



5. Васильєва Л. Ф. Мануальная терапия в общеклинической практике. Мануальная терапия. 2004. № 2.(14). С. 72–73.

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

**Ярмак Є. О.,
Котелевський В. І.**

**Yarmak Ye. O.
Kotelevskiy V. I.**

PHYSICAL THERAPY WITH ELEMENTS OF OCCUPATIONAL THERAPY FOR CHILDREN WITH AUTISTIC SPECT DISORDERS

The article analyzes the scientific and methodological and special literature on correctional and rehabilitation work with autistic children. The state of physical development and motor sphere of children with autism spectrum disorder is determined and the program of physical therapy with elements of occupational therapy in the conditions of inclusive resource center is described.

Key words: *autistic disorder, physical therapy, occupational therapy, manifestations, symptoms, motility.*

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ З ЕЛЕМЕНТАМИ ЕРГОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДОМ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

У статті проаналізовано науково-методичну та спеціальну літературу щодо корекційно-реабілітаційної роботи з аутистичними дітьми. Визначено стан фізичного розвитку та рухової сфери дітей з розладом аутистичного спектру і описано програму фізичної терапії з елементами ерготерапії в умовах інклюзивно-ресурсного центру.

Ключові слова: *аутистичний розлад, фізична терапія, ерготерапія, прояви, симптоматика, моторика.*

Постановка проблеми. 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 [1]. 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 [2].



Аналіз останніх досліджень і публікацій. Широке визнання в країнах Європи і США отримали комплексні програми ранньої реабілітації дітей з розладом аутистичного спектру. 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.

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

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.

Методи дослідження – аналіз науково-методичної літератури, аналіз документальних даних, педагогічний експеримент, педагогічне спостереження, шкала вираженості аутистичних проявів CARS (Childhood Autism Rating Scale).

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. Дослідження проводилося на базі Комунальної установи «Інклюзивно-ресурсний центр» Охтирської міської ради Сумської області. У дослідженні взяло участь 7 дітей дошкільного віку (4 хлопчики та 3 дівчинки), що склали основну експериментальну групу. Середній вік дітей з розладом аутистичного спектру 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 розлад аутистичного спектру 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) [6].

Напрями корекційної роботи на початковому етапі:

І. Установлення контакту з дитиною:

З дітьми 1 групи:

- спочатку дитина повинна звикнути до присутності психолога, уникати зорового контакту, не звертатися до дитини ані словом, ані жестом;

- встановлення тактильного контакту (діти полюбляють лазити по меблях, можна їх обережно підтримувати, згодом переносити через перешкоди, тихо говорити про навколишні предмети, не звертаючись при цьому до дитини; якщо



дитина напружується відпустити її; згодом можна покачати на руках, кружляти, уникаючи прямого контакту «очі в очі», класти дитину голівкою на плече, коли вона втомлена і перенасичена емоціями);

- поступово встановлювати зоровий контакт – спочатку погляд і посмішка повинні бути секундними, якщо погляди зустрічаються психолог, повинен перший його відвести; поступово дитина розслабляється на руках, наближається обличчям до його обличчя, дивиться у вічі; згодом дитина може самостійно підходити до психолога ззаду і навіть обняти його;

- наступний етап встановлення афективного контакту з довкіллям: ознайомлення з предметами довкілля, спочатку вербально, далі пасивно-активно за допомогою рук педагога; уся робота суворо дозована – такі діти швидко насичуються емоціями.

З дітьми 2 групи:

- будь-які контакти діти сприймають як катастрофу, у відповідь можуть скрикнути, співати, стукати та ін., тривалий час дитині потрібний щоб звикнути до присутності психолога, який не повинен спочатку виявляти активність, робити різкі рухи, говорити з дитиною або його матір'ю, яка постійно знаходиться поруч;

- наступний крок – встановлення зорового контакту (погляд, посмішка), а лише потім тактильний контакт;

- далі залучення психолога до афективної поведінки дитини: сумісні маніпуляції з водою, іграшками, піском, а також підключення до ритму емоційних дій дитини (сумісні співи, вистукування, стрибки, розхитування в такт), що дозволяє дитині зрозуміти, що сумісні ігри краще, ніж аутостимуляція, однак уникати при цьому можливої гіперприхильності дитини, так як психолог не може бути увесь час поруч, що може призвести до психічної травми; контакти – короткотривалі;

- спочатку контакт в ігровій формі – найкраще гра в піжмурки, а також ігри заборонного характеру (розплескування води – «шторм», розкидання кубиків та ін.); далі – вербальне коментування дій дитини і використання сюжетних ігор, поступово ускладнюючи їх [5].

З дітьми 3 групи:

- ці діти менш ніж діти 2 групи чутливо реагують на тактильні і зорові контакти, менш залежні від матері, зазвичай байдужі до близьких, або навпаки потяг до чужих людей, інколи потребують емоційного контакту; провокують у оточуючих афективні реакції – фантазують і говорять на одні і ті ж теми, не звертаючись до конкретної людини, а у простір, що викликає роздратування, при цьому на дратівливу поведінку дорослих не реагує; підкорюються дорослим лише після загроз, що може посилити негативізм у дитини до дорослих;

- перший етап встановлення контакту – зняття негативного відношення до психолога, однак встановлення тактильного і зорового контакту не достатньо;



- наступний ефективний прийом – вникнення у фантазії дитини (спочатку лише слухати з інтересом, далі коментування фантазій без їх оцінки, поступово втручатися у фантазії, ускладнюючи лінію сюжету, викликаючи нові емоції від позитивних вчинків (уявити дитини героєм) та оцінюючи їх;

- поступово навчати дитину діалогічного мовлення.

З дітьми 4 групи:

- діти зазвичай ласкаві, уразливі, однак сильна залежність від близьких, від яких постійно вимагають позитивної оцінки, схвалення, заважає вступати в контакт з іншими людьми;

- чутливі до тактильного і зорового контакту; емоційно бажають контакту, але швидко втомлюються під час них; труднощі розподілу уваги, знижене сприймання інструкцій;

- вступає у контакт, якщо від людини отримує позитивні емоції (ласкавий погляд, дотик, слово); при появі тривожності – знизити активність контакту; при правильному підході дитина майже відразу активно спілкується, дивиться на психолога, кличе погратися;

- наступний крок – розвиток у дитини розуміння емоційного смислу всього, що відбувається навколо, коментування різних життєвих ситуацій, а також моделювання (кубики, пластилін) і програвання можливих ситуацій [4].

Індивідуальні програми ерготерапії склалися 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 [3].

Активність дітей з розладом аутистичного спектру 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.

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 штани;
- 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.

Перспективою подальших досліджень є безпосередній аналіз результатів впровадження програми фізичної терапії на основі функціональних методів (тестування для визначення рівня окремих показників стану моторики, оцінювання ступеня порушення життєдіяльності за Міжнародною класифікацією функціонування).

Висновки. 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 розладом аутистичного спектру стає нездібними і не пристосованими до життя в суспільстві. Аналіз сучасних досліджень з проблеми організації психолого-педагогічної допомоги дітям з розладом аутистичного спектру 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. Фізичний розвиток і рухові здібності дітей з розладом аутистичного спектру 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.

Список використаної літератури:



1. Дубовик К. В. порушення рухових функцій при розладах аутистичного спектра у дітей. Клінічна типологія та терапія. *Нейро News. Психоневрологія і нейропсихіатрія*, 2019. № 3. 22–28.
2. Исакова И. Н. 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, 2017. № 2. 138–142.
3. Козій Т. П., Велюш Д. Ю. Ерготерапія як складова комплексної реабілітації при аутизмі та її ефективність. Сучасні проблеми логопедії та реабілітації, 2017. № 1. С. 22–28.
4. Морозова С. А. Аутизм: методические рекомендации по коррекционной работе: материалы к спецкурсу. Москва, 2014. 211 с.
5. Официальный сайт Association for Science in Autism Treatment (Американской ассоциации о научном подходе к лечению аутизма) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.asatonline.org>
6. Официальный сайт МКБ-10 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mkb10.com/b/62>