

БЕОГРАДСКА
ДЕФЕКТОЛОШКА
ШКОЛА

1/2010

Раније ДЕФЕКТОЛОШКА ТЕОРИЈА И ПРАКСА (1977-1995)
Раније СПЕЦИЈАЛНА ШКОЛА (1952-1977)

Миле ВУКОВИЋ¹

Ирена ВУКОВИЋ

¹ Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

ПРОЦЕНА ОРАЛНЕ ПРАКСИЈЕ КОД ДЕЦЕ СА РАЗВОЈНОМ ДИСФАЗИЈОМ

Циљ овог рада је био да се испита способност оралне праксије код деце са развојном дисфазијом. Узорак је чинило 30 деце са развојном дисфазијом и 30 деце типичног језичког развоја, узраста од пет до седам година. Процена оралне праксије извршена је помоћу Теста оралне праксије. Резултати су показали да деца са развојном дисфазијом имају значајно слабије развијену способност оралне праксије од деце са типичним језичким развојем. Разлике су уочљивије на нивоу несимболичких него симболичких покрета.

Кључне речи: орална праксија, развојна дисфазија, типични језички развој, деца

УВОД

Дефиниција и анатомска основа праксије

Под *праксијом* се подразумева вољно извођење моторних активности усмерених ка одређеном циљу. Насупрот томе, аутоматски или невољни покрети као и покрети који су део неке сложеније моторне радње не представљају праксичку активност (Вуковић, 2002).

Праксија је сложена психомоторна активност која се реализује учешћем већег броја можданих области, при чему сваки део мозга врши специфичну улогу у извршавању одређених компоненти вољне моторне активности. За планирање и иницијацију покрета неопходна је одговарајућа мотивација коју обезбеђује лимбички систем својим везама са кортексом, церебелумом и базалним ганглијама. Префронтални региони обезбеђују намеру (вољност), план и процедуралну схему моторне

активности. Премоторни региони кортекса су одговорни за стварање програма праксијске активности која се, преко примарног моторног кортекса, реализује ангажовањем одговарајуће мускулатуре. На нивоу премоторних региона врши се припремање покрета и регулисање положаја и избор плана акције, а нарочито покрета изазваним спољашњим стимулусима (Вуковић, 2002. Оцић, 1998; Ишпановић-Радојковић, 1986).

Орална праксија је способност организације и вољног извођења покрета у области орофацијалне регије. Дефицити оралне праксије се веома често срећу код особа са говорно-језичком патологијом. Код деце се, на пример, уочавају тешкоће у прављењу мехурића од сапунице, тешкоће са звиждањем итд. Афазични пацијенти често нису у стању да на налог исплазе језик, да напуће усне и др. Дефицити оралне праксије описани су и код особа које муцају (Тадић и сар., 2009). Поред тешкоћа на плану оралне праксије, особе са говорно-језичким поремећајима испољавају и тешкоће у извођењу финих и вештих покрета руку. Ове тешкоће су показане код деце са специфичним развојним језичким поремећајем (Вуковић, 2007; Hill, 1998), затим код афазичних пацијената (Вуковић, 2002; Оцић, 1998).

Полазећи од чињенице да многа деца са говорно-језичким поремећајима нису у стању да вољно изведу неке моторне активности, као и то да развијање вољних покрета појединих делова орофацијалне регије представља значајан моменат у постављању и формирању гласова, за предмет овог рада одабрано је испитивање орофацијалне праксије код деце са развојном дисфазијом.

ЦИЉ РАДА

Циљ овог рада је да се процени способност праксије орофацијалне мускулатуре код деце са развојном дисфазијом у поређењу са децом типичног говорно-језичког развоја.

МЕТОД ИСТРАЖИВАЊА

Узорак истраживања

Узорак истраживања састојао се од 30 деце са развојном дисфазијом, узраста од пет до седам година. Ова деца су представљала експерименталну групу (Е).

Критеријуми за укључивање деце у узорак били су:

а) присуство поремећаја у развоју говора и језика, који одговара клиничкој слици (дијагнози) развојне дисфазије

- b) просечан или надпросечан интелектуални статус детета
- c) одсуство оштећења слуха
- d) уредан неуролошки налаз
- e) одсуство тешких моторних или телесних оштећења
- f) одсуство психотичног поремећаја

У узорак, дакле, нису укључена деца са соматским, неуролошким, или психијатријским поремећајима, васпитно запуштена деца, деца са оштећењем слуха и деца без родитељског старања. Контролну групу (К) чинило је 30 деце са типичним (увремененим) језичким развојем, тј. деца без сметњи и поремећаја у говорно-језичком развоју. Деца контролне групе су уједначена према узрасту са децом из експерименталне групе (Табела 1). Сва деца, укључена у истраживање, спадају у групу просечно интелигентне деце (85-110 IQ), што је утврђено методом WISC или Равеновим прогресивним матрицама у боји. Према томе, деца експерименталне и контролне групе су уједначена и према интелектуалном статусу.

Табела 1 – Дистрибуција испитаника са развојном дисфазом и испитаника са типичним језичким развојем према узрасту

Статистички параметри	Старост у месецима	
	Е група	К група
АС	73.25	72.27
Сд. Девиатион	11.12	10.20
Минимум	60.02	60.10
Махимум	84.04	84.02
	t-тест .032 p > 0.05	

Технике испитивања

У истраживању је коришћен Тест оралне праксије (Радичевић и Стеванковић). Тест садржи 21 задатак, почев од најједноставнијих (удах и издах на нос, гашење шибице), до веома комплексних покрета језиком (палатолингвални жлеб). За потребе ове студије задаци су груписани у две групе. Прву групу чинили су задаци који се примарно одnose на покрете мимичне мускулатуре, усана и вилице. То су следећи задаци: 1. удах на нос – издах на уста, 2. гашење шибице, 3. надувавање образа, 4. пућење усана, 5. треперење уснама, 6. имитирање пљувања 7. грицање доње усне и 8. покретање доње вилице. У другу групу свр-

стани су задаци који се примарно односе на покрете језика, и то: 1. плажење језика, 2. коњски кас, 3. цоктање, 4. стављање језика између зуба и доње усне, 5. облизивање, 6. додиривање мишића образа врхом језика, 7. додиривање горње и доње усне врхом језика, 8. мљацкање, 9. пресавијање предњег дела језика према горе, 10. пресавијање предњег дела језика према доле, 11. лепеза, 12. треперење језиком и 13. палатолингвални жлеб. Тестирање је спроведено тако што се од испитаника тражило да изведе моторни образац који му је демонстрирао испитивач. За сваки успешно изведен задатак, испитаник је добијао по 1 поен. У осталим случајевима није добијао поене. На тај начин, испитаник је могао максимално да оствари 20 поена.

Статистичка обрада података

Статистичка анализа разлика између група (испитаници са развојном дисфазацијом/испитаници са типичним развојем) на испитиваним варијаблама је заснована на т-тесту и анализи варијансе.

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

У овом истраживању анализиран је број успешно изведених покрета органа орофацијалне регије код деце са развојном дисфазацијом у поређењу са резултатима деце контролне групе. Поред анализе података орофацијалне праксије у целини, подаци су анализирани и према напред наведеним групама задатака. Најпре су изложени резултати испитивања покрета мимичне мускулатуре, усана и вилице, а затим резултати испитивања покрета језика.

Табела 2 – Средње вредности на тесту оралне праксије код деце са развојном дисфазацијом и деце контролне групе

Статистички параметри	Орофацијална мускулатура	
	Е	К
АС	9.73	17.23
СД	5.10	3.28
Минимум	4.00	11.00
Махимум	13.00	17.00
	$\Phi=60.038$ $d\Phi=1$ $p<0.01$	

Подаци у табели 2 показују да су деца са развојном дисфазијом постигла значајно слабије резултате у извођењу праксичких активности органа орофацијалне регије у односу на децу типичног језичког развоја. Овај податак говори у прилог глобалном заостајању у развоју оралне праксије код деце са развојним говорно-језичким поремећајем у поређењу са децом без поремећаја у језичком развоју.

Табела 3 – Средње вредности на задацима који обухватају покрете мимичне мускулатуре, усана и вилице код деце са развојном дисфазијом и деце контролне групе

Статистицки параметри	Мимична мускулатура	
	Е	К
АС	5.02	7.14
СД	2.02	2.18
Минимум	3.00	5.00
Махимум	6.00	7.00
	Ф=50.019 дф=1 п< 0.05	

Табела 4 – Средње вредности на задацима који се односе на покрете језика код деце са развојном дисфазијом и деце контролне групе

Статистички параметри	Покрети језика	
	Е	К
АС	4.23	9.30
СД	4.10	3.34
Минимум	3.00	6.00
Махимум	6.00	10.00
	Ф=70.026 дф=1 п< 0.01	

Даљом анализом запажа се да су деца са развојном дисфазијом у просеку лошија у извођењу задатака мимичне мускулатуре, усана и вилице (табела 3), као и у извођењу покрета језиком (табела 4) у поређењу са децом без говорно-језичког поремећаја. Међутим, треба истаћи да су разлике у способности праксије уочљивије на другој него на првој групи задатака.

ДИСКУСИЈА И ЗАКЉУЧАК

Циљ ове студије био је испитивање оралне праксије код деце са развојном дисфазацијом. Анализирана је глобална способност праксије орофацијалне мускулатуре, као и способност праксије специфичних делова орофацијалне регије.

Анализа добијених података је показала да су деца са развојном дисфазацијом значајно лошија у извођењу вољних моторних активности органа орофацијалне регије у односу на децу типичног језичког развоја. Овај податак сугерише на закључак да је поремећај у развоју говорне и језичке функције праћен поремећајем праксије, о чему сведоче и резултати других студија. Е. Хилл (1998), на пример, указује на присуство поремећаја праксије руку код деце са специфичним развојним језичким поремећајем. И. Вуковић (2007), такође наводи значајно лошије постигнуће на тесту имитирања покрета код деце са развојном дисфазацијом у поређењу са децом типичног језичког развоја.

Практичке способности се процењују на основу извршавања симболичких и несимболичких покрета. Симболички покрети су покрети који репрезентују неку познату моторну активност (на пример, чешљање, прање зуба и др.), док се несимболички покрети односе на имитацију непознатих активности или секвенци активности, где испитивач имитира положај руку, на пример. С обзиром на ту дихотомију праксије, ми смо у овој студији посебно анализирали податке који су добијени на основу задатака који се могу повезати са неком познатом моторном активношћу од несимболичких покрета. Тако на пример, задатак удах на нос, може да се повеже са мирисањем цвећа, задатак издах на уста и гашења шибице са гашењем рођенданске свећице, а задатак надувавања образа са надувавањем балона. С друге стране, задаци којима се тражи од детета да направи палатолингвални жлеб, лепезу или да стави језик између зуба и доње усне не репрезентују никакву активност. Анализом добијених података показана је дискрепанца налаза практичких способности код испитиване популације. Наиме, веће разлике у практичким способностима између деце са развојном дисфазацијом и деце контролне групе испољавају се на задацима који се примарно односе на несимболичке покрете, него на задацима који се могу довести у везу са познатом моторном активношћу.

Резултати ове студије сугеришу на закључак да деца са развојном дисфазацијом лакше развијају симболичке покрете од несимболичких. Дакле, могло би се рећи да фамилијарност покрета утиче на способност праксије органа орофацијалне регије. Овакав налаз има и одређене практичне импликације. Наиме, процену праксије код особа са го-

ворно-језичком патологијом треба вршити са аспекта природе циљане моторне активности. Истовремено, терапијски програм развоја праксије код деце са говорно-језичком патологијом треба да буде хијерархијски организован, водећи рачуна о степену фамилијарности покрета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hill, E. L. (1998): A dyspraxic deficit in specific language impairment and developmental coordination disorder - Evidence from hand and arm movements. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 40, 388- 395.
2. Ишпановић- Радојковић, В. (1986): Неспретно дете - Поремећаји праксије у детињству. Београд, Завод за уџбенике и наставна средства.
3. Тадић, Ј., Доброта-Давидовић, Н., Шостер, Д. (2009): Орална праксија и муцање. У: Истраживања у специјалној едукацији и рехабилитацији / Ресеарч ин Специал Едуцатион анд Рехабилитатион (приредио/ едитед бу Проф. др Д. Радовановић). Београд, Универзитет у Београду – Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, стр. 79-88.
4. Оцић, Г. (1998): Клиничка неуропсихологија. Београд, Завод за уџбенике и наставна средства.
5. Вуковић, И. (2007): Корелација социјалне зрелости, језичке развијености и моторних способности код деце са развојном дисфазијом. Магистарска теза. Универзитет у Београду, Београд.
6. Вуковић, М. (2002): Афазиологија. Београд, СД Публик.