

Из родительского и педагогического опыта

Аномалии развития двигательной сферы

ПЛАКСУНОВА Э.В.



Понятие «аномалия развития» входит в круг понятий, объединяемых термином дизонтогенез. Дизонтогенез - это развитие индивида в отличие от развития вида. «Аномалия» в переводе с греческого означает отклонение от нормы, от общей закономерности, неправильность в развитии. В таком значении это понятие существует в педагогической и психологической науках (Н. А. Литощ, 2001).

Закономерностью любого аномального развития является своеобразная моторная

(двигательная) недостаточность, которая может проявляться в несформированности тонких, целенаправленных, дифференцированных движений, зрительно-моторной координации, ручного праксиса. Специфика двигательного развития имеет свои особенности в зависимости от вида аномалии.

Практика показывает, что, например, снижение произвольности движений у аутичных детей приводит в первую очередь к нарушению координации движений. Устойчивость вертикальной позы, сохранение равновесия и уверенной походки, способность соизмерять и регулировать свои действия в пространстве, выполняя их свободно без излишнего напряжения и скованности, - те свойства, которые необходимы человеку для нормальной жизнедеятельности, удовлетворения личных, бытовых и социальных потребностей. Но именно их недостаточность чаще всего ограничивает двигательную деятельность детей с аутизмом.

Нарушения регуляторных механизмов ЦНС, сенсорных коррекций, обеспечивающих регулирование позы и движений, рецепторных систем (проприорецепции, вестибулярного аппарата), нервно-мышечных механизмов, проводящих путей и других структур, участвующих в управлении движениями, яв-

ляются главными причинами «разбалансированности» и координационных расстройств в двигательной сфере аномальных детей (Вайзман Н. П., 1976; Мастюкова Е. М., 1985).

В этиологии аномалий развития двигательной сферы играют роль различные генетические факторы, чаще обуславливающие негрубые варианты конституциональной недостаточности моторики, внутриутробные, натальные и ранние постнатальные поражения центральной нервной системы.

Особые формы аномалий развития моторной сферы наблюдаются при раннем детском аутизме. Тяжёлые двигательные нарушения возникают и при поражении спинного мозга. Своеобразные нарушения моторного развития могут иметь место и при явлениях эмоциональной депривации.

Особенности клинико – патофизиологической структуры аномалий развития моторной сферы обусловлены недостаточностью различных отделов нервной системы.

Нарушение отдельных компонентов моторики по-разному влияет на общее психомоторное развитие ребёнка (М.И. Гуревич, Н.И. Озерецкий, 1930; М. Стамбак, 1963; А. Гезелл, 1974 и др.).

Так, при недостаточности подкоркового уровня организации движений наблюдаются нарушения тонуса, ритмичности, выработки первичных автоматизмов и выразительных движений.

Большое значение имеют *нарушения тонуса*, играющего ведущую роль в преднастройке движения, его стойкости, стабильности, эластичности, акцентуации формы. При недостаточности тонической функции в раннем возрасте нарушается формирование ряда рефлексов, обеспечивающих удержание головы, сидение, стояние, сохранение позы. В более старшем возрасте нарушения мышечного тонуса оказывают отрицательное влияние на работоспособность и обучение.

Как показал А. Валлон (1959), *патологический гипотонус* вызывает усталость рук, быстрое общее утомление, падение внимания. *Патологический гипертонус* с напряженностью позы, недостаточностью

пластичности также ведёт к быстрой утомляемости и снижению внимания.

Нарушения тонуса иногда связаны с патологическим состоянием аффективной сферы. В исследования И. Рибль (1962) была описана моторика детей с явлениями «госпитализма», находящихся в условиях тяжёлой эмоциональной депривации. Динамика этих нарушений в начальных стадиях характеризовалась двигательной пассивностью, задержкой моторного развития; в тяжёлых случаях в дальнейшем иногда возникали кататаноподобные расстройства. При стойких аффективных нарушениях в младенческом возрасте может иметь место и повышение моторного тонуса с гиперактивностью, двигательной возбудимостью (Ж. Ажуриагерра, 1970).

Ряд двигательных расстройств, связанных с нарушениями *темпа и ритма движений*, также имеет преимущественно подкорковую локализацию. Нарушения темпа чаще выражаются в замедленности движения. Ритмические разряды в виде ритмических раскачиваний головы и туловища, наблюдаемые у детей младшего возраста – чаще между 9 месяцами и 2 годами, являются показателем незрелости нервной системы (Ж. Ажуриагерра, 1970) и обычно связаны с утомлением и снижением уровня бодрствования.

В патологии же такие ритмические разряды наблюдаются независимо от возраста. Дефектность ритмической организации движений имеет отрицательное значение для психического развития ребёнка, так как в этих случаях замедляется формирование различного вида синергий, необходимых для выработки навыков, требующих автоматизации. При *недостаточности подкорковых образований* нередко нарушается и формирование автоматизма движений. Страдает синхронность движений рук при ходьбе, поворотах туловища, также автоматизм защитных движений, затрудняется формирование выразительности движений, в первую очередь, мимических, наделённых особым смыслом, метафоричностью.

Отставание в развитии выразительных движений, особенно на ранних этапах детства, когда ещё недостаточно развита речь,

обрекает ребёнка на примитивные формы сотрудничества и тем усугубляет нарушения его развития. Такой механизм патологического дизонтогенеза имеется при некоторых генетически обусловленных эндокринных нарушениях, когда избыточное развитие крупной мускулатуры препятствует формированию мимики и выразительных движений (К.С. Лебединская с соавт., 1969).

Значительное недоразвитие *выразительной моторики* наблюдается при умственной отсталости и аутизме: невыраженность, обеднённость, монотония мимики, жестов, защитных и автоматических движений (К. Якоб, 1924).

При поражении же *кортикального уровня* страдают сила, точность движений, формирование предметных действий. *Патология кортикального уровня движений* формирует разнообразную симптоматику нарушения моторного развития, зависящую от локализации поражения. При *повреждении ядерных зон* сенсорных отделов будут страдать отдельные компоненты движения: *сила* (парезы, параличи), *точность*, *скорость*.

При патологии *премоторных, постцентральных отделов головного мозга* наблюдаются нарушения целостных двигательных актов, объединённые общим названием апраксия. При *премоторном дефекте* возникает дисфункция «кинестетической мелодии» движения (А.Р. Лурия, 1962). Из плавного оно превращается в толчкообразное, дезавтоматизированное, состоящее из отдельных, не связанных друг с другом элементов.

При *постцентральных нарушениях головного мозга* наблюдается так называемая афферентная апраксия с недостаточностью коркового анализа кинестетических импульсов, выражающаяся в затруднениях выбора нужной комбинации движений (А. Р. Лурия, 1962).

В детском возрасте отдельные стороны двигательной сферы ещё находятся в про-

цессе становления. Поэтому наблюдаются меньшие, чем у взрослых, чёткость, локальность и изолированность нарушений. Чаще имеет место более диффузная симптоматика, сочетающая явления повреждения двигательной сферы с её недоразвитием.

К явлениям недоразвития относятся *синкинезии* – содружественные движения отдельных сегментов тела или произвольные движения, сочетающиеся с произвольными и не связанные с ними по смыслу. Так, ребёнок при попытке закрыть один глаз одновременно закрывает и второй; при движении пальцев одной руки возникают аналогичные движения в другой. Синкинезии бывают у детей и в норме, но с возрастом они уменьшаются, особенно быстро между 8-ю и 14-ю годами. При различных видах патологии наблюдается их стойкое сохранение.

Показателями общего недоразвития двигательной сферы являются недостаточная точность и стабильность движений и действий, их лёгкая «сбиваемость» под влиянием различных воздействий: шума, ограничения времени выполнения задания, смены орудия или материала.

Учитывая большое количество конституциональных вариантов особенностей моторики и физиологическую незрелость ряда её компонентов в детском возрасте, экспериментально выявляемые особенности двигательной сферы, находящиеся на уровне негрубых отклонений, не обязательно указывают на патологический уровень расстройств. В этом отношении первостепенное значение имеет их сочетание с клиническими данными.

Таким образом, двигательные проявления аномальных детей обусловлены многими факторами: уровнем поражения ЦНС, этиологией, степенью интеллектуального дефекта, особенностями эмоционально-волевой сферы, нейродинамики и др. **А**

Использованная литература:

1. Вайзман Н. П. Психомоторика детей-олигофренов. – М. : Педагогика, 1976.
2. Литовш Н. А. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии: Учебное пособие – М. : СпортАкадемПресс, 2002. – 140 с.