкенезии. Самым характерным является одновременное движение нижней челюсти, нижней губы при попытке поднять кончик языка вверх [29].

При поражении лицевого нерва (VII пара) ребенок не может поднять вверх брови, нахмуриться, крепко зажмурить глаза, оскалить зубы, надуть щеки, вытянуть губы трубочкой, при осмотре можно обнаружить наличие сглаженности носогубных складок. При ревизии полости рта при обследовании языкоглоточного (IX пара) нерва отмечается недостаточное сокращение мягкого нёба (снижение рефлекса).

Из работ Л. О. Бадалян, Г. В. Гуровец, О. Г. Приходько, характерными признаками спастической формы являются гиперкинезы в виде тремора языка и голосовых связок, особенно, при функциональных нагрузках [6, 29, 65].

Из-за повышения мышечного тонуса в круговой мышце рта губы плотно смыкаются (произвольное открывание рта при этом затруднено). И, наоборот, рот может быть приоткрыт при спастическом состоянии только верхней губы. При этом наблюдается повышенное слюнотечение. Спастичность артикуляционных мышц приводит к ограничению активных движений [6].

Так по просьбе, ребенок не может удержать толстый, малоподвижный,

без выраженного кончика язык в состоянии покоя (он дрожит). Язык всей массой подтягивается назад, спинка выгнута (при поражении подъязычных нервов – XII пара). Это создает угрозу перекрытия входа в глотку и нарушения дыхания. Амплитуда движений языка уменьшена, его кончик загибается к подбородку. Поднять язык вверх, подтянуть его к носу – это вызывает еще большие трудности. Ребенок старается помочь себе нижней губой и челюстью. Он с силой надавливает на язык, чтобы удержать его в верхнем положении.

При одностороннем нарушении функции подъязычного нерва (одностороннее поражение проводящих путей) уплощенный кончик толстого, малоподвижного языка может отклоняться в сторону паретичной мышцы (девиация) [6].

Е. Н. Винарская отмечает у детей напряженность губной мышцы. Они не могут вытянуть сделать «трубочку», так как губы находятся в полуулыбке и не принимают участия в артикуляционных движениях [20].

У немногих старших дошкольников может наблюдаться ограничение объема движений нижней челюсти при парезе тройничных нервов (V пара).

Следует учитывать, что при псевдобульбарной дизартрии избирательно нарушаются произвольные движения, непроизвольные могут осуществляться гораздо лучше. Иногда эта способность выступает в гипертрофированном виде, проявляясь в насильственном плаче и смехе [4].

Паретическая форма псевдобульбарной дизартрии чаще всего наблюдается при гипотонии всей скелетной и речевой мускулатуры. Но в произвольном движении тонус может нарастать. Наблюдается паретичность губной мышцы (без атрофии), мягкого нёба и язычной: язык тонкий, вялый с малоактивным кончиком, лежит на дне полости рта. Нижняя челюсть не фиксируется в приподнятом состоянии из-за вялости жевательной мускулатуры. Затруднено переключение с одного движения на другое. При паретическом варианте нарушена координация жевательных движений.

На основании анализа научно-методической литературы по проблеме исследования можно сделать следующие **выводы по 1 главе:**



1. Моторное развитие ребенка в ходе онтогенеза – это овладение новым движением, его усвоение, закрепление и применение, осуществляющееся в строгой последовательности.

Возраст 5 – 7 лет – второй критический период в развитии двигательной функции, когда ребенок овладевает новыми произвольными движениями, в том числе и орудийными.

2. Произвольные движения и действия человека представляют собой сложную функциональную систему, осуществляемую одновременной работой разных зон мозга, каждая из которых вносит свой вклад в построение движений. Поражение любой из этих зон приводит к нарушению нормальной организации двигательного акта, в том числе и речевого.

3. В развитии речи важное значение играет речедвигательный анализатор, который начинает действовать одновременно с началом становления общемоторных функций.

4. Своевременное и разностороннее развитие движений кисти и пальцев рук стимулирует созревание ЦНС. Оно является одним из показателей развития всех познавательных процессов и речи.

В 6 – 7 лет движения руки ребенка имеют те же качественные характеристики, что и у взрослых.

5. Артикуляционная база в онтогенезе формируется к 5 годам и связана с прямохождением, высвобождением рук, а также формированием их дифференцированной моторики.

6. Псевдобульбарная дизартрия – самая распространенное и наиболее часто встречающееся в логопедической практике речевое нарушение. Оно отмечается в рамках синдрома детского церебрального паралича и обусловлено двусторонним поражением проводящих путей от коры головного мозга к ядрам языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов.

Симптомы органического поражения центральной нервной системы, проявляются в недостаточной иннервации органов артикуляции, в нарушении мышечного тонуса артикуляционной и мимической мускулатуры,

7. Недостаточность моторной сферы у детей с псевдобульбарной дизартрией проявляется при выполнении сложных двигательных актов, требующих правильной пространственно-временной организации движений и точной совместной работы различных мышечных групп.

Среди двигательных расстройств у детей данной категории отмечаются снижение скорости переключения движений (кинетическая основа), снижение речевых ощущений (кинестезий), нарушения мышечного тонуса (спастичность и гипотония, дистония), возникновение непроизвольных движений (гиперкинезов, тремора, синкинезий).

Выделяют спастическую, паретическую, смешанную формы псевдобульбарной дизартрии.

8. Нарушение обратной кинестетической афферентации при псевдобульбарной дизартрии ведет к стойкому нарушению фонетической стороны речи: звукопроизношения (замены, чаще искажения) и просодики.

9. Нарушение работы речедвигательного анализатора тормозит процесс восприятия устной речи, обуславливая вторичные нарушения в слуховой дифференциации звуков. Отсутствие четкого слухового восприятия и контроля способствует стойкому сохранению звукопроизносительных дефектов (особенно искажений звуков) в речи детей.

10. В зависимости от структуры речевого дефекта выделяют: фонетико-фонематическое недоразвитие (ФФНР) и общее недоразвитие речи (ОНР).

## **ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СФОРМИРОВАННОСТИ МОТОРНОГО ПРАКСИСА И ФОНЕТИКО- ФОНЕМАТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ**

### **2.1. Организация и методика исследования моторного праксиса у детей старшего дошкольного возраста**

Констатирующий эксперимент проводился на базе МБДОУ – детский сад № 370 г. Екатеринбурга с 03.04.2017 г. по 03.07.2017 г. Отбор детей для эксперимента осуществлялся по рекомендации логопеда. Были обследованы 20 дошкольников в возрасте 5 – 6 лет с заключением псевдобульбарная дизартрия.

Целью констатирующего эксперимента явилось:

1. Изучение особенностей моторных функций и фонетической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией, уровень сформированности фонематического слуха и восприятия.
2. Определение влияния недоразвития моторного праксиса на характер нарушения звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией.

Констатирующий эксперимент проходил в несколько этапов:

На *первом* этапе была отобрана группа детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией для участия в эксперименте и определена методика обследования, изучена педагогическая документация на каждого ребенка.

На *втором* этапе был проведен педагогический эксперимент, направленный на изучение нарушенных и сохранных сторон моторной сферы у отобранных детей и состояния звукопроизношения, просодики, функций

фонематического слуха и восприятия.

Программа и содержание обследования определялись на основе методических рекомендаций Н. М. Трубниковой с указанием проб и параметров оценки результатов [76]. Для обследования звукопроизношения использовался альбом О. Б. Иншаковой [37], методики Е. С. Алмазовой [1], Е. В. Лавровой [45] – для исследования дыхания.

Обследование опиралось на следующие принципы:

– принцип комплексного подхода позволял получить необходимые данные о состоянии как речевых, так и неречевых функций для определения клинической формы речевой патологии и структуры речевого дефекта;

– принцип системного подхода Р. Е. Левиной. Изучение системного взаимодействия различных компонентов речи: звукопроизносительной стороны, фонематических процессов послужило основой для определения путей и методов коррекционного воздействия;

– онтогенетический принцип позволил организовать обследование и рассмотреть полученные результаты с учётом последовательности появления различных видов деятельности у ребёнка в онтогенезе;

– принцип качественного анализа полученных результатов обследования Л. С. Выготского. Во время обследования внимание уделялось не только выполнению тестовых заданий, но и особенностям их выполнения;

– принцип наглядности. В ходе обследования использовались: предметные и сюжетные картинки, действия, различные виды помощи;

На *третьем* этапе был проведен анализ количественных и качественных данных, полученных в ходе данного эксперимента.

#### Методика обследования моторного праксиса у детей старшего дошкольного возраста

Обследование состояния общей моторики включало приемы на исследование: двигательной памяти, переключаемости и произвольного контроля торможения движений, самоконтроля при выполнении двигательных проб, статической и динамической координации движений, пространственной

организации двигательного акта, темпа и ритмического чувства.

Для изучения произвольной моторики пальцев рук проводилось исследование статической и динамической координации движений.

Обследование моторики артикуляционного аппарата было направлено на изучение: функционального состояния активных органов (объема и качества движений губ, нижней челюсти, языка и мягкого неба); динамической организации движений; состояния мимической мускулатуры.

К ошибкам были отнесены: изменения мышечного тонуса, наличие содружественных движений и гиперкинезов, трудности удержания позы и переключения от одного движения к другому, неспособность запомнить серию движений, нарушение темпа выполнения и количества элементов при воспроизведении заданного ритмического рисунка.

Для каждого раздела обследования была разработана своя балльная система количественной оценки. Кроме количественной оценки, позволяющей определить содержание работы, была разработана качественная оценка с описанием тех трудностей, ошибок, которые выявились в ходе обследования.

Максимальное количество баллов, которое мог получить ребенок за правильное выполнение всех проб при обследовании: общей моторики – 40; произвольной моторики рук – 75; артикуляционного аппарата – 150. Подробно приёмы обследования моторной сферы и шкалы оценивания результатов описаны в приложении 1.

## **2.2. Методика исследования фонетической стороны речи и фонематического слуха и восприятия у детей старшего дошкольного возраста**

Обследование фонетической стороны речи включало в себя выявление нарушений звукопроизношения и сформированность просодической стороны речи.

При выявлении нарушения произношения обращалось внимание на особенности произношения гласных и согласных звуков в различных фонетических условиях: изолированно, в слогах, словах и фразовой речи. Применялись задания с использованием предметных и сюжетных картинок.

При обследовании просодической стороны речи обращалось внимание на состояние голоса, темпа и мелодико-интонационной стороны речи и дыхания.

Обследование уровня сформированности фонематического слуха включало задания на выявление способности: узнавать и различать звуки речи среди других звуков, слова с данным звуком среди других слов; различать на слух фонемы (в первую очередь: глухие - звонкие, свистящие - шипящие, твердые - мягкие и соноры [р] и [л]). В обязательном порядке проверялся навык различения дефектно произносимых звуков.

Обследование уровня сформированности фонематического восприятия включало задания на выявление способности: выделять звук на фоне слова, определять место звука (в начале, конце) и количество звуков в слове.

На каждого ребенка составляется протокол обследования: звукопроизношения, состояния просодической стороны речи и сформированности фонематического слуха и восприятия. Максимальное количество баллов за выполнение заданий по исследованию звукопроизношения, которое бы мог получить ребенок, составило 5, по исследованию просодической стороны речи – 30, по исследованию фонематического слуха и восприятия по – 5 баллов.

### **2.3. Анализ результатов исследования общей, мелкой, мимической и артикуляционной моторики у детей старшего дошкольного возраста**

Количественные результаты обследования состояния моторной сферы дошкольников с псевдобульбарной дизартрией с качественной характерис-

тикой выполнения всех проб размещены в приложении 2.

*Анализ результатов обследования состояния общей моторики*

Согласно полученным данным, результаты распределились следующим образом:

1. Обследование статической организации движений выявило нарушения у всех исследуемых (100%). Дети при выполнении заданий удерживали позы с напряжением, балансировали туловищем и руками. Так, стоя с закрытыми глазами на одной ноге при вытянутых вперед руках, касались пола другой ногой 15 человек (75%), сходили с места Роман, Ксюша, Никита (15%), Саша П. падал, Наташа затруднялась занять заданную позу.

2. Дошкольники затруднялись при выполнении заданий на исследование динамической организации движений. Чередование шага и хлопка с первого раза выполнил Роман, но с остановками (5%), со 2-го раза справились с заданием Егор и Никита (10%), с третьего раза – Милана, Маша С. (10%). Остальные 15 детей (75%) с заданием не справились.

Раскачиваясь, выполнили подряд 4-е приседания Маша С. и Никита (10%), балансируя туловищем и руками – Саша Г., Ксюша, Майя, Яна, Саша П., Роман, Егор и Милана, но не в полном объеме (40%). Другие 10 человек (50%) становились на всю ступню, из них Катя, Юля, Егор (15%) коснулись пола рукой, а Алексей сошел с места.

3. Исследование произвольного торможения движений выявило: несоответствие двигательной реакции сигналу ни по инструкции, ни по показу у 7 ребят: Данила, Маши П., Майи, Юли, Дианы, Лейсан, Наташи (35%). 11 человек (50%) остановились вовремя только по показу, движения обеих ног были неточные. Роман, Егор (10%) двигались резко, но остановились по сигналу.

4. Исследование пространственной организации двигательного акта выявило: неуверенность в выполнении у Никиты и Тимофея (10%), путались после поворота вокруг себя 10 детей (50%). Саша Г. и Диана не знают ведущую руку и стороны тела (10%). Майя, Роман, Саша П., Лейсан, Леша и

Наташа путаются в сторонах тела (30%).

5. Исследование двигательной памяти, переключаемости движений и самоконтроля при выполнении двигательных проб выявило у детей медленное переключение с одного движения на другое и с ошибками: по показу и по инструкции у 6 человек (30%), только по инструкции у 9 человек (45%). Только Роман, Никита, Егор, Милана и Тимофей (25%) выполнили задания по инструкции без ошибок, но медленно.

6. Исследование темпа выполнения движений показало, что 18 (90%) детей выполняли движения в замедленном темпе, немного ускорились Катя и Ксюша (10%).

7. При исследовании ритмического чувства ошибались все дети (100%). Нарушали количество элементов: только в сложных рисунках Данил, Катя, обе Маши, Тимофей, Никита, Роман и Милана (40%), в простых и сложных 12 человек (60%).

В целом, мы можем сказать, что состояние общей моторики у обследованных детей отличалось общей неловкостью, снижением объема и амплитуды движений и нарушением переключаемости.

Особенно плохо дошкольникам удавалось выполнение сложных движений, требующих четкого управления, точной работы различных мышечных групп.

Лучше всего у исследуемых детей развито ритмическое чувство. Хуже всего оказалась сформированной динамическая и статическая координация общих движений.

#### *Анализ результатов обследования произвольной моторики пальцев рук*

Обследование дошкольников с псевдобульбарной дизартрией позволило выявить несформированность кинестетического и кинетического ощущений ручных движений.

Выполняя задания на исследование статической координации, Юля, Наташа, Саша П., Данил, Маша П., Майя (30%) не справились с пробой: 2-й и 5-й пальцы выпрямлены, остальные собраны в кулак (удержать позу под счет



до 10-и). Саша Г., Наташа и Майя выполнили с ошибками позу «зайчик».

Самым сложным для детей оказалось задание: положить 3-й палец на 2-й и удерживать под счет до 10-и. Только Егор, Никита, Тимофей, Катя и Маша С. (25%) смогли выполнить пробу и то по показу логопеда.

Не меньшее затруднение вызвало у дошкольников выполнение задания: менять положение обеих рук одновременно: одна кисть в позе «ладони», другая сжата в кулак (6 раз). Саша П., Данил, Юля, Яна, Лейсан, Алексей и Наташа (30%) не смогли сформировать позу даже по показу. Остальные дети (70%) медленно, с остановками и ошибками справились.

Задание на динамическую координацию пальцев рук: положить вторые пальцы на третьи на обеих руках (6 раз), давалось детям хуже всего. Его выполнили только Катя и Никита (10%).

Ошибки заключались в скованности движений, в не одновременности выполнения обеими руками. Дети путались, медленно переключались с одного движения на другое.

Яна, Наташа, Майя и Юля (20%) помогали складывать пальцы в позы с помощью свободной руки. Наличие синкинезий выражалось по-разному: Саша П. (5%) дергал ногой и морщил нос, 5 (25%) человек приподнимали плечи. Саша П., и Ксюша Г. выполняли задания с открытым ртом. Наташа, Роман, Саша Г., наоборот, сжимали губы.

Движения и на статику, и на динамику выполнялись одинаково неточно, замедленно. Хуже всего детям давались пробы на функцию переключаемости движений пальцев.

*Анализ результатов обследования состояния моторики органов  
артикуляционного аппарата*

При исследовании функции губ у 9 человек (45%) отмечалась невозможность одновременно поднять верхнюю губу так, чтобы были видны верхние зубы, и опустить нижнюю губу, чтобы видны были нижние зубы. У Маши П. при смыкании губ подергивалась верхняя губа. У Майи и Наташи (10%) наблюдался тремор обеих губ. Саша Г., Ксюша, Юля, Яна, Маша С.,

Жасмин, Лейсан (35%) сильно сжимали губы при выполнении задания легко их сомкнуть.

Леша и Юля (10%) не смогли вытянуть губы в «трубочку». Лейсан и Данил (10%) не удержали позу «трубочка» и «хоботок», ссылаясь на усталость. Яна выполнила «хоботок» и многократное произнесение губных звуков со смещением нижней губы вправо. У Леша при произнесении губных звуков больше участвовала верхняя губа справа. Все дети выполняли движения губами в неполном объеме, с синкинезиями. Так, Леша морщил нос и нахмуривал брови, Данил, пытаясь поднять верхнюю губу, сжимал глаза.

Обследование двигательной функции челюсти выявило ограничение объема движений у 20 (100%) детей. Юля, Диана, Саша П., Лейсан, Алексей, Яна и Тимофей (35%) вместо выдвижения нижней челюсти вперед наклонили голову назад.

Движения челюстью в стороны дети выполняли с поворотом головы. Катя, Юля, Лейсан, Алексей (20%) прищуривали глаза. Роман, рот не открывал, а слегка надувал щеки.

При исследовании двигательной функции языка у 18 (90%) человек отмечался плохой подъем языка и удержание его широкой формы на верхней губе. Из них у Данила, Саши Г., Майи, Маши С., Лейсан, Дианы, Егора, Никиты (40%) язык принимал узкую форму. Юля, Жасмин, Саша П. (15%), пытаясь удержать широкий язык на верхней губе, сжимали его губами, задирали голову и выдвигали нижнюю губу вперед. Саша Г., Маша П., Леша, Юля, Егор, Алексей, Наташа (35%) затруднялись в формировании узкого языка. При формировании «иголочки» у Наташи и Егора боковые края языка поднимались кверху, и язык принимал форму «трубочки». У Юли, Леша, Саши Г, Егора, Яны (25%) язык двигался неуклюже, всей массой. У Егора, Алексея, Дианы, Кати, Никиты, Наташи (30%) язык после занесения его в полость рта сильно оттягивался назад (комом). У Егора при попытке положить язык на нижнюю губу, длинный «беспокойный» язык «вываливался» из полости рта и свисал до подбородка. У всех детей наблюдался тремор языка от

незначительного – до ярко выраженного. Отклонение языка в сторону наблюдалось у 15 детей (75%), у Никиты, Егора, Юли (15%) кончик языка отклонялся влево, а у Кати, Лейсан, Жасмин, Леша (20%) кончик отклонялся кверху, у Юли – вниз. У 14 (70%) человек отмечалась выраженная саливация, особенно при нагрузках.

Исследование выявило: малую подвижность мягкого неба у 17 (75%) человек, неподвижность – у Егора, Дианы, Яны, (15%). Усиление рвотного рефлекса определено у 17 (75%) исследуемых детей. Отклонение маленького язычка (увули) влево наблюдалось у 8-и человек (40%), вправо – у 10 (50%) с разной амплитудой.

Исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата выявило нарушение плавности движений, недифференцированность, гиперкинезы и синкинезии у всех детей. Роман, Никита, Катя, и Маша (20%) затруднялись только в переключении с одного звукового ряда на другой, остальные дети (80%) затруднялись в переключении с одной артикуляционной позы на другую, с одной фонемы на другую.

Обследование артикуляционного праксиса у детей с псевдобульбарной дизартрией позволило выявить у 17 (85%) наличие асимметрии иннервации мимической мускулатуры. Она выражалась в незначительной сглаженности носогубной складки, в разобщенности работы мимических мышц (надувание одной щеки, прищуривание одного глаза).

У всех детей (100%) наблюдались симптомы поражений лицевого нерва в виде бедной мимики и амимичности. 9 (45%) человек не смогли сформировать мимические позы: «удивление», «испуг», «сердитое лицо». Не выполнили «свист» 16 (80%) человек. Ограничение объема и качества движений сопровождалось симптомами быстрой истощаемости.

Обследование старших дошкольников выявило у всех 20 детей (100%) нарушение артикуляционных и мимических движений, сопровождающееся гипертонусом мышц, повышением глоточного и небного рефлекса. Эти симптомы указывают на органическое поражение центральной нервной

системы и позволяют предположить локализацию патологического процесса, а именно корково-бульбарные тракты.

#### **2.4. Анализ результатов исследования фонетической стороны речи, фонематического слуха и восприятия у детей старшего дошкольного возраста**

Количественные результаты исследования фонетической стороны речи, фонематического слуха и восприятия дошкольников с псевдобульбарной дизартрией с качественной характеристикой выполнения всех проб размещены в приложении 2.

##### *Анализ результатов исследования звукопроизношения*

Детей с правильным произношением всех звуков речи: изолированно, в слогах, словах, фразах и в связной речи, выявлено не было.

Нарушение мышечного тонуса артикуляционного аппарата, обусловленное недостаточностью функции языкоглоточного, блуждающего, подъязычного и лицевого нервов по центральному типу, определило структуру дефекта звукопроизношения у исследуемых детей.

Так при спастическом состоянии артикуляционной мускулатуры дети искаженно произносили сложные по артикуляции звуки: [ш], [ж], [ч], [щ] и соноры [р] и [л]. Шипящие звуки произносились детьми при оттянутом от резцов и опущенном кончике языка, что проявлялось в смягчении согласных из-за подъема спинки языка.

При пониженном тоне мышц языка искажалась артикуляция щелевых согласных [с], [з], [ш], [ж] и аффрикат [ц], [ч].

Нарушения произношения свистящих и шипящих звуков явились наиболее распространенными у исследуемых детей (100%). Нарушения произношения соноров [р] и [л] были выявлены у 15 человек (75%).

Исследование показало сочетание антропофонических нарушений с

фонологическими у 100% исследуемых детей с псевдобульбарной дизартрией. Так, антропофонический дефект выражался в свистящем сигматизме шипящих звуков: [щ] у Ксюши, [ш], [ж] – у Майи, Егора и Кати, [ш], [ж] [щ] – у Юли, [ш] – у Маши С. и Романа, [ш], [щ] – у Миланы и Никиты, [ш], [ж], [ч] – у Наташи (50%); шипящем сигматизме свистящих и шипящих звуков, обусловленном поднятием спинки языка к небу: у Данилы, Саши Г., Маши П., Ксюши, Майи, Юли, Жасмин, Дианы, Саши П., Алексея и Тимофея (55%). У Данила, Саши Г., Яны, Дианы, Лейсан и Леши (30%) нарушение звукопроизношения выражалось в межзубном сигматизме, обусловленном слабостью кончика языка и вялостью губ.

Фонологические нарушения шипящих, свистящих и сонорных звуков проявлялись в виде их смешения и отсутствия [р] и [л], [р'] и [л'].

Исследуемые дети с трудом находили нужную артикуляционную позу для произнесения отдельного звука.

Отмечено нестойкое употребление звуков в речи у исследуемых детей. Некоторые звуки по инструкции изолированно ребенок произносит правильно, но в речи они отсутствуют или смешиваются. Так, звуки [ц], [с], [с'], [л], [л'], [р], [р'] изолированно произносятся детьми правильно, а в речи заменяются (например: [с] и [с'] – на [ш]). Искажения шипящих и свистящих звуков сочетались с недифференцированным произнесением: [с'] смешение со звуками [с], [щ]; [ж] – смешение с [з]; [ш] – смешение с [с]. У 10 (50%) детей [ч], [ц] звучал щелевой компонент звуков [т], [т'].

Среди нарушений произношения соноров [р] и [р'] преобладали отсутствие звуков у 8 (40%) человек и их искажение у 7 (35%) человек.

Нарушения звукопроизношения у исследуемых дошкольников особенно выражались при увеличении речевой нагрузки (смазанность речи).

#### *Анализ результатов исследования состояния просодики*

Просодическая сторона речи сформирована у всех 20 испытуемых детей (100%) с нарушениями голоса (голосоподачи, силы, модуляции по высоте и выразительности, темпа речи) и дыхания.

У 18 детей (90%) голос тихий. Диапазон силы голоса имеет средние показатели у 10 детей (50%), остальные – ниже средних. Голос звучал на твердой атаке – у 15 (75%) ребят, на придыхательной атаке – у Саши П., Егора, Данила, Майи и Наташи (25%).

Все дети затруднялись произвольно менять высоту тона (100%). Мало-модулированный по высоте голос выявлен у 17 человек (85%). У Яны, Саши П. и Наташи (15%), даже при сопряженном выполнении задания, голос монотонный, без модуляций по высоте.

В большинстве случаев темп речи исследуемых детей меняющийся. У 11 детей (55%) не удалось объективно произвести измерение темпа, так как вследствие выраженных речевых нарушений они допускали повторы слов и затруднялись в передаче слоговой структуры слов.

Исследования тембра голоса исследуемых детей показали следующие результаты: дети с выраженной степенью нарушения составили 12 человек (60%). Умеренные нарушения выявлены у Жасмин, Майи, Романа, Егора, Миланы и Тимы (30%), легкие нарушения – у Кати и Никиты (10%). По характеру нарушения тембр голоса детей мог быть назализованным, крикливым, грубым, «квакающим», «писклявым» и глухим.

Речь детей эмоционально маловыразительная, с помощью вокальной мимики дети могли передать не более 2, 3 эмоций.

Результаты исследования показали, что дыхание у 19 (95%) исследуемых детей с псевдобульбарной дизартрией, обусловленное недостаточностью центральной регуляции грудное. Дети затруднялись выполнить глубокий вдох и продолжительный выдох. Показатели выдоха исследуемых детей средние по силе и продолжительности, либо ниже среднего. Среднее время фонации составило 7 секунд. 5 человек (25%) речь организуют на вдохе. Частота дыхательных движений в среднем составила 27 в минуту.

Самые низкие показатели при обследовании дыхания выявлены у Саши и Наташи: дыхание грудное, поверхностное, частота дыхательных движений

(ЧДД) составила 29 в минуту, речь организуют на вдохе, фонационный выдох равен 5 секундам.

Самый лучший результат показала Катя: ЧДД составила 25 в минуту, речь организует на выдохе, фонационный выдох равен 9 секундам. Ритм дыхания детей недостаточно устойчив, легко нарушается при физической и эмоциональной нагрузке.

*Анализ результатов обследования функций фонематического слуха и восприятия*

Обследование дошкольников с псевдобульбарной дизартрией выявило недоразвитие фонематического слуха и восприятия у всех исследуемых детей (100%). 17 человек (85%) испытывали наибольшие затруднения в различении и дифференциации фонем, близких по способу и месту образования: шипящих и свистящих, 10 человек (50%) – звонких и глухих. Данил, Майя, Юля (15%) не выполнили задание на различение слов паронимов со звуками [р], [р'] и [л], [л']. Никита, Милана не смогли различить [р] и [р'] среди слогов.

При обследовании фонематического восприятия ни один из дошкольников не смог назвать количество звуков в словах, состоящих из 5 звуков (100%). Тимофей, Никита, Маша С. (15%) справились с заданием для слов из 4 звуков, но с помощью экспериментатора. Саша Г., Майя, Юля, Данил, Маша П., Саша П., Леша не выполнили количественный анализ слов, состоящих из 3 звуков (35%).

При выделении звука в словах хуже всего испытуемым давались задания на выделение последнего звука. Никита, Егор, Тимофей, Маша С., Роман, Лейсан (30%) допустили до 3 ошибок.

Труднее всего в выполнении для детей оказалось задание на придумывание слов, состоящих даже из 3 звуков. Данил, Саша Г., Майя, Саша П., Юля, Маша П., Наташа, Алексей не справились с заданием (40%). Данил со звуком [ш] придумал слово лыжи. Саша Г. со звуком [ш] придумала слово живот, а Диана со звуком [с] – цапля.

Допускали ошибки, но с помощью экспериментатора придумали слова

из 4 – 5 звуков Катя, Маша С., Роман, Егор, Никита, Тимофей (30%).

На основе полученных данных были сделаны выводы о невысоком уровне сформированности звукопроизношения у всех обследованных старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией. Просодическая сторона речи сформирована с нарушением голоса, дыхания. Функции фонематического слуха и восприятия сформированы недостаточно.

Взаимосвязь нарушений моторного праксиса, фонетической стороны речи и фонематического слуха и восприятия у исследуемых детей с псевдобульбарной дизартрией видно из таблицы 1. Результаты констатирующего эксперимента изображены на рисунках, помещенных в приложение 3.

Таблица 1

**Сводные количественные результаты констатирующего эксперимента**

№ п/п	Имя ребенка	Моторика								Звукопроизношение	Просодика	Фонематический слух	Фонематическое восприятие
		общая	рук	Артикуляционного аппарата									
				губ	нижней челюсти	языка	мягкого неба	динамическая организация движений	мимическая мускулатура				
1.	Данил	14	25	13	6	12	3	7	6	1	12	1	1
2.	Саша Г.	14	25	13	6	12	4	8	7	1	13	2	1
3.	Маша П.	16	29	17	5	12	6	9	6	1	12	2	1
4.	Ксюша	17	34	17	7	13	6	10	6	2	13	2	2
5.	Майя	14	25	13	7	12	5	9	8	1	13	1	1
6.	Катя	19	23	22	11	15	7	14	14	2	19	2	2
7.	Юля	10	23	12	6	11	5	8	7	1	10	1	1
8.	Яна	16	28	14	6	11	5	9	7	1	10	1	1
9.	Маша С.	21	38	22	10	14	8	14	15	2	19	2	2
10.	Жасмин	17	37	20	10	14	6	13	11	1	16	2	2
11.	Диана	9	28	13	6	10	4	9	8	1	10	1	1
12.	Роман	22	39	20	11	20	8	15	13	1	18	2	2
13.	Егор	18	36	19	11	14	5	11	12	1	15	2	2
14.	Саша П.	13	23	14	5	12	4	8	5	1	9	1	1
15.	Никита	27	41	24	8	15	6	13	13	1	20	2	2
16.	Лейсан	16	35	18	7	13	6	11	6	2	14	2	2
17.	Милана	23	38	18	11	17	6	14	14	1	18	2	2
18.	Леша	14	24	15	5	11	4	8	7	1	12	1	1
19.	Наташа	11	20	14	6	12	5	8	6	1	7	1	1
20.	Тима	23	37	22	9	16	7	12	13	1	18	2	1



## **Выводы по 2 главе:**

1. В ходе констатирующего эксперимента по данной теме нашего исследования мы изучали влияние недоразвития моторного праксиса на характер нарушения звукопроизношения у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией.

С этой целью мы выявляли нарушенные и сохранные стороны моторной сферы у данной категории детей, а также уровень сформированности фонетической стороны речи, фонематического слуха и восприятия.

2. Состояние общей моторики старших дошкольников на момент исследования имело следующие особенности: дети выполняли пробы с нарушением точности, темпа и координации движений; многие из-за быстрой общей утомляемости, напряжения, тремора конечностей испытывали трудности в сохранении равновесия. У дошкольников наблюдались определенные нарушения воспроизведения простых и сложных ритмических структур.

Особенно выраженными оказались нарушения мелкой и артикуляционной моторики, как статики, так и динамики движений. У большинства детей наблюдалось сочетание нарушений мышечного тонуса с преобладанием спастичности. Из-за нарушений тонуса, наличия тремора и гиперкинезов произвольные движения детей выполнялись скованно, не в полном объеме, одновременно. На фоне быстрой истощаемости движений наибольшие трудности при обследовании артикуляционной и мелкой моторики вызывало формирование поз и их удержание.

3. Нарушение мышечного тонуса артикуляционного аппарата, определило структуру дефекта звукопроизношения у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией.

У детей были выявлены дефекты произношения (искажения, смешения) сложных звуков и близких по артикуляционным и акустическим признакам (шипящих, свистящих и соноров [р], [л]). Преобладающим нарушением явилось искажение звуков данных групп.

У дошкольников выявлен грудной (поверхностный) тип дыхания с недостаточно устойчивым ритмом. Речевой выдох короткий, используется нерационально. Произнесение отдельных слов может происходить в разные фазы дыхания. Вышеперечисленные недостатки в совокупности с моторными нарушениями сказываются на высоте и силе голоса детей. Он характеризуется, как иссякающий, слабый, маломодулируемый. По тембру голос дошкольников с псевдобульбарной дизартрией чаще крикливый, «писклявый», назализованный и бывает глухой.

4. У исследуемых дошкольников функции фонематического слуха и восприятия сформированы недостаточно. Наибольшие затруднения у детей вызывают узнавание и различение звуков, близких по способу образования, месту образования и по акустическим признакам: свистящих, шипящих и соноров [р] и [л].

У детей выявлена несформированность представлений о последовательности и о количестве звуков в слове.

5. В результате полученных данных была выявлена зависимость между развитием фонетической стороны речи и моторных функций, особенно уровнем сформированности моторики рук. Моторика старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией развита плохо, поэтому со стороны их звукопроизношения мы наблюдаем несоответствие возрастным нормам.

Полученные данные обследования старших дошкольников дают существенные основания для подтверждения клинической формы речевой патологии исследуемых детей, а именно, псевдобульбарная дизартрия.

### **ГЛАВА 3. КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА ПО ФОРМИРОВАНИЮ МОТОРНОГО ПРАКСИСА В СТРУКТУРЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ ФОНЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ**

#### **3.1. Теоретическое обоснование и принципы коррекционной работы по формированию моторного праксиса в структуре преодоления фонетических нарушений у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией**

Анализ результатов проведенного констатирующего эксперимента, изучение научно-методической литературы по проблеме исследования позволили определить направления и принципы коррекционной работы с детьми старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией по формированию моторного праксиса.

Изучение различных источников по вопросу исследования показал, что в практике логопедической работы по преодолению фонетико-фонематического недоразвития при псевдобульбарной дизартрии используются приемы: на развитие моторики артикуляционного аппарата, фонематического слуха и восприятия; формирование артикуляционных укладов нарушенных звуков и автоматизацию правильного произношения звуков.

При этом мало внимания уделяется развитию тонких движений пальцев рук. Пальчиковая гимнастика проводится на занятии только в качестве разминки.

Чаще используются упражнения на сжатие пальцев рук (что приводит к дополнительному повышению тонуса), а не на их расслабление. Тренировки почти не включают в себя задания на приведение и отведение большого

пальца.

Недостаточно используются упражнения на развитие общего дыхания (нижне-диафрагмального), речевого дыхания, голоса и выработке синхронности дыхания и артикуляции.

При развитии моторного праксиса не уделяется должного внимания синхронизации движений пальцев рук и органов артикуляции.

Использование вышеперечисленных приемов оказывается недостаточным в работе с дошкольниками, имеющими данное речевое нарушение.

В ходе констатирующего эксперимента у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией нами было выявлено недоразвитие фонетико-фонематической стороны речи, недоразвитие общей, ручной и артикуляционной моторики.

Данные констатирующего эксперимента показали, что дошкольники не умеют плавно и быстро передвигаться. У 100% детей выявлено нарушение пространственной организации двигательного акта, несоответствие двигательной реакции сигналу. Особые трудности вызывали задания на динамическую организацию движений.

Все дети (100%) затруднялись при выполнении проб по обследованию тонкой моторики пальцев рук. Это проявилось как в удержании определенных поз, так и переключаемости с одной позы на другую. Хуже всего испытуемым давались пробы на синхронность работы обеих рук.

При обследовании артикуляционного праксиса были выявлены различные нарушения как статики, так и динамики у всех 20 (100%) детей. Хуже всего удавались задания на удержание языка в определенной позиции.

Учитывая вышеизложенное, в том числе первичное звено, а именно, недоразвитие моторных функций при псевдобульбарной дизартрии, осуществляя логопедическое воздействие, мы опирались на следующие *принципы*:

1. Взаимосвязи коррекции фонетической стороны речи с развитием

моторной сферы (М. М. Кольцова).

2. Деятельностного подхода. Для дошкольника ведущая деятельность – это игровая. (Д. Б. Эльконин).

3. Системности Р. Е. Левиной. Процесс коррекции речи предполагает воздействие на все ее компоненты (сенсорные и моторные функции), находящиеся в тесном взаимодействии.

4. Поэтапного формирования умственных действий (П. Я. Гальперин, Д. Б. Эльконин). Работу над умственными действиями следует начинать с использованием вспомогательных материализованных средств опоры. По мере автоматизации процесс переводится в умственный план.

5. Опоры на закономерности онтогенетического развития предполагает проведение работы над звуками, учитывая последовательность их появления в онтогенезе.

6. Зоны ближайшего развития по Л. С. Выготскому предусматривает, что переходить к сложному материалу следует после того, когда умственное действие будет усвоено на простом материале.

7. Дифференцированного подхода. Проведение коррекционной работы предполагает учет этиологии, механизмов, симптоматики нарушений, возрастных и индивидуальных особенностей каждого ребенка.

### **3.2. Содержание коррекционной работы по формированию моторного праксиса в структуре преодоления фонетико-фонематических нарушений у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией**

По результатам констатирующего эксперимента, проведенного в МБДОУ – детский сад № 370, старшие дошкольники с псевдобульбарной дизартрией были поделены на две группы: контрольную и экспериментальную. Формирующий эксперимент проводился с экспериментальной группой в сроки с 02. 10. 2017 по 24. 12. 2017 г. В нем

принимали участие дети (10 человек), получившие наименьшее количество баллов по результатам констатирующего эксперимента.

Для определения содержания и методов коррекционно-педагогической работы мы учитывали особенности нарушения моторных функций, звукопроизношения и просодической стороны речи детей, сложную структуру построения двигательного акта, известные факты о развитии высших психических функций ребенка в онтогенезе и патогенез псевдобульбарной дизартрии.

Целью обучающего эксперимента явилось:

– теоретически обосновать содержание работы по формированию моторного праксиса у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией, направленного на преодоление фонетико-фонематического недоразвития;

– разработать и провести формирующий эксперимент по формированию моторного праксиса у детей данной категории и проанализировать эффективность проведенной работы.

Для реализации этой цели решались следующие задачи, объединенные в нижеперечисленные блоки:

#### I блок

1. Нормализация тонуса артикуляционной, мимической, пальцевой и общей мускулатуры (уменьшение степени проявления двигательных дефектов – спастического пареза, гиперкинезов).

2. Формирование кинестетического и кинетического ощущения общих, ручных и артикуляционных движений.

3. Развитие артикуляционного и ручного праксиса.

4. Развитие статико-динамической координации, основанной на синхронных движениях рук и органов артикуляции (биоэнергопластика).

#### II блок

1. Нормализация просодической системы речи: общего и речевого дыхания, голоса (мелодико - интонационных и темпо - ритмических

характеристик речи, формирование силы, продолжительности, звонкости, управляемости голоса в речевом потоке, выработка синхронности дыхания и артикуляции).

2. Формирование правильного произношения звуков.

III блок

1. Формирования функций фонематического слуха.

2. Формирование функций фонематического восприятия.

Все эти направления работы реализовались в различных сочетаниях, а иногда одновременно.

На основании первичного логопедического обследования, была разработана тактика коррекционно-логопедического воздействия, определены основные направления и формы работы и дозировка занятий. Для каждого ребенка был составлен индивидуальный план программы, включающий конкретные коррекционно-логопедические задачи на ближайшее время.

Индивидуальные коррекционные планы на детей, принявших участие в формирующем эксперименте, представлены в приложении 4.

Занятиям соответствовали еженедельные темы, утвержденные в программе ДООУ (таблица в приложении 5). Мы сочетали различные виды и формы работы. Всего было проведено 158 индивидуальных, 195 подгрупповых занятий.

Комплексы занятий были разработаны с использованием трудов известных авторов Е. С. Алмазовой, Е. С. Анищенковой, Е. Ф. Архиповой, Т. С. Будько, Р. Г. Бушляковой, В. В. Коноваленко, Е. Н. Краузе, О. И. Лазаренко, Е. В. Лавровой, Л. В. Лопатиной, Е. М. Мастюковой, Н. В. Нищевой, И. И. Панченко, Н. В. Серебряковой, А. Л. Сиротнюк.

Остановимся на основных особенностях содержания коррекционной работы каждого блока. Все виды упражнений и игр по каждому разделу размещены в приложении 4. В приложении 6 размещена таблица с тематическим планом занятий по коррекции звукопроизношения у дошкольников экспериментальной группы.

## I блок

Целью данного блока явилось снятие мышечного напряжения, повышение рецепторной активности, воспитание свободы и координации общих, артикуляционных движений и движений кистей и пальцев рук детей с псевдобульбарной дизартрией. Для подавления патологической рефлекторной активности в речевой и в скелетной мускулатуре мы одновременно развивали функциональные возможности кистей и пальцев рук и проводили коррекцию нарушений артикуляционной моторики.

### *Нормализация тонуса артикуляционной, мимической, пальцевой и общей мускулатуры*

Для понижения рефлекторной возбудимости мышц и нормализации их тонического напряжения все занятия начинали с расслабляющих упражнений (упражнения А. Л. Сиротнюк «Марионетки», «Тянемся к солнышку», «Раскачивающееся дерево»), оказывая стимулирующее воздействие на деятельность органов и тканей всего организма, в том числе на дыхание, зрение и слух [70].

Добиваясь нормализации тонуса всех групп мышц, в структуру занятий мы включали задания на развитие координации движений, тактильно-кинестетические игры, имитационные игры на воспитание свободы действий, рекомендованные Т. С. Будько, А. Л. Сиротнюк [15, 70].

Для активизации (торможения или усиления) необходимых афферентных импульсов у детей с дизартрическими расстройствами применялись приемы дифференцированного самомассажа индивидуально и одновременно с группой детей. С этой целью нами использовались методические разработки Е. Ф. Архиповой, М. В. Ипполитовой, Е. Н. Краузе, О. И. Крупенчук, Е. М. Мастюковой, Ю. В. Микляевой, О. Г. Приходько, А. Л. Сиротнюк .

Использование самомассажа проводилось в игровой форме в начале занятия и в качестве физминуток. Приемы самомассажа осуществлялись в разном объеме, темпе и временном интервале.



Особое место для активизации речевых зон уделялось само - массажу пальцев рук. При затруднениях движений руки, которые были вызваны повышенным тонусом в сгибательных группах мышц кисти, на каждом занятии дети выполняли задания на расслабление мышц рук.

Так, при спастическом парезе рук у дошкольников: Данила, Саши Г., Майи, Юлии, Яны, Дианы, Саши П., Алексея и Наташи для снижения сократительной функции мышц использовались приемы: поглаживание, легкая вибрация. У Маши П. с целью стимуляции отдельных мышечных групп использовали растирание пальцами и ребрами ладоней, поколачивание и разминание. Заканчивали массаж приемами, направленными на успокоение мышечного тонуса, снижение спастичности.

Для облегчения произвольных движений проводилась гимнастика на растягивание пальчиков рук О. В. Узоровой, Е. А. Нефедовой [75].

Для расслабления мышц шеи (снятия зажатости горла и челюстей) Данил, Саша Г., Диана, Юля, Яна, Саша П., Алексей, Наташа выполняли приемы самомассажа на расслабление мышц шеи (упражнения на опускание головы вниз, повороты головы вправо-влево М. И. Чистяковой: «Игра с шарфиком», «Любопытная Варвара» [80]).

Для снятия напряженности, скованности с мышц артикуляционного аппарата или, наоборот, избавлении их от паретичности применялся гигиенический массаж Е. Н. Краузе. Дети повторяли за логопедом поглаживание кончиками пальцев кожи лица [42]:

Для повышения тонуса губных мышц Данил и Наташа выполняли упражнения «Индеец», «Песенка». Саша Г., Юля, Яна, Алексей для снятия напряжения круговой мышцы рта выполняли упражнения «Расческа», «Помадка».

При повышенном тонусе мышц, рефлексорно расслабляя мышцы языка, Саше Г., Юле, Маше П., Майе, Саше П., Алексею предлагалось массировать мышцы щёк. При вялости мышц щёк детьми производился самомассаж на их укрепление по методике Е. Ф. Архиповой. При малоподвижном, паретичном

языке, например, Данилу, Яне предлагались приемы массажа Е. Ф. Архиповой, О. И. Крупенчук («Жвачка», «Змейка», «Прятки», «Ласковый язычок» и др.) [4, 43].

Для удлинения речевого выдоха использовался вибрационный массаж, по методикам Е. С. Алмазовой, Е. Н. Краузе [1, 42].

Таким образом, проводя все выше перечисленные мероприятия, мы подготавливали мышцы дошкольников для формирования правильных двигательных умений и навыков.

*Формирование кинестетического и кинетического ощущения общих, ручных и артикуляционных движений.*

Целью данного раздела работы являлось – создать у детей с псевдобульбарной дизартрией правильные двигательные умения.

Работу начинали с формирования пространственного чувства и обучения восприятию схемы собственного тела. Так, у Саши Г., Дианы мы формировали умение выделять ведущую руку. У Майи, Юли, Яны, Дианы, Саши, Алексея, Наташи развивали умение дифференцировать стороны тела. С этой целью мы использовали образно – жестовые игры Т. С. Будько («Что изменилось?», «Путешествие», «Горячо - холодно», и другие) [15].

Выполняя упражнения «Недотрога», «Повернись так, как я скажу», «Встань так, как я скажу», дети учились: двигаться в заданном направлении, занимать положение в пространстве по заданному условию, ориентироваться относительно других объектов. Затем закрепляли полученные знания о сторонах тела в речи.

Учитывая особенности недоразвития моторного праксиса у детей с псевдобульбарной дизартрией, работа на данном этапе велась по формированию кинестетической основы ручных и артикуляционных движений (развитие кинестетического анализа и синтеза; воспитание кинестетических афферентаций) и кинетической основы (объединение отдельных двигательных навыков в плавные организованные движения).

На занятиях с детьми экспериментальной группы мы формировали

новое двигательное действие, тренируя различные группы мышц. Учитывая рекомендации М. М. Кольцовой, Р. И. Мартыновой, О. В. Правдиной, мы использовали статические и динамические упражнения, добиваясь от детей свободного и четкого выполнения каждого задания [39, 54, 64].

Стимулируя развитие речевой функции детей, мы проводили пальчиковую гимнастику.

Улучшая тактильную чувствительность артикуляционного аппарата, мы играли с детьми в игры на развитие пальцевого гнозиса: «Таинственный предмет» (ребенок с закрытыми глазами определял предмет на ощупь, вытасченный из мешочка) и «Вижу пальцами» (после предварительного рассматривания, ребенок определял на ощупь овощи и фрукты, называл их и материал, которым заполнен объем: крупой, песком и т.д.).

Преодолевая фонетико-фонематическое недоразвитие детей, большое внимание мы уделяли работе над речевой моторикой. Формирование артикуляционного праксиса начинали с создания и отработки основных компонентов артикуляции взамен неправильным навыкам детей. После нормализации тонуса артикуляционного проводилась дифференцированная артикуляционная гимнастика для языка, губ, мягкого неба, нижней челюсти.

При спастической форме псевдобульбарной дизартрии сначала развивали те мышцы лица, тренировка которых не вызывала тонического спазма, и лишь затем переходили к проблемным органам артикуляции.

Например, Данилу предлагалось выполнять в первую очередь комплекс упражнений для губ, мягкого неба, а затем для нижней челюсти и языка.

Формируя и развивая афферентный и эфферентный артикуляционный праксис, мы использовали комплекс статических и динамических артикуляционных упражнений Л. В. Лопатиной, Н. В. Серебряковой [49].

На первых занятиях дети испытывали затруднения в выполнении многих заданий. Поэтому, формируя артикуляционный праксис, мы начинали развивать кинестетические ощущения от артикуляционных поз с опорой на зрительный (выполнение артикуляционных упражнений перед зеркалом) и

слуховой (сопровождение движений речевой инструкцией) анализаторы.

Каждое артикуляционное движение проводилось четко и неторопливо с соблюдением определенного ритма (под счет). Постепенно темп выполнения и количество упражнений увеличивали.

Используя некоторые методические приемы по проведению артикуляционной гимнастики, разработанные А. Г. Ипполитовой, О. В. Правдиной, работу над речевой мускулатурой со всеми детьми (100%) начинали с обучения проглатыванию слюны [37, 64].

С целью формирования произвольных дифференцированных мимических движений нами использовались игровые и подражательные образы (игры-упражнения М. И. Чистяковой «Пчелка мешает спать», «Прогулка» для лицевых мышц). Например, Данил, Маша П., Юля, Яна, Диана, Саша П., Алексей и Наташа учились поднимать и сдвигать брови, морщить лоб. Все дети выполняли упражнения на изолированное надувание щек, подмигивание глазами [80].

Проводилась работа по формированию мимических поз («удивление», «испуг», «грусть») у всех детей экспериментальной группы. Сашу Г., Машу П., Юлю, Наташу учили улыбаться. Согласно физиологу И. П. Павлову, работа мимических мышц, также способствует улучшению силы, тембра и окраски голоса, повышая тонус голосовых мышц [62].

При тренировке активных произвольных движений, особое внимание уделялось тонким движениям кончика языка. Мы использовали комплекс упражнений для формирования кинестетического ощущения артикуляционных движений Р. И. Лалаевой, Е. Ф. Соботович [48, 72].

Расширяя возможности включения движений речевых мышц в артикуляционный процесс, детям предлагалось выполнять задания: на определение положения губ, языка, челюсти, на определение положения его кончика (например: для шипящих – поднят, для свистящих – опущен).

При произнесении звуков [л] и [н] язык прижат к верхним резцам. Но, звук [л] образуется при участии узкого кончика языка, а звук [н] – широкого.

На различение узкого (для произнесения [л]) и широкого кончика языка Данилу, Маше П., Майе, Юле, Яне, Алексею и Наташе предлагалось выполнять упражнение «лопатка – иголочка».

Мы следили за тем, чтобы логопедическое воздействие, проходило на фоне расслабленной мускулатуры артикуляционного аппарата, не вызывая нарастания мышечного тонуса.

#### *Развитие артикуляционного и ручного праксиса*

Продолжая развивать отдельные виды праксиса, мы включили работу по расширению функциональных возможностей кистей и пальцев рук, а также артикуляционного аппарата.

С целью совершенствования статического и динамического праксиса пальцев рук и органов артикуляции использовались комплексы упражнений с функциональными нагрузками.

Так, для развития пальцевого праксиса дети выполняли упражнения, предложенные О. С. Бот, А. Р. Лурия, Н. И. Озерецким: на отведение–приведение и противопоставление больших пальцев, развивающие взаимодействие между полушариями мозга и формирующие серийную организацию движений («ладонь – кулак», «поочерёдное соединение всех пальцев»; «зайчик» – «пальчик» и «кольцо» – «зайчик и др.) [14, 50, 60].

У каждого ребенка акцент делался на развитие тех мышечных групп, которые были более недоразвиты.

Для тренировки правильного захвата предметов дети играли в «дорожки» ракушками различного размера, выкладывали по контуру рисунка бобы, собирали на нить бусины различной величины (крупные, затем мелкие).

Занятия по формированию тонко координированных движений пальцев рук, включали в себя выполнение следующих заданий: заполнение объема трафарета птицы по методу цветной мозаики («Птицы»); «обрывание» геометрических фигур (круг, овал, квадрат).

Связывая упражнения для развития ловкости и совершенствования произвольных движений пальцев рук с повседневной деятельностью, нами

были изготовлены коврики для: плетения шнурков и лент различной ширины; завязывания бантов; пришивания пуговиц разного размера.

Для совершенствования двигательных кинестезий, нормализации динамического праксиса мы использовали игровые приемы с «магнитными палочками», активизирующими проприоцептивные ощущения.

Закрепляя правильные кистевые и пальцевые позы, и, отрабатывая переключение с одной позы на другую, дети удерживали и «перегоняли» палочки пальчиками рук. Совершенствуя конструктивный праксис, дошкольники складывали конструкции, начиная с небольших (включая 4 – 5 палочек), постепенно увеличивая количество деталей и видов фигур.

Совершенствуя механизмы программирования сложно координированных двигательных действий, развивая ритмизацию моторных процессов, дети выполняли упражнения по методике Е. В. Максимовой «ритмичные палочки». Сначала они писали палочек под ритм, удерживаемый педагогом, затем дети сами удерживали ритм (отстукивали ритм ногой) [52].

Формируя графические прописные умения детей, мы учили их писать основные элементы прописного письма разных размеров, соблюдая строку, наклон, размер, интервал. Чтобы элементы вырисовывались движениями пальцев, предлагалось выполнять небольшие рисунки.

Графические упражнения: «Дорожки», «Клубочки», «Нарисуй фигуры», «Продолжи узор» (по клеточкам), «Дорисуй картинку», «Графический диктант» (линии сверху вниз, снизу вверх (от себя)), «Нарисуй такую же фигуру» были включены в коррекционную работу для развития координации движения руки: предплечья, кисти и пальцев рук, совершенствования пространственной организации движений, зрительно-моторной координации.

В процессе работы добивались правильного воспроизведения всех элементов предложенного образца-рисунка. Например, дошкольники выполняли упражнение «Художник», задания: закрасить хвост; заполнить точками клюв; остальное заштриховать линиями сверху вниз.

Продолжая развивать афферентный артикуляционный праксис, детям

предлагалось выполнять комплексы упражнений Р. И. Лалаевой и Е. Ф. Собонович [72]. Для развития артикуляционного праксиса в движениях, выполняемых последовательно и одновременно, использовались динамические упражнения с функциональными нагрузками Л. В. Лопатиной, Н. В. Серебряковой [49].

*Развитие статико-динамической координации, основанной на  
синхронных движениях рук и органов артикуляции  
(биоэнергопластика)*

Для совершенствования пальчикового и артикуляционного моторного праксиса в целом, логопедическое воздействие включало в себя один из инновационных методов – биоэнергопластику Р. Г. Бушляковой, О. И. Лазаренко и А. В. Ястребовой [16, 83].

После усвоения правильного выполнения элементов артикуляционной и пальчиковой гимнастики на предшествующих этапах проводимой работы, с детьми разучивалось синхронное выполнение поз органов артикуляционного аппарата: щек, губ, челюсти, языка и ведущей руки по показу и словесным инструкциям. Гимнастика включала в себя два типа упражнений: статические и динамические, которые выполнялись как сидя, так и стоя.

Упражнения были объединены в комплексы для развития мышц речевых органов и формирования артикуляционных укладов свистящих, шипящих звуков и соноров.

Комплексы упражнений подбирались с учетом нарушенных звуков: для свистящих [с], [с'], [з], [з'], [ц] - «заборчик», «лопатка», «качели»; шипящих [ш], [щ], [ж], [ч] - «трубочка», «дудочка», «качели», «лопатка»; соноров [л], [л'], [р], [р'] - «окошко», «лошадка», «барабанщик», «качели», «иголочка».

Например, Данилу предлагалось выполнять упражнения «дудочка», «лопатка» (для шипящих), Яне, Юле, Алексею и Саше Г. и Саше П. – «заборчик» - «дудочка» (для [с] и [ш]), «лошадка», «качели» ([р] и [р']), «иголочка» (для [л], [л']).

После безошибочного выполнения упражнений ведущей рукой и

органами артикуляционного аппарата присоединялись движения второй руки.

Этот метод применялся в течение всего периода логопедической работы, что способствовало ускорению процесса коррекции неправильно произносимых звуков у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией. Дети быстрее переходили к выполнению упражнений по ощущениям, без зеркала.

## II блок

### *Нормализация просодической системы речи: общего и речевого дыхания, голоса*

Целью коррекционной работы данного раздела явилось: достичь у детей с псевдобульбарной дизартрией образования чистого голоса с соответствующей громкостью и желаемой высотой тона.

С целью выработки автоматизма и координированной работы трех систем: артикуляции, дыхания и голосообразования, коррекционное воздействие на них осуществлялось одновременно.

Результаты констатирующего эксперимента показали, что дошкольники с псевдобульбарной дизартрией не умеют плавно и глубоко дышать и рационально использовать выдох.

Поэтому основными задачами по воспитанию физиологического и речевого дыхания явились – увеличение жизненной емкости легких, развитие подвижности грудной клетки, воспитание навыков правильного дыхания: формирование диафрагмально-реберного дыхания, длительного фонационного и речевого выдоха.

Развивая физиологическое и речевое дыхание, мы учили детей укреплять мышечный тонус всего организма (смотри блок 1).

Для формирования навыков управления дыханием использовали методику формирования речевого дыхания Л. И. Беляковой [8].

Затем формировали мягкую атаку голосообразования и голосоведения индивидуально для каждого ребенка. Данный прием сочетали с голосовыми упражнениями Е.С. Алмазовой, В. В. Коноваленко, О. С. Орловой [1, 40, 61].



При пониженном тоне наилучшие результаты достигались при произнесении закрытых слогов с глухими взрывными согласными.

При гипертонусе мышц глоточного аппарата отработывали вначале артикуляцию гласных, затем шепотом и тихо, привлекая тактильно-вибрационный, зрительный и слуховой контроль.

Детям предлагалось выполнять упражнения «маятник», «водитель»; подражать стону, свисту; позевать с открытым ртом; покашлять с высунутым языком.

Вырабатывая длительный фонационный выдох, дети дули на вату и на воду, надували шары (упражнения «хлопушка», «футбол», «игра с мячом»). При этом секундомером регистрировалось время продолжительности выдоха каждого ребенка.

Для лучшего ощущения работы дыхательных мышц, особенно диафрагмы, формирования правильной ротовой воздушной струи мы использовали комплексы упражнений Е. С. Алмазовой, Е. В. Лавровой тренирующие дифференцированный вдох и выдох через рот и нос [1, 44].

Каждое занятие включало в себя разные варианты статических и динамических дыхательных упражнений, которые так же оказывали положительное влияние на развитие чувства ритма и темпа (комплекс упражнений А. Н. Стрельниковой) [45].

Для дальнейшей тренировки речевого дыхания, упражнения усложнялись. Для развития четкой, координированной работы всех частей артикуляционного аппарата с одновременной тренировкой дыхания использовалось произнесение: пословиц, поговорок, скороговорок с одной артикуляцией, на шепоте и громко.

Таким образом, сочетая артикуляционные и простые дыхательные упражнения, мы создавали условия для поддержания четкого соблюдения пауз, сохранения плавности речи.

Тренируя естественную голосоподачу (раскрепощая и расширяя объем глоточной и ротовой полости), развивая гибкость и диапазон голоса, мы

использовали упражнения с междометиями. При их произнесении активны все мышцы, участвующие в голосообразовании, особенно диафрагма.

Работу над голосом начинали с междометий, например: «А!», «Ах!», «О!», «Ох!», выражающих: удивление, радость, удивление, испуг, страх. Затем включали их в стихотворный материал (Сказка про «Ох и Ах»).

Мелодико-интонационную сторону речи (модуляции, диапазон голоса) развивали при помощи игр-инсценировок. Дети говорили голосами разных героев («Три медведя»), меняя темп речи, модуляции голоса, интонационную выразительность речи: от громкого до тихого, (низко, средне, высоко).

Таким образом, мы учили детей свободно пользоваться громким, звонким голосом без напряжения.

#### *Формирование правильного произношения звуков*

Логопедическая работа строилась на основе выработки новых артикуляционных навыков с использованием зрительного и слухового восприятий, тактильного и кинестетического ощущений [77].

При работе над звуками одной фонетической группы мы соблюдали определённую последовательность: очередность освоения звуков в онтогенезе; от простых звуков по артикуляционным укладам переходили к более сложным звукам.

Коррекцию звуков проводили, соблюдая принцип интервала (из разных фонетических групп). Например, для Яны был определен следующий порядок работы: [с'], [л], [с] [л'], [з'], [р], [ц], [р'].

Для постановки и автоматизации проблемных звуков опирались на звуки, которые ребенок правильно произносил. При коррекции использовали наборы дидактического и иллюстративного материала. Подбор речевого материала для занятий проводили с учетом отсутствия звуков, близких к тем, над которыми велась работа в данный момент.

При постановке звуков нами использовались три способа: основанный на подражании (пользуясь слухом, зрением, тактильно-вибрационными и мышечными ощущениями); при механическом воздействии на речевые

органы при помощи шпателя и зонда; смешанный.

Затем автоматизировали навык правильного произношения звука в слогах (прямых, обратных, открытых, закрытых, со стечением согласных); в словах; в предложениях. Учитывая, что процесс автоматизации самый длительный, объединяли детей в подгруппы (например: [с'], [л], [с] Яна и Юля).

### III блок

#### *Развитие фонематического слуха и восприятия*

Развивая фонематический слух с самых первых этапов логопедической работы, мы уделяли внимание развитию психических функций: слухового внимания и слуховой памяти.

После уточнения артикуляционного и слухового образа правильно произносимых звуков и коррекции дефектных звуков коррекционную работу по развитию фонематического слуха начинали с обучения детей узнавать и различать слова с данным звуком среди других слов, слоги с данным звуком среди других слогов и звуки речи среди других звуков.

Обучение проводилось в игровой форме. Использовали игры И. А. Кравченко («Комары и Осы», «Шайба»). При выполнении заданий дети подавали сигнал (хлопали в ладоши, топали ногой) показывая, что услышали данный звук в речевом материале. Например, просили ребенка хлопнуть в ладоши, когда тот услышит звук [р] – «На горе Арарат растет крупный виноград» [41].

Детей учили различать фонемы, близкие по способу и месту образования и акустическим признакам, с помощью выполнения следующих заданий: повторять звуковые, слоговые ряды, включающие в себя звонкие – глухие, твердые – мягкие согласные, шипящие – свистящие, соноры [л] – [р] (са-за-са, жо-шо-жо и т.д).

Для Данила, Майи, Дианы проводили игры на различение слов-паронимов со звуками [л], [л'], [р], [р'] «Так ли это звучит?».

После дифференцировочного этапа приступали к формированию

фонематического восприятия. Сначала мы учили детей выделять звуки, которые они произносят правильно в игровой форме (игры-упражнения «В стране звуков», «Загадай любимую игрушку» И. А. Кравченко) [41].

Использовали методы выделения фонем: интонирования, фишек, звуковой линейки. Начинали с гласных звуков (из начала слова), затем детям давались задания на выделение первого и конечного согласного и гласного.

После выделения звука учили детей: производить характеристику звука (анализ артикуляционного уклада), обозначать звук опорной фишкой и буквой.

Затем приступали к обучению способам сложного звукового анализа и синтеза. Обучение определению количества и места звуков начинали со слов, состоящих из 3-х звуков (игра «Подбери слово к схеме» И. А. Кравченко).

### **3.3. Результаты экспериментального обучения детей старшего дошкольного возраста с дизартрией**

С целью оценки эффективности проведенного коррекционного обучения, а также для выявления динамики изменений в развитии фонетико-фонематической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией нами был проведен контрольный эксперимент.

На протяжении всего обследования испытуемых детей применялась та же методика, с использованием параметров и шкал оценивания, что и на констатирующем этапе.

В приложении 8 представлены сводные таблицы контрольного эксперимента с качественными и количественными результатами обследования. Результаты контрольного эксперимента изображены на рисунках, помещенных в приложение 9. В таблице 2 сведены результаты обследования констатирующего и контрольного экспериментов.

**Значения результатов моторного и речевого развития в контрольной и экспериментальной группах на момент начала и конца обучения**

№ п/п	Группа детей	Моторика пальцев рук	Моторика артикуляционного аппарата	Звуко-произношение	Фонематические	
					слух	восприятие
Средний балл						
1.	Контрольная группа на момент начала обучения	37,2	72,6	1,9	2,0	1,1
2.	Экспериментальная группа на момент начала обучения	24,9	49,1	1,0	1,2	1,0
3.	Контрольная группа на момент конца обучения	39,4	78,5	1,9	2,1	1,1
4.	Экспериментальная группа на момент конца обучения	32,0	68,5	1,3	1,8	1,3

Обследование общей моторики показало, что дети экспериментальной группы набрали большее количество баллов, чем дети контрольной группы на 25 %. Движения детей экспериментальной группы стали более точными, плавными и раскрепощенными. К концу обучения все дети знали ведущую руку (100%). Только Юля, Маша П., Диана и Наташа путались в сторонах тела (40%).

Яна, хоть и путалась после поворота вокруг себя, но выполнила чередование шага и хлопка со 2-го раза (до обучения чередование не удавалось) и выполнила четыре приседания, лишь раскачиваясь, не балансируя телом как ранее. Наташа и Диана, получив самые низкие результаты на констатирующем эксперименте, улучшили свои показатели на 45% (самый высокий результата по данной группе детей). Обе выполнили приседания (ранее сходили с места), Наташа – чередование шага и хлопка (не удавалось). Саша Г. научилась останавливаться по сигналу даже по инструкции.

До обучения детям не удавались многие пальчиковые пробы, особенно на переключаемость движений, серийное выполнение. К концу обучения все

дошкольники, допуская ошибки, могли попеременно разводять и сводить пальцы на столе (100%). Яна, Диана (20%) научились попеременно выполнять соединение пальцев с большим пальцем на обеих руках. Майя Данил, Диана, Алексей (40%) с ошибками при показе логопеда, но справились с пробой «кулак» - «ладонь». Дети быстрее стали отыскивать по инструкции нужную позицию. Так, Наташа, которой труднее всех удавалось выполнение поз с выпрямленными 1 и 5, 2 и 3 пальцами (раннее пальцы были напряжены), после обучения удержала их до конца счета.

Результаты обследования детей обеих групп показали, что дети контрольной группы улучшили свои показатели в среднем по одной пробе. Из таблицы 2 видно, что средний балл экспериментальной группы за выполнение всех проб оказался выше, чем он же у детей контрольной группы по результатам констатирующего эксперимента.

Результаты обследования моторики органов артикуляционного аппарата показали, что дети экспериментальной группы улучшили показатели на 39%. Данил, Майя научились вытягивать губы в «трубочку» и удерживать их под счет, Наташа и Алексей – выполнять «хоботок», все дети выполнили изолированное поднятие верхней и опускание нижней губ (раннее движение не удавалось). Движения нижней челюсти дошкольников стали более плавными. Так, Саша П., Диана, Саша Г., Маша, Майя и Леша смогли выдвинуть челюсть вперед (до обучения вместо выдвигания наклоняли голову назад) (60%). Движения стали более свободными, дифференцированными и точными, особенно при чередовании поз «лопаточка» - «иголочка» у Данила, Саши Г, Маши, Алексея, Дианы, Саши П., Леша (70%). Гиперкинезы стали менее выраженными при удержании языка.

Обследование двигательных функций органов артикуляционного аппарата показало, что для детей экспериментальной группы легче стало удаваться переключение с одной артикуляционной позы на другую, с фонемы на другую. Движения органов артикуляции стали более скоординированными. Маша, Майя, Яна, Саша П., Диана, Наташа, Алексей (70%) с нарушениями

объема и качества движений, но выполнили все пробы (при обследовании до обучения эти дети не могли даже повторить по 3 – 4 пробы из списка заданий). Снизилось количество синкинезий во время движений или они стали менее выраженными.

Обследование мимической мускулатуры после логопедического обучения показало, что движения детей экспериментальной группы стали выразительнее. Диана не могла поднять и нахмурить брови, легко сомкнуть веки, надуть щеки, затруднялась сформировать все предложенные мимические позы. После обучения не в полном объеме, но выполняла задания.

По итогам проведения коррекционного воздействия особенностей фонетических нарушений у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией у детей экспериментальной группы: Данила, Майи, Маши, Саши П. (40%) были устранены антропофонические нарушения произношения свистящих звуков, Дианы – антропофонические и фонологические. У Саши Г., Саши П. устранены все нарушения произношения сонорных звуков [р] и [л].

По сравнению с результатами детей контрольной группы, которые остались на прежнем уровне, результаты детей экспериментальной группы имеют положительную динамику. У 90 % детей удалось устранить антропофонические нарушения произношения трех для каждого ребенка звуков и фонологические нарушения.

Нарушения просодической стороны речи сохранились. Но показатели результатов обследования также имеют положительную динамику. Частота дыхательных движений детей экспериментальной группы снизилась в среднем на 2,8 секунды (в контрольной группе в среднем на 1,5 секунды). Голос стал звучать на твердой атаке у ребят: Данила, Саши П., Майи (до обучения придыхательная атака). Время фонации увеличилось в среднем на 3,1 секунды (в контрольной группе – 0,4). Голос детей после обучения стал более модулированным по высоте, силе. Если раньше дошкольники затруднялись передавать эмоции с помощью вокальной мимики, то после логопедического воздействия могут выражать по 2 – 3 эмоции.

В начале логопедического обучения все обследуемые дошкольники (100%) имели нарушения фонематического слуха и восприятия. Дети не узнавали и не различали звуки: свистящие - шипящие, твердые - мягкие, звонкие - глухие и соноры [р] и [л]. Количество узнаваемых звуков снизилось. Дети экспериментальной группы после обучения показали результаты выше, чем в контрольной группе на 20%.

При выполнении заданий: выделить первый и последний звук в слове, разложить картинку в два ряда, придумать слова со звуками: свистящие - шипящие, твердые - мягкие, звонкие - глухие и соноры [р] и [л], дети экспериментальной группы допускали значительно меньше ошибок, чем до обучения и по сравнению с детьми контрольной группы. Майя не могла придумать ни одного правильного слова, а после обучения со звуком [с] сказала слово «собака». Результаты детей экспериментальной группы после логопедического воздействия оказались выше на 18%, чем у дошкольников контрольной группы.

### **Выводы по 3 главе:**

1. В рамках проведенного исследования, а именно, на констатирующем этапе, нами было выявлено недоразвитие моторной сферы и фонетико-фонематической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией. С учетом полученных данных был разработан и апробирован комплекс логопедических мероприятий, направленный на формирование моторного праксиса у данной категории детей.

2. Логопедическая программа включала в себя комплекс занятий по развитию: артикуляционной, мелкой, общей моторики, фонематического слуха и восприятия, произносительной стороны речи детей и дыхания, с учетом функциональных этапов их становления и уровня сформированности.

Подбор упражнений зависел от того, какие мышцы и движения были наиболее недоразвиты у испытуемых детей. Занятия проводились в игровой форме, с подбором доступных подражательных образов, от более простых – к сложным, с постепенным увеличением нагрузки.



Развивая двигательные умения и навыки, мы стремились выработать структурную связь между речью и моторикой детей. Поэтому особое внимание уделяли формированию различных уровней движений артикуляционного аппарата, кистей и пальцев рук. Все подобранные упражнения, игры предполагали одновременное воздействие на кинестетическую и кинетическую основу движений.

Так, формируя пальцевой праксис, совершенствовали произвольный пальцевой захват, противопоставление пальцев, постепенно усложняющиеся предметные действия, тонко дифференцированные движения пальцев рук.

При формировании артикуляционного праксиса особое внимание уделялось развитию произвольных движений языка и тонко дифференцированным движениям его кончика.

С целью развития ручной и артикуляционной умелости дошкольников с псевдобульбарной дизартрией наряду с общепринятыми методами использовался инновационный метод – биоэнергопластика, основанный на синхронных движениях рук и органов артикуляции.

3. Результаты нашей работы показывают высокую эффективность предложенного подхода к формированию моторного праксиса в целом. У детей значительно улучшились показатели выполнения моторных проб на статическую и динамическую координацию, на переключаемость, одновременность и отчетливость движений, уменьшилось количество синкинезий и тремора со стороны органов артикуляции и пальцев рук. Движения дошкольников стали более уверенными, темп их выполнения увеличился.

Использование в своей работе метода – биоэнергопластика, а также сочетание разных видов деятельности на одном занятии, позволили комплексно повысить все параметры артикуляционной и мелкой моторики, поднять уровень развития фонематического слуха и восприятия и сформированности произносительной стороны речи старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данное исследование посвящено проблеме преодоления фонетико-фонематического недоразвития речи у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией.

Анализ специальной научной и методической литературы (Р. И. Лалаева, Л. В. Лопатина, Н. В. Серебрякова, Е. Ф. Собонович и др.) по проблеме коррекции звукопроизношения у детей дошкольного возраста с дизартрией, результаты проведенного исследования и практика обучения свидетельствуют о недостаточной изученности вопросов, касающихся повышения эффективности коррекции звукопроизношения.

В связи с этим, особую актуальность приобретает создание модели организации моторного праксиса, позволяющей повысить эффективность логопедической работы, которая учитывает общие закономерности и особенности развития дошкольников с синдромом последствий цереброорганических нарушений, заинтересовывает ребенка к ручной трудовой деятельности.

В первой главе нами представлен анализ изучения: закономерностей и особенностей развития моторного праксиса в онтогенезе у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией; роли моторного праксиса в речевом развитии детей.

Анализ данных литературы позволил сделать следующие выводы:

1. Речь – это, во многом, мышечные ощущения, поступающие от органов артикуляции в кору головного мозга.
2. Для усвоения фонетической стороны речи ребенка определяющим является сформированность моторной сферы.
3. Речевые области формируются под влиянием импульсов, поступающих от пальцев рук.
4. Степень развития тонких движений пальцев рук напрямую определяет уровень развития ребенка.

Во второй главе нами определены и описаны: цель, задачи и методы исследования, организация и методика проведения констатирующего эксперимента. Он был направлен на изучение: моторной сферы, фонетической стороны речи и фонематического слуха и восприятия у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией. В его задачи так же входило определение влияния недоразвития моторного праксиса на характер недоразвития фонетико-фонематических процессов у детей и анализ полученных данных.

В результате констатирующего эксперимента, который проходил на базе МБДОУ – детский сад №370 г. Екатеринбурга с 20 исследуемыми детьми в возрасте 5 лет с клиническим диагнозом псевдобульбарная дизартрия, был выявлен ряд особенностей моторного праксиса, а именно повышение мышечного тонуса, недоразвитие кинестетических ощущений, наличие синкинезий и гиперкинезов, ограничение объема движений губ, челюсти и языка, быстрая утомляемость движений.

Дети затруднялись формировать и удерживать позы кистей и пальцев рук, медленно переключались при выполнении пальчиковых движений. Исследование показало определенные нарушения восприятия ритма и воспроизведения ритмических структур.

Анализ результатов исследования уровня сформированности моторной сферы у дошкольников показал, что особенно выраженными у них являются нарушения артикуляционной моторики: статики и динамики движений. Наибольшие трудности вызывают произвольные движения языка и воспроизведение одновременных движений.

Исследование выявило полиморфную симптоматику фонетических нарушений у дошкольников и недоразвитие фонематического слуха и восприятия. Невозможность воспроизведения четких артикуляционных поз у детей затрудняет дифференциацию звуков.

Характер нарушения моторного звена, участвующего в овладении звуковой стороной речи определил симптомокомплекс и степень проявления расстройств при данной форме дизартрии.

В механизме нарушения речи старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией наблюдались и нарушения: просодической стороны (голосоподача, тембр, эмоциональная окраска, дыхание физиологическое и речевое), в использовании мимических средств языка.

Таким образом, экспериментальное изучение состояния моторной сферы и фонетико-фонематической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией на констатирующем этапе подтвердило прямую зависимость между уровнем сформированности фонетико-фонематической стороны речи и моторной системы.

В третьей главе нами представлены: теоретическое обоснование, основные принципы, цель, задачи и этапы коррекционно-развивающей работы, проведен анализ результатов формирующего эксперимента в количественном и качественном аспектах.

Уровень сформированности моторной сферы явился важным фактором в определении дифференцированного подхода в логопедической работе с данной категорией детей.

Принимая во внимание общедидактические и специальные принципы, анализ специальной научной и методической литературы, а так же результаты констатирующего эксперимента, мы внедрили инновационную технологию – биоэнергопластика, которая позволила повысить эффективность логопедической работы по данной теме исследования.

Таким образом, учитывая структуру клинического и речевого дефекта, уровень развития моторной сферы и особенности каждого ребенка, содержание коррекционно-педагогической работы включало в себя:

#### I блок

1. Нормализация тонуса артикуляционной, мимической, пальцевой и общей мускулатуры (уменьшение степени проявления двигательных дефектов – спастического пареза, синкинезий, гиперкинезов).

2. Формирование кинестетического и кинетического ощущений общих, ручных и артикуляторных движений.

3. Развитие артикуляционного и ручного праксиса.

4. Развитие статико-динамической координации, основанной на синхронных движениях рук и органов артикуляции.

II блок

1. Нормализация просодической системы речи: общего и речевого дыхания, голоса.

2. Формирование правильного произношения звуков.

III блок

1. Формирования функций фонематического слуха.

2. Формирование функций фонематического восприятия.

Все эти направления работы реализовались в различных сочетаниях, а иногда одновременно.

Чтобы выявить эффективность используемой нами педагогической технологии испытуемые были разделены на 2 группы: контрольную и экспериментальную (по 10 человек). В экспериментальную группу вошли дети с низким уровнем сформированности моторной сферы и фонетико-фонематической стороны речи.

Основное внимание на подгрупповых и индивидуальных занятиях логопеда уделялось формированию моторной сферы, воспитанию и закреплению правильного произношения звуков.

Коррекционная работа начиналась с формирования недоразвитых сторон моторной сферы, в большей степени развитию статической и динамической координации ручных движений и двигательной функции органов артикуляции. Особое внимание уделялось пространственной организации двигательного акта. Проводилась работа по развитию голосовой базы речи, а также по формированию функций фонематического слуха и восприятия.

Итогом коррекционной работы был диагностический этап, включающий контрольную диагностику сформированности фонетико-фонематической стороны речи и моторной сферы у дошкольников экспериментальной и

контрольной групп.

Анализ данных, полученных в ходе контрольного эксперимента, позволил определить качественные и количественные различия в сформированности фонетико-фонематической стороны речи и моторной сферы у детей контрольной и экспериментальной групп. В экспериментальной группе мы наблюдали более выраженную положительную динамику, как уровня сформированности фонетико-фонематической стороны речи, так и развития моторного праксиса.

Таким образом, анализ данных контрольного эксперимента, а также сопоставление его результатов с результатами констатирующего эксперимента путем математических расчетов подтверждают выдвинутую гипотезу об эффективности использованной нами педагогической технологии.

Поэтому мы можем говорить о том, что стойкому устранению звукопроизносительных, голосовых нарушений и недоразвития фонематического слуха и восприятия у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией будет способствовать активное включение в коррекционный процесс дифференцированно подобранных методов и приемов формирования моторного праксиса.

На протяжении всего исследования нами были разработаны и опубликованы тексты статей на темы:

1. Статья. «Недоразвитие моторного праксиса у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией».
2. Статья. «Результаты обследования моторной сферы и фонетической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией».
3. Статья. «Формирование моторного праксиса средствами биоэнергопластики у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией».

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алмазова, Е. С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей [Текст] / под общ. ред. Г. В. Чиркиной. – М. : Айрис-пресс, 2005. – 195 с.
2. Анищенкова, Е. С. Артикуляционная гимнастика для развития речи дошкольников [Текст] / Е. С. Анищенкова. – М. : АСТ : Астрель, 2010. – 577 с.
3. Аршавский, И. А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития [Текст] / И. А. Аршавский. – М. : Наука, 1982. – 270 с.
4. Архипова, Е. Ф. Стертая дизартрия у детей: учебное пособие для студентов вузов [Текст] / Е. Ф. Архипова. – М. : АСТ; Владимир : Астрель, 2008. – 319 с.
5. Архипова, Е. Ф. Автоматизация звуков с приемами нейростимуляции. Автоматизация звука [Л] [Текст] : учебно-методическое пособие / Е. Ф. Архипова, И. В. Южанина. – М. : Издательство Секачев, 2018. – 100 с.
6. Бадалян, Л. О. Детская неврология: учебное пособие [Текст] / Л. О. Бадалян. – М. : МЕДпресс-Информ, 2016. – 608 с.
7. Белякова, Л. И. Логопедия. Дизартрия [Текст] / Л. И. Белякова, Н. Н. Волоскова. – М. : Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2013. – 287 с.
8. Белякова, Л. И. Методика развития речевого дыхания у дошкольников [Текст] / Л. И. Белякова, Н. Н. Гончарова, Т. Г. Шишкова. – М. : Книголюб, 2004. – 56 с.
9. Бернштейн, Н. А. Физиология движений и активности [Текст] / Н. А. Бернштейн. – М. : Наука, 1990. – 494 с.
10. Бернштейн, Н. А. О построении движений [Текст] / Н. А. Бернштейн. – М. : Медгиз, 1947. – 314 с.
11. Бехтерев, В. М. Избранные произведения [Текст] / В. М. Бехтерев. –

М. : 1954. – 528 с.

12. Богомолова, А. И. Логопедическое пособие для занятий с детьми [Текст] / А. И. Богомолова. – СПб. : ИЗДАТ-ШКОЛА. ТМ, ТОО Издательство «Библиополис», 1996. – 208 с.

13. Бондаревский, Е. Я. Возрастные особенности развития функций равновесия у детей школьного возраста // Развитие двигательных качеств школьников. [Текст] / Под ред. З. И. Кузнецовой. – М. : Просвещение, 2009. – С. 153 – 177.

14. Бот, О. С. Формирование тонких движений пальцев рук у детей с общим недоразвитием речи [Текст] / О. С. Бот // Дефектология. – 1983. – № 1. – С. 56 – 59.

15. Будько, Т. С. Теория и методика формирования элементарных математических представлений у дошкольников: конспект лекций [Текст] / Под ред. Будько Т. С., Брестский государственный университет им. А. С. Пушкина. – Брест : Издательство БрГУ, 2006. – 46 с.

16. Бушлякова, Р. Г. Артикуляционная гимнастика с биоэнергопластикой. Конспекты индивидуальных занятий по коррекции нарушений произношения свистящих, шипящих и сонорных звуков с включением специальных движений кистей и пальцев рук на каждое артикуляционное упражнение [Текст] / Р. Г. Бушлякова. – М. : Детство-Пресс, 2011. – 365 с.

17. Верясова, Т. В. Коррекционно-развивающая система формирования моторного праксиса в структуре преодоления общего недоразвития речи у детей с дизартрией [Текст] : автореф. дис. ... кандидата педагогических наук : 13.00.03. / Т. В. Верясова; Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 1999. – 18 с.

18. Визель, Т. Г. Основы нейропсихологии: учебник для студентов вузов [Текст] / Т. Г. Визель. – М. : Секачев В. Ю., 2017. – 276 с.

19. Вильсон, Д. К. Нарушения голоса у детей : Пер. с англ. [Текст] / Д. К. Вильсон. – М. : Медицина, 1990. – 448 с.

20. Винарская, Е. Н. Дизартрия [Текст] / Е. Н. Винарская. – М. : АСТ



Астрель, 2010. – 141 с.

21. Воробьева, Т. А. Артикуляционная гимнастика [Текст] / Т. А. Воробьева, О. И. Крупенчук. – М. : Литера, 2016. – 957 с.

22. Волосовец, Т. В. Преодоление общего недоразвития речи дошкольников [Текст] : учебно - метод. пособие / под общ. ред. Т. В. Волосовец. – М. : Ин-т общегуманитарных исследований В. Секачѳв, 2002. – 286 с.

23. Выготский, Л. С. Психология развития ребенка [Текст] / Л. С. Выготский. – М. : Эксмо, 2008. – 508 с.

24. Выготский, Л. С. Мышление и речь [Текст] / Л. С. Выготский. М. : Директ-Медиа, 2014. – 570 с.

25. Гальперин, С. И. Анатомия и физиология человека [Текст] / С. И. Гальперин М. : Издательство : Высшая школа, – 1974. – 468 с.

26. Гвоздев, А. Н. Вопросы изучения детской речи [Текст] / А. Н. Гвоздев. – М. : АПН РСФСР, 1961. – 471 с.

27. Глозман, Ж. М. Нейропсихология детского возраста [Текст] / Ж. М. Глозман. – М. : Юрайт, 2018. – 250 с.

28. Гуревич, М. О. Психомоторика [Текст] / М. О. Гуревич, Н. И. Озерецкий. – М. : 2000. Т 12. – 252 с.

29. Гуровец, Г. В. Возрастная анатомия и физиология. Основы профилактики и коррекции нарушений в развитии детей [Текст] : учебное пособие для вузов и ссузов / Г. В. Гуровец. – М. : ВЛАДОС, 2013. – 432 с.

30. Дудьев, В. П. Психомоторика и ее мозговая организация : норма и патология [Текст] : учебное пособие / В. П. Дудьев; М-во образования Рос. Федерации. Барнаул. гос. пед. ун-т. – Барнаул : Изд-во БГПУ, 2002. – 160 с.

31. Жвачкин, Н. Х. Возрастная психоллингвистика [Текст] : учебное пособие / под ред. К.Ф. Седова. – М. : Лабиринт, 2004. – 330 с.

32. Жинкин, Н. И. Механизмы речи [Текст] / Н. И. Жинкин. – М. : Издательство Академии педагогических наук, 1958. – 370 с.

33. Жукова, Н. С. Логопедия. Основы теории и практики [Текст] /

- Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева. – М. : Эксмо, 2011. – 282 с.
34. Журба, Л. Т. Нарушения психомоторного развития детей первого года жизни [Текст] / Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова. – М. : Медицина, 1981. – 270 с.
35. Зайцева, Л. А. Нарушения произносительной стороны речи и их коррекция : учеб.-метод. Пособие [Текст] / Л. А. Зайцева, И. С. Зайцев, С. Ф. Левяш, И. Н. Ясова. – Мн. : БГПУ им. М. Танка, 2001. – 74 с.
36. Иншакова, О. Б. Альбом для логопеда [Текст] / О. Б. Иншакова. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2010. – 279 с.
37. Ипполитова, М. В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. Кн. для родителей [Текст] / М. В. Ипполитова, Р. Д. Бабенкова, Е. М. Мастюкова; 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Просвещение 1993. – 52 с.
38. Ипполитова, А. П. Логопедические приемы работы при открытой гнусавости и псевдобульбарном параличе [Текст] / А. П. Ипполитова // Из опыта логопедической работы. – М. : Изд-во АПН РСФСР, 1953. – С. 5 – 29.
39. Кольцова, М. М. Ребенок учится говорить [Текст] / М. М. Кольцова. – Екатеринбург : У-Фактория, 2006. – 214 с.
40. Коноваленко, В. В. Артикуляционная, пальчиковая гимнастика и дыхательно-голосовые упражнения. Приложение к комплекту тетрадей для закрепления произношения звуков у дошкольников [Текст] / В. В. Коноваленко, С. В. Коноваленко. – М. : Гном, 2014. – 192 с.
41. Кравченко, И. А. Игры и упражнения со звуками и буквами [Текст] : пособие для воспитателей и родителей / И. А. Кравченко. – М. : Издательство «Гном-Пресс», Новая школа, 1999. – 64 с.
42. Краузе, Е. Н. Логопедический массаж. Артикуляционная гимнастика: практическое пособие [Текст] / Е. Н. Краузе. – М. : Корона-Век, 2014. – 80 с.
43. Крупенчук, О. И. Научите меня говорить правильно! : комплексная методика подготовки ребёнка к школе [Текст] / О. И. Крупенчук. – СПб. : Литера, 2012. – 203 с.

44. Лаврова, Е. В. Логопедия: основы фонопедии [Текст]: рек. УМО вузов РФ / Е. В. Лаврова. – М. : Академия, 2007. – 144 с.
45. Лавров, Н. Н. Дыхание по А. Н. Стрельниковой / Н. Н. Лавров, М. М. Бубличенко. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2005. – 128 с.
46. Лазаренко, О. И. Артикуляционно-пальчиковая гимнастика. Комплекс упражнений [Текст] / О. И. Лазаренко. – М. : Айрис-пресс, 2015. – 184 с.
47. Левина, Р. Е. Характеристика ОНР у детей [Текст] / Р. Е. Левина, Н. А. Никашина. – М. : Просвещение, 2009. – 159 с.
48. Логопедия : учебник для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений [Текст] / 5-е изд., под ред. Л. С. Волковой., перераб. и доп. – М. : Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2009. – 703с. – (коррекционная педагогика).
49. Лопатина, Л. В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии) [Текст] : учебное пособие / Л. В. Лопатина, Н. В. Серебрякова. – СПб. : Изд-во «СОЮЗ», 2000. – 192 с.
50. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека [Текст] / А. Р. Лурия. – Питер, 2018. – 768 с.
51. Максаков, А. И. Воспитание звуковой культуры речи у дошкольников [Текст]: пособие для педагогов дошкольных учреждений / А. И. Максаков, 2-е изд. – М. : Мозаика-Синтез, 2005. – 64 с.
52. Максимова, Е. В. Обучение основам математики, чтения, письма. Методики развития движения, общения, мышления [Текст] / Е. В. Максимова. – М. : Диалог-МИФИ, 2012. – 64 с.
53. Мастюкова, Е. М. Подготовка к обучению детей с особыми проблемами в развитии. Ранний и дошкольный возраст [Текст] / Под ред. А. Г. Московкиной. – М. : Классика Стиль, 2003. – 320 с.
54. Мартынова, Р. И. О психолого-педагогических особенностях детей-дислаликов и дизартриков. Очерки по патологии речи и голоса [Текст] / Под ред. С. С. Ляпидевского. – М., 1967 – С. 98 – 99; 109 – 110.

55. Микляева, Ю. В. Логопедический массаж и гимнастика: работа над звукопроизношением [Текст] / Ю. В. Микляева. – М. : Айрис-пресс, 2010. – 106 с.
56. Могендович, М. Р. Физиологические основы взаиморегуляции моторики и вегетатики: первая актовая речь в день годовщины института. 1916-1965. М-во здравоохранения РСФСР. Пермский мед. ин-т [Текст] / М. Р. Могендович. – Пермь, 1966. – 29 с.
57. Нищева, Н. В. Развитие фонематических процессов и навыков звукового анализа и синтеза у старших дошкольников [Текст] / Н. В. Нищева. СПб. : Детство-Пресс, 2017. – 54 с.
58. Нищева, Н. В. Конспекты подгрупповых логопедических занятий в старшей групп детского для детей с ОНР [Текст] / Н. В. Нищева. – СПб. : Детство-Пресс, 2018. – 704 с.
59. Нищева, Н. В. Веселая артикуляционная гимнастика [Текст] / Н. В. Нищева – СПб. : Детство-Пресс, 2018. – 32 с.
60. Озерецкий, Н. И. Метрическая шкала для исследования моторной одаренности [Текст] / Н. И. Озерецкий. – Орехово-Зуево, 1923. – 76 с.
61. Орлова, О. С. Нарушения голоса у детей [Текст] : учеб. метод. пособие / О. С. Орлова. – М. : АСТ: Астрель : Транзиткнига, 2005. – 125 с. – (Библиотека логопеда).
62. Павлов, И. П. Физиология. Избранные труды. Серия : Антология мысли [Текст] / И. П. Павлов. – 2-е изд., стер. – М. : Издательство Юрайт, 2016. – 394 с.
63. Панченко, И. И. Щербакова, Л. А. Медико-педагогическая характеристика детей с дизартрическими и анартрическими расстройствами речи, страдающих церебральными параличами, и особенности приемов логопедической работы. Нарушения речи и голоса у детей [Текст] / Под ред. С. С. Ляпидевского и С. Н. Шаховской. – М., 1975. – С. 20; 22 – 28; 30; 35 – 39.
64. Правдина, О. В. Логопедия [Текст] : учеб. пособие для студентов

дефектолог. фак-тов пед. ин-тов / О. В. Правдина. – 2-е изд., доп. и перераб. – М. : «Просвещение», 1973. – 272 с.

65. Приходько, О. Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста [Текст] / О. Г. Приходько. – СПб. : Каро, 2008 – 280 с.

66. Рау, Ф. Ф. Приемы исправления недостатков произношения фонем. Основы теории и практики логопедии [Текст] / Под редакцией Р. Е. Левиной – Москва, 1967.

67. Семенова, К. А. Дизартрии // хрестоматия по логопедии [Текст] / К. А. Семенова, Е. М. Мастюкова, М. Я. Смуглин / Под ред. Л. С. Волковой и В. И. Селиверстова. – М. : Наука, 1997. – Т. 1. – 560 с.

68. Сеченов, И. М. Избранные произведения: В 2 т. [Текст] / И. М. Сеченов. Л. : АПН СССР, 1952. – Т. 1. Физиология и психология – 772 с.

69. Сеченов, И. М. Рефлексы головного мозга [Текст] / И. М. Сеченов. – ООО «Издательство АСТ», 2014. – 773 с.

70. Сиротнюк, А. Л. Упражнения для психомоторного развития дошкольников : Практическое пособие [Текст] / А. Л. Сиротнюк. – М. : АРКТИ, 2008. – 60 с.

71. Смирнова, И. А. Логопедия. Иллюстрированный справочник [Текст] / Под редакцией В. С. Волковой. СПб. : Каро, 2016 г. – 232 с.

72. Собонович, Е. Ф. Недостатки звукопроизношения у детей дошкольного возраста и методы их преодоления [Текст] / Е. Ф. Собонович // Педагогические пути устранения речевых нарушений у детей. – Л., 2006. – С. 59 – 96.

73. Тонкова-Ямпольская, Р. В. Формирование второй сигнальной системы у детей [Текст] / Р. В. Тонкова-Ямпольская. – М. : Просвещение, 1970. – 210 с.

74. Трубникова, Н. М. Технология обследования речи [Текст] : учебно-методическое пособие для логопедов и студентов, обучающихся по

специальности «Логопедия» / Н. М. Трубникова. – Екатеринбург. : Уральский государственный педагогический университет, 2010. – 98 с.

75. Узорова, О. В. Пальчиковая гимнастика [Текст] / О. В. Узорова, Е. А. Нефедова. М. : АСТ : Астрель, 2007. – 127 с.

76. Филиппова, С. О. Подготовка дошкольников к обучению письму. Влияние специальных физических упражнений на эффективность формирования графических навыков [Текст] : метод. пособие / С. О. Филиппова. – СПб. : Детство-пресс, 2001. – 92 с.

77. Филичева, Т. Б. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста [Текст] : практич. пособие / Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина. – М. : Айрис-пресс, 2007. – 224 с.

78. Филичева Т. Б. Основы дошкольной логопедии [Текст] / Т. Б. Филичева. – М. : Эксмо, 2015. – 320с.

79. Хватцев, М. Е. Логопедия [Текст] / М. Е. Хватцев. – М. : Владос, 2010. Кн. 1. – 272 с.

80. Чистякова, М. И. Психогимнастика [Текст] / Под ред. М. И. Буянова. – 2-е изд. – М. : Просвещение : ВЛАДОС, 1995. – 160 с.

81. Эльконин, Д. Б. К вопросу о формировании фонематического восприятия у детей дошкольного возраста [Текст] / Д. Б. Эльконин. – М. : Просвещение, 1963. – 220 с.

82. Элленби, И. Право детей на развитие [Текст] / И. Элленби; пер. со шведск. Роббинг К. – Мн. : УП «Технопринт», 2004. – 124 с.

83. Ястребова, А. В. Комплекс занятий по формированию у детей речемыслительной деятельности и культуры устной речи [Текст] / А. В. Ястребова, О. И. Лазаренко. – М. : АРКТИ, 2001. – 142 с.