МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені А. С. МАКАРЕНКА
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Кафедра здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії

Ярмак Єлизавета Олександрівна

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ З ЕЛЕМЕНТАМИ ЕРГОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДОМ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

Спеціальність 227 Фізична терапія, ерготерапія
Галузь знань: 22 Охорона здоров'я
Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеню магістр

Науковий керівник
_____ В. І. Котелевський
к.мед.н., доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
«___»_____ 2020 року

Виконавець
_____ Є. О. Ярмак
«___»_____ 2020 року

Суми 2020

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ..... 3
ВСТУП…….. 4
РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ З ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДОМ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ…… 8
1.1. Загальна характеристика синдрому раннього дитячого аутизму..... 8
1.2. Характеристика порушень рухових функцій у дітей з аутизмом…… 13
1.3. Сучасні підходи до корекційно-реабілітаційної роботи та ерготерапії дітей з розладом аутистичного спектру……. 15
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1..... 22
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ..... 23
2.1. Методи дослідження..... 23
2.2. Організація дослідження..... 29
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2..... 30
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ..... 31
3.1. Зміст програми фізичної терапії дітей з розладами аутистичного спектра…….. 31
2.2. Організаційно-методичні особливості ерготерапії дітей з розладами аутистичного спектра…… 42
3.3. Обговорення результатів впровадження розробленої програми фізичної терапії з елементами ерготерапії……..... 47
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3..... 55
ВИСНОВКИ..... 56
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... 58
ДОДАТКИ..... 64

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

CARS – Childhood Autism Rating Scale

В.п. – вихідне положення

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЗРВ – загально-розвивальні вправи

МКФ – Міжнародна класифікація функціонування

МКХ – Міжнародна класифікація хвороб

МОЗ – Міністерство охорони здоров’я

РАС – розлад аутистичного спектру

РГГ – ранкова гігієнічна гімнастика

РДА – ранній дитячий аутизм

США – Сполучені Штати Америки

TEACCH – Teaching children with Autism to Mind-Read

ВСТУП

Актуальність теми. Дитячий аутизм входить в групу первазивних порушень психічного розвитку, при яких страждають комунікативні та соціальні навички, емоційний розвиток, мова і поведінка (Ю. М. Баранов, 2017). За останні два десятиліття в світі відзначено збільшення випадків дитячого аутизму. У 2018 р. в США, за даними The Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM), поширеність розладів спектра аутизму у дітей до 8 років становила 14,7 на 1000. В Україні з 2012 по 2018 рр., за даними МОЗ, захворюваність розладу аутистичного спектру зросла в 3,8 рази (з 2,4 до 9,1 на 100 000 дитячого населення). Вважається, що тенденція до зростання аутизму збережеться і в майбутньому. Діти з розладами аутистичного спектру складають основну групу дітей, що мають найбільш важкі порушення в соціально-особистісному розвитку, що вимагають спеціальної психолого-педагогічної та реабілітаційної допомоги (Е. Н. Баричьова, Т. Л. Шейніна, Л. В. Зайцева, 2015).

Проблема реабілітації дітей з розладом аутистичного спектру не тільки в Україні, але і в усьому світі стає все більш актуальною. Виникає необхідність створення умов для адекватного фізичного, розумового, духовного і соціального розвитку таких дітей, їх реабілітації та інтеграції в суспільство (К. В. Дубовик, 2019). Невід'ємною частиною реабілітаційного процесу дітей з розладом аутистичного спектру є залучення батьків, які розглядаються як найважливіші партнери в корекційній роботі. Важливо, щоб батьки дитини були невід'ємною частиною мультидисциплінарної команди реабілітації, яка працює з дитиною, взаємодіяли з ним на основі вироблених принципів навчання і допомагали йому узагальнити всі навички, які він отримує в процесі роботи із фахівцями (І. Н. Ісакова, 2017).

На сьогоднішній день у світовій практиці розроблено безліч ефективних методів реабілітації дітей з розладом аутистичного спектру. Серед них методи поведінкової модифікації ABA, Floortime, методики TEACCH, PECS, методики розвитку мови, рухової корекції, сенсорної

інтеграції і багато інших. Широке визнання в країнах Європи і США отримали комплексні програми ранньої реабілітації дітей з розладом аутистичного спектру (О. М. Катоній, 2015). Всі вони орієнтовані на досягнення схожих цілей – навчання дітей навичкам взаємодії з навколишнім світом. На вітчизняній ниві проблемами розладу аутистичного спектру займалися І. Гілевич, В. Гончарова, Д. Зайцев, К. Каллен, К. Островська, П. Поттс, Т. Скрипник, Н. Хворостянова, Л. Шіпіцин, М. Шеремет, Д.Шульженко та ін.

Питання реабілітаційної допомоги дітям з розладами аутистичного спектру залишається складним та актуальним, що зумовило вибір теми магістерського дослідження.

Мета дослідження – науково обґрунтувати, розробити й експериментально апробувати програму фізичної терапії з елементами ерготерапії дітей з розладом аутистичного спектру в умовах інклюзивно-ресурсного центру.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати науково-методичну та спеціальну літературу щодо корекційно-реабілітаційної роботи з аутистичними дітьми.

2. Визначити стан фізичного розвитку та рухової сфери дітей з розладом аутистичного спектру і розробити програму фізичної терапії з елементами ерготерапії в умовах інклюзивно-ресурсного центру.

3. Проаналізувати динаміку досліджуваних показників та оцінити ефективність впливу програми фізичної терапії з елементами ерготерапії на рухові та моторні функції дітей з розладом аутистичного спектру.

Об’єкт дослідження – процес корекції рухових та моторних навичок дітей з розладом аутистичного спектру.

Предмет дослідження – структура та зміст програми фізичної терапії з елементами ерготерапії дітей з розладом аутистичного спектру.

Гіпотеза дослідження: впровадження програми фізичної терапії з елементами ерготерапії може сприяти організації поведінки дитини; розвитку

здібності до комунікативної взаємодії; навчанню навичкам самообслуговування; згладженню негативних проявів аутизму; посиленню психічної активності дитини; навчанню проводити вільний час; підготовці до навчання.

Наукова новизна дослідження полягає в розробці програми фізичної терапії дітей з розладом аутистичного спектру відмінними особливостями якої є застосування елементів ерготерапії в поєднанні із засобами фізичної терапії, а саме ранкової гігієнічної гімнастики; кінезотерапії (дихальні вправи, вправи для розвитку загальної та дрібної моторики); рухливих ігор; прогулянок на свіжому повітрі відповідно до визначеного рівня рухових та моторних здібностей, а також порушення життєдіяльності за Міжнародною класифікацією функціонування.

Методи дослідження – аналіз науково-методичної літератури, аналіз документальних даних, педагогічний експеримент, педагогічне спостереження, шкала вираженості аутистичних проявів CARS (Childhood Autism Rating Scale), тестування для визначення рівня окремих показників стану моторики, оцінювання ступеня порушення життєдіяльності за Міжнародною класифікацією функціонування, методи математичної статистики.

Теоретичне значення дослідження полягає в аналізі та обґрунтуванні ефективності використання компонентів фізичної терапії та елементів ерготерапії для дітей з розладом аутистичного спектру, аналізі питання етіології, симптоматики, діагностики та корекційно-реабілітаційного втручання.

Практичне значення одержаних результатів полягає в можливості реалізації змісту розробленої програми в практику освітніх організації, інклюзивних центрів, реабілітаційних організацій, що спеціалізуються на проблемі розладу аутистичного спектру у дітей. Результати наукового дослідження можуть бути використані при підготовці фахівців до роботи з дітьми з розладом аутистичного спектру. Розроблена програма фізичної

терапії з елементами ерготерапії впроваджена в практику Комунальної установи «Інклюзивно-ресурсний центр» Охтирської міської ради Сумської області, що підтверджено відповідним актом впровадження.

Публікації. Результати магістерського наукового дослідження опубліковані в матеріалах наукової конференції: Ярмак Є. О., Котелевський В. І. (2020). Фізична терапія з елементами ерготерапії дітей з розладом аутистичного спектру. Матеріали VI Всеукраїнської дистанційної науково-практичної інтернет-конференції «Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії».

Структура й обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається з переліку умовних скорочень, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний текст кваліфікаційної роботи становить 72 сторінки. Робота містить таблиці та рисунки. У бібліографії подано 60 вітчизняних та закордонних наукових джерел.

РОЗДІЛ 1
АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ З ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДОМ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

1.1. Загальна характеристика синдрому раннього дитячого аутизму

Аутизм (інфантильний аутизм, дитячий аутизм, ранній інфантильний дитячий аутизм, синдром / аутизм Каннера) – стан, що характеризується переважанням закритого внутрішнього життя, активним відстороненням від зовнішнього світу, бідністю вираження емоцій [24]. Аутизм як окремий розлад вперше описав американський клініцист Лео Каннер в 1942 році. Через рік подібні розлади у старших дітей описав австрійський учений Ганс Аспергер, а в 1947 році – радянський вчений Самуїл Мнухін. Синдром раннього дитячого аутизму (РДА) – комплекс клінічних ознак психічного розладу дітей, що характеризується відхиленнями в прояві емоцій і розвитку особистісної сфери у віці до 3 років [4].

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКБ-10), прийнятою в нашій країні, аутизм віднесено до групи розладів, що характеризуються порушеннями в соціальній взаємодії і спілкуванні і обмеженим, стереотипним, повторюваним набором інтересів та діяльності [31].

Аутизм проявляється найчастіше в затримці розвитку й небажанні контактувати з оточуючими і класифікується як захворювання нервової системи. Цей стан найчастіше формується у дітей у віці до трьох років, має різні прояви, що відзначаються вперше в ранньому дитячому або дитячому віці, і стійким протіканням розладу, як правило, без ремісій. Симптоми захворювання не мають чітко виражених фізіологічних проявів [35].

Основні прояви РДА включають: уникнення дитиною контактів з людьми, неадекватні сенсорні реакції, стереотипну поведінку, порушення

мовного розвитку і вербальної комунікації. При аутизмі відзначені зміни в багатьох ділянках мозку, але як саме вони розвиваються – невизначено. Зазвичай батьки помічають ознаки розладу протягом перших двох років життя дитини. Зазначено, що при ранньому поведінковому і когнітивному втручанні дитині можна допомогти в набутті навичок самодопомоги, соціальних взаємодій і спілкування, наразі невідомі методи, здатні повністю вилікувати від аутизму [27].

Аутизм як симптом зустрічається при досить багатьох психічних розладах, але в деяких випадках він проявляється дуже рано (в перші роки і навіть місяці життя дитини), займає центральне, провідне місце в клінічній картині і надає тяжкий негативний вплив на психічний розвиток дитини. При РДА окремі психічні функції розвиваються повільно, тоді як інші – патологічно прискорено. Так, нерідко розвиток гнозиса випереджає праксис (при нормальному психічному розвитку – навпаки), а іноді не за віком багатий словниковий запас поєднується з абсолютно нерозвиненою комунікативною функцією мови [14].

У своєму досліджені Kanner виділив основні ознаки, які використовуються до теперішнього часу:

- «обличчя принца» – застигла міміка, спрямований в порожнечу або як ніби в себе погляд, відсутність реакції «очі в очі»;

- аутистична самотність – нездатність встановлювати емоційні взаємини з людьми, навіть з батьками;

- розлад навичок розмовної мови. Мова часто розвивається із затримкою або не виникає взагалі. Особливо слабко розвивається експресивна мова: відсутні експресія, жестикуляція, інтонація, темп;

- «нав'язливе бажання одноманітності». Стереотипна і ритуальна поведінка у всьому;

- химерна поведінка і манірність (наприклад, дитина постійно паморочиться або розгойдується, смикає свої пальці або плескає в долоні);

- відхилення під час гри. Ігри найчастіше стереотипні, не функціональні і не соціальні. Переважає нетипове маніпулювання іграшками. Відзначено пристрасть до ігор з неструктурованим матеріалом – піском, водою;

- атипові сенсорні реакції. Аутичні діти відповідають на сенсорні стимули або надзвичайно сильно, або занадто слабко (на звуки, біль). Больовий поріг найчастіше знижений, або відзначається атипова реакція на біль.

- наявність неадекватного страху в нормальній ситуації і стану байдужості у випадках реальної небезпеки [48].

Іноді відзначаються порушення сну, енурез, проблеми з харчуванням. У 25% випадків можуть бути судомні напади в препубертатному або пубертатному віці. Особистісні порушення часто поєднуються з порушеннями вищих мозкових функцій (мова, мислення, пам'ять). Порушення соціальної взаємодії у дитини, що страждає аутизмом, стає помітною в ранньому дитинстві. Дитина-аутист рідко посміхається дорослим і відгукується на своє ім'я; в більш старшому віці – уникає зорового контакту, рідко наближається до сторонніх, до інших дітей, практично не проявляє емоцій. У порівнянні зі здоровими однолітками, у дитини відсутня цікавість і інтерес до нового, потреба в організації спільної ігрової діяльності [8].

Звичайні за силою і тривалістю сенсорні подразники викликають у дитини з синдромом РДА неадекватні реакції. Навіть неголосні звуки і неяскраве світло можуть викликати підвищену лякливість і страх або, навпаки, залишати дитину байдужою, ніби вона не бачить і не чує, що відбувається навколо. Іноді діти-аутисти вибірково відмовляються надягати одяг певного кольору або використовувати певні кольори в продуктивній діяльності (малюванні, аплікаціях та ін.). Тактильний контакт навіть в дитячому віці не викликає відповідної реакції або провокує супротив [4].

Сучасна наука не може однозначно відповісти на питання про причини виникнення аутизму. Це неврологічний стан, пов'язаний з особливим типом

функціонування мозку та обробки інформації. Походження аутизму майже повністю генетичне: спадкова складова аутизму складає близько 90%. Основними причинами дитячого аутизму є наступні: генетична схильність; патологія першої половини вагітності; постнатальні нейроінфекції та ін.

Виділяють чотири основні групи аутичних дітей з абсолютно різними типами поведінки. Вони відрізняються тяжкістю і характером аутизму, ступенем дезадаптації дитини і можливостями його соціалізації. Спостереження в процесі психокорекційної практики показують, що групи представляють собою послідовні ступені в розвитку взаємодії дитини з середовищем [46].

Діти I групи (8%) з аутистичною відчуженістю від навколишнього середовища характеризуються найбільш важкими порушеннями психічного тонусу і довільної діяльності. Характеризується раннім злоякісним перебігом шизофренії, часто ускладненим органічним пошкодженням мозку. Діти цієї групи мають найгірший прогноз розвитку, потребують постійного догляду і нагляду. При інтенсивній психолого-педагогічній корекції у них можуть бути сформовані елементарні навички самообслуговування, можуть освоїти писання, рахування і навіть читання про себе.

Діти II групи (62%) з аутистичним відчуженням навколишнього характеризуються певною можливістю активної боротьби з тривогою і численними страхами за рахунок стимуляції позитивних відчуттів за допомогою численних стереотипів: рухових (стрибки, махи руками та ін.), сенсорних (самороздратування зору, слуху, дотику) та ін. Зовнішня характеристика їх поведінки – манірність, стереотипність, химерні гримаси і пози, хода, особливі інтонації мови. При адекватній тривалій корекційній роботі вони можуть бути підготовлені до навчання в школі.

Діти III групи (10%) з аутистичними заміщеннями навколишнього середовища характеризуються більшою довільністю в протистоянні своїй патології, перш за все страхів. Характерна розгорнута мова, при розгорнутому монолозі дуже слабкий діалог. Ці діти менш залежні від матері,

не потребують примітивного контакту та опіки. Ці діти при активній медико-психолого-педагогічній корекції можуть бути підготовлені до навчання в масовій школі.

Діти IV групи (21%) характеризуються переобладанням гальмівних процесів та неврозоподібними розладами: надмірне гальмування, боязкість, полохливість, почуття власної неспроможності, яке посилює соціальну дезадаптацію. Ці діти можуть бути підготовлені до навчання в масовій школі.

Найбільш частими проявами розладу аутистичного спектру у дітей можуть бути: фізичні аномалії (відставання в рості, патологічні зміни внутрішніх органів, непропорційність скелета та ін.); зниження порогу больової чутливості, в зв'язку з чим хворі не відчувають болю при нанесенні їм травм або каліцтв; зниження інтересу до звуку людського голосу, при його підвищенні; замкнутість, поступовий відхід в себе, у світ власних відчуттів і переживань; нереагування на звернення; затримка або повна відсутність розвитку розмовної мови; недостатня гнучкість, порушення інтонаційної сторони мови, її стереотипи у використанні фраз і слів; відсутність контакту поглядом, мімікою, позою або жестами; відсутність творчості і фантазії в мисленні; порушення сну і прийому їжі; раптова поява спалахів гніву й агресивності; відсутність почуття прихильності до рідних і близьких, холодність при спілкуванні навіть з найдорожчими людьми (батьки, брати, сестри); уникнення однолітків; байдужість до інтересів оточуючих; відсутність співпереживання іншим [50].

Основні показники аутизму: неможливість встановлювати повноцінні відносини з людьми з початку життя; відгородженість від зовнішнього світу з ігноруванням подразників середовища до тих пір, поки вони не стають болючими; недостатність комунікативного використання мови; відсутність або недостатність зорового контакту; страх змін в навколишньому середовищі («феномен тотожності»); безпосередні та відставлені ехолалії; затримка розвитку «Я особистості»; стереотипні ігри з неігровими предметами; клінічний прояв симптоматики не пізніше 2-3 років [59].

1.3. Характеристика порушень рухових функцій у дітей з аутизмом

Рухова сфера – сукупність зовнішніх проявів активності особистості в його взаємодії з навколишнім середовищем, яка виступає у вигляді моторних реакцій, психомоторних дій, психомоторної діяльності та рухової поведінки в цілому [38].

Рухові функції дітей з аутизмом відрізняються стереотипними рухами, складнощами у формуванні найпростіших побутових навичок і предметних дій, порушеннями великої і дрібної моторики рухів. Дітям з РАС властиві спотворення основних базових дій: нерівномірність циклічних рухів при пересуванні, імпульсивний біг зі спотвореним і тремтячим ритмом, надлишкові рухи кінцівками, розчепірені руки, які не беруть участі в процесі рухової діяльності, одноопорне відштовхування при стрибку з двох ніг. Рухи мляві або скуті, пластичність відсутня, ускладнені вправи і маніпуляції з м'ячем, що обумовлено порушеннями сенсомоторної координації та дрібної моторики верхніх кінцівок [49].

Ряд дослідників відзначили зв'язок аутизму з проблемами формування моторики, що базується на ослабленому тонусі м'язів. Це викликає погіршене планування рухів і ходьбу навшпиньки, хоча в ряді досліджень не знайдено асоціації розладів аутистичного спектра з важкими руховими порушеннями [11; 12; 40; 47]. Аутистам властиві порушення в здійсненні і регуляції м'язової діяльності, так як відзначаються онтогенетичні порушення процесу становлення контролю рухових актів і виникають складності у формуванні координованих цілеспрямованих і довільних рухів. У дітей страждає орієнтація в просторі, спостерігаються супутні рухи (синкінезії), виникають проблеми в реалізації зорово-моторних координацій.

У дітей-аутистів значно порушуються моторні компоненти мовлення, що безпосередньо залежать від рівня розвитку великої і дрібної моторики. Відзначено часто повторювані рухові стереотипії (погойдування кінцівками або поплескування ними по боковій поверхні тіла, розгойдування тіла,

почісування, нав'язливі рухи пальцями перед особою, очима, ходьба навшпиньки, кружляння на одному місці), характерним є незнання і невикористання дітьми окремих частин тіла [52].

Діти-аутисти можуть виглядати зовні фізично здоровими та фізично розвинутими, але при виконанні завдань, пов'язаних з цілеспрямованими руховими актами вони відчувають значні труднощі в розумінні інструкції, при виконанні дії самостійно, а так само при імітації рухів. Навіть на тлі неглибоко порушених інтелектуальних функцій порушення рухової сфери поглиблюються характерними поведінковими особливостями аутичних дітей, які обумовлюються недостатністю соціальної взаємодії, мало розвиненою уявою і ускладненою взаємною комунікацією [40]. Дитина, що страждає аутизмом і володіє високим тестованим інтелектом, може мати важкі порушення моторно-рухових функцій [46].

Труднощі дитини з РАС і проблеми його навчання пов’язані з неправильним розподілом психофізичного тонусу або обумовлені його дефіцитом. Аутичним дітям необхідні спеціально організовані заняття, спрямовані на корекцію і розвиток рухової сфери. Для цього можна використовувати різну ігрове та спортивне обладнання, ігрові предмети для розваг або спорту (тренажерні пристрої, спортивні комплекси, гірки, батути, м'ячі різних розмірів, гімнастичні палиці, балансири та ін.) [11].

Фізичний розвиток і рухові здібності дітей з РАС характеризуються моторною недостатністю, відставанням від здорових однолітків по антропометричним параметрам і по розвитку таких фізичних якостей як сила, спритність, швидкість руху, швидкість реакції, витривалість, гнучкість і рухливість суглобів. Крім того, у дітей відзначаються виражені порушення координаційних здібностей, що обумовлено недоліками вищих рівнів регуляції, а також вираженою гіпокінезією [49]. Діти з РАС мають значні труднощі і недоліки в розвитку дрібної моторики. Підлітки-аутисти в два рази частіше, ніж їх нейротипічні однолітки, схильні до ризику ожиріння і супутніх захворювань, у них часто зустрічається атрофія м'язів. У той же час

у 37% дітей-аутистів, що займаються фізичною культурою, спостерігається як зменшення проблемної поведінки, так і поліпшення когнітивних навичок.

Наукові дослідження, вітчизняний і зарубіжний досвід показують, що чим раніше розпочато медико-психолого-педагогічна реабілітація, тим вона більш ефективна. Дитячий організм під час розвитку більш пластичний і чутливий до впливу фізичних вправ, корекції і компенсації рухових і психічних порушень [40].

1.4. Сучасні підходи до корекційно-реабілітаційної роботи та ерготерапії дітей з розладом аутистичного спектру

Ураховуючи те, що на сьогодні в Україні фактично відсутня науково обґрунтована система фізичної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектру, фахівці на практиці стикаються з певними труднощами щодо організації роботи з такими дітьми. Зазначене вимагає створення індивідуальних реабілітаційних програм для розвитку моторики, життєвих навичок і вмінь дітей даної категорії [3].

Дитячий аутизм не прийнято вважати захворюванням, це – відхилення, що стосується перебігу інтелектуального розвитку дитини і його вербальних функцій. Легкі форми аутизму легко коригуються психотерапією при грамотному і своєчасному підході. Однак ознаки аутистичного розладу будуть супроводжувати людину протягом всього життя, ускладнюючи реалізацію особистісного потенціалу [7]. Прогноз інтелектуальних порушень при ранньому дитячому аутизмі залежать від характеру і перебігу захворювання, в рамках якого він проявляється. Переважне значення в терапії мають різні методи психологічної корекції: індивідуальна і групова психотерапія, лікувально-педагогічні заходи і різні заняття (логопедичні, музикальноритмічні, ігрові, лікувально-трудові та ін.). Терапія включає в себе три напрямки: лікування порушень поведінки; медико-психолого-педагогічна корекція; сімейна терапія. За допомогою цих напрямків у дитини

з аутичними проявами можна розвинути: академічні (навчальні) навички, ігрові навички, моторику, комунікацію, самообслуговування, усунути небажану поведінку, соціальні навички. Всі ці порушення є наслідком зниженого рівня тонічної регуляції і, як наслідок, низькою здатністю центральної нервової системи сприймати і обробляти інформацію, що надходить від аналізаторів. Провідне завдання всієї корекційної роботи – це соціалізація дитини з аутизмом [51].

При вивченні літератури, присвяченій різним методам терапії аутизму, було з'ясовано, що ерготерапія є одним із основних методів комплексної реабілітації при аутизмі, оскільки одним із основних завдань батьків і фахівців є розвиток самостійності у дітей з аутизмом, більшість з яких мають несформовані навички дрібної моторики. Метод ерготерапії полягає в специфічному виконанні підібраних видів діяльності, відповідних технік і прийомів, спрямованих на набуття, відновлення або вдосконалення умінь і навичок, що дозволять людині жити повноцінним життям. Діяльність в ерготерапії підрозділяється на повсякденну активність (особиста гігієна, прийом їжі, одягання, спілкування, мобільність), продуктивну діяльність (домашні обов'язки, отримання освіти, професії), дозвілля (гра, хобі, відпочинок). Вона може здійснюватися із застосуванням різних матеріалів, іграшок, предметів побуту і організована за допомогою гри або спеціальних вправ-завдань [55].

В процесі ерготерапевтичного впливу необхідно пробудити зацікавленість дитини, створити умови для прояву її інтересу до об'єктів навколишнього світу і взаємодії з ними. Дуже важливо допомогти дитині побачити і реалізувати в цій діяльності власну мету, а не уявлення дорослих про те, до чого вона повинна прагнути в даній ситуації. Ерготерапія при дитячому аутизмі має бути спрямована на подолання рухового занепокоєння; порушення грубої і тонкої моторики, координації рухів; порушення здатності до навчання; порушення мовлення [44]. Таким чином, в процесі ерготерапії у

дітей з аутизмом за допомогою самостійного виконання дій поліпшуються функціональні можливості (рухові, емоційні, когнітивні і психічні) [18].

Методика TEACCH (Teaching children with Autism to Mind-Read) полягає в створенні для дитини особливого середовища для комфортного особистого розвитку, вилучивши з неї всі дратівливі чинники. Весь день дитини, що виховується по даній системі, повинен бути підпорядкований суворим розкладом, який дитина засвоює завдяки картками-підказками. Всі речі знаходяться на певному місці. Стан речей в кімнаті не змінюється. Корекційні заняття включають тривалий етап адаптації дитини та встановлення контакту з педагогом [14].

АВА – методика модифікації поведінки, підходить для важких форм аутизму. Кожна дія розучується з дитиною окремо, потім кілька дій з'єднуються в одну більш складну. Дорослий не намагається давати ініціативу дитині, а досить жорстко керує його діяльністю. Правильні дії закріплюються до автоматизму, неправильні – строго присікаються. Дитина може освоювати одночасно два-три не пов'язаних між собою навички. Педагогом вибудовується чітка система ускладнення і поетапного освоєння нових навичок [29].

Анімалотерапія – вид терапії, що використовує тварин та їх образи для надання психотерапевтичної допомоги. Її види: дельфінотерапія, іпотерапія (спілкування з кіньми), каністотерапія (терапія з використанням собак). Зокрема, іпотерапія і дельфінотерапія визнані одними з найефективніших засобів проти аутизму.

Каністерапія – лікування собаками. Спеціально навчені собаки певної породи впроваджуються в родину з хворою дитиною. Якщо собаку приймають як рідну, люблять всією душею і вона це відчуває, то віддача від її присутності буде колосальною. Собаки надзвичайно тонко і точно відчувають настрій людини, миттєво змінюючи своє з нею спілкування. Дітям подобається їх гладити, обіймати, у собаці вони знаходять вірного

друга. Завдяки цьому, дитина розкривається, знаходить упевненість в собі, починає більше рухатися і говорити.

Дельфінотерапія. Ефективність впливу спілкування дітей з обмеженими можливостями з морськими ссавцями була встановлена вченими Великобританії в 1978 році. З 90-х років 20 століття використовується в практиці лікування, реабілітації та корекції дітей з обмеженими можливостями. Лідером за масштабами використання дельфінотерапії в медичній практиці є США [51]. Досвід її застосування в Україні становить близько 10 років. Дельфінотерапія – комплексний вплив на весь організм, що здійснюється дельфіном ультразвукових хвиль, рухової активності в воді, психологічного ефекту. Комунікабельний дельфін спонукає дитину, яка знаходиться в басейні разом з ним, до спільного плавання, спільних ігор, невербального обміну інформацією. Брати участь в дельфінотерапії можуть тільки спеціально навчені тварини, дельфіни, що володіють «позитивним характером» і «комунікативним талантом» для спілкування з особливими дітьми. Ультразвук сприяє кращому проникненню активних речовин в клітини, це покращує міжклітинний обмін речовин в організмі і циркуляцію рідини.

Дельфінотерапія сприяє позитивним змінам під час контакту з дитиною-аутистом: стимулювати інтерес до зовнішнього світу; одні з головних умов відновлення, встановлення, коригування, оптимізації соціальних взаємин; стимулювати процес розвитку і становлення особистості; через тактильну стимуляцію створити умови для виникнення емоційного реагування на навколишнє середовище; заповнювати дефіцит позитивних емоцій і забезпечувати психологічну підтримку дітям, які переживають стан дезадаптації або самотність; створювати умови для створення і зміцнення контакту аутиста з психотерапевтом [45].

Іпотерапія – досягнення успіху в цій галузі відбувається шляхом регулярних занять корекційної верховою їздою. Під час таких занять м’язи рухового апарату активізуються, відбувається стимуляція рухової активності,

за рахунок чого відбувається збільшення сили м’язів й активізація суглобово-м’язового відчуття.

Іпотерапія при аутизмі допомагає розвитку пам'яті, уваги, мислення. Необхідність, постійної концентрації уваги і зосередженості, при верховій їзді, максимально можливої самоорганізації і зібраності, необхідність планувати і запам'ятовувати власні дії, їх послідовність, активізує масу психічних процесів. Також іпотерапія для аутистів надає можливість практикуватися, отримати досвід в соціальній взаємодії. Іпотерапія при аутизмі дозволяє використовувати контакт з конем для адаптації, соціалізації дітей з аутичними розладами [23].

Арт-терапія. Арт-терапія – це один з видів психотерапії та психологічної корекції, який заснований на творчості і мистецтві. Арт-терапія допомагає розвивати комунікативні навички та формувати терапевтичні відносини, дозволяє проникнути до внутрішнього світу дитини, сприяє зниженню емоційного напруження і комфорту. Завдання арт-терапії при аутизмі: встановити контакт, допомогти розвинути самоконтроль, навчити концентрувати увагу на почуттях і відчуттях, розвинути в дитині творчі здібності і дати можливість підвищити самооцінку [16].

Лікування звуком дітей з аутизмом. Музика здатна заспокоювати, приводити психіку у відносний порядок, дозволяти розслабитися, знизити слухову і тактильну непереносимість. Тому лікування звуком дітей з аутизмом може дати позитивні результати. У більш «старших» групах, при відносно позитивній комунікації серед особливих дітей і відповідних навичках, можуть також ставити спектаклі, театральні та хореографічні вистави.

Пісочна терапія. Пісок – надзвичайно приємний матеріал для дітей з аутизмом. Змішуючи його з водою, вони можуть створювати стійкі форми, ландшафти або перетворити все в болото. Дитина з аутизмом висловлює на піску те, що спонтанно виникає протягом заняття. Дитина не може

розповісти про свої складнощі, але вона може зробити це за допомогою пісочних картин [54].

Кінезотерапія. Кінезіотерапія володіє широким спектром методик, що сприяє розвитку просторової орієнтації, координації, спритності, рівноваги, сили, ініціативності, високого рівня чутливості, володіння гімнастичними предметами, відчуття власних кінцівок і здатності до управління ними. Особлива увага приділяється розвитку сміливості, яка практично відсутня у дітей, які страждають аутизмом, і проявляється страхом – перш за все перед новими завданнями і предметами. Кінезотерапія за допомогою впливу на глибоку чутливість сприяє поліпшенню тонічної регуляції всього організму, внаслідок чого зменшується кількість страхів, з'являються живі дитячі емоції, поліпшується зоровий контакт [6].

Для розвитку рухової сфери аутичних дітей важливий усвідомлений характер моторного навчання. Аутичній дитині складно регулювати довільні рухові реакції відповідно до мовленнєвих інструкцій. Тому основними цілями навчання аутичних дітей на заняття з кінезотерапії є: розвиток імітаційних здібностей (вміння наслідувати); стимулювання до виконання інструкцій; формування навичок довільної організації рухів (в просторі власного тіла і в зовнішньому просторі); виховання комунікаційних функцій і здатності взаємодіяти в колективі [22].

Завдання на заняттях з кінезотерапії краще починати з нескладних вправ, які дитині буде легко виконувати та приносити йому задоволення. Вправи слід виконувати регулярно і в ігровій формі. Необхідно дотримання комфортного для дитини з РАС темпу виконання вправ. Інструкція по виконанню вправ повинна бути простою, короткою і точною. Її повторення, а також обговорювання дій в процесі виконання полегшують роботу дітей. Дуже важливою є участь і підтримка дорослого, а також допомога асистента [12].

Заняття з кінезотерапії починається з включення вправ на розвиток дрібної моторики. Такі заняття вдосконалюють моторику рук, зміцнюють

м'язи пальців, тонкі, дрібні рухи стають більш точними, швидкими і спритними. Під час виконання вправ та ігор застосуються різноманітний спортивний інвентар: м'ячі різного діаметру, обручі, кеглі, стрічки, прапорці та ін. Заняття дозволяють розвивати координацію рухів верхніх кінцівок і тренувати дрібні м'язи пальців. Перевага цих вправ у порівнянні з іншими видами дитячої діяльності (малюванням, ліпленням, аплікацією тощо) полягає в одночасному тренуванні обох верхніх кінцівок. Вдосконаленню дрібної моторики допомагають також вправи з м'ячами різного діаметру і самомасаж [49].

Розвитку сили кистей верхніх кінцівок сприяють вправи з кистьовим експандером, масажними м'ячами. Кількість повторень повинна бути достатня і не викликати стомлення м'язів. В результаті застосування кінезотерапії для дітей з РАС відзначається позитивна динаміка, поліпшується координація «око-рука», пальцевий гнозис, поліпшується дрібна моторика. Тренування дрібної моторики позитивно впливає на загальний фізичний розвиток дітей з РАС [33].

Розвитку узгодженості рухів різних сторін тіла і їх координації може сприяти повзання навкарачки, ігри в «класики», перестрибування предметів, імітація гри на музичних інструментах, закидання і ловля м'яча обома руками, що розвиває двосторонню інтеграцію. Розвитку синхронності рухів рук і моторної координації сприяють удари ракеткою по м'ячу, ігри з мильними бульбашками, кидки і ловля м'яча, ігри з повітряними кулями [41].

Як свідчать численні дослідження, систематичні тренування та фізична реабілітація дітей з розладом аутистичного спектра мають позитивний інтеграційний ефект та сприяють [29]:

• значному покращенню рухової майстерності;

• покращенню фізичного розвитку та фізичних якостей (сили, витривалості, швидкості, а також координаційних можливостей);

• зміцненню здоров’я та загартуванню;

• упевненості в собі і своїх силах, а також соціальних можливостях і в повсякденному житті;

• розвитку готовності до трудової діяльності;

• розвитку здатності до прийняття самостійних рішень

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Отже, фізичний розвиток і рухові здібності дітей з РАС характеризуються моторною недостатністю, відставанням від здорових однолітків за антропометричними параметрами і за розвитком таких фізичних якостей як сила, спритність, швидкість руху, швидкість реакції, витривалість, гнучкість і рухливість суглобів. Крім того, у дітей відзначаються виражені порушення координаційних здібностей, що обумовлено недоліками вищих рівнів регуляції, а також вираженою гіпокінезією. Рухова сфера дітей з аутизмом характеризується наявністю стереотипних рухів, труднощами формування предметних дій і побутових навичок, порушеннями дрібної та загальної моторики. Дітям властиві, зокрема, порушення в основних рухах: важка, рвучка хода, імпульсивний біг зі спотвореним ритмом, зайві рухи руками або безглуздо розчепірені руки, які не беруть участі в процесі рухової діяльності, одноопорне відштовхування при стрибку з двох ніг. Нормалізація фізичного стану і психофізичного тонусу є одним з важливих аспектів фізичної терапії дітей з розладами аутистичного спектру. Тому таким дітям необхідні постійні фізичні навантаження для підтримки психофізичного тонусу і зняття емоційної напруги. Поряд зі спеціальними заняттями з психомоторной корекції і розвитку рухової сфери дітей з розладами аутистичного спектру рекомендуються заняття з арт-терапії та ерготерапії. Зазначене вимагає створення індивідуальних реабілітаційних програм для розвитку моторики, життєвих навичок і вмінь дітей цієї категорії.

РОЗДІЛ 2
МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

Під час магістерського дослідження були використані такі методи: аналіз науково-методичної літератури, аналіз документальних даних, педагогічний експеримент, педагогічне спостереження, шкала вираженості аутистичних проявів CARS (Childhood Autism Rating Scale), тестування для визначення рівня окремих показників стану моторики, оцінювання ступеня порушення життєдіяльності за Міжнародною класифікації функціонування методи математичної статистики.

Аналіз науково-методичної літератури. Був проведений аналіз науково-методичної літератури, навчальної та періодичної літератури, нормативних документів та інформаційних сайтів мережі Інтернет для отримання інформації з питань причин аутизму у дітей, діагностики цього захворювання і шляхів реабілітації, підібрання актуальних засобів фізичної терапії, використання методики ерготерапії.

Аналіз документальних даних. Були проаналізовані індивідуальні медичні картки. Збиралися анамнестичні дані шляхом бесід з вихователями, інструктором з кінезотерапії, дефектологами, психологами. Одержані дані використовувалися під час диференціації дітей а основну експериментальну групу, а також підбору засобів фізичної терапії та елементів ерготерапії.

Педагогічний експеримент характеризувався як порівняльний, в основі якого проводився аналіз та зіставлення отриманих даних дітей з РАС основної експериментальної групи до та після впровадження програми фізичної терапії з елементами ерготерапії.

Педагогічне спостереження застосовувалося для отримання додаткової інформації щодо індивідуальних психофізіологічних особливостей дітей, а також для регуляції навантаження під час проведення занять з кінезотерапії.

Педагогічне спостереження характеризувалося як безпосереднє і відкрите. Воно виконувалося автором роботи під час занять з фізичної терапії та ерготерапії, при проведенні тестування дітей з РАС.

Шкала CARS (Childhood Autism Rating Scale) призначена для визначення вираженості аутистичних проявів у дітей від 2 років. Вона включає 15 пунктів, що описують значущі для обстеження галузі проявів дитини – «імітація (Imitation)», «емоційний відповідь (Affect)», «володіння тілом (Use of body)», «використання предметів (Relation to objects)», «адаптація до змін (Adaptation to change)», «використання зору Visual responsiveness)», «використання слуху (слухова відповідь; Auditory responsiveness)», «відповідь і використання нюху, дотику і смаку (Near receptor responsiveness)», «нервозність і страхи (Anxiety reaction)», «вербальна комунікація (Verbal communication)», «невербальна комунікація (Nonverbal communication)», «рівень активності (Activity level)», «рівень і узгодженість інтелектуальної відповіді (Intellectual consistency)», «загальне враження (Global impression)». Для оцінювання за шкалою використовувалися спостереження педагогів, інформація, отримана від батьків або інших родичів, результати обстеження і зміст діагностичних карт, що заповнюються фахівцями [2].

Залежно від отриманого загального бала відповідно до критеріїв тесту CARS виділені три групи дітей: 15-29 балів – немає аутизму; 30-35 – прояв аутизму від легкого до середнього; 36-60 важкий аутизм.

Тестування рухових можливостей. Для визначення рівня розвитку показників загальної і дрібної моторики дітей з РАС використовувались тести, якими керувалися у своїй роботі спеціалісти Комунальної установи «Інклюзивно-ресурсний центр» Охтирської міської ради Сумської області під час дослідження моторики в дітей з затримкою розумового і рухового розвитку. Усі тестові завдання проводилися в ігровій формі з використанням наочного матеріалу.

Рухова чи моторна пам’ять – це пам’ять на рухи. За її допомогою запам’ятовуються як поодинокі, так і комплексні рухи [13].

Дослідження стану рухової пам’яті передбачало визначити рівень правильності, чіткості, послідовності виконання рухів згідно з інструкцією.

Тест 1. Повторити вправи для рук: руки вперед, угору, в обидва боки, а далі виконати їх самостійно.

Тест 2. Повторити названі вище рухи за виключенням одного «забороненого».

Критерії оцінювання:

І рівень – правильне, чітке, послідовне виконання рухів за інструкцією з першого разу;

ІІ рівень – спостерігаються незначні помилки під час виконання тестових завдань, але при повторному виконанні дитина правильно і послідовно виконує рухи;

ІІІ рівень – дитина краще запам’ятовує початок і кінець даного тестового завдання. Під час відтворення рухів спостерігається вповільнення чи прискорення їх темпу. Збій у руховій програмі розпочинається вже з третього чи навіть з другого руху, при цьому відзначаються труднощі переходу від одного рухового елементу до іншого, а також недостатньо повне відтворення матеріалу;

ІV рівень – спостерігається зниження продуктивності запам’ятовування рухового матеріалу, недостатня його усвідомленість; дитина неспроможна перейти від одного рухового елементу до іншого, спостерігаються заміни рухів, зайві та спотворені рухи.

Дослідження стану дрібної моторики дітей передбачало з’ясування якості і ступеня диференціації рухів пальців та кистей рук.

Тест 1. Скласти пальці в кільце, розкрити долоні.

Тест 2. «Пальчики вітаються» – поперемінно з’єднувати всі пальці руки з великим пальцем спочатку правою рукою, потім лівою, далі обома руками одночасно.

Тест 3. «Дощик» – кисть руки лежить на столі, пальці зігнуті. Поперемінно постукувати пальцями по столі.

Тест 4. «Віяло» – почергово загинати в кулак по одному пальцю.

Критерії оцінювання:

І рівень – достатньо висока координація рухів пальців та кистей рук, одночасність, точність, швидкість і правильність виконання рухів; достатньо високий рівень регуляції рухів під час прискорення темпу і при виконанні більш складних завдань;

ІІ рівень – дитина виконує тестові завдання у відповідному темпі і ритмі, але спостерігаються: нечіткість рухів і збільшення кількості помилок наприкінці випробування; деякі труднощі у виконанні завдань, пов'язаних із кінестетичною організацією рухів, перетворенням окремих рухових актів на плавні;

ІІІ рівень – спостерігається напруженість чи розкутість рухів пальців під час виконання завдань, намагання ритмічно виконувати тестові завдання, але в повільному темпі;

IV рівень – страждають усі досліджувані параметри моторики кистей і пальців рук. Фіксуються характерні ознаки: уподібнення, заміна рухів іншими, недосконала координація, напруженість чи розкутість рухів пальців, порушення темпоритмічної сторони виконання завдань.

Дослідження стану загальної моторики (статична і динамічна координація рухів, рівновага)

Статична координація рухів

Статична координація рухів характеризує рівень розвитку функцій статичної рівноваги, тобто збереження рівноваги в різних положеннях стоячи на місці.

Тест 1. Поставити стопи ніг на одній лінії так, щоб носок однієї ноги торкався п'ятки іншої, руки витягнути вперед. Стояти із закритими очима протягом 5 секунд (двічі для кожної ноги).

Тест 2. «Журавель». В. п. – стійка на одній нозі, друга нога зігнута в коліні та торкається стопою колінного суглобу першої ноги, стегно відведене на зовні, руки на поясі. Стояти із закритими очима протягом 5 секунд (двічі на кожній нозі).

Критерії оцінювання:

І рівень – тривалість і статичність запропонованої пози, довільне її утримання;

ІІ рівень – дитина протягом тривалого часу, але з напругою утримує позу іноді балансує тулубом, але зберігає рівновагу;

ІІІ рівень – наявність значних утруднень у збереженні рівноваги, поява тремору кінцівок, балансування тулубом, руками, хитання головою, зрушення з місця або ривки в бік, падіння;

IV рівень – неспроможність збереження статичної рівноваги.

Динамічна координація рухів

Динамічна координація рухів характеризує рівень розвитку динамічної рівноваги, точність і правильність

Тест 1. «По стежці» – по дошці шириною 20 см потрібно пройти, переступаючи через різні предмети (камінці, іграшки, палички тощо).

Тест 2. «Ведмедик на колоді» – по дошці 20 см необхідно пройти в упорі на колінах і на кистях вперед та в зворотному напрямку.

Тест 3. «Акробат» – на підлозі шнур (2 скакалки) витягнуті по прямій лінії. Дитина йде по шнуру (скакалці), приставляючи п’яту до носку. Руки – в сторони.

Тест 4. «Стрибки» – потрібно взяти дитину за руки, допомогти їй підстрибнути, м’яко приземлитися. Потім дещо послаблюється підтримка.

Тест 5. «Струмочок» – дитина повинна перестрибнути на двох ногах через стрічку або шнур, що лежить на підлозі.

І рівень – достатньо висока координація рухів та стійке збереження рівноваги під час рухів; точність і правильність виконання рухів;

II рівень – дитина правильно виконує усі тестові завдання, але спостерігаються: нечіткість рухів і незначне балансування руками під час збереження рівноваги в русі;

III рівень – спостерігається напруженість чи розкутість рухів під час виконання завдань, наявність значних утруднень у збереженні рівноваги, поява тремору кінцівок, балансування тулубом, руками, хитання головою, сходження з «доріжки», човгання ногами під час переступання через предмети; падіння;

IV рівень – не спроможність самостійно виконувати завдання.

Оцінювання ступеня порушення життєдіяльності за Міжнародною класифікації функціонування (МКФ). Для оцінки дитячої інвалідності з точки зору біопсихосоціальної моделі рекомендовано, поряд з Міжнародною класифікацією хвороб (МКБ), використовувати Міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), що є важливим інструментом документування характеристик обмеження, визначення профілю функціонування дитини з обмеженими можливостями і визначення пріоритетних реабілітаційних напрямків і стратегії раннього втручання [30].

Міжнародна класифікація функціонування (ICF – International Classifi cation of Functioning, Disability, and Health) була розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) і опублікована в 2001 році. У 2007 році ВООЗ була опублікована ICF-CY (International Classifi cation of Functioning, Disability, and Health for Children and Youth – Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я для дітей та молоді); вона має ту ж організацію як ICF з тієї ж ієрархічною структурою кодів. В даний час ICF застосовується для осіб від 18 років і старше, а ICF-CY – від народження до 17 років.

Методи математичної статистики. Отримані в результаті дослідження матеріали були піддані математичній обробці на персональному комп’ютері.

2.2. Організація дослідження

Дослідження обраної проблеми проводилося протягом 2019-2020 навчального року й охоплювало такі основні етапи:

- на І етапі дослідження (вересень-листопад 2019 р.) було проведено аналіз сучасних вітчизняних і закордонних літературних джерел, фундаментальних наукових праць у таких галузях, як: фізична реабілітація медицина, фізіологія, корекційна педагогіка та психологія, що дозволило оцінити загальний стан проблеми; аналіз сучасних науково-теоретичних та методичних аспектів фізичної терапії та ерготерапії. Було визначено мету, завдання, предмет, об'єкт і програму дослідження; визначено методи дослідження та засоби фізичної терапії; підготовлено відповідну документацію;
- на другому етапі (грудень 2019 р. – травень 2020 р.) було проведено констатувальний експеримент і основні дослідження та отримано матеріали, які дозволили об'єктивно оцінити фізичний розвиток, рухову функцію, моторні порушення та мозкову гемодинаміку дітей з розладом аутистичного спектру. Було реалізовано проведення первинної обробки отриманих даних;
- на третьому етапі дослідження (вересень-жовтень 2020 р.) проводився формувальний експеримент, у процесі якого було розроблено програму фізичної терапії з елементами ерготерапії та сформована основна група, контингент якої проходив курс реабілітації за побудованою програмою;
- четвертий етап дослідження (листопад-грудень 2020 р.) був завершальним та включав: статистичну обробку та математичний аналіз отриманих результатів, за якими визначено ефективність запропонованої програми; було сформовано висновки проведеного дослідження.

Дослідження проводилося на базі Комунальної установи «Інклюзивно-ресурсний центр» Охтирської міської ради Сумської області. У досліджені

взяло участь 7 дітей дошкільного віку (4 хлопчики та 3 дівчинки), що склали основну експериментальну групу. Середній вік дітей з РАС становив 5 років.

Початкові дані по нозології були отримані з медичної документації, наданої батьками дітей. Нозологічна оцінка психічних і поведінкових розладів ґрунтувалася на критеріях МКБ-10. Таким чином, більша частина обстежуваних дітей 5 (72,9%) мала початковий діагноз «дитячий аутизм». У інших двох дітей були подібні порушення розвитку (14%) і порушення поведінки без аутистичного компонента (14%).

За Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду спектр аутистичних розладів поміщений в клас «Психічні розлади і розлади поведінки», блок« Розлади психологічного розвитку ». За даними МКБ-10 в РАС входять: дитячий аутизм (F84.0), атиповий аутизм (F84.1), синдром Ретта (F84.2), інше дезінтегративні розлад дитячого віку (F84.3), гіперактивний розлад, поєднується з розумовою відсталістю та стереотипними рухами (F84.4), синдром Аспергера (F84.5) [31].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Для досягнення поставлених завдань магістерського дослідження було використано ряд методів дослідження, а саме: аналіз науково-методичної літератури, аналіз документальних даних, педагогічний експеримент, педагогічне спостереження, шкала вираженості аутистичних проявів CARS (Childhood Autism Rating Scale), тестування для визначення рівня окремих показників стану моторики, оцінювання ступеня порушення життєдіяльності за Міжнародною класифікації функціонування методи математичної статистики.

Дослідження проводилося у чотири етапи на базі Комунальної установи «Інклюзивно-ресурсний центр» Охтирської міської ради Сумської області. У досліджені взяло участь 7 дітей дошкільного віку.

РОЗДІЛ 3
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Зміст програми фізичної терапії дітей з розладом аутистичного спектра

Розроблена та впровадження програма фізичної терапії дітей із РАС передбачала реалізацію таких засобів: ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ); кінезотерапія (дихальні вправи, вправи для розвитку загальної та дрібної моторики); рухливі ігри; прогулянки на свіжому повітрі (рис.3.1).

Рис. 2. 1. Програма фізичної терапії дітей з РАС

РГГ – форма лікувальної фізичної культури, яка проводилась після нічного сну з метою прискорення усунення процесів гальмування кори головного мозку, підняття загального тонусу організму та активізації функціонального стану усіх органів та систем, для створення позитивного психоемоційного стану. РГГ проводилась щоденно протягом 10-15 хв.

Комплекс РГГ складався із 6-8 загальнорозвивальних вправ (ЗРВ). РГГ виконувалась в повільному темпі. Кожна вправа повторювалась 4-5 разів. РГГ проводилася в кабінеті кінезотерапії, а у вихідні дні – в домашніх умовах

батьками дітей. При виконанні вправ використовувались різні вихідні положення: лежачи на спині, на животі, сидячи, стоячи [6].

РГГ спрямовувалася на приведення організму дитини до активного стану. *Завдання РГГ:* підвищення загального тонусу організму, активізація функціонального стану органів та систем, а також створення позитивного психоемоційного стану.

Методичні рекомендації:

1. тривалість комплексу РГГ – 10-15 хв.;
2. комплекс РГГ складався із 8-10 ЗРВ та динамічних дихальних вправ;
3. кожну вправу повторювали 4-8 разів у середньому темпі;
4. використовували в.п. лежачи на спині, на животі, на боці, сидячи та стоячи;
5. РГГ рекомендували виконувати під музику та поєднувати з водними процедурами.

Під час укладання комплексів РГГ основної частини вправи виконувалися у такому порядку:

1) спеціальні дихальні вправи;

2) вправи для рук і плечового поясу;

3) повороти тулуба, нахили в сторони і вперед;

4) вправи для ніг із вихідного положення стоячи;

5) вправи для ніг і черевного преса із вихідного положення лежачи на спині або сидячи;

6) вправи для тулуба із вихідного положення лежачи на животі.

Приблизний комплекс РГГ представлений у додатку А.

Кінезотерапія є основним засобом фізичної терапії при РАС. За допомогою терапевтичних вправ закладались необхідні передумови розвитку і відновлення рухів, формувались статичні та локомоторні функції, рухові навички та вміння, профілактика порушень постави та деформацій ОРА.

Основними завданнями кінезотерапії були: розвиток загальної і дрібної моторики; активізація і нормалізація процесів обміну речовин, поліпшення та нормалізація функцій серцево-судинної, дихальної та інших систем; розвиток та поступове збільшення силової витривалості м'язів тулуба, створення м'язового корсета; виправлення наявних дефектів ОРА; виховання і закріплення навичок правильної постави; підвищення неспецифічних захисних сил організму, загальне зміцнення здоров'я [9].

Заняття з кінезотерапії складалося з 3 частин:

- вступна частина (8–12 хв.) включала ЗРВ, дихальні вправи та вправи, спрямовані на зміцнення слабких м'язів (корекція м'язового тонусу);
- основна (15–20 хв.) – дихальні вправи, вправи для розвитку загальної та дрібної моторики;
- заключна частина (5 хв.) – загальна релаксація.

Завдання *вступної частини:* організувати дітей та сконцентрувати їх увагу на виконання фізичних вправ; підготувати організм до більш складних фізичних навантажень, які будуть використовуватися у основній частині.

В *основній частині* вирішувалися основні спеціальні завдання кінезотерапії, здійснення впливу на порушені функції.

Завданнями *заключної частини* було поступово знизити фізичне та емоційне навантаження. Заключна частина заняття з кінезотерапії передбачала зниження загального збудження, поступове приведення організму дитини в спокійний стан. З цією метою використовувалися ходьба у повільному і середньому темпі; вправи на розслаблення, дихальні вправи. Наприкінці заняття – загальна релаксація у в.п. лежачи на спині з напівзігнутими нижніми кінцівками (у кульшовому і колінному суглобах), верхні кінцівки – вільні і розслаблені, очі закриті.

Заняття проводилися 5 разів на тиждень у малогруповій формі. Тривалість кожного заняття не перевищувала встановлених норм для дітей дошкільного віку, а саме 30–35 хв. Використовувалися індивідуально

підібрані комплекси вправ, які включають дихальні вправи, загальнорозвивальні та спеціальні вправи [4].

Особливості організації і проведення занять з кінезотерапії для дітей з РАС.

У процесі роботи приділялась увагу попередженню і корекції специфічних особливостей і пов'язаних з ними порушень: розвитку почуття рівноваги, напрацюванню сили м'язів і здатності відчувати власне тіло і його положення в просторі, корекція дефектів ОРА. Максимально використовувались сильні сторони розвитку дітей: наприклад, збереження зорово-моторного сприйняття або хорошу здатність до імітації. При побудові та проведенні індивідуальних занять брались до уваги особливості конкретної дитини з точки зору його типу – швидкого і рухливого або повільного й обережного.

Для підвищення ефективності корекційно-реабілітаційної роботи важливим було встановлення постійного емоційного контакту з дітьми, завдяки якому вони почували себе комфортно і упевнено. Саме тому перше завдання – встановлення позитивного емоційного контакту та підтримка його упродовж усього заняття. Важливо, щоб діти не лише погодилися на ігрову співпрацю, але й приймали запропоновані ігри і завдання. Крім того, необхідно, щоб дитина дозволяла здійснювати фізичну підтримку і почувала себе при цьому комфортно, щоб приймалась похвала і підтримка, а також зауваження і пропозиції щодо необхідності змін у комплексі кінезотерапії або його ускладнення.

Практична робота з розвитку рухових навичок організовувалася таким чином, щоб ні велика, ні дрібна моторика не випадали з поля зору, і напрацювання навичок, властивих певному віковому розвитку, відбувалося паралельно. Під час занять, спрямованих на руховий розвиток використовуватись прості і доступні розумінню дітей вправи. Це давало позитивні результати, оскільки дозволяло внести в заняття емоційну ноту,

дати дітям відчути ритм того, що відбувається і можливість наслідувати цей ритм.

Під час виконання вправ необхідно стежити за правильною поставою й диханням дитини. Дитина не повинна затримувати подих під час виконання вправ.

Вимоги до відбору вправ з кінезотерапії для дітей з РАС:

- вправи повинні бути простими й доступними для дітей, відповідати особливостям їхнього віку і не вимагати великих витрат енергії;
- вправи мають бути різноманітними за видами рухів й охоплювати різні великі групи м’язів;
- бажано більше впроваджувати імітаційні вправи та вправи з предметами (невелике обтяження) з метою зміцнення м’язів та попередження гіпермобільності в суглобах;
- вправи необхідно виконувати у середньому темпі і з неповною амплітудою рухів, зважаючи на надмірну рухливість (гіпермобільність) у суглобах, характерну для дітей із РАС;
- обов’язково включати вправи для корекції ОРА: вправи на зміцнення м’язів, на рівновагу та координацію рухів, вироблення правильної постави та профілактики сутулості, покращення функції дихальної системи.

Оскільки фактично у всіх дітей з РАС вже в ранньому віці формується неправильна постава зі збільшенням грудного кіфоза (сутулість), то до комплексу кінезотерапії залучалися вправи на виховання правильної постави (додаток Б).

Спеціальними вправами кінезотерапії були також вправи на розвиток координації рухів та рівноваги. Ставились дітям завдання пробігти до кінця кімнати і повернутися назад. Ефективними засобами для розвитку в дітей з РАС координації рухів є музичні і танцювальні заняття, а також різноманітні ігри (наприклад, вдавання із себе тварин і механізмів, пересування по смузі перешкод тощо). Більш детально ігри для розвитку координації рухів та рівноваги представлено у додатку В.

Дихальні вправи. Правильне повне дихання утворює грудо-черевну помпу, що є важливим для дітей із РАС, оскільки більшість з них страждає функціональні порушення ССС. Механізм цієї помпи полягає у збільшені черевного тиску при вдиху, коли діафрагма опускається і збільшені грудного тиску на видиху, коли діафрагма припіднімається. Це полегшує процес повертання венозної крові до серця, а значить зменшує на нього навантаження через перерозподіл такої роботи і на діафрагму. Дихальні вправи сприяють нормалізації нервової регуляції дихання та ліквідують порушення діяльності дихальної системи.

Під час виконання дихальних вправ основна увага зосереджувалась на рухах у ділянці живота, грудної клітки, на фазах вдиху і видиху.

Дихальні вправи складали зміст вступної частини, застосовувалися для вирішення завдань в підготовчій, основній та заключній частинах занять.

Методика розвитку загальної моторики в дітей з РАС [12].

Розвиток загальної моторики передбачав використання вправ із різних вихідних положень для формування та закріплення основних вікових рухових функцій.

Розвиток рухів в положенні лежачи на животі. Підведення голови. Перед дітьми клали іграшки і ставилось завданням дітям підвести голову та роздивитись іграшку.

Положення на животі з опорою на лікті. Це хороша поза для гри, крім того, в цьому положенні розвивається здатність розгинати спину та ноги. Діти мусили спираючись на один лікоть, протягнути другу руку за іграшкою.

Положення на животі з опорою на кисті рук. Діти лягали на великий надувний м’яч, а потім обережно гойдались вперед, тримаючись руками за шведську стінку.

Розвиток рухів в положенні лежачи на спині. Підняття ніг. Коли діти з РАС лежать на спині, їм буває важко підвести ноги і потягнутися стопами у напрямку до рук, оскільки для такого руху бракує стабільності тулуба і тазу.

Піднявши ноги, діти охоплювали руками стопи і гралися з ними, вивчаючи їх. Це дуже важливо для рухового розвитку, оскільки, коли дитина піднімає ноги, вона зміцнює м’язи живота, а це збільшує стабільність тіла.

Простягання рук. Оскільки у дітей з РАС ослаблена здатність стабілізувати плечовий пояс, їм буває важко, лежачи на спині, тягнутися руками до іграшки. Згодом це може утруднити розвиток інших навичок дрібної моторики.

Для розвитку навичок дрібної моторики і гри діти навчались тягнутися руками у різних напрямах, щоб можна було дотягуватися до предметів і брати їх.

Розвиток рухів в положенні сидячи. Коли діти з РАС сидять, їм буває важко випрямити спину і утримувати рівновагу. Часто вони сидять зі сутулою спиною або спираються руками об ноги або підлогу. Для дитини дуже важливо навчитися утримувати рівновагу в положенні сидячи, тому що в такій позі дуже зручно грати.

Можна посадити дитину на великий надувний м’яч. При цьому дитина буде нахилена вперед, і в результаті, будуть стимулюватися розгиначі спини. Обережно погойдувати м’яч та стимулювати реакції рівноваги.

Розвиток рухів в положенні стоячи. Дітям з РАС буває важко навчитися переносити вагу тіла на ноги і, відповідно, підтримувати позу через недостатню стабільність кульшових і колінних суглобів.

Вставання. Щоб правильно зробити рух вставання, потрібне достатньо розвинене почуття рівноваги. Водночас навчання вставанню без опори на руки само по собі діє як відмінне тренування рівноваги.

Ходьба. Діти з РАС починають ходити пізніше порівняно з дітьми із нормальним розвитком, оскільки їх руховий розвиток проходить в інші терміни через труднощі рівноваги під час ходьби. Щоб навчитися ходити, необхідно добре випрямляти (розгинати) спину і випрямляти ноги. Крім того, дитина повинна уміти переносити вагу тіла з однієї ноги на іншу, не втрачаючи при цьому рівноваги. Дітям надавалась можливість самостійного

ходіння, але там, де простір був заповнений предметами-перешкодами для дитини.

Методичні особливості розвитку дрібної моторики в дітей з РАС

Дрібна моторика – основа діяльності, яка відповідає за координацію рухів. Діти з РАС розвиваються так само, як і звичайні діти. З однією лише різницею – розвиваються вони повільніше. Дитина з РАС, на перших стадіях свого розвитку, замість рухів кистю руки, використовує зайві рухи плеча і передпліччя. З часом у дитини формується фіксація зап'ястя, щоб виконати певну дію – вона утримує долоню в потрібному положенні.

Якщо тонус знижений, дитині буде легко зафіксувати зап'ястя, розташувавши кисть (вгору великим пальцем) на твердій поверхні. При цьому працюватимуть вказівні, великі і середні пальці рук, в той час, як мізинець і долоня забезпечуватимуть стабільність. З часом виробиться уміння рухати зап'ястям руки в різній плоскості. Існує декілька видів захвату: пучкою, долонний і пінцетний захвати, а так само їх проміжні форми. Діти, які страждають на РАС, зберігають цю послідовність, але без спеціальних тренувань з метою розвитку дрібної моторики, мимовільний захват слабшає і можна надовго застрягти на долонному захваті. До 3-4 років, можливий захват без допомоги великого пальця, а пінцетний захват виконується великим і середнім пальцем, при цьому сила цих захватів знижена.

Розвивати дрібну моторику доцільно за допомогою ігор, під час їжі, образотворчого мистецтва і конструювання (ліплення і аплікація). Ці види діяльності формують готовність до розвитку здібностей дрібної моторики – розвивається відчуття рівноваги, з'являється координація рухів око-рука, рухи рук узгоджені. З ускладненням захвату формується стабільність і обертальні рухи зап'ястя. Розвивається формування захвату, тобто здатність дотягнуться до певного предмету, узяти, а потім і утримати його.

Для розвитку сили пальців використовувались такі вправи, як: розривання пальцями газетного або обгорткового паперу; розривання

кольорового паперу і викладання з отриманих шматків мозаїки; ігри з глиною; нанизування на нитку намистин; малювання пальцями тощо.

Особливості застосування рухливих ігор для дітей з РАС.

Рухливі ігри – важливий засіб виховання дітей. Правильно підібрані ігри сприяють гармонійному розвитку організму. Різноманітні рухи та ігрові дії дітей ефективно впливають на діяльність серцево-судинної, дихальної та інших систем організму, збуджують апетит і сприяють міцному сну.

Вимоги до проведення рухливих ігор:

- ігри підбираються відповідно педагогічних завдань. Варто чітко визначити, які вміння і навички у цій грі закріплюються, які фізичні якості розвиваються, яка корекційна мета реалізується;

- під час вибору рухливої гри враховується її місце у режимі дня (на ранковій, денній та вечірній прогулянках);

- ураховується місце проведення та пора року;

- потрібно зважати на рухову підготовленість дітей, їх інтереси та уподобання. Зміст гри має бути доступний дітям, нагадувати цікаві явища довкілля. Крім цього, рухи, які діти виконують у грі, мають бути добре засвоєні;

- для забезпечення повноцінного розвитку дитини у грі важливо змінювати умови їх проведення, правила та урізноманітнювати способи виконання рухових дій. Дитині цікавіше виконувати новий, навіть складний рух, ніж повторювати давно знайомий;

- ігрова діяльність своєю емоційністю захоплює дітей і вони не відчувають втоми. Ось чому доцільно у процесі гри стежити за регуляцією фізичного навантаження. Активна рухова діяльність має становити 2/3 всього часу і 1/3 витрачається на пояснення, навчання, виправлення помилок.

Рухливі гри ускладнюються з метою:

- забезпечити стійкий інтерес до гри;
- удосконалити рухові вміння і навички;
- вирішити спеціальні розвивальні та виховні завдання.

Рухливі ігри дидактичного спрямування використовували з метою розвитку пізнавальної сфери (уваги, пам’яті), рухових якостей, покращення психоемоційного стану дітей з РАС. Були підібрані і класифіковані рухливі ігри дидактичного спрямування в залежності від пори року.

І група ігор мала назву «Осінь». До неї увійшли рухливі ігри дидактичного спрямування: «Осіння палітра», «Знайди своє дерево», «Кущі, дерева та квіти», «Дощик на дорозі», «Осінній листочок», «Осінь килим ткала» та ін.

В ІІ групу – «Зима», увійшли такі рухливі ігри: «Красуня зима», «Чарівні сніжинки», «Сліди на снігу», «Сніг, лід і вода», «Птахи і звірі взимку» та ін.

Ш група – «Весна», включала ігри: «Весняні барви», «Весна вдень червона», «Відгадай, яка пташинка», «Віночок», «Весняні барви» та ін.

В IV групу – «Літо», увійшли рухливі ігри дидактичного спрямування: «Здрастуй, літечко», «Бджілка», «Жива і нежива природа», «Назви п’ять імен», «Знайди своє дерево» та ін.

Під час розучування ігор, їх повторень, зверталась увага на емоційний стан дитини, створювали відповідну мотивацію ігрової діяльності, ігрових епізодів із використанням реальних випадків життя, а це, у свою чергу, сприяло розвитку їх уявлень. Неповторна специфіка рухливої гри полягала ще в тому, що в ній воля та самостійність дітей поєднувались із суворим, без застережливим дотриманням правил. Таке добровільне дотримання правил досягалося тоді, коли вони не нав’язувались, а випливали із змісту гри, її завдань і їх виконання складало головну її привабливість. Взаємовідносини і взаємодія дітей у грі, виконання ігрових дій виявляли собою особливу форму практичного ознайомлення та проникнення дитини з РАС у світ соціальних відносин.

Прагнучи ефективного вирішення корекційних завдань, застосовували такі прийоми. Так, розвиток активної уваги дітей досягався завдяки чергуванню різних видів рухів, вправ, дидактичних рухових завдань, а також

емоційності пояснень спеціаліста. Вихованню уваги сприяла музика, яка змінювалася за характером, динамікою, темпом, ритмом, контрастністю регістрів, формою музичного твору, що регулювало зміну рухів. Розвитку активної уваги також сприяли організаційні умови проведення зайняти: оформлення зали де відбувається заняття, розташування обладнання, використання сигналів та ін.

Для розвитку уваги та рухової пам'яті на перших заняттях застосовувалися прості вправи, що складалися з двох рухів. Далі ці вправи ускладнювалися чи доповнювалися рухами та іншими завданнями.

Рухливі ігри є найкращим засобом для розвитку у дітей самостійності та організованості, кмітливості та творчості. Значною мірою гра сприяє розвитку індивідуальних здібностей дитини, допомагає позбутися деяких фізичних вад та психологічних комплексів. Це особливо помітно при порівнянні дітей, які беруть участь у змаганнях, з тими, хто позбавлений такої можливості, або ж ухиляється від них з власної ініціативи.

Прогулянки на свіжому повітрі забезпечували позитивний вплив свіжого повітря та сонячного випромінювання на усі життєво важливі процеси. Простежувалось поліпшення психоемоційного стану, оскільки прогулянки відбувались в місцевому парку. Прогулянки здійснювались у другій половину дня. Мета – удосконалення рухових навичок та комплексний розвиток рухових якостей у природних умовах (парк), привчання дітей орієнтуватися на місцевості. Рухова діяльність у поєднанні зі свіжим повітрям, сонцем сприяла підвищенню захисних реакцій організму, його загартовуванню. Оточуюча природа, різноманітні враження збагачували знання, виховували естетичні почуття дітей. Після кожних 15 хв ходьби здійснювались короткочасні (4-5 хв) зупинки для відпочинку дітей.

Під час прогулянок по парку виконувалися такі види рухової активності:

- ходьба та легкий біг між деревами,
- переступання через гілки, пеньки;
- підстрибування з діставанням гілок дерев, кущів;

- метання шишок, каштанів у ціль (дерево, пеньок) або на дальність.

Регулярне проведення пішохідних переходів дозволяло значно розширити руховий режим, покращити рухову підготовленість, нормалізувати функції дихальної та серцево-судинної систем, сприяло загартуванню та надавало дітям естетичне задоволення від спілкування з природою.

3.2. Організаційно-методичні особливості ерготерапії дітей з розладами аутистичного спектра

Індивідуальні програми ерготерапії складалися відповідно до особливостей перебігу аутизму кожної конкретної дитини. При виборі видів діяльності, методів, технік і прийомів, а також їх варіантів застосування (легкого або ускладненого) враховували соціальнопобутовий і комунікаційний досвід кожної дитини, індивідуальні особливості та можливості. Впроваджена програма ерготерапевтичного втручання передбачала реалізацію спеціальних методик із завданнями різного змісту: «мозаїка», «трафарети» «чарівна скринька», «кубики», «кільцекид», «куточок природи», «прищіпки», «шнурки», «пазли» та занять для розвитку навичок самообслуговування (рис. 3.2).

Активність дітей з РАС на заняттях передбачала обстеження предметів, що вивчались, оперування предметами, картинками, участь в різних іграх (дидактичних, сюжетно-рольових), виконання різних вправ, практичних робіт (малювання, ліплення, конструювання тощо). Позитивну мотивацію до діяльності досягали формуванням ставлення до неї, як до важливої частини життя, особисто значущої для дитини (її здоров'я, зовнішнього вигляду, настрою, ставлення до неї оточуючих) і, отже, необхідної для виконання [17].

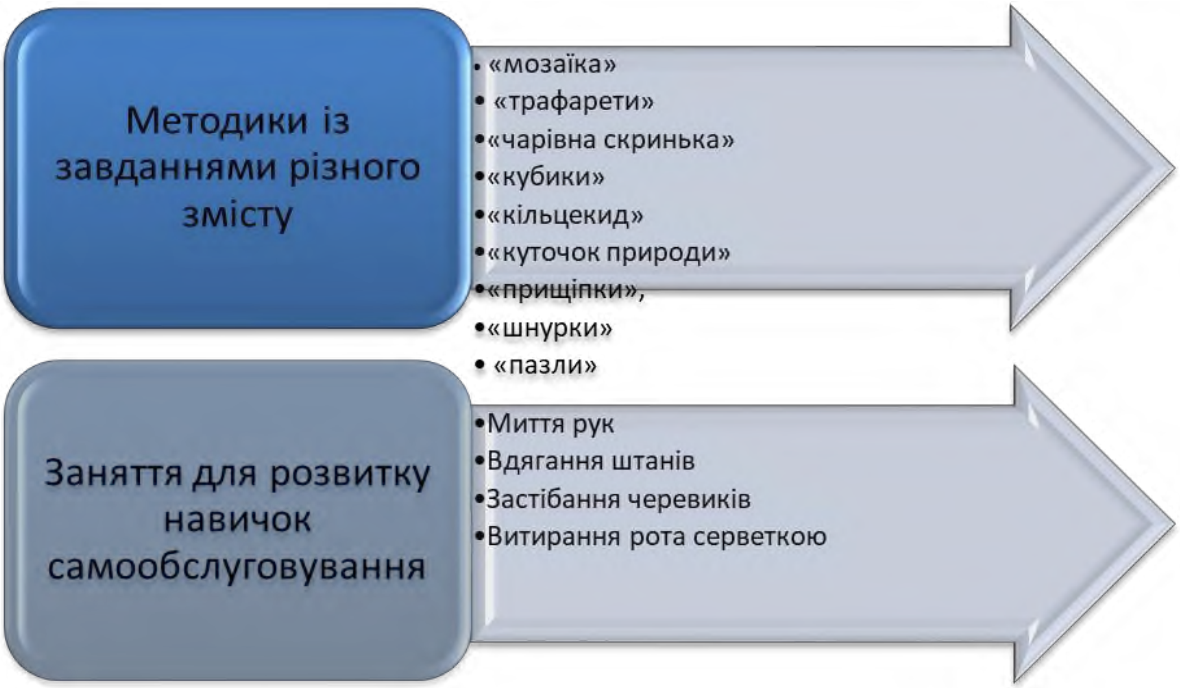

Рис. 3.2. Особливості ерготерапевтичного втручання дітей з РАС

В процесі ерготерапевтичних занять використовували різноманітні засоби наочності (натуральні предмети, зображення, фотографії, схеми, картиплани, муляжі, іграшки та ін.). Для оцінки ефективності проведеної ерготерапії на початку і наприкінці курсу лікування була проведена діагностика рівня розвитку дрібної моторики і когнітивних функцій за допомогою спеціальних методик із завданнями різного змісту: «мозаїка», «трафарети» «чарівна скринька», «кубики», «кільцекид», «куточок природи», «прищіпки», «шнурки», «пазли».

Методика «Мозаїка». Завдання: здійснення захвату фішок мозаїки трьома пальцями; вміння скласти малюнок за обраним шаблоном. Перед заняттям для кожної дитини індивідуально підбирають розмір фішок мозаїки. Дитині з РАС пропонують зібрати спочатку більш простий малюнок, потім переходити до більш складного.

Методика «Кільцекид». Завдання: збільшення обсягу рухів в променево-зап’ястковому, ліктьовому і плечовому суглобах; контроль над координацією рухів. Перед початком заняття необхідно визначити місце розташування тренажера для кожної дитини. Дитині з РАС пропонують

плавно надіти кільце на конус, що стоїть попереду, праворуч або ліворуч. Для ускладнення рухів пропонують виконати кидок кільця на конус.

Методика «Чарівна скринька». Завдання: здійснення захвату предметів різної форми і розмірів; вміння на дотик за формою визначити предмет. Дитині з РАС пропонують опустити руку в скриньку, виконану з непрозорого матеріалу і назвати предмет на дотик за формою, не виймаючи руки зі скриньки, а потім вийняти предмет із скриньки.

Методика «Куточок природи». Завдання: вдосконалення захвату; вміння самостійно розташувати складові частини «картини» відповідно до пори року. Тренажер являє собою панно з прикріпленими до нього клепками різного розміру складовими частинами (листя, гриби, трава і т.д.). Дитині пропонують запам'ятати місце розташування складових частин картини, а потім по пам'яті відновити її.

Методика «Прищіпки». Завдання: вміння захватити прищіпки трьома пальцями; вміння докладати відповідних зусиль пальців для подолання опору пружини прищіпки. Дитині пропонують розмістити прищіпки на плоскому колі. При труднощах рекомендують використовувати невелику кількість прищіпок зі слабкою пружиною, потім переходити до прищіпки з більш сильними пружинами.

Методика «Шнурки». Завдання: поліпшення дрібної моторики рук; поліпшення координації рухів верхніх кінцівок. Методика застосовується перед навчанням дитини шнурівці взуття. Заняття проводиться з використанням макета черевика.

Методика «Пазли». Завдання: поліпшення концентрації уваги; розвиток наочно-образного мислення. Дитині пропонується зібрати картинку за заданим зразком із складових частин різного розміру.

Методика «Кубики». Завдання: розвиток концентрації уваги; розвиток наочно-образного мислення. Пацієнту пропонуються два види кубиків: прості – «Тварини» і сюжетні – «Казки». Прості кубики складаються з 9 елементів з нескладним малюнком, сюжетні – з 20 елементів з великою

кількістю дрібних деталей малюнка. Дитині потрібно скласти кубики по заданому зразку.

Методика «Трафарети» Завдання: тренування пам’яті; розвиток наочно-образного мислення. Дитині пропонують трафарети із зображенням овочів, фруктів, тварин, комах і навчають дізнаватися по контуру трафарету зображений предмет.

У зв'язку з особливостями симптоматики цього захворювання розвиток навичок самообслуговування у дітей з аутизмом дуже уповільнено і в деяких випадках подібні навички можуть бути зовсім відсутніми. Все залежить від глибини захворювання і співвідношення симптоматики з групою хвороби.

Для того, щоб процес розвитку навичок самообслуговування у дитини з аутизмом був успішний необхідно чітко визначити з якими навичками її слід знайомити [53]:

1) навчити дитину самостійно користуватися всіма столовими приборами;

2) навчити дитину самостійно тримати чашку та пити, тримаючи її однією рукою;

3) навчити дитину користуватися серветками і мити руки перед і після їжі;

4) навчити дитину користуватися горщиком;

5) навчити дитину самостійно підтягувати штані;

6) навчити дитину вдягати светри і штани;

7) навчити дитину роздягатися і переодягатися;

8) навчити дитину проситися на горщик;

9) навчити застібати взуття, зав'язувати шнурки і після знімати взуття.

Однією з причин проблем з розвитком навичок самообслуговування у дітей з аутизмом є те, що у них відсутні навички наслідування і імітації дій дорослих.

Методичні рекомендації для розвитку кожного з необхідних навичок самообслуговування.

Навчання динити з РАС застібанню черевиків. Для навчання цьому виду діяльності використовували різні тактильні тренажери. Наприклад тренажери з липучками, шнурівкою, змійками. Дитина повинна повинна була відчути всі можливі варіанти бар'єрів і вивчити їх. Це був підготовчий етап. Проводячи його в контексті гри, спеціаліст мав можливість виробити в дитини позитивну мотивацію і зацікавленість до цього навику. Під час виконання завдання спеціаліст надівав послідовну вербальну установку – інструктаж. А також демонстрував на власному прикладі правильне виконання дії.

Навчання дитини з РАС витирання рота серветкою. Для реалізації розвитку цієї навички використовували ігрове навчання. Спеціаліст вибудовував для дитини послідовний алгоритм дії, в ході якого дитині було зрозуміло для чого, чому і як він повинен витирати рот серветкою. Використовували наступні види ігор: імітація чаювання, імітація приготування їжі, імітація обіду. При цьому відбувався детальний опис процесу. Спеціаліст демонстрував на своєму прикладі як потрібно робити це правильно, які повинні бути руху і який результат.

Навчання дитини з РАС митти руки. В першу чергу у дитини повинна закріпитися позитивна мотивація. Діти з аутизмом дуже люблять воду, тому в якості позитивної мотивації використовували ігри у воді. Наприклад спеціаліст просить дитину, спробувати зловити руками рибку – коли дитина виконує рухи руками у воді відбувається стимуляція розвитку дрібної моторики і тактильна стимуляція. Також використовували переливання води, а пізніше вводили в гру мило. Наприклад, гра «злови мило». У деяких випадках, щоб зацікавити дитину і сконцентрувати його увагу фарбували воду в різні кольори. Гра з кольоровою водою дарувала дитині позитивні асоціації і після таких ігор вона не заперечувала процедурі миття рук.

Навчання дитини з РАС надяганню штанів. Спочатку для роботи застосовували штани на резинці, так як вони легше надягаються і не мають додаткових застібок. Спеціаліст намагався виробити у дитини навик імітації. Перш ніж просити дитину надягати штани самостійно, спеціаліст пропонував дитині потренуватися на ляльках або іграшках. Коли дитина засвоювала рухи, які для цього необхідно зробити, переходили на навчання цьому навику, безпосередньо на дитині. У деяких випадках рекомендують використовувати сенсорні іграшки із резинками та зав'язками, для того, щоб дитина могла звикнути до таких предметів і навчився ними маніпулювати.

3.3. Обговорення результатів впровадження розробленої програми фізичної терапії з елементами ерготерапії

Результати обстеження по шкалі CARS (Childhood Autism Rating Scale) призначена для визначення вираженості аутистичних проявів, засвідчили, що у 5 (72%) обстежуваних дітей був початковий діагноз «дитячий аутизм», що за шкалою дорівнював 32 бали. У інших двох дітей були подібні порушення розвитку (14%) і порушення поведінки без аутистичного компонента (14%) (рис. 3.3).

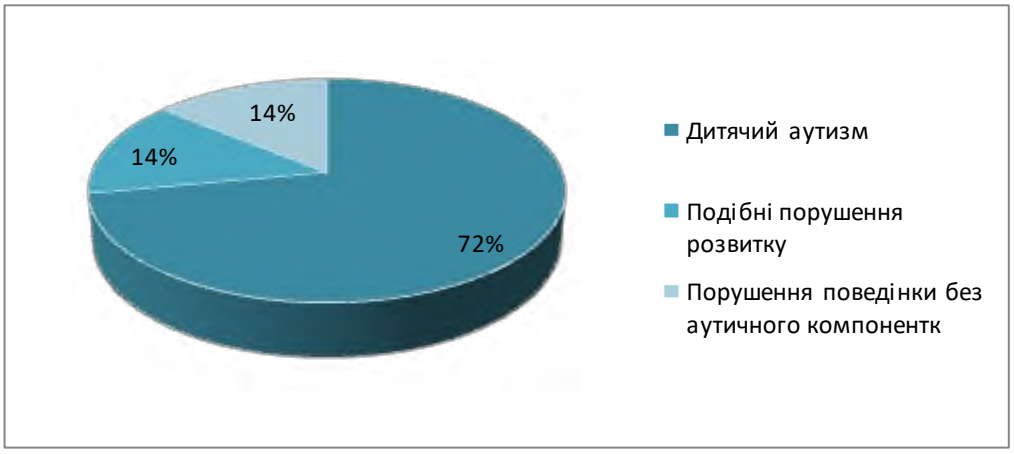

Рис. 3.3. Результати обстеження дітей що брали участь у досліджені по шкалі CARS

Оцінювання ступеня порушення життєдіяльності за Міжнародною класифікації функціонування (МКФ) відбувалося за доменом «Активність і участь». Таким чином основними порушенням життєдіяльності було:

1) Активність і участь / Міжособистісні взаємодії і відносини / Загальні міжособистісні взаємодії / Базисні міжособистісні взаємодії:

- повага і сердечність у відносинах – d7100.3 (зниження проявів уваги і поваги);

- позитивне сприйняття відносин – d7101.3 (зниження проявів задоволення і подяки);

- прояв терпимості в стосунках - d7102.3 (не ухвалення чужої поведінки);

- критика в стосунках – d7103.3 (відсутність висловлення протилежної думки або незгоди)

- натяки в стосунках – d7104.3 (відсутність подачі натяків і знаків, відповідь на натяки інших)

- фізичний контакт у відносинах – d7105.3 (відсутність відповіді на фізичний дотик і відповідь на нього у відносинах з іншими).

2) Активність і участь / Міжособистісні взаємодії і відносини / Загальні міжособистісні взаємодії / Складні міжособистісні взаємодії:

- формування відносин – d7200.4 (відсутність бажання початку і підтримання взаємодії з іншими людьми на короткий або тривалий період часу);

- регуляція поведінки під час взаємодій – d7202.4 (відсутність регулювання емоцій і поривів, фізичної агресивності у взаємодіях з іншими людьми)

- взаємодія відповідно до соціальних норм – d7203.4 (відсутність належної поведінки у взаємодіях з людьми, що не відповідають соціальним нормам);

- дотримання дистанції – d7204.4 (дотримання між собою і людьми дистанції).

3) Активність і участь / Базисні навички при навчанні:

- копіювання – d130.3 (відсутність проявів імітування або наслідування);

- повторення – d135.3 (неможливість повторення в певній послідовності як основний компонент навчання);

- засвоєння навичок читання – d140.3 (зниження рівня розвитку навичок швидкого і правильного читання);

- засвоєння навичок письма – d145.3 (зниження рівня розвитку навичок відтворення символів, які використовуються для відображення звуків мови, слів або фраз, з метою передачі їх значень);

- засвоєння навичок рахування - d150.3 (зниження рівня розвитку навичок маніпуляції числами, виконання простих і комплексних математичних дій);

- придбання практичних навичок – d150.4 (зниження рівня розвитку базисних і комплексних навичок, необхідних для виконання серії дій або завдань, з тим щоб самостійно робити вибір і розвивати певні навички).

Попереднє дослідження стану моторики в дітей з РАС на констатувальному етапі експерименту засвідчило, що для всіх дітей характерний недостатній рівень розвитку досліджуваних показників рухової сфери (табл. 3.1).

Дослідження рівня розвитку дрібної моторики дітей передбачало з’ясування якості й ступеня диференціації рухів. У процесі спостереження з’ясовано, що діти з РАС майже за всіма параметрами, що вивчалися в цьому блоці тестових завдань відставали. Для них були характерні заміна поданих рухів іншими, їх незадовільна скоординованість. Найбільш складними для дітей із РАС виявилися такі рухи, як відведення і приведення пальців руки, протиставлення великому пальцю інших. Спостерігалися нечіткість і неритмічність рухів, уповільнення темпу виконання більш складних завдань, напруженість м’язів рук і збільшення кількості помилок наприкінці роботи.

Таблиця 3.1

Рівні розвитку показників моторики в дітей з РАС
на констатувальному етапі експерименту

Досліджувані показники Рівні	I рівень (високий)	II рівень (середній)	III рівень (достатній)	IV рівень (низький)
Рухова пам’ять	–	–	12%	88%
Дрібна моторика	–	–	54%	46%
Загальна моторика (статична і динамічна координація)	–	–	62%	38%

Виявлено, що жодна дитина з РАС не досягла високого і середнього рівнів розвитку дрібної моторики. Показники достатнього рівня переважали показники низького рівня лише на 8%.

Порушення статики у дітей з РАС спричиняло значні труднощі (а іноді неможливість) утримання рівноваги, появу тремору кінцівок. Перебуваючи в позі, діти часто балансували тулубом, намагаючись утримати рівновагу, опускали підняту ногу, торкаючись нею підлоги, піднімалися на носки. Вони краще утримували рівновагу, стоячи на правій нозі, мали труднощі в збереженні рівноваги, переважно стоячи на лівій нозі. Так дітей високого і середнього рівнів розвитку статичної координації рухів на початковому етапі експерименту не виявлено. Різниця між показниками достатнього і низького рівнів склала 24%.

Особливі труднощі діти зазнавали під час виконання тестових завдань на координацію рухів та збереження рівноваги в русі. Дітям важко давалася

ходьба із переступанням через предмети, вони з труднощами відривали та піднімали ноги. Діти пересувалися на дещо розставлених ногах, човгаючи ними, балансуючи руками, тулубом. Самостійні стрибки через перешкоду виконували лише за підтримки дорослого.

Таким чином, проведене констатуюче дослідження свідчить про наявність у значної кількості дітей з РАС захворювань органів і систем, недостатній розвиток уваги, , рухової пам'яті, дрібної моторики, статичної і динамічної координації рухів.

Після впровадження експериментального варіанту програми фізичної терапії з елементами ерготерапії було досягнуто певних результатів, які визначали шляхом зіставлення досліджуваних показників у дітей до експерименту і після нього. Для цього використовувався комплекс спеціальних методик, що був застосований під час констатуючого етапу дослідження з метою забезпечення об'єктивної оцінки результатів формувального етапу експерименту і можливості відстеження динаміки моторного розвитку дітей.

Результати експерименту засвідчили певні зрушення як у дітей основної групи дослідження та більш позитивну динаміку в розвитку моторної сфери.

Досліджуючи рухову пам'ять дошкільників з РАС, виявлено, що діти з набагато краще виконали запропоновані тестові завдання, після впровадження програми ніж до втручання (табл. 3.2).

Спостереження показало, що 4 дитини діти з РАС почали швидше і правильніше запам'ятовувати поданий руховий матеріал, точніше відтворювати його, переходячи від одного рухового елементу до іншого без перекручень і повторень, що не вдалося 3 дітям, у яких спостерігались зниження продуктивності й уповільненість запам'ятовування рухового матеріалу, недостатня його усвідомленість, неспроможність швидко перейти від одного рухового елементу до іншого. У них спостерігалася заміна рухів,

їх перекручення, аритмічність виконання, неможливість запам’ятати вправу після кількаразової демонстрації спеціалістом.

Таблиця 3.2

Рівні сформованості рухової пам’яті в дітей з РАС на різних етапах втручання

Етап дослідження	I рівень	II рівень	III рівень	IV рівень
До втручання	-	-	12%	88%
Після втручання	-	15%	54%	31%

Аналіз результатів дослідження засвідчив, що збільшився не тільки об’єм пам’яті, а зменшився час на запам’ятовування вправ, що підвищило ефективність занять.

Приріст показників рухової пам’яті II рівня в дітей з РАС склав – 15%; III рівня – 39%; IV рівня – 54%.

Покращенню показників рухової пам’яті дітей з РАС сприяло систематичне виконання на заняттях із кінезотерапії різних вправ, спрямованих на розвиток рухової пам’яті, та виконання тренувальних завдань. Наприклад, на етапі ознайомлення з вправою з метою кращого запам’ятовування і правильного виконання інструктор діяв за такою інструкцією: спочатку дітям пропонувалося, спираючись на демонстрацію (показ), словесні пояснення і рахунок, виконати певну вправу. Потім, цю вправу виконували тільки під рахунок без її демонстрації. Після самостійного виконання вправи (під музичний супровід) дітям пропонувалося словесно описати послідовність виконання рухів цієї вправи.

Отже, отримані дані дають підстави стверджувати, що експериментальна програма фізичної терапії з елементами ерготерапії позитивно вплинула на рівень розвитку рухової пам’яті дітей із РАС.

Результати дослідження показали, що експериментальна програма фізичної терапії з елементами ерготерапії суттєво вплинула на показники

рівня сформованості дрібної моторики пальців і кистей рук дітей із РАС (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Динаміка рівнів сформованості дрібної моторики в дітей із РАС

Етап дослідження	І рівень	ІІ рівень	ІІІ рівень	ІV рівень
До втручання	-	-	54%	46%
Після втручання	-	31%	61%	8%

У процесі спостереження виявлено, що 5 дітей з РАС більш точно і швидше виконували запропоновані тестові завдання. У процесі спеціальної роботи подолано напруженість і скутість рухів пальців та кистей, що важливо для подальшого навчання дітей письму в школі. Отже, запропонована експериментальна програма фізичної терапії з елементами ерготерапії значно покращила рівень розвитку дрібної моторики пальців і кистей рук дітей з РАС, що підтверджується кількісними та якісними показниками.

Результати дітей інших 2 дітей з РАС залишилися низькими. У дітей страждали всі досліджувані параметри дрібної моторики, спостерігалися уподібнення, заміна рухів іншими, недосконала координація, напруженість чи розкутість рухів пальців.

Приріст показників дрібної моторики ІІ рівня склав – 31%; ІІІ рівня – 23%, ІV рівня – 31%.

Покращенню кількісних і якісних показників сприяло збагачення експериментальної програми великою кількістю вправ для розвитку дрібної моторики, виконання дітьми вправ з предметами, масаж пальців і кистей рук.

Результати оцінювання статичної та динамічної координації засвідчили більш позитивну динаміку їх розвитку в дітей із РАС (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Динаміка рівнів розвитку статичної та динамічної координації рухів у дітей із РАС

Етап дослідження	I рівень	II рівень	III рівень	IV рівень
До втручання	-	-	54%	46%
Після втручання	-	31%	61%	8%

Більшість дітей з РАС більш вільно і тривало утримували пози на рівновагу, у статичних вправах намагалися точно й плавно виконати рухи руками та ногами як однойменним, так і різнойменним способами. Значно покращилися координація рухів та рівновага під час виконання тестів на динамічну координацію. Водночас деякі діти з РАС зазнавали значних труднощів, а іноді зовсім не могли утримувати рівновагу. Під час виконання вправ на рівновагу спостерігалися тремор кінцівок, балансування тулубом, руками, хитання головою, зрушення з місця або ривки вбік, падіння. Отже, експериментальний варіант програми фізичної терапії з елементами ерготерапії виявився більш ефективним і результативним щодо розвитку та корекції статичної і динамічної координації в дітей із РАС, ніж програма, за якою займалася діти до експерименту.

Приріст показників статичної і динамічної координації рухів II рівня становив – 23%; III рівня – 23%, IV рівня – 23%. Покращенню статичної та динамічної координації рухів дітей з ОГ сприяло виконання дітьми на заняттях з кінезотерапії вправ на формування навички правильної постави, спеціальних ігор на розвиток координації та рівноваги в статиці та динаміці.

Отже, вивчення динаміки сформованості рівнів загальної і дрібної моторики дозволило констатувати зміни в якісних та кількісних показниках у дітей із РАС. Порівняльний аналіз вихідних даних з кінцевими свідчить про ефективність розробленої програми фізичної терапії з елементами ерготерапії дітей із РАС.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Отже, у даному розділі були наведені результати попереднього і заключного обстеження дітей з РАС та описана програма фізичної терапії з елементами ерготерапії для даного контингенту дітей. Приріст показників рухової пам'яті ІІ рівня склав – 15%; ІІІ рівня – 39%, IV рівня – 54%. Покращенню показників рухової пам'яті дітей з РАС сприяло систематичне виконання на заняттях із кінезотерапії різних вправ, спрямованих на розвиток рухової пам'яті, та виконання тренувальних завдань.

Результати дослідження показали, що експериментальна програма фізичної терапії з елементами ерготерапії суттєво вплинула на показники рівня сформованості дрібної моторики пальців і кистей рук дітей із РАС. Приріст показників дрібної моторики ІІ рівня склав – 31%; ІІІ рівня – 23%; IV рівня – 31%.

Результати оцінювання статичної та динамічної координації засвідчили більш позитивну динаміку їх розвитку в дітей із РАС. Приріст показників статичної і динамічної координації рухів ІІ рівня становив – 23%; ІІІ рівня – 23%, IV рівня – 23%. Покращенню статичної та динамічної координації рухів дітей з РАС сприяло виконання дітьми на заняттях з кінезотерапії вправ на формування навички правильної постави, спеціальних ігор на розвиток координації та рівноваги в статиці та динаміці, загально зміцнювальних вправ.

Програма фізичної терапії з елементами ерготерапії дітей з РАС, що реалізовувалася в умовах інклюзивно-ресурсного центру, вмістила в собі застосування засобів фізичної терапії, а саме: ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ); кінезотерапія (дихальні вправи, вправи для розвитку загальної та дрібної моторики); рухливі ігри; прогулянки на свіжому повітрі. Заняття з ерготерапії передбачали застосування спеціальних методик із завданнями різного змісту: «мозаїка», «трафарети» «чарівна скринька», «кубики», «кільцекид», «куточок природи», «прищіпки», «шнурки», «пазли».

ВИСНОВКИ

У ході вирішення поставлених завдань кваліфікаційного дослідження з проблеми застосування фізичної терапії та ерготерапії для дітей дошкільного віку з церебральним паралічем, було зроблено наступні висновки:

1. Організація та зміст діагностики і реабілітації дітей з аутизмом є недостатньо розробленою в сучасній вітчизняній науковій і методичній літературі. Без своєчасної і адекватної корекційно-реабілітаційної допомоги значна частина дітей з РАС стає нездібними і не пристосованими до життя в суспільстві. Аналіз сучасних досліджень з проблеми організації психолого-педагогічної допомоги дітям з РАС виявив, що, виходячи з визнаної в даний час ідеї про поліетіологію дитячого аутизму і асинхронії розвитку психічних функцій при даному порушенні, система корекційно-реабілітаційного супроводу повинна бути комплексною і використовувати специфічні для даного порушення методи, засоби, форми і прийоми втручання. Програми з використанням засобів і елементів фізичної терапії/ерготерапії можуть сприяти організації поведінки дитини; розвитку здібності до комунікативної взаємодії; навчанню навичкам самообслуговування; згладженню негативних проявів аутизму; посиленню психічної активності дитини; навчанню проводити вільний час; підготовці до навчання.

2. Фізичний розвиток і рухові здібності дітей з РАС характеризуються моторною недостатністю, відставанням від здорових однолітків за антропометричними параметрами і з розвитком таких фізичних якостей як сила, спритність, швидкість руху, швидкість реакції, витривалість, гнучкість і рухливість суглобів. Крім того, у дітей відзначаються виражені порушення координаційних здібностей, що обумовлено недоліками вищих рівнів регуляції, а також вираженою гіпокінезією. Розроблена програма фізичної терапії з елементами ерготерапії дітей з РАС, що реалізовувалася в умовах інклюзивно-ресурсного центру, вмістила в собі застосування засобів фізичної терапії, а саме: ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ); кінезотерапія (дихальні

вправи, вправи для розвитку загальної та дрібної моторики); рухливі ігри; прогулянки на свіжому повітрі. Заняття з ерготерапії передбачали застосування спеціальних методик із завданнями різного змісту: «мозаїка», «трафарети» «чарівна скринька», «кубики», «кільцекид», «куточок природи», «прищіпки», «шнурки», «пазли». Метод ерготерапії базується на тому, що діти з аутизмом, виконуючи вправи, які пов'язані з соціально-побутовими навичками, відновлюють або вдосконалюють уміння і навички, що дозволить їм досягти максимально високого рівня незалежності та самостійності в житті.

3. Результати дослідження ефективності експериментальної програми фізичної терапії з елементами ерготерапії засвідчили більш позитивну динаміку в розвитку показників рухової сфери в дітей з РАС. Приріст показників рухової пам’яті ІІ рівня склав – 15%; ІІІ рівня – 39%; ІV рівня – 54%. Приріст показників дрібної моторики ІІ рівня склав – 31%; ІІІ рівня – 23%, ІV рівня – 31%. Приріст показників статичної і динамічної координації рухів ІІ рівня становив – 23%; ІІІ рівня – 23%, ІV рівня – 23%. Таким чином, результати експериментального дослідження підтвердили дієвість розробленої програми фізичної терапії з елементами ерготерапії дітей з РАС, що дозволяє рекомендувати використані засоби фізичної терапії та ерготерапії, як оптимальний засіб розвитку та корекції рухової сфери в дітей із РАС, щодо подальшого використання в практичній діяльності закладів освіти, медичних та реабілітаційних установ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аделова, А. А. (2017). Опыт работы по использованию метода фототерапии в коррекционной работе с дошкольниками с РАС. *Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра. Сборник материалов II Всероссийской научно-практической конференции*, 12-17.

2. Баранова, Ю. М. (2017). Возможности использования метода песочной терапии в работе педагога-психолога с детьми, имеющими РАС. *Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра. Сборник материалов II Всероссийской научно-практической конференции*, 28-31.

3. Барычева, Э. Н., Шейнина, Т. Л., Зайцева, Л. В. (2015). Организация помощи пациентам с расстройствами спектра аутизма. *Международный медицинский журнал*, 1, 89-91.

4. Башина, В. М. (2015). *Аутизм в детстве*. Москва: Медицина.

5. Белая, Н. А. (2001). *Лечебная физкультура и массаж: учебно-методическое пособие для медицинских работников*. Москва: Советский спорт.

6. . Белозерова, М. Л. (2006). *Лечебная физическая культура в педиатрии*. Ростов н/Д: Феникс.

7. Васягина, Н. Н., Григорян, Е. Н., Казаева, Е. А. (2018). Психолого-педагогические аспекты реабилитации детей с расстройством аутистического спектра в условиях дошкольного образования. *Национальный психологический журнал,* 2(30), 92-101.

8. Воробєй, О., Бобир, Р. (2012) Місце дитини-аутиста в сучасному Українському суспільстві. *Етнічна історія народів Європи,* 37, 79-82.

9. Гитун, Т. В. (2009). *Детский массаж и развивающая гимнастика. От рождения до семи лет*. Ростов н/Д : Владис.

10. Делани, Т. (2014). *Развитие основных навыков у детей с аутизмом: эффективная методика игровых занятий с особыми детьми*. Екатеринбург : Издательство «Рама Паблишинг».

11. Дубовик, К. В. (2019). Порушення рухових функцій при розладах аутистичного спектра у дітей. Клінічна типологія та терапія. *Нейро News. Психоневрология и нейропсихиатрия*, 3, 22-28.

12. Исакова, И. Н. (2017). Условия развития мелкой моторики у детей с РАС на занятиях по адаптивной физической культуре. *Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра. Сборник материалов II Всероссийской научно-практической конференции*, 138-142.

13. Касаткин, В. Н. (2008). Опыт применения стандартизированных диагностических оценочных шкал в комплексной программе лечебнокоррекционной помощи детям с расстройствами аутистического спектра. *Детский аутизм: исследования и практика*, 26-58.

14. Катоній, О. М. (2015). Методики та форми допомоги дітям із розладами спектру аутизму. *Таврійський вісник освіти*, 2(50), 253-259.

15. Кислинг, Улла. (2017). *Сенсорная интеграция в диалоге: понять ребенка, распознать проблему, помочь обрести равновесие*. Москва: Теревинф.

16. Коваленко, А. А. (2014). *Инновационные формы арт-терапии в работе с детьми, имеющими нарушения в развитии: метод. пособие*. Томск.

17. Козій, Т. П., Велюш, Д. Ю. (2017). Ерготерапія як складова комплексної реабілітації при аутизмі та її ефективність. *Сучасні проблеми логопедії та реабілітації*, 22-28.

18. Косински, К. (2017). *Єрготерапия для детей с аутизмом: Єффективній поход для развития навыков самостоятельности у детей с аутизмом и РАС*. Екатеринбург: Рама Паблишинг.

19. Литвиненко, В. А. (2016). *Основи арт-терапії: навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. 2-ге видання, перероблене і доповнене*. Суми: ФОП Цьома С.П.

20. Максимова, Е. В. (2008). *Уровни общения. Причины возникновения раннего детского аутизма и его коррекция на основе теории Н.А. Бернштейна*. Москва.

21. Манелис, Н. Г., Феррои, Л. М. (2017). Особенности сенсорных нарушений у детей с РАС. *Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра. Сборник материалов II Всероссийской научно-практической конференции*, 425-427.

22. Мартынова, О. Г., Валишин, Э. Х. (2017). Графическое обоснование адаптивной физической культуры как технологии реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра. *Молодой ученый*, 4, 337-342.

23. Марченко, О. К. (2012). *Основы физической реабилитации : [учебник для студентов высш. учеб. заведений]*. Киев: Олимпийская литература.

24. Морозова, С. А. (2014). *Аутизм: методические рекомендации по коррекционной работе: материалы к спецкурсу*. Москва.

25. Нагорна, О. Б., Михайлова, Н. Є. (2013). Особливості проведення гідротерапії дітям з аутизмом. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*, 1, 295-298.

26. Нестерчук, Н., Бовгиря, А., Григус, І., Скальскі, Д. (2018). Фізична реабілітація дітей з аутизмом. *Medycyna i zdrowie. Wybrane aspekty ratownictwa*, 34-43.

27. Никольская, О. С., Баенская, Е. Р., Либлинг, М. М. (2000). *Аутичный ребенок. Пути помощи*. Москва: Теревинф.

28. Островська, К. О. (2014). Психологічний супровід професійної реабілітації осіб з розумовою відсталістю. *Професійна психологія: реалії та перспективи розвитку*, 212–216.

29. Островська, К. О., Рибак, Ю. В. (2010). *Реабілітація дітей з аутистичним спектром у центрі денного перебування*. Львів, «Тріада плюс».

30. Официальный сайт Association for Science in Autism Treatment (Американской ассоциации о научном подходе к лечению аутизма) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.asatonline.org.

31. Официальный сайт МКБ-10 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://mkb10.com/b/62

32. Павалаки, И. Ф., Болгарова, М. А. (2014). Проблемы воспитания и обучения детей с тяжелыми расстройствами аутистического спектра. *МНКО,* 1 (44), 151–153.

33. Панаев, М. С. (2003). *Основы массажа и реабилитации в детской педиатрии*. Ростов н/Д: «Феникс».

34. Плаксунова, Э. В. (2011). Адаптивное физическое воспитание детей с аутизмом. *Воспитание и обучение детей с нарушениями в развитии,* 3, 12-16.

35. Плаксунова, Э. В. (2011). *Стимуляция и развитие движений у детей с расстройствами аутистического спектра*. Москва.

36. Плаксунова, Э. В. (2012). Организация коррекционноразвивающего обучения детей с расстройствами аутистического спектра на примере адаптивного физического воспитания. *Психологическая наука и образование*, 3, 1-15.

37. Помещикова, И. П., Цветкова, Л. Ю. (2016). Использование упражнений с мячом в процессе двигательной подготовки школьников с аутизмом. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, 1, 86-88.

38. Попов, С. Н. (2005). *Лечебная физическая культура: учеб*. Москва: Академия.

39. Рибченко, Л. К. (2016). Психологічна та соціальна адаптація дітей з аутизмом. *Науковий часопис. Спеціальна психологія*, 387-392.

40. Стратович, Ю. А. (2018). Расстройство аутистического спектра у детей и подростков: актуальные вопросы и пути решения проблемы. *Рациональная фармакотерапия*, 2, 55-58.

41. Соломко, А. Д. (2012). *Формирование игровых навыков и эмоционально-перцептивной сферы у детей 5–7 лет с расстройствами аутистического спектра средствами физического воспитания* : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. псих. наук: спец. 13.00.04. Теория и

методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры (психологические науки). Краснодар.

42. Сорока, О. В. (2017). Можливості комплексних арт-терапевтичних технологій у педагогічній реабілітації дітей з особливими потребами. *Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка*, 1 (306), 186-195.

43. Сухіна, І., Риндер, І.,Скрипник, Т. (2017). *Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом: посібник*. Київ-Чернівці: «Букрек».

44. Таран, І. В., Валюшко, Ю. (2016). Ерготерапія, як сучасний напрямок фізичної реабілітації хворих із травмами й захворюваннями нервової системи. *Теоретичні та методичні проблеми фізичної реабілітації*, 292–298.

45. Темерівська, Т. Г., Ворнічеса Т. В. (2018). Особливості фізичної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектру. *Молодий вчений*, 3.3, 167-170.

46. Улумбекова, Э. Г. (2002). *Аутизм*. Москва.

47. Уромова С. Е. (2014). Развитие двигательных навыков у детей с нарушениями интеллекта средствами физического воспитания. *Вестник Мининского университета*, 3, 11.

48. Феррари, П. (2006). *Детский аутизм*. Москва.

49. Чернецька, О. (2018). Особливості розвитку рухової сфери у аутичних дітей. *Фізичне виховання, спорт і культура здоровя у сучасному суспільстві*, 3, 166-168.

50. Чуприков, А. П., Хворова, Г. М. (2012). *Розлади спектра аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога*. Львів: Мс.

51. Шаповалова, І., Псарьова, А. (2017). Вплив засобів фізичної реабілітації на дітей з раннім дитячим аутизмом та з розладами спектру аутизму. *Фізична культура, спорт та здоров'я нації: збірник наукових праць*, 4 (23), 288–292.

52. Шипицына, Л. М. (2004). Интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья. *Воспитание и обучение детей с нарушениями развития,* 2, 7-9.

53. Шмонин, А. А., Мельникова, Е. В., Иванова, Г. Е., Мальцева, М. Н. (2016). Эрготерапия в реабилитации неврологических пациентов. *Consilium Medicum*, 2, 59-60.

54. Шпицберг, И. Л. (2013). Коррекция нарушений сенсорных систем у детей с расстройствами аутистического спектра. *Аутизм и нарушения развития*, 2, 33-45.

55. Эрготерапия : Электронное учебное пособие [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://manuals.sdc-eu.info.

56. Brian, J., Doyle-Thomas, K.A.R., Baribeau, D., & Anagnostou, E. (2016). Novel mechanisms and treatment approaches in autism spectrum disorder. *Discovery medicine*, 22(119), 47–54.

57. Cheng, Y., & Ye, J. (2010). Exploring the social competence of students with autism spectrum conditions in a collaborative virtual learning environment – the pilot study. *Journal Computers & Education*, 54(4), 1068–1077.

58. Christensen, D.L., Baio, J., Naarden, Braun K, Van Bilder, D., & Charles, J., et al. (2016). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years. *Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2012' Surveillance Summaries, April 1*, 2016, 65(3), 1–23.

59. Fabri, M., Awad Elzouki, S.Y., & Moore, D. (2017). Emotionally expressive avatars for chatting, learning and therapeutic intervention. *Human-Computer Interaction. Part II*I, Vol. 4552, 275–285.

60. Rogers, S.J., Vismara, L., Wagner, A.L., & McCormick, C., et al. (2014). Autism treatment in the first year of life: a pilot study of infant start, a parentimplemented intervention for symptomatic infants. *J Autism Dev. Disorder*, 44, 2981–2995.

ДОДАТОКИ

Додаток А

Комплекси вправ РГГ для дітей з РАС

1. «Ялинка» – ходьба за реабілітологом у колоні по одному зі зміною темпу (30 сек), біг у середньому темпі (20 сек), ходьба. Шикування у коло.

2. «Велика ялинка» – піднімання рук вгору. В.п. – стійка ноги на ширині ступні, руки опущені вниз. 1-2 – підняти руки через сторони вгору, показати, яка «висока виросла ялинка» (вдих); 3-4 – опустити руки через сторони вниз, які «в ялинки довгі гілки» (видих). Руки над головою, подивитися на них. Повторити 4-5 разів у повільному темпі.

3. «Ялинка гілками хитає» – рухи прямими руками вгору та вниз. В.п. – стійка ноги на ширині ступні, руки в сторони на рівні плечей. 1-4 – рухи прямими руками вгору і вниз. Повторити 4-5 разів у середньому темпі.

4. «Маленька ялинка» – присідання, з рухами прямих рук вперед. В.п. – стійка ноги на ширині ступні, руки опущені вниз. 1-2 – присісти, руки вперед, показати, яка «маленька ялинка» (видих); 3-4 – підвестися у в.п. (вдих). Присідати на всій ступні. Повторити 4 рази у повільному темпі.

5. «Дощик пішов і діти побігли додому», біг (35 сек) у повільному темпі. Ходьба (25 сек) з поступовим уповільненням темпу.

6. *Вправи з великим м'ячем*. Шикування дітей в колону по одному за зростом. Ходьба зі зміною темпу (40 сек.). Ходьба з високим підніманням стегна, як «конячка» (25 сек.). Біг у середньому темпі (30 сек.), ходьба. Шикування в кілька колон із зведенням ланок.

7. Піднімання м'яча вгору, за голову. В.п. – основна стійка, м'яч тримати обома руками, опущеними вниз. 1-2 – підняти м'яч вгору, за голову, торкнутися ним потилиці (вдих); 3-4 – опустити м'яч у в.п. (видих). Піднімаючи м'яч вгору, прогнутися упоперек. Повторити 6-8 разів у повільному темпі.

8. Нахили тулуба в сторони. В.п. – стійка ноги нарізно, м'яч на голові, підтримується руками. 1 – нахилити тулуб вправо (видих); 2 – повернутися у

в.п. (вдих); 3-4 – те саме вліво. Під час нахилу, п’ятки з підлоги не відривати. Повторити 6-8 разів у середньому темпі.

9. Нахили тулуба вперед. В.п. – стійка на колінах, м’яч біля грудей. 1-2 – нахилити тулуб вперед, сісти на п’ятки, торкнутися м’ячем підлоги перед колінами (видих); 3-4 – випрямитися у в.п. (вдих). Під час нахилу руки прямі. Повторити 6-8 разів у повільному темпі.

10. Повороти тулуба. В.п. – стійка ноги нарізно, руки з м’ячем внизу. 1 – повернути тулуб праворуч, підняти м’яч вперед (вдих); 2 – повернутися у в.п. (видих); 3-4 – те саме вліво. Руки прямі, п’ятки з підлоги не піднімати. Повторити 6-8 разів у середньому темпі.

11. Стрибки на обох ногах (пострибаємо, як м’ячик). В.п. – зімкнута стійка, м’яч перед грудьми. Стрибки на обох ногах. Повторити 16 разів. Біг у середньому темпі (30 сек.). Ходьба (35 сек.) у повільному темпі з підніманням рук в сторони (8 разів). Звичайна ходьба.

12. Вправа «Півник». В. п. – стоячи, ноги на ширині плечей. Підняти руки в сторони (вдих), опустити вниз (видих) і поплескати прямими руками по стегнах. Темп повільний. Повторити 4-6 разів.

Додаток Б

Вправи для вироблення стереотипу правильної постави для дітей з РАС

1. В.п. – стоячи, торкаючись 5-ма точками тіла до стіни (потилицею, лопатками, сідницями, литками та п’ятами). Голова повинна знаходитися в такому положенні, щоб ніздря і слуховий прохід були на одному рівні. 1–3 – зробити 2 кроки вперед, утримуючи правильну поставу; 4 – в.п.

2. В.п. – те ж: 1 – руки в сторони; 2 – руки вгору; 3 – руки в сторони; 4 – в.п.

3. В.п. – те ж: 1–2 – присісти (не відриваючи спини від стіни); 3–4 – в.п.

4. В.п. – те ж: 1 – зігнути праву ногу та притиснути її до грудної клітки; 2–3 – утримувати правильну поставу; 4 – в.п.

5. Стоячи з предметом на голові (мішечок з піском або сіллю, зошит, книжка): 1 – зробити упор присівши; 2 – стати на коліна; 3 – сісти на п’ятки; 4–6 – в.п., утримуючи мішечок на голові.

6. Притискання попереку до опори у в.п. – лежачи на спині.

7. Самостійне виправлення дефектів постави дитиною біля дзеркала з перевіркою положення тулуба батьками або реабілітологом.

8. Для створення стереотипу правильної постави дуже важливо виховувати у дитини вміння швидко змінювати напруження та розслаблення окремих м’язових груп. Наприклад: перевірити поставу, стоячи біля стіни з піднятими угору руками, відійти та зробити «вільне падіння» верхніх кінцівок, плечей, переходячи в положення розслабленого присідання. Потім, швидко піднятися та прийняти правильну поставу.

Додаток В

Вправи для розвитку дрібної моторики в дітей з РАС

1. Кільце

Кінчик великого пальця правої руки по черзі торкається кінчиків вказівного, середнього, безіменного пальців і мізинця; ту ж вправу виконувати пальцями лівої руки; ті ж рухи проводити одночасно пальцями правої і лівої руки;

2. Пальці вітаються

З'єднати пальці обох рук «будиночком». Кінчики пальців по черзі торкаються один одного: вітаються великий з великим, потім вказівний з вказівним і т.д.

3. Оса

Випрямити вказівний палець правої руки і здійснювати ним колові рухи; те ж лівою рукою; те ж двома руками.

4. Чоловічок

Вказівний і середній пальці «бігають» по столу; ті ж рухи проводити пальцями лівої руки; ті ж рухи проводити одночасно пальцями обох рук («діти біжать наввипередки»).

5. Коза

Витягнути вказівний палець і мізинець правої руки; ту ж вправу виконати пальцями лівої руки; ту ж вправу виконувати одночасно пальцями обох рук.

6. Окуляри

Утворити два кола з великого і вказівного пальців обох рук, з'єднати їх.

7. Зайчик

Витягнути вгору вказівний і середній пальці правої руки, а кінчики безіменного пальця і мізинця з'єднати з кінчиком великого пальця; ту ж вправу виконати пальцями лівої руки; ту ж вправу виконувати одночасно пальцями обох рук.

Продовження додатку В

8. Згинання-розгинання пальців

По черзі згинати пальці правої руки, починаючи з великого пальця; виконати ту ж вправу, лише згинати пальці, починаючи з мізинця; виконати дві попередні вправи пальцями лівої руки; зігнути пальці правої руки в кулак, по черзі випрямляти їх, починаючи з великого пальця; виконати ту ж вправу, лише випрямляти пальці, починаючи з мізинця; виконати дві попередні вправи пальцями лівої руки;

9. Квітка

Руки у вертикальному положенні, притиснути долоні обох рук одна до одної, потім злегка розсунути їх, округливши пальці.

10. Будиночок

Долоні направлені під кутом, кінчики пальців стикаються, кінчики мізинців торкаються один одного, утворюючи пряму лінію.

11. Човен

Обидві долоні поставлені на ребро, великі пальці притиснуті до долонь.

12. Стілець

Ліва долоня вертикально вгору, до її нижньої частини приставляється кулачок.

13. Стіл

Ліва рука в кулачок, зверху на кулачок опускається долонька.

14. Ланцюжок

Великий і вказівний пальці лівої руки – в кільце, через нього поперемінно пропускаються колечка з пальчиків правої руки.

Пальчики перебираємо

І ланцюжок ми маємо.

15. Кулька

Всі пальчики обох рук в щипці і стикаються кінчиками, в цьому положення дуємо на них, при цьому пальчики приймають форму кулі. Повітря «виходить» і пальчики приймають початкове положення.

Додаток Г

Ігри для розвитку координації рухів і рівноваги в дітей з РАС

П'ЯТНАШКИ

Мета: розвиток координації рухів, уміння змінювати напрямок руху.

Хід гри

Вибирають за допомогою лічилки ведучого, «п’ятнашку». Діти розбігаються. «П’ятнашка» намагається наздогнати й торкнутися рукою інших дітей.

Той, кого піймав «п’ятнашка», разом із ним ловить інших, обирається новий, хто водить, і гра триває.

СХІДНИЙ ОФІЦІАНТ

Мета: розвиток координації рухів, рівноваги, зміцнення м’язового «корсета» хребта, м’язового апарату стопи.

Матеріал: кубик або книга.

Хід гри

Дитина має розпрямитися, прийняти правильну поставу. Потрібно покласти їй на голову кубик або книгу й запропонувати порухатися праворуч приставним кроком. Потім те саме виконати ліворуч. При цих рухах дитина повинна намагатися не впустити кубик. Виграє той, хто зможе зробити більше кроків.

МИШКИ В КОМОРІ

Мета: тренування швидкості реакції, спритності та координації рухів, уміння орієнтуватися в просторі.

Матеріал: стільці, мотузка.

Хід гри

Діти зображують мишей. Вони сидять на стільцях по один бік майданчика (миші в норах). На протилежному боці майданчика на висоті

40–50 см натягнена мотузка, за якою міститься «комора». Збоку від дітей сидить ведучий, що грає роль кішки.

Кішка засинає, миші біжать до комори, вони пригинаються й підлазять під мотузку. Потім, сідаючи навпочіпки, гризуть сухарі: «хруп, хруп».

Кішка раптово прокидається й біжить за мишами. Миші вибігають із комори та швидко прямують до нірок. Кішка ловить мишей. Піймавши одну, вона саджає її окремо й повторює гру з іншими. Гра закінчується, коли всі миші будуть упіймані.

Після закінчення гри ведучий пропонує всім потягнутися, підняти голову догори: «Ви тепер не мишки, а славні дітлахи й будете добре зростати». При цьому ведучому необхідно контролювати поставу, змикання губ.

ВЛУЧ М’ЯЧЕМ ДО ВОРІТ

Мета: розвивати різнобічну координацію рухів, уміння тримати рівновагу; розвивати рухливість нервових процесів.

Матеріал: 2 стільці або 2 табуретки, рейка (1,5-2 м), м’ячик.

Хід гри:

Ведучий будує «ворота» (на спинки стільців або сидіння табуреток кладе рейку). Перед воротами на відстані 1,5–2 м кладе м’яч. Дитина має взяти м’яч, котити його до воріт і бігти за ним. Пройшовши ворота на чотирьох, дитина випрямляється, доганяє м’яч і, поклавши його на колишнє місце, сідає відпочивати.

Більш складний варіант: гру можна проводити на час. При цьому треба стежити за тим, щоб дитина бігла за м'ячем, зберігаючи пряму поставу, не горблячись.

ПЕРЕСТУПИ ЧЕРЕЗ МОТУЗКУ

Мета: розвивати координацію рухів, спритність; сформувати навичку переступання перешкоди.

Матеріал: мотузка, стільці.

Хід гри

Простягається й закріплюється мотузка на відстані 10-15 см над підлогою. Дитина сидить на стільці у 3-5 м від мотузки. За командою ведучого вона йде та переступає мотузку, потім повертається й знову переступає мотузку – і так, поки не переступить її по всій довжині. Якщо дитині це важко, то можна зробити 3-4 переступання.

Гру краще виконувати під ритмічну музику або плескання ведучого, що супроводжують кожне переступання через мотузку.

Ведучий має контролювати правильність постави й змикання губ (рот повинен бути закритий).

Починати можна з одного боку мотузки, а на іншому боці, на стілець, до якого прикріплена мотузка, можна покласти приз.

МАЛЕНЬКИЙ ГІМНАСТ

Мета: зміцнення м’язів тулуба й кінцівок; тренування органів рівноваги.

Хід гри

Батьки розповідають дитині про гімнастів, демонструють їхні гарні рухи, потім пропонують їй погратися «у гімнаста». Батьки, сидячи навпочіпки, міцно зчіплюють руки (права мамина й ліва татова), притискаючи їх до свого тіла. Іншими руками беруть дитину за руки. Вона стає однією ногою на руку тата, а іншою — на руку мами. Батьки повільно встають і піднімають дитину до рівня пояса в положенні стоячи (дитина розпрямляє спину). Після цього вони починають повільно ходити, спонукаючи дитину продовжувати стояти, зберігаючи правильну поставу. Поступово крок прискорюється. За 1-2 хвилини батьки знову сідають навпочіпки, і дитина зіскакує на землю.

Ця вправа справляє великий емоційний вплив на дитину й батьків, тому що рідко вдається пограти всім разом. Після гри рекомендується спільне чаювання.

БІЛОЧКА

Мета: зміцнення м'язів тулуба й кінцівок; розвиток координації рухів, спритності; тренування в ускладненій ходьбі.

Матеріал: гімнастична стінка, драбинки на дитячих майданчиках, яскрава улюблена іграшка.

Хід гри

Ведучий розповідає дитині про білочок: як вони живуть, чим харчуються. Ось одній білочці подарували іграшку, й вона хоче показати її іншим. «Принеси іграшку, як білочка», – каже ведучий

Дитина за допомогою дорослого піднімається гімнастичною драбиною. На верхній сходинці висить яскрава улюблена іграшка. Узявши іграшку, дитина має повільно спуститися вниз. Ведучому необхідно страхувати дитину, допомагаючи їй, якщо потрібно.

Розміщати іграшку потрібно спочатку на четвертій-п'ятій сходинках, потім піднімати її вище.

ПТАШКА

Мета: розвиток навичок стрибків, зміцнення м'язового «корсета» хребта, рівноваги.

Хід гри

Ведучий пропонує пограти «у пташку». Дитина сидить на килимі, схрестивши ноги й зігнувши руки в ліктях, торкаючись при цьому пальцями плечей («крильця»). Ведучий допомагає дитині розпрямити спину, погладжуючи її по лопатках і притягаючи лікті назад якнайближче до тіла. Потім дитина встає й стрибає на місці, як горобчик. 0683769375