

«кінезотерапія»

**КОРЕКЦІЯ ПРОЯВІВ ДИСПРАКСІЇ
У ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ
ЗАСОБАМИ КІНЕЗОТЕРАПІЇ**

2019

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИСПРАКСІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ	6
1.1. Психолого-педагогічні дослідження проблеми порушень мовлення у дітей	6
1.2. Диспраксія: поняття та причини її виникнення	9
1.3. Кінезотерапія як засіб корекції проявів диспраксії у дітей із порушеннями мовлення.....	13
Висновки до першого розділу.....	14
РОЗДІЛ II. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ КОРЕКЦІЙНОГО ВПЛИВУ КІНЕЗОТЕРАПІЇ НА ПРОЯВИ ДИСПРАКСІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ.....	15
2.1. Особливості прояву диспраксії у дітей із порушеннями мовлення.....	15
2.2. Кінезотерапія в системі комплексної корекції проявів диспраксії у дітей із порушеннями мовлення	20
2.3. Результати вивчення впливу кінезотерапії на прояви диспраксії у дітей із порушеннями мовлення	23
Висновки до другого розділу.....	25
ВИСНОВКИ.....	26
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	28
ДОДАТКИ.....	31

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасний стан розвитку спеціальної освіти в Україні характеризується посиленою увагою вчених до поглибленого вивчення особливостей загального, психічного і мовленнєвого розвитку дітей з порушеннями розвитку для забезпечення індивідуального становлення кожної дитини з урахуванням її психофізичних особливостей, можливостей, здібностей, інтересів тощо. Зростання кількості дітей із порушеннями мовлення в Україні вимагає перегляду методів і форм виховання та навчання зазначеної категорії дітей (С. Конопляста, Н. Манько, І. Мартиненко, Н. Пахомова, Н. Скрипник, В. Тарасун, В. Тищенко, М. Шеремет та ін.) [17, 21]. У складних випадках порушується не тільки мовленнєвий розвиток, а й інші функції, що забезпечують розвиток мовлення, зокрема, психомоторика [11, 14, 22, 27, 33].

Проблема психомоторного розвитку дитини належить до числа найбільше значимих у сучасній загальній та спеціальній дошкільній педагогіці, загальній та спеціальній дитячій психології. Це закономірно, оскільки на першій стадії онтогенезу характерною особливістю розвитку є його синкретичність, коли психіка та моторика знаходяться у нерозривній єдності (А. Валлон, Л. Виготський, О. Запорожець, М. Кольцова, О. Леонтєв, Р. Фьюелл, М. Щелованов та інші) [8, 9, 20, 25].

У дослідженнях Л. Виготського, М. Лісіної, М. Хватцева, П. Дворкіної, І. Горської, М. Фомічової та інших [9] встановлена наявність тісного взаємозв'язку психомоторного та мовленнєвого розвитку, зокрема, наявність прямої залежності розвитку мовлення від рухової активності дитини. Недостатність моторної сфери дітей дошкільного віку з мовленнєвими порушеннями відзначені Р. Левіною, Р. Лалаєвою, Н. Серебряковою, Л. Лопатиною, М. Іпполітовою, О. Мастюковою та іншими [19, 21, 22, 23].

Проте диспраксія проявляється у порушеннях рухових функцій дитини ще з раннього віку, які зберігаються до повноліття (М. Cantell, М. Smyth, Т. Ahonen, Н. Polatajko) [34] або частково зберігаються і в дорослому віці (А. Семенович, Л. Цветкова та інші [6]), що часто призводить до проблем в

емоційній та соціальній сферах життєдіяльності дитини, як-от: низька самоповага, тривога, труднощі в налагодженні відносин, міжособистісному спілкуванні тощо. Попри значущість вивчення проблеми диспраксії у дітей із порушеннями мовлення спеціальних досліджень у цьому напрямку майже не проводиться. А отже, соціальна значущість проблеми та її недостатня наукова розробленість зумовили вибір теми дослідження «Корекція проявів диспраксії у дітей із порушеннями мовлення засобами кінезотерапії».

Мета дослідження полягає у теоретико-експериментальному вивченні впливу засобів кінезотерапії на прояви диспраксії у дітей із порушеннями мовлення.

В основу дослідження покладено *припущення* про наявність позитивного впливу засобів кінезотерапії на прояви диспраксії у процесі комплексної корекції мовленнєвих порушень у дітей.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми диспраксії у дітей порушеннями мовлення.
2. Експериментально дослідити особливості проявів диспраксії у дітей із порушеннями мовлення.
3. Розробити та експериментально перевірити ефективність корекції проявів диспраксії у дітей із порушеннями мовлення засобами кінезотерапії.

Об'єкт дослідження – процес корекції проявів диспраксії у дітей із порушеннями мовлення.

Предмет дослідження – кінезотерапія як засіб корекції проявів диспраксії у дітей із порушеннями мовлення.

Методи дослідження: – теоретичні (аналіз та узагальнення психолого-педагогічної літератури з проблеми дослідження); емпіричні (експеримент і тестування «Методика оцінки дрібної моторики» (Г. Волкова і Н. Ніщева) і «Методика оцінки загальної моторики Озерецького-Гельнітца», біографічний метод); методи математичної обробки даних.

Експериментальна база дослідження. Експериментальне дослідження

проводилося на базі ЗДО «Золотий ключик» № 5 (м. Енергодар, Запорізька обл.). Загальна вибірка становила 40 дітей старшого дошкільного віку: експериментальна група – 20 дітей із загальним недорозвитком мовлення, які відвідували логопедичну групу; контрольна група – 20 дітей із нормою. Результати дослідження впроваджено в освітній процес цього закладу (довідка № 98 ст від 19.12.2018 року).

Наукова новизна дослідження полягає у: а) визначенні особливостей прояву диспраксії у дітей із порушеннями мовлення; б) подальшому розвитку засобів корекції проявів диспраксії.

Практичне значення роботи полягає в тому, що отримані результати можуть будуть використані в системі дошкільної освіти логопедами, вихователями логопедичних груп, інструкторами лікувальної фізичної культури та батьками.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у пошуку нових стратегій для цілісної та системної корекції проявів диспраксії у дітей із порушеннями мовлення.

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів із висновками до них, загальних висновків, списку використаних джерел, додатків.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИСПРАКСІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ

1.1. Психолого-педагогічні дослідження проблеми порушень мовлення у дітей

Сучасний стан розвитку спеціальної освіти в Україні характеризується посиленою увагою вчених до поглибленого вивчення особливостей загального, психічного та мовленнєвого розвитку дітей із порушеннями розвитку для забезпечення індивідуального становлення кожної дитини з урахуванням її психофізичних особливостей, можливостей, здібностей, інтересів тощо.

Мовлення займає особливе місце в системі психічних функцій людини. Вивчення онтогенезу дитячого мовлення засвідчує його величезну роль у психічному розвитку дитини, оскільки формування мислення, когнітивних функцій і становлення особистості тісно пов'язане з появою й розвитком мовленнєвої діяльності (А. Богуш, О. Винарська, Л. Виготський, О. Лурія, В. Тарасун, М. Шеремет, Д. Ельконін та ін.) [9, 21, 24]. Як і будь-яка інша функціональна система, мовлення є найбільше чутливим до впливу несприятливих факторів у період його інтенсивного формування.

Одним із розповсюджених порушень мовленнєвого розвитку є загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ). Це складне мовленнєве порушення, при якому у дитини з нормальним слухом та інтелектом порушуються усі компоненти мовлення: лексика, фонетика, граматики. Мовленнєвий недорозвиток може бути виражений від повної відсутності мовленнєвих засобів спілкування до розгорнутого мовлення з окремими елементами лексико-граматичного та фонетичного недорозвитку. Дослідники (Є. Соботович, В. Тищенко та ін.) [31, 32] указують на різний рівень сформованості в дітей із ЗНМ психічних функцій загалом та інтелектуального розвитку зокрема. Як свідчать багаточисельні дослідження у галузі спеціальної освіти, порушення мовлення у дітей із ЗНМ зумовлені несформованістю або розладом на ранніх етапах онтогенезу власне мовленнєвих, психологічних і нейрофізіологічних механізмів при первинно збереженому слуху й інтелекті.

Недорозвиток мовлення має різне походження та різну структуру аномальних відхилень. Але в усіх дітей із ЗНМ є типові відхилення, які вказують на системне порушення мовленнєвої діяльності. Однією з провідних ознак є пізній початок мовлення, при якому перші слова з'являються у 3-4 роки, а іноді після п'яти років. Без спеціального навчання мовленнєва активність таких дітей поступово знижується.

До ЗНМ призводять різні несприятливі впливи як у внутрішньоутробному розвитку (інфекції під час вагітності, токсикози, несумісність крові за резус-фактором або груповою належністю крові, захворювання ЦНС, вживання матір'ю алкоголю, нікотину, наркотичних засобів), а також під час пологів (родова травма, асфіксія тощо). У таких дітей ЗНМ поєднується із синдромом рухової загальмованості, афективної збудливості, вкрай низької розумової працездатності. Унаслідок мовленнєво-рухових порушень, пов'язаних із органічним ураженням або недорозвитком певних відділів ЦНС виникають недоліки вимови, виражені у різному ступені, а також труднощі сприймання звуків [1, 19, 23, 31, 32]. Порушення взаємодії між слуховим і мовленнєво-руховим аналізатором призводить до недостатнього оволодіння звуковим складом слова, а це гальмує накопичення словникового запасу, формування граматичної будови мовлення, опанування письма та читання.

У зв'язку з обмеженням, вважаємо за доцільне не розглядати загальну характеристику порушень мовлення при ЗНМ. Однак, зауважимо, що науковці підкреслюють важливість вчасно виявити та встановити рівень ЗНМ та подолати його ще до початку шкільного навчання. Як відзначають учені, у дітей із ЗНМ часто спостерігаються порушення не тільки мовленнєвого, а й психомоторного розвитку.

Так, І. Павлов, О. Леонт'єв, О. Лурія [20, 24] в результаті багаточисленних досліджень підтвердили взаємозв'язок загальної та мовленнєвої моторики. Чим вища рухова активність дитини, тим краще розвивається її мовлення. Формування рухів відбувається за участю мовлення. Точне, динамічне виконання вправ для ніг, тулуба, рук, голови призводить до

вдосконалення рухів артикуляційних органів: губ, язика, нижньої щелепи тощо. У роботах В. Дресвянникова [27] вказано на паралельність і взаємопов'язаність мовлення та психомоторики. Він підкреслював, що розвиток моторики і експресивного мовлення відбувається в тісній єдності. О. Мастюкова [21] надавала великого значення тому, що мовлення тісно пов'язане онтогенетично, анатомічно й функціонально з руховою системою. Підкреслюючи, що мовлення є найбільше вразливим до впливу різних шкідливих факторів на центральну нервову систему, вона виявила у дітей із церебральною патологією на всіх етапах їх вікового розвитку залежність між динамікою розвитку мовлення та психомоторикою [6, 21, 22].

Тобто порушення психомоторних функцій є одним із типових супутніх розладів порушень мовленнєвого розвитку. Найяскравіше недостатність загальної моторики проявляється у дітей дошкільного віку з порушеннями мовлення при виконанні складних рухів, що вимагають чіткого управління ними, точної роботи різних м'язових груп, правильної просторової організації рухів. У багатьох дітей із ЗНМ при неврологічному обстеженні виявляються різні, зазвичай, нерізко виражені рухові порушення, які характеризуються змінами м'язового тону, порушеннями рівноваги, координації руху, зниженням шкірної та м'язової чутливості [6, 17]. Відзначається також виражена в різному ступені загальна моторна недостатність, а також відхилення в розвитку рухів пальців рук. Рухи дітей із ЗНМ відрізняються незграбністю, поганою координацією, надмірною повільністю або, навпаки, імпульсивністю. Системне вивчення рухової сфери дітей із ЗНМ показує, що у більшості з них недосконалість рухів спостерігається в усіх компонентах моторики: загальній, лицевій, артикуляційній, а також у тонких рухах кистей і пальців рук.

Варто зазначити, що рухова активність дітей із ЗНМ на 20-30 % нижча, ніж у здорових однолітків, високий рівень рухової активності доступний лише малій кількості дітей із ЗНМ. Для дітей дошкільного віку з низьким і нижчим за середній рівнем психомоторного розвитку режим рухової активності включає цілеспрямовані фізичні вправи переважно середньої інтенсивності. При

виконанні дозованого фізичного навантаження організм таких дітей адаптується гірше, ніж у здорових дітей того ж віку, що характеризується тривалим періодом відновлення.

Отже, дітям із ЗНМ властиве певне відставання в розвитку рухової сфери: загальної та дрібної моторики. Загальна моторика взаємопов'язана з розвитком і формуванням дрібної моторики і розвитком мовлення. У значної частини дітей із ЗНМ спостерігається рухова недостатність, яка виражається у вигляді недостатньої координації складних рухів, невпевненості у відтворенні точно дозованих рухів, зниженні швидкості й спритності їх виконання. У дітей виникають труднощі під час виконання рухів за словесною інструкцією, особливо, серії рухових актів. Для всіх дітей із ЗНМ характерною є загальна моторна незграбність. Велика частка дітей має погану координацію, виглядає моторно-незграбними при ходьбі, бігу, рухах під музику. Основні рухові вміння і навички сформовані недостатньо, рухи ритмічно не організовані, спостерігається підвищена рухова виснаженість, погіршення рухової пам'яті та уваги.

Відтак, вивчення проблеми диспраксії у дітей із порушеннями мовлення потребує здійснення аналізу розвитку психомоторики у дітей із нормальним мовленнєвим розвитком.

1.2. Диспраксія у дітей дошкільного віку: поняття та причини її виникнення

Термін «диспраксія» відомий з середини ХХ століття, коли Collier вперше описав його як «congenital maladroitness». У подальшому вивченням цього поняття закордоном займалися J. Ayres, S. Gubbay, C. Gillberg та інші [33, 34, 35].

Диспраксія (dyspraxia) (від грец. dis – приставка, що означає частковий розлад, порушення, ускладненість, praxia – рух, діяльність) – це розлад рухової функції і координації рухів у дитини з нормальним м'язовим тонусом. Використовується для позначення порушення планування моторних дій, яке

пов'язане з проблемами розвитку в онтогенезі. J. Ayres вважає, що диспраксія є порушенням організації плану, необхідного для виконання цілеспрямованої поведінки. Термін «диспраксія» іноді застосовується до дітей з координаційними порушеннями розвитку та до дітей із дефіцитом уваги, управління рухами і сприйняттям (DAMP – Deficits in Attention, Motor control and Perception), і це значить, що у цих порушень можуть бути загальні прояви.

ВООЗ нещодавно віднесла диспраксію до специфічних порушень розвитку моторної функції, синонім – «синдром незграбності» (МКБ-10, F 82.), що виникає внаслідок затримки дозрівання пірамідних, мозочкових систем, що регулюють координацію та плавність рухів. Відповідно до рекомендацій МКБ-10 визначені діагностичні критерії диспраксії:

- а) показник за стандартизованим тестом на моторну координацію як мінімум на два стандартних відхилення нижче рівня, для віку дитини;
- б) рухове порушення суттєво перешкоджає навчанню або діяльності в повсякденному житті;
- в) немає чіткого діагнозу щодо неврологічного розладу.

Неважко помітити, що діагностичні критерії носять загальний характер і дозволяють об'єднувати в цю групу широкий спектр порушень рухів. Крім того, диспраксія недостатньо диференціюється з порушеннями координації рухів. Якщо під координацією розуміти здатність точного управління силовими, просторовими та часовими параметрами рухів і забезпечення злагодженої перебудови рухів і дій відповідно до вимог мінливих умов, то у дітей дошкільного віку ця здатність ще слабо розвинена. Однак основу моторних проблем дитини може становити недостатня координація через зниження пропріоцептивної чутливості та / або дефектів візуально-просторових уявлень. При цьому знижена пропріоцептивна чутливість або дефекти візуально-просторових уявлень самі можуть лежати в основі різних форм диспраксії.

Причини диспраксії також вивчені недостатньо. Це захворювання може бути: первинним (причини диспраксії не пов'язані з невропатологічними порушеннями, однак, їх непросто визначити без застосування спеціальних

методик); вторинним (диспраксія є наслідком черепно-мозкової травми, ДЦП, інших патологій нервової системи або входить у симптоматику синдрому Дауна, аутизму, синдрому Вільямса). Часто етіологію диспраксії пов'язують із певною взаємодією генетики та середовища.

При диспраксії порушення вищих психічних функцій у результаті відставання дозрівання структур, відповідальних за реалізацію процесів управління побудовою рухів є проявами системного міжпівкульного та багаторівневого дизнейроонтогенезу, починаючи з рівня неспецифічних систем головного мозку. Часто прояви диспраксії пов'язані з патологією тім'яної частки головного мозку [34].

Якщо диспраксію не виявити вчасно, це може мати негативний вплив на якість життя дитини та її самооцінку. Симптоми диспраксії можуть відрізнятися в залежності від віку дитини.

Так, у ранньому віці диспраксія проявляється у вигляді порушень уроджених рефлексів: порушення смоктального рефлексу, проблем із фіксацією погляду, труднощів із хапанням долонею предметів, порушень координації рухів тощо [18, 35].

На думку багатьох авторів у дошкільному віці найбільше проявляються ознаки диспраксії: спостерігається підвищена рухова активність, незручність у рухах; часта втрата речей; падіння та спотикання під час ходіння; неможливість автоматичної діяльності: вербальної (мовленнєвої, оральної); дитина не спритна у виконанні будь-яких цілеспрямованих дій; уповільнене формування вміння їсти та труднощі з прийомами їжі; важко керувати дрібною моторикою: зав'язувати шнурки, працювати з дрібними предметами, одягатися, малювати; плутанина з лівим і правим черевиком; нестабільна і млява постава; невміння ловити та кидати м'яча, підстрибувати, стояти на одній нозі, тримати рівновагу під час їзди на велосипеді; труднощі з визначенням провідної руки; погана увага; труднощі з переказом побаченого та розумінням конструкції речей; швидка втрата суті бесіди, нездатність виконати одночасно декілька дій. Можуть бути різні психоемоційні та поведінкові комплекси: такі діти часто

стають пасивними, втрачають інтерес до виконання різних обов'язків; можуть бути проблеми з пошуком друзів; відмовляються від рухливих ігор [18, 30].

Для молодшого шкільного віку характерні труднощі з освоєнням читання та письма, малювання; труднощі з ходінням по прямій лінії; складності з пошуком відповіді на просте запитання, хоча дитина його знає; проблеми з довготривалою пам'яттю (забуває вивчений напередодні навчальний матеріал); нездатність утримати в пам'яті і виконати складну інструкцію; труднощі з визначенням правої і лівої сторони; порушення сну; підвищена чутливість до дотиків; погана постава і затримка фізичного розвитку; не мають почуття напрямку руху. Вони часто засмучені, уперті й соромливі, відрізняються від однолітків підвищеною стомлюваністю, оскільки прикладають набагато більше зусиль для виконання простих повсякденних дій. Це дає підставу виокремити чотири основні категорії порушень при диспраксії [30]:

1) труднощі зі звуковимовою, дитина не може управляти м'язами, що формують мовлення, відтворювати правильно звуки, вимовляти слова, контролюючи при цьому дихання;

2) труднощі з малюванням і письмом, складність навчання простих рухів, неправильне тримання ручки, низька швидкість письма;

3) труднощі при рухах, дитина погано утримує рівновагу і ледве відтворює задану послідовність рухів;

4) труднощі в рухливих іграх, дитина погано стрибає, не може зловити м'яч, кинути його тощо.

Таким чином, корекція диспраксії – тривалий процес, який вимагає від логопедів систематичного підходу, побудованого за принципом «від простого до складного» з урахуванням провідного виду діяльності дітей дошкільного віку (ігри із застосуванням наочності) й формуванням активної позиції як вихователів, так і батьків. Ми переконані, що від цього залежить успішність закріплення отриманих мовленнєвих умінь і навичок у повсякденному житті дитини, а також стійкість ефекту корекції та подальша динаміка розвитку мовлення.

1.3. Кінезотерапія як засіб корекції проявів диспраксії у дітей із порушеннями мовлення

Сучасний підхід до подолання диспраксії у дітей потребує розробки та застосування диференційованих методів корекції цього порушення. Спеціальна освіта на сучасному етапі становлення досить ефективно застосовує теоретичні та практичні надбання різних наук, зокрема педагогіки, психології, медицини, нейронауки, адаптуючи їх відповідно до специфіки мовленнєвого порушення. Ці прийоми допомагають оптимізувати роботу логопеда та в найбільше короткі строки досягнути бажаного результату.

У корекції диспраксії у дітей із порушеннями мовлення найбільше перспективним є комплексний підхід, який включає в себе роботу щодо впливу на різні рівні головного мозку – стовбур мозку, підкіркові зони, первинні й вторинні зони кори, а також стимулюють міжпівкульну взаємодію. Система корекції мовленнєвих порушень у дітей із диспраксією в структурі комплексного впливу, сприяє не тільки вдосконаленню корекційно-логопедичного процесу, спрямованого на подолання мовленнєвих порушень, але й на оптимізацію процесу формування особистості, виховання і навчання дітей, а також на успішну соціальну адаптацію в цілому. Комплексний підхід при корекції диспраксії у дітей із ЗНМ передбачає не тільки прямі, але й опосередковані впливи через використання різних технік. Вони спрямовуються на корекцію моторних порушень, психічного розвитку, гармонізацію особистості, профілактику нервово-психічних розладів, розвиток уваги, довільної поведінки, встановлення зв'язку між мовленнєвою та загальною моторикою. Зазначене вище розкриває необхідність застосування неспецифічних методів корекції, одним із яких, на нашу думку, є кінезотерапія [5, 29].

Кінезотерапія – одна із форм лікувальної фізкультури (ЛФК), у якій за допомогою виконання активних, пасивних рухів, певних вправ лікувальної гімнастики досягається конкретний терапевтичний результат [5].

Поступове навчання правильних (простих і складних) рухів призводить до їх нейрорефлекторного закріплення. Відновлення рухливості, в свою чергу, призводить до відновлення трофіки та обміну речовин у кістково-м'язовій системі людини. У сучасній кінезотерапії розроблено спеціальні комплекси вправ, метою яких є: розвиток міжпівкульової спеціалізації; розвиток міжпівкульової взаємодії; розвиток моторики; розвиток здібностей; розвиток пам'яті, уваги; розвиток мовлення; усунення дислексії; розвиток мислення. При створенні цих комплексів об'єднано два навчальних принципи: вплив на збережені ланки регуляції психофізіологічних функцій; вплив на порушені ланки регуляції психофізіологічних функцій [3, 4, 10, 12].

Отже, комплексне і систематичне проведення кінезотерапевтичних вправ на підгрупових і індивідуальних заняттях з дітьми дошкільного віку дає позитивні результати у розвитку зорово-просторового гнозису, мовленнєвого розвитку, нормалізації м'язового тону (артикуляційних і мімічних м'язів). Дана технологія є перспективною для розробки і реалізації її у системі режиму дня дитини з мовленнєвими порушеннями.

Висновки до першого розділу

Результати проведеного теоретичного дослідження проблеми проявів диспраксії у дітей із порушеннями мовлення дозволяють сформулювати низку положень. Встановлено, що дітям із ЗНМ властиве певне відставання в розвитку рухової сфери. Основні рухові вміння і навички сформовані недостатньо, рухи ритмічно не організовані, спостерігається підвищена рухова виснаженість.

Виявлено типові труднощі у дітей із диспраксією. Теоретично доведено, що використання кінезотерапії як засобу корекції проявів диспраксії у дітей з порушеннями мовлення збільшує отримання позитивних результатів, значно підвищує ефективність процесу освіти, допомагає оптимізації соціальної сфери особистості, сприяє усвідомленню правильної вимови, побудови, організації та здійснення цілеспрямованих рухових актів і рухів.

РОЗДІЛ II. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ КОРЕКЦІЙНОГО ВПЛИВУ КІНЕЗОТЕРАПІЇ НА ПРОЯВИ ДИСПРАКСІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ

2.1. Особливості прояву диспраксії у дітей із порушеннями мовлення

Констатувальний етап експериментальної роботи спрямовувався на виявлення особливостей прояву диспраксії у дітей із порушеннями мовлення. Основними завданнями роботи стали: 1. Добір методик дослідження особливостей прояву диспраксії у дітей із порушеннями мовлення старшого дошкільного віку. 2. Виявлення особливостей прояву диспраксії у дітей із порушеннями мовлення. 3. Порівняти експериментальні дані обстеження дітей без мовленнєвої патології та дітей із порушеннями мовлення.

Дослідження проводилося на базі ЗДО №5 «Золотий ключик» (м. Енергодар, Запорізька область) протягом січня – вересня 2018 року. Для участі в констатувальному етапі дослідження було сформовано вибірку з двох підгруп. Перша – експериментальна – складалася з дітей старшого дошкільного віку із ЗНМ, які навчаються в логопедичній групі – 20 дітей. Друга – контрольна – підгрупа вибірки складалася з дітей старшого дошкільного віку з нормальним мовленнєвим розвитком – 20 дітей.

Під час експериментальної роботи ми керувалися такими принципами: науковості, гуманності, оптимальності, доступності та індивідуальності, детермінізму, етіопатогенетичний принцип.

На підготовчому етапі нами здійснювався збір точної історії хвороби дитини, яка входила до експериментальної групи. Зокрема, це була інформація, яка включає в себе історію сім'ї, історію вагітності, коли відбулися пологи, як виявляється розлад і коли (наприклад, проблеми з прийомом їжі, поведінкою, сном тощо). Враховуючи відсутність спеціального діагностичного інструментарію, який дозволяв би визначити особливості прояву диспраксії у дітей, при постановці мети та завдань дослідження, визначенні методик констатувального експерименту ми спиралися на такі положення: положення

Л. Виготського про складну структуру дефекту, про наявність первинного дефекту та вторинних відхилень у формуванні функцій у дітей з різною, у тому числі мовленнєвою, патологією; розуміння диспраксії як порушення точності виконання цілеспрямованих рухів, що призводить до порушення формування у дітей можливості побудови цілеспрямованих рухових актів при збереженні м'язової сили та амплітуди рухів у дітей із загальним недорозвитком мовлення, тому важливим для нашого дослідження було положення М. Бернштейна про складну будову рухового акту [2].

Враховуючи діагностичні критерії прояву диспраксії відповідно до рекомендацій МКБ-10 вважаємо доцільним через вивчення стану психомоторики дітей із позицій рівневої теорії організації рухів, що дозволяє розглядати складний руховий акт через складові його компоненти, виявити та проаналізувати стан церебральних рівнів, їх роль в регуляції рухів і дій.

Обстеження кожної дитини проводилося під час декількох нетривалих за часом зустрічей (10-15 хв.), тому весь обсяг завдань був розділений на кілька приблизно рівних за ступенем складності та обсягу частин. Усі завдання пропонувалися в ігровій формі. Виконуючи запропоновані завдання, дитина стояла або сиділа на зручному для неї місці (на килимі, на стільці тощо) поруч або навпаки експериментатора залежно від характеру завдання. Дитині надавалася максимально можливий ступінь самостійності. Процес виконання дитиною кожного завдання ретельно фіксувався. При цьому відзначався не тільки результат, а й характер дій дитини, усі мовленнєві та емоційні реакції, особливості поведінки, тимчасові параметри виконання окремих завдань.

Таким чином запропонований комплекс методик діагностики дозволив виявити особливості прояву диспраксії у дітей із ЗНМ та порівняти їх з показниками розвитку дітей у нормі. В результаті проведеного дослідження нами були отримані кількісні та якісні результати.

Для обстеження загальної моторики була використана мотометрична шкала Озерецького-Гельнітца, яка включає вісім завдань [11]. Загальний підрахунок балів і рівнів розвитку за мотометричною шкалою Озерецького-

Гельнітца представлений в таблиці 2.1. Додатку А. Загальний підрахунок балів і рівнів розвитку дрібної моторики за методиками Г. Волкової та Н. Ніщевої [7] представлений в таблиці 2.2 Додатку А. Дані цих таблиць вказують на відмінності категорій дітей за всіма розглянутими параметрами загальної моторики. За допомогою представлених в таблицях завдань, ми вивчали такі показники: статична координація рухів (завдання 1,3,6); динамічна координація рухів (завдання 2,4); одночасність рухів (завдання 5,8); виразність рухів (завдання 4,7).

У таблиці 2.3 Додатку А відображені результати діагностики показників статичної координації дітей із ЗНМ у порівнянні з дітьми, які не мають мовленнєвого порушення. Представлені дані засвідчують, що всі завдання на статичну координацію дітьми, які мають порушення мовлення, виконувалися гірше, ніж дітьми з нормальним мовленнєвим розвитком. Кожне із завдань було під силу тільки одній дитині з десяти, які брали участь у дослідженні. Найбільші труднощі спостерігалися під час стояння дитини на одній нозі з відкритими очима протягом 10 секунд (на правій і на лівій нозі). Діти ж, які не мають мовленнєвої патології загалом успішно виконали завдання на статичну координацію. Необхідно відзначити, що у дітей із ЗНМ під час дослідження порушення статичності виявлялися в значній мірі. Ці порушення виражені більш яскраво, ніж у дітей контрольної групи, а іноді виявлялася повна неможливість збереження рівноваги як через появу тремору кінцівок, так і через імпульсивне сприйняття інструкції, а також слабку довільність управління власними рухами. При утриманні пози діти часто погойдувалися, намагаючись утримати рівновагу, опускали підняту ногу, торкаючись нею підлоги, піднімалися на носки. Краще утримували рівновагу, стоячи на провідній, як правило, правій нозі. Зазначаючи труднощі збереження рівноваги (переважно стоячи на лівій нозі), намагалися утримуватися руками за спинку, що стояла біля стільця.

Результати діагностики динамічної координації дітей із ЗНМ у порівнянні з дітьми, які не мають мовленнєвих порушень представлені в таблиці 2.4 Додатку А. Дані таблиці свідчать про значну різницю в успішності виконання

завдань на динамічну координацію між дітьми з різним рівнем мовленнєвого розвитку. Виконання експериментальних завдань на дослідження динамічної координації рухів характеризуються недостатньо узгодженою діяльністю різних м'язових груп, незручністю виконуваних рухів. Найбільші труднощі у дітей з порушеннями мовлення викликали стрибки з відкритими очима по черзі на правій та лівій ногах. Однак, під час метання яскраво спостерігалася нестійкість пози під час підготовки до кидка, невміння здійснювати замах, скутість кисті руки, відсутність узгодженості дій рук, ніг і тулуба. Таким чином, проведені дослідження показали, що у дітей із ЗНМ спостерігалася виражена недостатня сформованість як статичної, так і динамічної координації рухів.

У таблиці 2.5 Додатку А представлені показники одночасності рухів дітей. З таблиці видно, для дітей із ЗНМ стрибки з місця через перешкоду (5 завдання) виявилися досить складним завданням. Стрибки більшості дітей із ЗНМ нагадували топтання на місці з мізерним відривом однієї ноги від підлоги, без участі рук, неузгодженістю як обох ніг, так і спільно рук і ніг, відштовхування для подолання перешкоди просто не було. Найімовірніше виявлені особливості одночасності рухів зумовлені надлишковою руховою активністю та імпульсивністю, що може бути наслідком недостатності функціональної системи, що відповідає за організацію довільних узгоджених рухів, слабкості контролю і програмування у цієї категорії дітей.

Друге завдання на одночасність рухів (8 завдання), яке полягало в тому, що діти пальцями горизонтально витягнутих рук описували в повітрі кола, було виконано успішніше. Більшість дітей із ЗНМ виконали його на середньому рівні. Показники виразності руху дітей показані в таблиці 2.6 Додатку А. Дані таблиці показують, що діти з порушеннями мовлення у виразності рухів також поступаються своїм одноліткам, які не мають мовленнєвих відхилень. При цьому, що стосується метання м'яча, то у дітей із ЗНМ кількість влучень м'ячем у ціль значно більша при виконанні рухів правої (провідної) руки. У більшості

випадків успішне виконання завдання для правої руки здійснювалося з другої спроби, у той час як для лівої – із третьої.

Рівень виконання завдання 7 (торкнутися, закривши очі, вказівним пальцем правої та лівої руки (по черзі) кінчика носа) у групі дітей із ЗНМ – середній – значна частина дітей успішно виконала завдання. У таблиці 2.7 Додатку А представлені зведені показники рівня розвитку загальної моторики за мотометричною шкалою Озерецького-Гельнітца. Представлені експериментальні дані свідчать, що діти із ЗНМ значно відстають від своїх однолітків із нормальним мовленнєвим розвитком, як за окремими показниками, так і щодо розвитку загальної моторики.

Діагностика за допомогою мотометричної шкали Озерецького-Гельнітца показала, що серед дітей із ЗНМ ніхто не показав високий рівень розвитку загальної моторики, 40 % дітей мають середній рівень і 60 % – низький. У іншій групі 90 % дітей показали високий рівень і 10 % – середній рівень загальної моторики. Таким чином, характерними особливостями загальної моторики дітей старшого дошкільного віку із ЗНМ є: неточність загальних рухів; моторна незручність; відсутність гнучкості та плавності; яскраво виражені порушення координації; порушення ациклічних рухів (метання в ціль).

Розглянемо результати діагностики показників дрібної моторики окремо за кожним блоком. Так результати діагностики довільної моторики пальців рук дітей з вадами мовлення в порівнянні з їхніми однолітками, які не мають мовленнєвої патології, представлені в таблиці 2.8 Додатку А. Представлені результати засвідчують, що в цілому в обох групах випробовуваних виявлено середній рівень цього показника. Діти із ЗНМ поступаються не суттєво. Усі завдання цього блоку дітьми виконувалися успішно.

У таблиці 2.9 Додатку А представлені показники навичок роботи з олівцем дітей дошкільного віку. Експериментальні дані таблиці вказують на те, що в обох групах виявлено середній рівень навичок роботи з олівцем. Однак у дітей з порушеннями мовлення простежується тенденція до низького рівня, тоді як у дітей з нормою – до високого. При цьому, під час виконання завдань, діти

із ЗНМ відчували значні труднощі при малюванні ламаної, замкнутої та хвилястої лінії, а також у малюванні людини.

Результати діагностики навичок маніпуляції з предметами наведені в таблиці 2.10 Додатку А. Бачимо, що середній бал за цим показником відповідає середньому рівню і у дітей з порушеннями мовлення та у дітей з нормальним мовленнєвим розвитком. Однак у дітей контрольної групи простежується середній рівень із тенденцією до високого.

Аналіз окремих показників дрібної моторики показує, що, незважаючи на достатній середній рівень її розвитку, у дітей з порушеннями мовлення слабкіше розвинені навички роботи з олівцем і такі навички маніпуляції з предметами, як: вміння швидко зав'язувати та розв'язувати шнурки і вміння швидко нанизати на мотузку намисто. Це вказує на недостатність таких якостей, як співвідносяться рухи рук, кінестетична основа рухів руки, зорово-моторна координація рухів, а також точність рухів.

У таблиці 2.11 Додатку А представлені зведені показники рівня розвитку дрібної моторики у дітей експериментальної та контрольної групи. За показниками дрібної моторики діти з вадами мовлення відстають від однолітків з нормальним мовленнєвим розвитком несуттєво. Як засвідчують наведені експериментальні дані, в обох групах випробовуваних немає дітей, які показали низький рівень. Однак у групі дітей із ЗНМ переважає середній рівень розвитку дрібної моторики (60 % випробовуваних), а в контрольній групі – високий (90 % випробовуваних). Такий достатньо позитивний рівень розвитку дрібної моторики дітей з порушеннями мовлення, на нашу думку, пояснюється тим, що діти, які брали участь в дослідженні, навчаються в логопедичній групі, де крім корекції мовленнєвого розвитку, значна увага приділяється розвитку дрібної моторики.

2.2. Кінезотерапія в системі комплексної корекції проявів диспраксії у дітей із порушеннями мовлення

Аналіз результатів констатувального експерименту, представлений у

попередньому параграфі засвідчив, що для дітей старшого дошкільного віку із ЗНМ характерним є порушення як статичної, так і динамічної координації рухів з боку загальної моторики. М'язовий тонус нестійкий, рухи напружені й несумірні. Є порушення координації рухів. Особливо страждає динамічний праксис. Діти не запам'ятовують послідовність рухів, не переключаються з однієї серії рухів на іншу, а рухові помилки не виправляють самостійно. Дитина може бачити, що роблять інші діти, усвідомлювати та розуміти значення цього руху, але спланувати координацію так, щоби повторити – викликає значні труднощі. Отже, мова йде про прояви диспраксії як порушення планування власних дій. Це дає підстави припускати, що існує прямий зв'язок між збереженням елементарних компонентів праксису та мовленнєвим розвитком дітей. Тому, використовуючи різні види рухових технік, ми тим самим будемо сприяти корекції порушень мовленнєвого розвитку. Крім того, компоненти праксису знаходяться в ієрархічній залежності, і, розвиваючи нижчі рівні, ми неминуче впливаємо на розвиток складно організованих форм праксису, до яких відноситься і мовленнєвий.

На формувальному етапі експериментальної роботи, спираючись на отримані діагностичні дані, основною метою було розробити програму корекції проявів диспраксії у дітей із порушеннями мовлення. При розробці програми формувального експерименту, ми спиралися на наукові доробки українських і зарубіжних учених щодо проблеми корекції проявів диспраксії, спираючись на які нами було визначено наступні ключові засади корекції проявів диспраксії у дітей із ЗНМ:

По-перше, через значну різноманітність проявів диспраксії, вибір кінезо вправ для кожної дитини має здійснюватися логопедом індивідуально. При складанні індивідуального плану роботи ми виходили з рівня мовленнєвого та інтелектуального розвитку дитини, її вікових і психологічних особливостей.

По-друге, диспраксія коригується за рахунок розвитку (тренування) усвідомлення частин свого тіла. Марно говорити: «Постав ліву ногу на синій килимок!». Тому під час виконання кінезо вправ торкалися рукою до лівої ноги

при виголошенні цих слів.

По-третє, дитина з диспраксією витрачає більше зусиль на виконання кінезо вправ: не завжди більше зусиль на розуміння дії, руху, а саме на практичне виконання цього руху або дії.

Організація корекційної роботи спиралася на дотриманні низки принципів, а саме: онтогенетичний принцип; принцип системного підходу; принцип диференційованого підходу; принципи доступності та індивідуальності; принцип розвитку; принципи послідовності та систематичності; принцип урахування провідної діяльності дітей; принцип комплексного впливу; принцип наочності та доступності матеріалу. Опора на зазначені принципи дала можливість створити сприятливу психологічну атмосферу й здійснити особистісно зорієнтований підхід до кожної дитини.

Ураховуючи ці положення, нами була розроблена програма корекції проявів диспраксії у дітей із порушеннями мовлення (Додаток Б).

Зауважимо, що диспраксія як складне порушення потребує різнопланового підходу, тому кінезотерапія, на нашу думку, є лише одним із достатньо дієвих засобів її корекції, проте не єдиним. Тому запропонована програма є тим пазлом, який має доповнити та покращити загальну програму розвитку дитини старшого дошкільного віку із ЗНМ. Але, оскільки, для нашого дослідження принципове значення має саме цей аспект корекційної роботи, ми вживаємо термін «програма».

Програма корекції проявів диспраксії засобами кінезотерапії передбачала два напрями роботи – з дітьми із ЗНМ та з вихователями логопедичної групи і батьками. Вона включала різні заходи: *проведення кінезотерапевтичних занять із дітьми, семінару-практикуму з вихователями логопедичних груп, бесіди та виступи на педнарадах, індивідуальні консультації батьків, виготовлення інформаційного матеріалу щодо проблеми диспраксії*, а також значення кінезотерапії у корекції цього порушення, конкретні приклади кінезо вправ тощо. Підібрані комплекси вправ, ігрових прийомів були спрямовані на корекцію проявів диспраксії у дітей та сприяння ефективності корекційно-

розвивальної роботи педагогів та включені в усі режимні моменти дітей із ЗНМ, використовували в якості спеціально-організованої діяльності (спеціальні заняття) або включали до занять педагогів.

2.3. Результати вивчення впливу кінезотерапії на прояви диспраксії у дітей із порушеннями мовлення

Оцінка ефективності програми відбувалася на основі кількісного та якісного аналізу змін за визначеними критеріями та показниками в експериментальній та контрольній групі з використанням комплексу діагностичного інструментарію констатувального експерименту [15]. Вважаємо доцільним також введення такого додаткового параметру оцінки ефективності корекційної програми, як бесіди з батьками та педагогами.

Так, у таблиці 2.12 відображені результати діагностики показників статичної координації дітей із ЗНМ у порівнянні з дітьми, які не мають мовленнєвого порушення після формувального експерименту.

Таблиця 2.12

Показники статичної координації рухів дітей старшого дошкільного віку

№ завдання	Діти із ЗНМ		Норма	
	кіль-сть балів	рівень	кіль-сть балів	рівень
1 завдання	0,1	середній	1,0	високий
3 завдання	0,1	низький	1,0	високий
6 завдання	0,5	середній	0,7	середній

Результати діагностики динамічної координації дітей із ЗНМ у порівнянні з дітьми, які не мають мовленнєвих порушень представлені в таблиці 2.13.

Таблиця 2.13.

Показники динамічної координації рухів дітей старшого дошкільного віку

№ завдання	Діти із ЗНМ		Норма	
	кіль-сть балів	рівень	кіль-сть балів	рівень
2 завдання	0,5	середній	1,0	високий
4 завдання	2,5	середній	3,9	середній

У таблиці 2.14 представлені показники одночасності рухів дітей.

Таблиця 2.14

Показники одночасності рухів дітей старшого дошкільного віку

№ завдання	Діти із ЗНМ		Норма	
	кіл-сть балів	рівень	кіл-сть балів	рівень
5 завдання	0,6	середній	1,0	високий
8 завдання	0,7	середній	1,0	високий

Показники виразності рух дітей показані в таблиці 2.15.

Таблиця 2.15

Показники виразності рухів дітей старшого дошкільного віку

№ завдання	Діти із ЗНМ		Норма	
	кіл-сть балів	рівень	кіл-сть балів	рівень
4 завдання	2,4	середній	3,9	середній
7 завдання	0,6	середній	1,0	високий

У таблиці 2.16 представлені зведені показники рівня розвитку загальної моторики за мотометричною шкалою Озерецького-Гельнітца.

Таблиця 2.16

Зведені показники рівня розвитку загальної моторики за мотометричною шкалою Озерецького-Гельнітца

Група дітей	Рівні (%)		
	високий	середній	низький
Діти із ЗНМ до формувального експерименту	-	40%	60%
Діти із ЗНМ після формувального експерименту	-	60%	40%
Діти з нормою до формувального експерименту	90%	10%	-
Діти з нормою після формувального експерименту	90%	10%	-

Розглянемо результати діагностики показників дрібної моторики до та після формувального експерименту. Як засвідчують наведені експериментальні дані, спостерігається несуттєве збільшення кількості дітей в експериментальній

групі. Вважаємо, що така ситуація зумовлена тим, що під час реалізації нашої програми основний акцент ми робили на розвиток загальної моторики, оскільки саме цей критерій на констатувальному етапі був сформований у дітей із ЗНМ найменше.

Таблиця 2.17

Зведені показники рівня розвитку дрібної моторики
(за методиками Г. Волкової та Н. Ніщевої)

Група дітей	Рівень, (%)		
	високий	середній	низький
Діти із ЗНМ до формувального експерименту	40%	60%	-
Діти із ЗНМ після формувального експерименту	45%	55%	-
Норма до формувального експерименту	90%	10%	-
Норма після формувального експерименту	90%	10%	-

Висновки до другого розділу

На етапі контрольного експерименту ми з'ясували, що діти із недорозвитком мовлення мають суттєві зрушення щодо всіх компонентів праксису, як-от: рухи при формуванні пози стали більш скоординованими, діти відчували менше труднощів під час утримання пози, зменшилися порушення статичної та динамічної координації; покращилася просторова організація руху; достатня точність загальних рухів; моторна скоординованість, гнучкість і плавність, покращення ациклічних рухів; достатній розвиток зорово-моторної координації рухів. Тобто після впровадження програми корекції диспраксії прояви цього порушення значно зменшилися.

ВИСНОВКИ

У роботі здійснено теоретичне узагальнення й запропоновано практичне розв'язання проблеми корекції проявів диспраксії у дітей із мовленнєвими порушеннями засобами кінезотерапії, що виявляється в окресленні теоретичних засад означеної проблеми та з'ясуванні сутності основних понять дослідження; визначенні особливостей прояву диспраксії у дітей із порушеннями мовлення; розробці та апробації корекційної програми.

1. Одним із розповсюджених порушень мовленнєвого розвитку є ЗНМ. Це складне мовленнєве порушення, при якому у дитини з нормальним слухом та інтелектом порушуються усі компоненти мовлення: лексика, фонетика, граматики. Встановлено, що дітям із ЗНМ властиве певне відставання в розвитку психомоторики, спостерігається порушення праксису. Однією з форм порушення праксису є диспраксія як специфічне порушення, яке виявляється в порушенні точності виконання цілеспрямованих рухів, що призводить до затримки (порушення) формування у дітей можливості побудови цілеспрямованих рухових актів при збереженні м'язової сили та амплітуди рухів. Диспраксія зумовлена дисфункцією певних відділів головного мозку (найчастіше тім'яних долей, рідше – передніх відділів), при якій дитина не може організувати власні рухи. У корекції диспраксії дітей із ЗНМ найбільше перспективним є комплексний підхід, який передбачає не тільки прямі, але й опосередковані впливи через використання різних психолого-педагогічних корекційних технік, зокрема, кінезотерапії.

2. Виявлено, що діти із недорозвитком мовлення мають порушення всіх компонентів праксису майже в 100 % випадків. У значної частини дітей із ЗНМ спостерігається рухова недостатність, яка виражається у вигляді недостатньої координації складних рухів, невпевненості у відтворенні точно дозованих рухів, зниженні швидкості й спритності їх виконання. Характерною для них є загальна моторна незграбність. Основні рухові вміння і навички сформовані недостатньо, рухи ритмічно не організовані, спостерігається підвищена рухова виснаженість. Тобто для дітей із ЗНМ характерною є своєрідність організації

довільного рухового акту, тоді як у дітей з нормальним мовленнєвим розвитком основні компоненти праксису збережені.

2. Психолого-педагогічна програма корекції проявів диспраксії у дітей із порушеннями мовлення являла собою цілісну систему роботи з дітьми. Вона включала різні заходи: проведення спеціальних занять із дітьми, семінару-практикуму з вихователями логопедичних груп, бесіди та виступи на педнарадах, індивідуальні консультації батьків, виготовлення інформаційного матеріалу щодо проблеми диспраксії, а також значення кінезотерапії у корекції цього порушення. Підібрані комплекси вправ, ігрових прийомів мають спрямовуватися на корекцію проявів диспраксії у дітей та сприяти ефективності корекційно-розвивальної роботи педагогів. Кінезотерапія по можливості влючалася в усі режимні моменти та різноманітні види діяльності дітей.

3. Реалізація програми корекції проявів диспраксії засобами кінезотерапії дозволяє зробити висновок про доцільність включення її до комплексної програми корекції проявів диспраксії у дітей із ЗНМ. Встановлено, що діти із недорозвитком мовлення мають суттєві позитивні зрушення щодо всіх компонентів праксису, як-от: рухи при формуванні пози стали більш скоординованими, діти відчували значно менше труднощів під час утримання пози, зменшилися порушення статичної та динамічної координації; покращилася просторова організація руху; достатня точність великих рухів; моторна координація, гнучкість і плавність, достатній розвиток зорово-моторної координації рухів. Тобто після впровадження корекційної програми значно покращилася точність виконання цілеспрямованих рухів. Це дає підстави стверджувати про зменшення проявів диспраксії у дітей із порушеннями мовлення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Белова-Давид Р. А. Клинические особенности детей дошкольного возраста с недоразвитием речи / Р.А. Белова-Давид // Нарушение речи у дошкольников. – М. : Просвещение, 1972. – С.32-81.
2. Бернштейн Н. А. Биомеханика и физиология движений: избранные психологические труды / Н. А. Бернштейн; [под ред. В.П. Зинченко]/. – М. : Воронеж: изд-во «Институт практической психологии», 1997. – 608 с.
3. Бонев Л. Руководство по кинезитерапии / Л. Бонев, П. Слынчев, Ст. Банков. – София : Медицина и физкультура, 1978. – 358 с.
4. Бубновский С. М. Практическое руководство по кинезитерапии. – М. : Астрейя–центр, 1998. – 96 с.
5. Бубновский С. М. Теория и методика кинезитерапии. Методическое пособие / под ред. Бубновского С.М. – М., 2011. – 56 с.
6. Визель Т. Г. Основы нейропсихологии : учеб. для студентов вузов / Т. Г. Визель. – М. : АСТ Астрель Транзиткнига, 2005. – 384 с.
7. Волкова Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики : учеб.-метод. пособие / Г.А. Волкова. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2003. – 144 с.
8. Восприятие и действие / Под ред. А.В. Запорожца. – М.: Просвещение, 1967. – 323 с.
9. Выготский Л. С. Мышление и речь / Л. С. Выготский. – М. : «Лабиринт», 1999. – 234 с.
10. Галкина В. Б. Использование физических упражнений по развитию мелкой моторики пальцев рук при коррекции нарушений речи у учащихся начальных классов / В. Б. Галкина, Н. Ю. Хомутова. // Дефектология. – 1999. – №3. – С. 37-41.
11. Гуревич М.О. Психомоторика / М. О. Гуревич, Н. И. Озерецкий. – М. : просвещение, 1930. – Т. 1. – 342 с.

12. Жарков П. Л. Лечение движением (кинезитерапия) в домашних условиях и в лечебном учреждении при болях в опорно-двигательной системе / П. Л. Жарков, Э. Г. Мартиросов, А. П. Жарков. – М. : Элит-2000, 2002. – 144 с.
13. Запорожец А. В. Развитие произвольных движений / А. В. Запорожец. – М. : Изд-во АПН РСФСР, 1960. – 430 с.
14. Ильин Е. П. Психомоторная организация человека / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2003. – 384 с.
15. Калинин С. И. Компьютерная обработка данных для психологов / С. И. Калинин. – СПб. : Речь, 2002. – 134 с.
16. Кольцова М. М. Двигательная активность и развитие функции мозга ребенка / М. М. Кольцова. // Хрестоматия по теории и методике развития речи детей дошкольного возраста / [Под ред. М. М. Алексеевой, В. И. Яшиной]. — М., 1999. – С.12-22.
17. Конопляста С. Ю. Психолого-педагогічне вивчення дітей з вадами мовлення / С. Ю. Конопляста/ // Удосконалення підготовки науково-педагогічних кадрів в Україні : зб. наукових праць. – К. : УДПУ імені М. П. Драгоманова, 1997. – С. 112-117.
18. Корнев А. Н. Артикуляционная и вербальная диспраксия у детей / А. Н. Корнев/ // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 1999. – №4. – С. 57–60.
19. Левина Р. Е. Основы теории и практики логопедии / Под. ред. Р.Е. Левиной. – М., 1967. – С. 7-30.
20. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев. – М. : Политиздат, 1975. – 304 с.
21. Логопедія : підручник / [за ред. М. К. Шеремет]. – К. : Видавничий Дім "Слово", 2010. – 672 с.
22. Лопатина Л. В. Изучение и коррекция нарушений психомоторики у детей с минимальными дизартрическими расстройствами /Л. В. Лопатина. // Дефектология. – 2003. – №5. – С.45-51.

23. Лопатина Л. В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников / Л. В. Лопатина, Н. В. Серебрякова. – СПб : Речь. – 2001. – 191 с.
24. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии / А. Р. Лурия. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 384 с.
25. Морфофункциональное созревание основных физиологических систем организма детей дошкольного возраста / [под ред. М.В. Антроповой, М.М. Кольцовой]. – М. : Просвещение, 1983. – 160с.
26. Никандров В. В. Психомоторика : учебное пособие / В. В. Никандров. – СПб. : Речь, 2004. – 104 с.
27. Психомоторная организация человека: учебник / под ред. Е. П. Ильина. – СПб. : Питер, 2003. – 384 с.
28. Рубинштейн С. Л. Движение / С. Л. Рубинштейн. // Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – М. : Знание, 1989. Т.2. – С.44-48.
29. Руководство по кинезитерапии / под ред. П. Слынцева, Л. Бонева, С. Банкова. – София: Медицина и физкультура, 1978. – 357 с.
30. Семенович А.В. Ланина Т.Н. Интеграция сенсомоторного репертуара ребенка – фундамент коррекции общего недоразвития речи / А. В. Семенович, Т. Н. Ланина. // Практическая психология и логопедия. – №2. – 2004 – С. 44–50.
31. Соботович Є. Ф. Вибрані праці з логопедії / Укл. В. В.Тищенко, Є. Ю. Линдіна. – К. : Видавничий дім Дмитра Бураго, 2015. – 308 с.
32. Соботович Е. Ф. Психолінгвістическа структура речевої діяльності і механізми її формування /Є.Соботович. – Київ, 1997. – 53 с.
33. Шайтор В. М. Диспраксія у дітей з наслідками перинатального пошкодження нервної системи (стабілометрична діагностика і корекція) / В. М. Шайтор, В. Д. Емельянов. – СПб., 2012.
34. Portwood M. Understanding Developmental Dyspraxia : a Textbook for Students and Professionals. – London: David Fulton Publishers, 2000. –178 p.
35. Vaivre Douret L. Nonverbal learning disabilities: developmental dyspraxia // Arch. Pediatr. – 2007. – V. 14. – № 11. – P. 1341–1349.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Таблиця 2.1

Загальний підрахунок балів і рівнів розвитку загальної моторики за мотометричною шкалою Озерецького-Гельнітца

№ завдання	Кількість балів	Рівень розвитку
1 завдання	1 бал	Високий рівень
	0 балів	Низький рівень
2 завдання	1 бал	Високий рівень
	0,5 балів	Середній рівень
	0 балів	Низький рівень
3 завдання	1 бал	Високий рівень
	0,5 балів	Середній рівень
	0 балів	Низький рівень
4 завдання	5 балів	Високий рівень
	4-3 бали	Середній рівень
	2-1 бали	Низький рівень
	0 балів	Низький рівень
5 завдання	1 бал	Високий рівень
	0 балів	Низький рівень
6 завдання	1 бал	Високий рівень
	0 балів	Низький рівень
7 завдання	1 бал	Високий рівень
	0 балів	Низький рівень
8 завдання	1 бал	Високий рівень
	0 балів	Низький рівень

Таблиця 2.2

Загальний підрахунок балів і рівнів розвитку дрібної моторики за методиками Г. Волкової та Н. Ніщевої

№ блока	Кількість балів	Рівень розвитку дрібної моторики
1 блок	4 бали	Високий рівень
	3-2 бали	Середній рівень
	1-0 балів	Низький рівень
2 блок	3 бали	Високий рівень
	2 бали	Середній рівень
	1-0 бали	Низький рівень
3 блок	4 бали	Високий рівень
	3-2 бали	Середній рівень
	1-0 балів	Низький рівень

Таблиця 2.3

Показники статичної координації рухів дітей старшого дошкільного віку

№ завдання	Діти із ЗНМ		Норма	
	кіл-сть балів	рівень	кіл-сть балів	рівень
1 завдання	0,1	низький	1,0	високий
3 завдання	0,05	низький	1,0	високий
6 завдання	0,1	низький	0,7	середній

Таблиця 2.4.

Показники динамічної координації рухів дітей старшого дошкільного віку

№ завдання	Діти із ЗНМ		Норма	
	кіл-сть балів	рівень	кіл-сть балів	рівень
2 завдання	0,15	низький	1,0	високий
4 завдання	1,8	низький	3,9	середній

Таблиця 2.5

Показники одночасності рухів дітей старшого дошкільного віку

№ завдання	Діти із ЗНМ		Норма	
	кіл-сть балів	рівень	кіл-сть балів	рівень
5 завдання	0,4	низький	1,0	високий
8 завдання	0,6	середній	1,0	високий

Таблиця 2.6

Показники виразності рухів дітей старшого дошкільного віку

№ завдання	Діти із ЗНМ		Норма	
	кіл-сть балів	рівень	кіл-сть балів	рівень
4 завдання	1,8	низький	3,9	середній
7 завдання	0,6	середній	1,0	високий

Таблиця 2.7

Зведені показники рівня розвитку загальної моторики за мотометричною шкалою Озерецького-Гельнітца

Група дітей	Рівні (%)		
	високий	середній	низький
Діти із ЗНМ	-	40%	60%
Діти з нормою	90%	10%	-

Таблиця 2.8.

Показники довільної моторики пальців рук дітей
старшого дошкільного віку

Група дітей	кіл-сть балів	Рівень
Діти із ЗНМ	3,3	середній
Норма	3,8	середній

Таблиця 2.9.

Показники навичок роботи з олівцем дітей старшого дошкільного віку

Група дітей	Кіл-сть балів	Рівень
Діти із ЗНМ	1,9	середній
Норма	2,7	середній

Таблиця 2.10

Маніпуляція з предметами дітей старшого дошкільного віку

Група дітей	Кіл-сть балів	Рівень
Діти із ЗНМ	3,0	середній
Норма	3,6	середній

Таблиця 2.11

Зведені показники рівня розвитку дрібної моторики
(за методиками Г. Волкової та Н. Ніщевої)

Група дітей	Рівень, (%)		
	високий	середній	низький
Діти із ЗНМ	40%	60%	-
Норма	90%	10%	-

**Програма корекції проявів диспраксії у дітей із загальним
недорозвитком мовлення**

Програма складається з 20 занять, які проводяться два рази на тиждень, тривалістю 25-40 хвилин. Оптимальна кількість – 6 дітей.

До структури заняття входять: вступна частина, гімнастика, спілкування, поведінка, заключна частина.

Мета вступної частини полягає у знятті інтенсивності фізичного і психічного напруження, нормалізації м'язового тону, привернення уваги дитини до спільного заняття, налаштування дітей на активну роботу і контакт одне з одним.

Мета «Гімнастики»: дати дитині можливість випробувати різноманітні м'язові навантаження шляхом наслідування рухів і дій педагога, тренувати дитину спрямувати й затримувати увагу на своїх відчуттях, навчити розрізняти і порівнювати їх, тренувати дитину у визначенні характеру фізичних рухів, супроводжуваних різними м'язовими відчуттями, у зміні характеру своїх рухів, спираючись на контроль м'язових відчуттів та почуттів.

Мета «Спілкування» полягає у тренуванні здатності безсловесного та словесного впливу дітей одне на одного, здатності чітко виражати свої почуття, а також розуміння почуттів, емоцій, дій, ставлення інших дітей, співчуття.

«Поведінка» спрямовується на тренування умінь дітей регулювати свої поведінкові реакції. Виділення типових форм адаптивної та неадаптивної поведінки, розв'язання конфліктів, розвиток навичок самостійного вибору певних форм реакцій і дій у різних ситуаціях.

У заключній частині заняття відбувається закріплення позитивного ефекту, стимулювання і упорядкування психофізичної стабільності дітей, врівноваження їх емоційного стану, покращення самопочуття та настрою.

Заняття проводяться в ігровій формі, що забезпечує динамічність розвитку дитини та позитивне налаштування на роботу.

Вимоги до занять:

1. Заняття орієнтовані на сюжетно-рольовий зміст.
2. Усі предмети та події діти мають уявляти. Це тренує внутрішню увагу дітей.
3. Всі вправи супроводжуються послідовно м'язовим напруженням та розслабленням, що рефлексивно впливає на гармонізацію психічної діяльності мозку: упорядковується психічна та рухова активність дитини, покращується її настрій.
4. Під час занять фіксується увага на диханні (вдих – затримка дихання – видих).
5. На заняттях усі діти успішні: правильно все, що вони роблять.
6. Заняття музично оформлене. Музика знімає емоційне напруження, робить яскравішими образні уявлення дітей, паралельно виховує естетичний смак і використовується як лікувальний засіб.
7. На заняттях застосовується ароматерапія – засоби заспокійливої дії, що мають розслаблюючий та заспокійливий ефект, знімають стреси, зменшують напруження, відновлюють внутрішню рівновагу. Медичні працівники відповідально підійшли до питання застосування ароматерапії на заняттях. Були виявлені діти з протипоказаннями, і для цієї групи дітей проводяться заняття без застосування ароматерапії. За 15 хвилин до початку заняття медсестра фізіопроцедур вмикає апарат «Ароматизатор» і чітко слідкує за правильним дозуванням ароматичних масел.
8. Заняття проводяться у великій, провітреній, аромонасиченій залі лікувальної фізкультури (чи іншій), з килимовим покриттям, на якому можна сидіти і навіть лежати.

Перший напрям програми – робота з дітьми старшого дошкільного віку із ЗНМ.

Мета занять із дітьми із використанням кінезотерапії – корекція моторних порушень, психічного розвитку, гармонізація особистості, профілактика нервово-психічних розладів, виховання уваги, довільної поведінки, зв'язку між мовленнєвою та загальною моторикою тощо. Для цього

ми вважали за доцільне використання наступних засобів: вступні вправи; вправи та ігри для розвитку миміки обличчя та орального праксису, слухової уваги та пам'яті, для орієнтації у просторі та почуття ритму, для розвитку наслідування; малювання, тренінгові вправи на м'язову й емоційну релаксацію, рухові ігри з правилами для розвитку загальної моторики, моторики рук, кисті, пальців; вправи, ігри, етюди для розвитку уяви, творчих здібностей, тощо.

Очікуваний результат – рухові вправи та ігри нормалізують рухову та емоційно-особистісну сферу дитини із диспраксією, все це допомагає перестроїти відношення до спілкування, до оточуючої середи, краще розуміти свої почуття й інших та змінити ставлення до свого мовленнєвого порушення. У процесі корекції проявів диспраксії з'являються позитивні риси характеру та поведінки, а саме: впевненість у рухах, керування ними, сміливість у спілкуванні, самостійність у вирішенні рухових і мовленнєвих труднощів, активність у діяльності, а також зменшуються невротичні прояви (страхи, різного виду побоювання, невпевненість).

Другий напрям програми – робота з вихователями логопедичної групи та батьками. Цей напрям має просвітницький характер.

Мета роботи полягає у налагодженні спільної роботи щодо корекції проявів диспраксії у дітей із ЗНМ. Основні завдання:

- 1) підвищення компетентності педагогів і батьків щодо сутності та специфіки диспраксії у дітей із ЗНМ;
- 2) усвідомлення педагогами та батьками координації зусиль щодо допомоги дітям;
- 3) особливості застосування кінезотерапії у роботі з дітьми або вдома.

Очікуваний результат – цілісна робота щодо корекції проявів диспраксії засобами кінезотерапії не тільки на спеціальних заняттях, а й під час інших режимних моментів і вдома. Важливою умовою успішності роботи щодо корекції диспраксії у дітей є взаємодія всіх фахівців, які беруть участь в організації освітнього процесу в закладі дошкільної освіти (вихователі, логопед, інструктор ЛФК та інші). Їх взаємодія має бути чіткою і злагодженою,

знаходити відображення в змісті перспективних планів, здійснюватися у всіх формах, передбачених організацією освітнього процесу, а також на додаткових корекційно-розвивальних заняттях, під час здійснення режимних моментів, в процесі вільної діяльності дітей і спільної діяльності з дорослим, під час занять тощо.

Основною формою *роботи з педагогами* був семінар-практикум, на якому обговорювалися проблеми диспраксії, її впливу на мовленнєвий розвиток, можливі засоби корекції, зокрема, використання вправ кінезотерапії у різних режимних моментах. Особливу увагу ми фокусували на конкретних вправах (наприклад: «Веслування», «Гойдалка», «Масаж», «Роби як я», «Стрибки як», «Вестибулярне розкачування», «Смуга перешкод» тощо).

Основними формами *роботи з батьками* була індивідуальна бесіда та інформаційний посібник із зображенням та детальним описом конкретних вправ та рецептів, які можна використовувати та готувати вдома разом із дітьми.