



ДИСПРАКСИЯ

Диспраксия – это нарушение сферы произвольных движений у детей при отсутствии патологии мышечного тонуса, параличей и прочих отклонений, которое проявляется в трудностях выполнения различных действий (особенно сложных) и проблемах координации.

«Синдром детской неуклюжести» имеет 5-6% детей, и чаще всего диспраксией страдают мальчики. Нередко дети с данным нарушением дополнительно имеют сопутствующие расстройства речи, письма, чтения, дефицит внимания, гиперактивность. Их социальная адаптация часто затруднена, хотя интеллект может быть нормальным и даже высоким. Изначально диагноз «диспраксия» употреблялся только в неврологии. Но чем больше изучалось данное нарушение и проводилось исследований, тем больше было выявлено причин рассматривать диспраксию не только с точки зрения неврологии, но и с точки зрения нейропсихологии и логопедии (если речь идет про артикуляционную диспраксию). Общие симптомы при диспраксии: отсутствие чувства направления движения; наличие синкинезий (то есть «со-движений», излишних движений). Например, при выполнении письменного задания ребенок открывает рот, высовывает язык. При выполнении пробы на динамический праксис «кулак-ребро-ладонь» одной рукой может начать двигаться вторая рука, которая в норме участвовать не должна; трудности зрительно-моторной координации – ребенку с диспраксией сложно попасть дротиком в цель, ракеткой по мячу, писать точно по клеточкам, то есть совершать сложные движения, включающие синхронизацию зрительной информации и движения; потеря элементов при выполнении серии движений, когда задана четкая последовательность выполнения, например, в танце, в прописях; трудности в различении правой и левой руки, правой и левой стороны относительно своего тела и пространства вокруг себя. Например, ребенок с диспраксией затрудняется выполнить двигательное задание по инструкции «положи правую руку на плечо, а левую на голову», «дотронься языком до носа»; сложности в тонкой моторике; неуклюжесть после достижения возраста двух лет (дети продолжают спотыкаться и падать на ровном месте), повышенная / пониженная двигательная активность, неосторожность; неопрятность (диспраксия затрудняет формирование навыка поддержания опрятности, поскольку ребенок плохо чувствует свое тело и плохо усваивает алгоритмы действий); нежелание осваивать новые двигательные навыки; замедленная автоматизация навыков. Формирование любого двигательного навыка происходит за счет составляющих его праксисов – адекватно скоординированных действий. На уровне коры больших полушарий праксис (двигательная функция) обеспечивается тремя важными зонами: моторной, премоторной и префронтальной корой. При поражении одной или нескольких зон коры, отвечающих за праксис, возникает расстройство, именуемое апраксией. Этот диагноз ставится человеку, у которого ранее уже были сформированы двигательные навыки, но были нарушены вследствие поражающего фактора, например, инсульта или черепно-мозговой травмы. В отечественной практике детям с нарушением сферы предметных действий также зачастую ставили диагноз «апраксия» (это встречается и сегодня у некоторых нейропсихологов). Но это не корректно, ведь «апраксия» – это нарушение уже сформировавшегося навыка либо полная его потеря, а у детей сфера произвольных

движений еще только развивается. Поэтому относительно детей более корректно употреблять термин «диспраксия». При этом речь не об утрате или разрушении имеющегося навыка, а о его несформированности. Такие дети могут двигаться, но в большинстве случаев хорошо заметна общая моторная неловкость, неуклюжесть и неспособность к некоторым предметным действиям. Движения раскоординированы, такому ребенку сложно ездить на велосипеде, ловить и бросать мяч, играть ракеткой в теннис или бадминтон, держать ручку и столовые приборы правильно (часто ребенок с диспраксией имеет хват по типу «кинжал»), застегивать/расстегивать пуговицы и молнию. Движения автоматизируются с трудом, и то, что у обычного человека не вызывает больших энергозатрат, у ребенка с диспраксией отнимет много сил и времени. В речи у такого ребенка наблюдаются сложности по произнесению звуков. Надо заметить, что часть детей с диагнозом «дизартрия» на самом деле страдает именно от диспраксии, так как в старой классификации в логопедии не было диагноза «артикуляционная диспраксия». Но структура и происхождение дефекта при дизартрии и диспраксии разные, нарушения требуют различного подхода в коррекции, поэтому очень важно правильно поставить диагноз. В мелкой моторике также заметны проявления этой дисфункции. Отличительной чертой детей с диспраксией является быстрая утомляемость, поскольку простые и привычные, будничные для всех остальных движения вызывают у них чрезмерное напряжение и требуют много усилий. Многие думают, что ребенок «перерастет» подобные сложности, но это не так. Диспраксия при отсутствии необходимой коррекции остается у человека до конца жизни. Именно поэтому мы часто наблюдаем в жизни взрослых, которые не способны научиться играть в теннис, кататься на велосипеде, плохо владеют собственным телом.

Причины возникновения диспраксии у детей

Если у взрослых нарушение праксиса (апраксия) обусловлено преимущественно корковыми поражениями, то у детей более важную роль играет своевременное созревание (или несозревание) подкорковых структур. Поэтому диспраксия развития носит чаще неспецифический характер (нарушено несколько видов праксиса и общая моторика) и сопровождается нарушениями сенсорного развития и эмоционально-волевыми, поведенческими расстройствами. Среди факторов развития диспраксии выделяют патологию течения беременности и родов и патологию периода новорожденности. На сегодня выделяют две формы диспраксий с точки зрения этиологии. Первичная форма обусловлена несформированностью собственно двигательного анализатора, то есть тех отделов и зон головного мозга, а также нейронных путей, которые формируют программу действия. Далее мотонейроны передают последовательно сигнал мышцам, а подкорковые отделы мозга автоматизируют типовые программы движений, такие, как «завязать шнурки». Другая форма диспраксий – это так называемые вторичные диспраксии. Они обусловлены нарушением обработки и интеграции сенсорной информации у ребенка. Самая первая форма мышления у ребенка – это сенсомоторная. Получение полноценных ощущений возможно лишь в динамике, когда ребенок может повернуть глаза, голову, перевернуться, подтянуться, сесть, взять в руки интересующий предмет, полизать, почувствовать запах. Позже – подползти, подойти, подбежать. Все мелкие и крупные движения помогают людям прочувствовать мир во всей его полноте. Но и сами ощущения от всех органов чувств – вестибулярные, проприоцептивные (мышечные), кинестетические, зрительные, слуховые – дают психике информацию о том, как выстроить схему, программу, последовательность движений, расположить тело в пространстве. Сенсомоторный базис, который постепенно у него накапливается, позволяет сформировать ребенку картину окружающего мира, схему своего собственного тела. И уже на этой основе у него формируется семантическое (смысловое) поле, которое опосредуется знаком (словом), то есть развивается речь и далее вербальный интеллект,

высшие формы мышления. Таким образом, при различных формах дизонтогенеза развиваются и дисфункция сенсорной интеграции, и диспраксия как две стороны единого процесса познания мира. Вторичная диспраксия встречается чаще, чем первичная, и клиническая картина более тяжелая. Обе группы нарушений праксиса у детей исследовала и описала в своей статье «Проблема постановки диагноза «Диспраксия развития» в детском возрасте» (2011 г.) невролог, доктор медицинских наук Ю. Е. Садовская с соавторами. Она приводит статистику, что при вторичной форме диспраксии намного чаще, чем при первичной, встречаются следующие сопутствующие расстройства: дефицит контроля эмоций и поведения, коммуникативный и сенсорный дефицит. Задержка речевого развития, речевой и когнитивный дефицит встречаются одинаково часто при первичной и вторичной форме диспраксии. Также важно отметить, что при вторичной форме дети чаще стремятся избежать выполнение задания, проявляют негативизм, испытывают психологические трудности, чувствуя себя не такими, как все. То есть социальная адаптация у детей с вторичной диспраксией, как правило, затруднена. Дефект двигательной сферы у них более обширный, затрагивает больше видов произвольных действий (при первичной форме – более «точечный»).

Виды диспраксии

Классифицируют диспраксию либо по структуре (какой именно компонент схемы действия нарушен) и локализации в коре, либо по виду нарушенного праксиса. Праксисы подразделяют по сфере осуществления движений и по органу, который участвует в действии. Например, артикуляторный или оромоторный – это значит праксис, осуществляемый в артикуляторном аппарате. Мануальный праксис – означает, что нарушены действия, осуществляемые рукой. Пространственный – значит связанный с пространственными представлениями. Кинестетический – связанный с недостаточностью интеграции движения и кинестетики. И так далее. Нет единой утвержденной классификации видов праксиса, у разных авторов перечень будет немного разным. Соответственно видам несформированного праксиса подразделяют и диспраксии. Наиболее часто выделяют следующие виды: моторная (кинетическая) – трудности связаны с выполнением наиболее простых, одношаговых задач и предметных действий (расчесывание, пожимание руки, приветствие и прощание и др.), в том числе подражательных; идеаторная – нарушение составления схемы сложного действия, моторной программы; идеомоторная – трудности вызывает выполнение серии последовательных движений (уборка кровати, чистка зубов, заваривание чая и пр.); артикуляционная (артикуляторная, вербальная) диспраксия – неясная, смазанная речь вследствие затрудненной координации мышц, непосредственно отвечающих за произнесение звуков, и нарушения обработки кинестетической информации от артикуляторного аппарата, вследствие чего затрудняется реализация артикуляционных поз; конструктивная – проявляется сложностями овладения конструктивной деятельности (игры с конструктором, понимание геометрических законов, копирование изображения и пр.); пространственная – трудности овладения понятиями «право-лево», «верх-низ», нарушение ориентации собственного тела в пространстве; выразительная (мимическая) – неспособность выразить эмоциональное состояние через мимику или несоответствие выражения лица окружающей ситуации; кинестетическая – трудности подбора двигательной позы из-за недостаточности сенсорной информации от кинестетического анализатора. Артикуляционная диспраксия Вербальная (или артикуляционная) диспраксия является речевым расстройством, а именно нарушением произносительной стороны речи, что связано с недоразвитостью или неправильным формированием артикуляционного праксиса. При такой диспраксии сохранены подвижность и тонус мышц, их сократительные способности. Обычно данная патология включается устаревшими источниками в круг логопедических нарушений – дизартрий. Основные

отличия артикуляторной диспраксии от дизартрии: если слово знакомо или автоматизировано, то оно с большой вероятностью будет произнесено верно; но те же самые звуки в других словах могут произноситься с нарушением (то есть проблема не в произношении звука как такового, а в формировании навыка произнесения); ребенок самостоятельно ищет артикуляционную позу; количество ошибок во многом зависит от окружающей ситуации и эмоционального состояния ребенка (при повторении за знакомым взрослым в спокойном состоянии произношение будет правильно, в испуганном или нервном – вероятны ошибки). Основные трудности в вербальной диспраксии: искажения звуков (их пропуск или замена другими, перестановка слогов и пр.) и сложности в построении предложений. Коррекция диспраксии Самостоятельная диагностика и коррекция данного нарушения не являются эффективными, поэтому при подозрении на диспраксию необходимо обратиться за консультацией к неврологу и нейропсихологу. Очень часто дети с диспраксией являются клиентами логопеда или дефектолога, поскольку имеют нарушения речи и познавательных способностей. То есть в таких случаях расстройство сферы произвольных действий отдельно не выделяется и идет «фоном» по отношению к речевым и иным диагнозам (СДВГ, РАС, дизартрия, алалия, ЗПМР, ЗПР, ЗРР, ЗППР). Диагноз «диспраксия» при этом отдельно в заключениях логопеда, дефектолога, невролога может не фигурировать (однако при нейропсихологическом обследовании специалист обязан упомянуть о нем). Достоверно диагностировать диспраксию можно с 4-х лет. Это нарушение требует длительной коррекции. Полностью избавиться от диспраксии почти невозможно, и фрагментарные последствия будут оставаться и во взрослом возрасте. Но скорректировать диспраксию так, чтобы она не затрудняла повседневную жизнь и не приводила к дальнейшим нарушениям познавательной сферы (например, дискалькулии, дислексии, дисграфии) все же реально. Коррекционная программа включает комплекс следующих направлений: неврологическая коррекция (с целью помочь мозгу наладить работоспособность, скомпенсировать последствия гипоксически-ишемических повреждений и других нарушений); нейропсихологическая коррекция; психологические методы – направлены на систематизацию и организацию мышления ребенка, а также коррекцию сопутствующих расстройств поведения и эмоционально-волевой сферы; психолог помогает родителям найти контакт с ребенком и сделать семейное воспитание более гармоничным; логопедические – предотвращение задержки речевого развития (ЗРР присутствует в большинстве случаев диспраксии), коррекция артикуляторной диспраксии, помощь в формировании связной речи, программы речевого высказывания, профилактика дислексии, дисграфии, дискалькулии; кинезиотерапия, ЛФК, бассейн, сенсорная интеграция. Сложность коррекции диспраксии заключается в том, что навык не переносится в другие условия. То есть если ребенок научился играть в большой теннис и отбивать ракеткой мячи, то настольный теннис и бадминтон все равно вызовут большие затруднения. Поэтому каждый навык должен отрабатываться на большом количестве разнообразного материала и в различных условиях. Коррекция диспраксии обязательно должна быть комплексной. В программу должно включаться воздействие на сенсорику (предпосылку формирования праксиса), занятия по составлению алгоритмов действий и выполнению серий движений, а также отработку имеющихся и новых навыков. Также обязательно должна быть профилактика сопутствующих расстройств. Если у вашего ребенка поставлен диагноз «диспраксия» и он нуждается в коррекции, или вы только подозреваете наличие данного нарушения и хотели бы провести квалифицированную диагностику, звоните в Центр по тел.: (812) 642-47-02 и записывайтесь на прием к специалисту.