

Нам Екатерина Александровна

магистрант

Кузма Левонас Прано

канд. психол. наук, доцент

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет»

г. Краснодар, Краснодарский край

**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ
О МАНУАЛЬНОМ ПРАКСИСЕ И ОСОБЕННОСТЯХ
ЕГО ФОРМИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ
С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

***Аннотация:** статья посвящена анализу литературы по проблеме мануального праксиса и особенностям его формирования у детей с задержкой развития. Рассматриваются понятие и виды праксиса, нейропсихологические представления о мозговой организации произвольных движений, а также подходы к классификации апраксий. Проанализированы данные литературы об особенностях формирования мануального праксиса у детей с задержкой психического развития.*

***Ключевые слова:** произвольное движение, пальцевый праксис, кистевой праксис, персеверация, апраксия, диспраксия, клиничко-психологический синдром.*

Праксисом в неврологии и нейропсихологии обозначают произвольное предметное действие. К такому типу относят прежде всего различные практические действия, например, бытового или профессионального характера [2]. Виды праксиса дифференцируют в зависимости от органа движения: пальцевый, кистевой, оральный, праксис туловища. К мануальному (или ручному) относятся пальцевый и кистевой виды праксиса. Мануальный праксис является основой формирования самых разных двигательных навыков, в том числе застегивания пуговиц, завязывания шнурков, графомоторных навыков (лепки, рисования,

письма) и др. [2]. В практике как предметном действии выделяют также несимволический и символический виды.

В отечественной неврологии и нейропсихологии мануальный праксис рассматривается как функциональная система, имеющая сложную организацию. Согласно теории Н.А. Бернштейна произвольный двигательный акт имеет многоуровневую организацию, в которой каждый уровень отвечает за определенные функции, реализуемые посредством своих афферентных и эфферентных механизмов [1]. Так, руброспинальный уровень отвечает за палеокинетическую регуляцию тонуса мышц. Образования, относящиеся к таламопаллидарному уровню, обеспечивают регуляцию двигательных синергий и автоматизмов, составляющих основу любого двигательного навыка. К функциям пирамидностриального уровня относится выстраивание движений в соответствии с условиями внешнего пространства. Образования мозга, относящиеся к теменно-премоторному уровню, обеспечивают выполнение разных видов праксиса, как мануального, так и орального. Символический уровень является смысловой основой письменной или другой графической деятельности [3; 4].

В отечественной нейропсихологии праксис относится к высшим психическим функциям (ВПФ) и характеризуется как психологическая система, состоящая из разных элементов. С учетом функциональной роли этих элементов в обеспечении произвольных движений А.Р. Лурия выделил следующие виды мануального праксиса: кинестетический, кинетический, пространственный [4]. В соответствии с предложенной А.Р. Лурия концепцией мануальный праксис, как и любая другая высшая психическая функция, обеспечивается согласованной работой трех структурно-функциональных блоков мозга: энергетического, восприятия и хранения информации, планирования и регуляции деятельности.

Описание нарушений произвольных движений впервые представлено в 1861 году в работах английского невролога Х. Джексона [10]. Несколькими годами позднее в работах немецкого психиатра К. Финкельнбурга были описаны проявления неловкости и несуразности движений пациентов с афазией, что автор

связывал с нарушением понимания смысла действия и символических действий, обозначая это расстройство термином «асимболия».

Термин «апраксия» (от греческого слова *απραξία*, буквально обозначающего бездействие) был предложен в 1871 году в работе Г. Штайнталя. Автор понимал под этим термином неспособность больных использовать предметы по назначению [10]. Первое наиболее глубокое исследование апраксии было проведено немецким неврологом Х. Липманом в работе 1900 года [8]. Он полагал, что в основе целенаправленного моторного акта стоит определенный замысел (Х. Липман обозначал его как «идеаторный эскиз»), который далее передается в корковый моторный центр, отвечающий за осуществление движения. Таким образом, согласно Х. Липману, произвольное движение обеспечивается тремя звеньями: идеаторным, передаточным и исполнительным. Нарушение этих звеньев проявляется в соответствующих формах апраксии: идеаторной, кинестетической и идеомоторной. В дальнейшем в зарубежной неврологии были предложены и другие подходы к классификации апраксий. Например, J.M. Nielsen дифференцировал формы апраксий с учетом характера двигательного расстройства (например, лицевых мимических движений или действий подражательного характера) [9]. В работе Н. Несаен виды апраксии определялись по нарушенному органу движения, например, оральная или пальцевая [7].

А.Р. Лурия, основываясь на анализе психологического строения и мозговой организации произвольных движений, выделил четыре варианта апраксии: кинестетическую, кинетическую, пространственную и регуляторную [3]. Кинестетическая апраксия характеризовалась неспособностью обследуемого произвольно выстроить с помощью пальцев определённую позу или продемонстрировать выполнение предметного действия без предмета. Проявления кинетической апраксии А.Р. Лурия видел в нарушениях временной организации и дезавтоматизации произвольных движений в виде трудностей последовательной смены движений и элементарных персевераций, что обнаруживалось в функциональных пробах на динамический праксис, при графомоторной деятельности (письме и рисовании) и различных практических действиях. К симптомам пространственной

апраксии автор относил нарушения пространственной организации произвольного движения при выполнении пробы Хеда или построении из элементов определённой конструкции. Признаками регуляторной апраксии А.Р. Лурия считал нарушения регуляции произвольных движений, их планирования и контроля.

В литературе термином «апраксия» обычно обозначают возникшее вследствие очагового или диффузного поражения мозга расстройство или утрату способности к выполнению произвольных предметных действий, что чаще встречается во взрослом возрасте. Для обозначения нарушений формирования того или иного вида праксиса у детей используется термин «диспраксия» [6]. В детском возрасте диспраксия может встречаться как отдельное (парциальное) нарушение развития или обнаруживаться в структуре дефекта определенного варианта психического дизонтогенеза, например, при задержке психического развития (ЗПР).

ЗПР является одним из наиболее часто встречающихся вариантов психического дизонтогенеза. В отечественной детской психиатрии и дефектологии под ЗПР понимается группа состояний интеллектуальной недостаточности, занимающих пограничное положение между нормальным интеллектуальным развитием и умственной отсталостью легкой степени. Эти состояния могут различаться по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и прогнозу.

Специфика патогенеза ЗПР определяет особенности структуры дефекта при её разных клинических вариантах. Так, выявлены различия в сформированности динамического и пространственного праксиса при разных клинико-психологических синдромах (КПС) ЗПР у детей младшего школьного возраста [3]. Более выраженные нарушения праксиса обнаруживают дети с КПС, характеризующимся парциальной недостаточностью компонентов психической деятельности на фоне повышенной психической истощаемости, а также при КПС по типу органического инфантилизма и КПС с осложнённой формой легкого психического недоразвития.

Подробный сравнительный анализ состояния разных видов праксиса у младших школьников с органическим психическим инфантилизмом и энцефалопатической формой ЗПР был осуществлен в нейропсихологическом

исследовании И.Ф. Марковской [5]. В её работе было показано, что дети с органическим психическим инфантилизмом при выполнении функциональной пробы на динамический праксис правильно усваивали и в начале выполняли серию движений, но затем на фоне нарастающего истощения утрачивали способность удерживать заданную двигательную программу и реализовывать её как единую кинетическую мелодию. Повторение серии движений не приводило к достижению её стойкой автоматизации. Так, при выполнении графической пробы не вырабатывалось плавное переключение с одного элемента на другой, каждый из них вырисовывался отдельно. В пробе на праксис позы они не допускали ошибок, но выполняли задание медленно, с длительным поиском нужного положения пальцев. Пробу Хеда многие дети выполняли с эхопраксиями, но с самостоятельным исправлением ошибок.

Дети с энцефалопатической формой ЗПР при выполнении пробы на динамический праксис испытывали затруднения как в усвоении последовательности движений, так и в её автоматизации. Они выполняли пробы в замедленном темпе, с трудом переключались с одного движения на другое, допускали персеверации. При выполнении графической пробы у них обнаруживались микро- и макрография, что, по мнению И.Ф. Марковской, указывало на тонические расстройства. У 30% детей этой группы отмечалось упрощение двигательной программы. Менее успешно выполнялась этими детьми и проба Хеда. У большинства из них (76%) отмечались эхопраксии, которые в 25% случаев имели стойкий характер.

Таким образом, из результатов представленных выше исследований следует, что особенности сформированности разных видов мануального праксиса у детей связаны со спецификой структуры дефекта при том или ином клиническом варианте ЗПР.

Список литературы

1. Бернштейн Н.А. О построении движений / Н.А. Бернштейн. – М.: Медгиз, 1947. – 225 с.
2. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учебник для студентов вузов. Теория и практика / Т.Г. Визель. – М.: АСТ, 2021. – 544 с.

3. Кузма Л.П. Синдромный подход к анализу структуры нарушений психической деятельности и особых образовательных потребностей младших школьников с задержкой психического развития / Л.П. Кузма // Дефектология. – 2025. – №1. – С. 13–25. DOI 10.47639/0130-3074_2025_1_13. EDN UZXQZQ
4. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии / А.Р. Лурия. – М.: Академия, 2003. – 384 с.
5. Марковская И.Ф. Задержка психического развития: клинико-нейропсихологическая диагностика / И.Ф. Марковская. – М.: Компенс-центр, 1993. – 198 с.
6. Шайтор В.М. Диспраксия у детей / В.М. Шайтор, В.Д. Емельянов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 112 с. EDN YKLFEP
7. Hecaen H. Aphasic, apraxic and agnosic syndromes in right and left hemispheric / H. Hecaen // Handbook of clinical neurology. – Amsterdam, 1969. – Vol. 4. – P. 126–141.
8. Liepmann H. Das Krankheitsbild des Apraxie / H. Liepmann // Monatschr. f. Psychiat. – 1900. – No. 8. – P. 1–78.
9. Nielsen J.M. Agnosia, apraxia, aphasia / J.M. Nielsen. – Los Angeles: P.B. Hoeber, Inc., 1946. – 286 p.
10. Pearce J.M.S. Hugo Karl Liepmann and apraxia / J.M.S. Pearce // Clinical Medicine. – 2009. – Vol. 9. No. 5. – P. 466–470.