

**Кузма Левонас Прано**

канд. психол. наук, доцент

**Мясникова Татьяна Сергеевна**

магистрант

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет»

г. Краснодар, Краснодарский край

DOI 10.31483/r-155586

## **О ПРОБЛЕМЕ ДИСПРАКСИИ И ЕЁ ДИАГНОСТИКЕ У ДЕТЕЙ**

***Аннотация:** в статье рассматривается эволюция представлений о праксисе и его нарушениях в неврологических исследованиях, начиная со второй половины XIX века. Представлены выделенные в работах основоположников неврологии различные основания для классификации апраксии. Проанализированы особенности отечественного нейропсихологического подхода к изучению механизмов апраксии и выделению её вариантов.*

***Ключевые слова:** предметное действие, произвольное движение, символическое действие, кинестетическая афферентация движений, праксис позы, премоторный синдром, персеверации.*

Для обозначения нарушений праксиса, под которым понимается способность к произвольному выполнению движений, в неврологии и нейропсихологии используются два термина: «апраксия» и «диспраксия». Первый термин был введен Г. Штайнталем в 1871 году при описании расстройства способности использовать бытовые предметы больными афазией [9]. Длительное время термин «апраксия» использовался для обозначения нарушений произвольных движений как у взрослых, так и у детей. Вместе с тем еще Н.А. Бернштейн отмечал, что более уместным был бы термин «диспраксия» для обозначения разнообразных вариантов двигательных нарушений (относящихся к уровню действий), для которых характерно отсутствие неврологических расстройств в виде параличей, парезов и стабильных нарушений координации [5]. С начала XX века для

обозначения моторной неловкости использовали также термины «врожденная неловкость» (Д. Коллиер), «моторная дебильность» (Г. Дюпре), «моторный инфантилизм» (А. Гомбургер), «фронтальная форма двигательной недостаточности» (М.О. Гуревич), мозжечковая недостаточность (А. Баллон) и др. [1; 7].

В 1930 году была опубликована методика М.О. Гуревича и Н.И. Озерецкого по исследованию моторики у детей и взрослых [2]. В посвященном апраксии небольшом разделе учебника по психоневрологии детского возраста, опубликованного в 1935 году, Т.П. Симсон отмечала трудности анализа таких нарушений в связи с продолжающимся ходом развития моторной сферы [6]. Она полагала, что типичную картину апраксии можно наблюдать только в поздние периоды детства, когда моторные механизмы уже сформированы. Тем не менее Т.П. Симсон считала, что нарушения высшей моторной сферы у детей могут обнаруживаться при наблюдении за мимикой детей и их реакциями в игре. По её мнению, более тонкая диагностика моторных функций у детей возможна после 4 лет. Проблема моторных нарушений у детей рассматривалась также в 30-е годы XX века в исследованиях С. Ортона, посвященных изучению механизмов трудностей обучения. Нарушения усвоения двигательных навыков он связывал с недостаточностью функций их регуляции.

Во второй половине XX века для обозначения моторной неловкости у детей предлагались различные термины: апраксия развития, трудности в обучении двигательным навыкам, расстройство внимания и моторного восприятия (DAMP), нарушение координации движений (DCD). Так, А. Джин Айрес рассматривала трудности овладения двигательными навыками в структуре нарушения сенсорной интеграции.

Термин «диспраксия» начали использовать в 80-е годы XX века. В 1994 году на первом междисциплинарном форуме, посвященном диспраксии, были разработаны два определения этого термина. В первом определении диспраксия характеризовалась как неспособность к планированию и координации движений, проявляющаяся в нарушениях мелкой и крупной моторики, а также речи, что не связано с неврологическими заболеваниями или сниженным интеллектом. Во

втором определении диспраксия рассматривалась как состояние, при котором у детей, не имеющих физических и неврологических расстройств, возникают трудности с контролем и координацией произвольных движений, что имеет скорее врожденный, чем приобретенный характер [8].

Эти определения термина «диспраксия» нашли отражение в характеристике специфических нарушений развития моторной функции (СНРМФ) диагностической рубрике F82 Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10). В качестве основного признака СНРМФ в МКБ-10 указывается нарушение в развитии двигательной координации, что может сочетаться с низкой продуктивностью выполнения зрительно-пространственных задач. Отмечается, что эти нарушения не могут быть обусловлены интеллектуальной недостаточностью, дефектами зрения или слуха, а также неврологическим расстройством. При этом у таких детей могут быть выявлены хореоформные движения конечностей, зеркальные движения, повышение или понижение сухожильных рефлексов с обеих сторон (но не асимметрично). В группу СНРМФ в МКБ-10 включались диспраксия развития, диспраксическая дисграфия, связанное с развитием нарушение координации и др. [3].

По данным литературы распространенность диспраксии развития составляет от 2 до 20%. При этом у мальчиков она встречается в 4 раза чаще, чем у девочек [5].

В третьем издании немецкого руководства по детской психиатрии 1999 года под редакцией Х. Ремшмидта автор раздела по специфическим нарушениям развития А. Варнке рассматривал диспраксию развития как комплекс разных синдромов, общей основой которых является нарушение способности к планированию и реализации простых и сложных действий [4]. К основным вариантам диспраксии развития он относил идеомоторную, идеоторную и конструктивную.

Возможные механизмы нарушений произвольных движений были показаны в предложенной L. Vaivre-Douret модели диспраксии развития [10]. В этой модели организация двигательного акта рассматривается несколько иначе, чем в работах Н.А. Бернштейна. Автором были выделены этапы и уровни церебрального

обеспечения реализации произвольного движения. Так, лежащее в основе целенаправленного движения моторное намерение (мотивация) связано с лимбической корой и таламусом. Планирование движения, предполагающее постановку цели и выработку стратегии двигательного акта, обеспечивается зонами коры (префронтальной, теменной и височно-затылочной) и базальными ганглиями головного мозга. Программирование движения, предусматривающее определение его пространственно-временных (направления, траектории, амплитуды и др.) и зрительно-пространственных составляющих с получением информации по механизму обратной связи (тактильной, зрительной, слуховой и др.), осуществляется за счет участия моторной и премоторной коры, таламуса, базальных ганглиев и мозжечка. Исполнение произвольного целенаправленного движения с сопутствующим контролем (на основе цикла обратной связи сенсорных и моторных составляющих двигательного акта) обеспечивается взаимосвязанной работой моторной коры, мозжечка, вестибулярной системы, спинного мозга и мышц.

Ю.Е. Садовской и др. на основе сопоставления разных классификаций диспраксии развития были выделены основные области, в которых проявляется это нарушение: речь (трудности управления артикуляцией и контроля дыхания), письмо и рисование (трудности овладения графическими действиями, их низкий темп и др.), движения тела (трудности удержания равновесия, воспроизведения последовательности движений и др.), двигательные игры [5]. Авторами статьи, посвященной проблеме постановки диагноза «диспраксия», было отмечено, что этот диагноз может быть выставлен как дошкольнику с очаговым поражением мозга, так и практически здоровому ребёнку. В связи с этим важно различать симптомы двигательных нарушений и проявления моторной незрелости.

В проведенном Ю.Е. Садовской и её коллегами исследовании детей дошкольного возраста с углублённым неврологическим и нейропсихологическим анализом их моторных и сенсорных функций были выделены две формы диспраксии развития: первичная и вторичная. У детей с первичной диспраксией развития не были выявлены сенсорные расстройства. Вместе с тем у них отмечались затруднения в моторных действиях, требующих точности и тонкости движений,

а также ошибки пространственного характера. Тем не менее они смогли выполнить большинство заданий, обнаруживая трудности лишь при усложнении условий их выполнения.

При вторичной диспраксии развития механизмы двигательной неловкости были более сложными и включали первичные сенсорные расстройства, мышечную дистонию и нарушения координации. Нейропсихологическое исследование выявило у детей этой группы нарушения зрительно-моторной координации, упрощение программы в ходе выполнения серии движений, отсутствие коррекции своих ошибок, сниженный темп выполнения и т. д. У них была также отмечена большая (почти в 2 раза), чем в первой группе, отягощенность истории развития данными о нарушениях течения беременности и родов, отставании статико-локомоторного развития и формирования сенсорных функций [5].

Из представленного выше исследования видно, что диспраксия у детей может иметь разную структуру и разные механизмы возникновения, выявление которых возможно посредством нейропсихологической диагностики, позволяющей на основе качественного анализа выявить дефицитарные звенья системы праксиса.

### *Список литературы*

1. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учебник для студентов вузов. Теория и практика / Т.Г. Визель. – М.: Аст, 2021. – 544 с.
2. Гуревич М.О. Психомоторика. Методика исследования моторики / М.О. Гуревич, Н.И. Озерецкий. – М.: Госмедиздат, 1930. – 174 с.
3. Психические расстройства и расстройства поведения (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / под общ. ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. – М.: Минздрав России, 1998. – 512 с.
4. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия / Х. Ремшмидт. – М.: Эксмо-Пресс, 2001. – 624 с.

5. Проблема постановки диагноза «диспраксия развития» в детском возрасте / Ю.Е. Садовская, М.С. Ковязина, Н.Б. Троицкая, Б.М. Блохин // Лечебное дело. – 2011. – №2. – С. 79–86. EDN NXONLP

6. Симсон Т.П. Психоневрология детского возраста / Т.П. Симсон, М.М. Модель, Л.И. Гальперин. – М.: БИОМЕДГИЗ, 1935. – 372 с.

7. Томилов А.Б. Логопедические технологии: обследование моторных функций: учеб.-метод. пособие / А.Б. Томилов. – Краснодар: Просвещение-Юг, 2011. – С. 21–25.

8. Gibbs J. Dyspraxia or developmental coordination disorder? Unravelling the enigma / J. Gibbs, J. Appleton, R. Appleton // Arch Dis Child. – 2007. – Vol. 92(6). – P. 534–539.

9. Pearce J.M.S. Hugo Karl Liepmann and apraxia / J.M.S. Pearce // Clinical Medicine. – 2009. – Vol. 9. No. 5. – P. 466–470.

10. Vaivre-Douret L. Non-verbal learning disabilities: developmental dyspraxia / L. Vaivre-Douret // Arch. Pediatr. – 2007. – Vol. 14. No. 11. – P. 1341–1349.