

Міністерство освіти і науки України

**Тернопільський національний педагогічний університет
імені Володимира Гнатюка**

**Факультет фізичного виховання
Кафедра фізичного виховання та реабілітації**

Кваліфікаційна робота

**Особливості фізкультурно-спортивної реабілітації дітей з розладами
аутистичного спектру**

Спеціальність:

**017 Фізична культура і спорт
(Фізкультурно-спортивна реабілітація)**

Студенки групи мФСР-23
Петрик Христини Володимирівни

Науковий керівник:
кандидат медичних наук, доцент
Барладин Ольга Романівна

Рецензент:
кандидат медичних наук, доцент
Салук Іван Андрійович

Робота захищена з оцінкою:
Національна шкала _____
Кількість балів: ___ Оцінка: ECTS _____

Тернопіль - 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ	6
1.1. Загальна характеристика синдрому раннього дитячого аутизму.....	6
1.2. Характеристика порушень рухових функцій у дітей з розладами аутистичного спектру.....	14
1.3. Сучасні підходи до фізкультурно-спортивної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектру.....	15
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	32
2.1. Методи дослідження.....	32
2.2. Організація дослідження.....	33
РОЗДІЛ 3. ЗМІСТ ПРОГРАМИ ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА	35
РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	43
ВИСНОВКИ.....	48
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	49

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема аутизму для українського і світового суспільства не є новою. Аутизм є порушенням психічного розвитку дитини, яке характеризується відхиленнями в поведінці, соціальній взаємодії та спілкуванні. Дослідженням проблеми аутизму, займалися багато вітчизняних науковців, зокрема: Я. Бікшаєва, Я. Возніца, К. Дубовик, та ін. Проблему також досліджували зарубіжні вчені, такі як: С. Барон-Коуен, Р. Грегори, М. Деван, та ін.

Науковцями визначено, що подолання або послаблення недоліків у психічному та (або) фізичному розвитку дітей, а також вибір корекційної програми повністю залежить від якісної діагностики.

За даними провідних світових організацій, що займаються питаннями аутизму, в останні роки поширеність цього розладу неухильно зростає і на сьогоднішній момент складає 1% від усього населення планети. При чому, більшість випадків припадає на хлопчиків - аутизм зустрічається у 1 хлопчика з 54, в порівнянні з 1 дівчинкою з 252 [4].

Між тим, поширеність аутизму в Україні залишається невідомою через відсутність статистики та складнощі діагностики. Існуючі цифри епідеміології аутизму в Україні не відображають реальний стан і є суперечливими. Так, за даними МОЗ, в Україні є 3200 людей з аутизмом, але насправді, за даними громадських організацій, реальні цифри в рази вище [5].

Проблема раннього дитячого аутизму, як одного з найбільш загадкових і пожиттєвих порушень психічного розвитку, є не тільки медичною, але й соціальною та на сьогоднішній день недостатньо вивчена. Перед родинами найчастіше постають питання, що пов'язані з такими особливостями поведінки дітей, як уникання спілкування, нездатність гратися з дітьми, стереотипність у поведінці, відсутність інтересу до навколишнього світу, страхи, самоагресія, агресія. Може відзначатися затримка розумового і мовленнєвого розвитку, що посилюється з віком і ускладнює процеси навчання, виховання і реабілітації [2].

В Україні проблема дитячого аутизму постає на сьогодні особливо гостро у

сфері освіти, медицини та пов'язана з визнанням прав такої дитини, її інтересів, потреб та наданням відповідної допомоги. Майже половина родин, де виховується дитина з аутизмом, стикаються зі складностями потрапити дитині з аутизмом до дитячого садка, школи і своєчасно почати корекційну роботу, хоча відомо, що методики корекції для дітей з аутизмом ефективні саме в ранньому віці - до 7 років. Якщо діагноз був поставлений до півтора років і своєчасно проведені комплексні корекційні заходи, то до семи років можна адаптувати дитину до життя в суспільстві, навчити її справлятися з власними страхами, контролювати емоції [5].

Мета роботи - обґрунтувати та розробити комплексну програму фізкультурно-спортивної реабілітації дітей з аутизмом з розладами комунікативно-мовленнєвої та рухової сфери.

Об'єкт дослідження: фізкультурно-спортивна реабілітація дітей з аутизмом з розладами комунікативно-мовленнєвої та рухової сфери.

Предмет дослідження: зміст та структура комплексної програми фізичної терапії дітей з аутизмом з розладами комунікативно-мовленнєвої та рухової сфери.

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 РАС і розробити програму фізкультурно-спортивної реабілітації в умовах інклюзивно-ресурсного центру.
3. Проаналізувати динаміку досліджуваних показників та оцінити ефективність впливу програми фізкультурно-спортивної реабілітації на рухові та моторні функції дітей з РАС

Для досягнення мети та розв'язання поставлених завдань у роботі було використано комплекс взаємодоповнюючих **методів дослідження:** аналіз науково-методичної літератури, аналіз документальних даних, педагогічні методи дослідження (педагогічний експеримент, педагогічне спостереження),

методи оцінювання рухового та функціонального стану, шкала вираженості аутистичних проявів CARS (Childhood Autism Rating Scale), методи математичної статистики.

Теоретичне значення дослідження полягає в аналізі та обґрунтуванні ефективності використання засобів фізкультурно-спортивної реабілітації 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 організацій, інклюзивних центрів, реабілітаційних організацій, що спеціалізуються на проблемі розладу аутистичного спектру у дітей.

РОЗДІЛ 1. ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

1.1. Загальна характеристика синдрому раннього дитячого аутизму

У сучасній медико-психологічній літературі аутизм розглядають як загальний розлад розвитку, який виявляється у ранньому дитинстві та триває протягом усього життя [1]. Люди з аутизмом неадекватно реагують на оточуючих, погано засвоюють навички, які необхідні для спілкування, схильні до ригідної поведінки та стереотипних дій [5].

У становленні теорії аутизму можна виділити декілька головних етапів [4]:

I етап - донозологічний період (кінець XIX - початок XX ст.), який характеризується окремими згадками про дітей із прагненням до самотності та втечі. Першим спеціалістом, який звернув особливу увагу на малих дітей з тяжкими психічними порушеннями, був психіатр Г. Маудслей (1867), який розглядав такі розлади як «психози».

II етап - доканнерівський період (20 - 40-ті рр. XX ст.), який пов'язується з виявленням у дітей так званої шизоїдії. Саме в цей період виник термін «аутизм» (грец. «autos» - «сам»). Його в наукову термінологію психіатрії ввів Е. Бльойлер (1920). Аутизм він трактував як симптом шизофренії і охарактеризував його як відчуження від реальності з наявністю внутрішнього життя, особливого світу мрій і фантазій. Згодом він визнав наявність симптомів аутизму у клінічній картині таких хвороб, як маніакально-депресивний психоз (МДП), шизоїдна психопатія, істеричні та афективні розлади. На думку вченого, в основі аутизму лежать афективні комплекси і порушення мислення, у працях Е Бльойлера (а згодом і Л. Каннера) йде мова про замкнених дітей, хоча більш пізніші дослідження, проведені з метою виявлення соціальних ознак аутизму (С. Байрон-Кохен, Л. Бобкович, Л. Вінг, Дж. Глатзель та ін.), засвідчили, що назва не достатньо відображає зміст проблеми, оскільки багатьох аутистичних дітей

можна охарактеризувати як «активних», але «дивних», однак не замкнених.

У 1938 році австрійський педіатр і психіатр Ганс Аспергер у своїй лекції з дитячої психології використав термін Блейлера «аутичні психопатії» (Asperger H. (1938). Ганс Аспергер (1906-1980) досліджував один з розладів аутичного спектру, згодом названий синдромом Аспергера, який, лише в 1981 році отримав визнання як самостійний діагноз. Серед особливих проявів синдрому названо: «неприродний» мовленнєвий розвиток, коли можливість говорити випереджає здатність ходити, а також незвичайна інтонація мови, стереотипні дії в іграх і захопленнях, неспроможність встановлювати повноцінний візуальний контакт. Кажучи про природу аутизму, Г. Аспергер вказував на біологічну ваду афективного контакту (у пренатальний або натальний період), а також дійшов висновку, що аутистичну психопатію спадково зумовлено [7, с. 15].

Багато клініцистів запропонували своє розуміння поняття аутизму. На думку Е. Мінковські (1927), аутизм є наслідком порушення «вітального» інстинкту. Дж. Глатзель (1982) проаналізував аутизм в аспекті інформаційного порушення між особистістю і середовищем. У дитячій психіатрії поняття аутизму як синдрому почали використовувати з часу виділення ранньої дитячої шизофренії (Г. Сухарьова, 1926, 1937, Л. Бендер, 1933, 1956, Дж. Лутц, 1938) і шизоїдії (Т. Симеон, 1929, А. Хомбургер, 1926 та ін.). Т. Симеон вперше простеживши за формуванням шизоїдної психопатії у дітей 3 - 5 років, дійшла висновку, що їм властиві аутизм і мала прив'язаність до об'єктів реального світу. На цьому етапі перед клініцистами стояла проблема доказу можливості формування аутизму в незрілої особистості дитини. В. Гиляровський (1938) писав про аутизм як про «своєрідний розлад свідомості свого «Я» та всієї особистості з порушенням нормальних настановлень до довкілля» [3].

III етап - каннерівський період (40-80-ті роки XX ст.). У цей період були опубліковані кардинальні праці з дитячого аутизму, одним з перших авторів яких був Л. Каннер (1943). Автор описує особливі стани у дітей, що проявляються з перших років життя й зумовлені крайньою самоізоляцією. Він запропонував назвати ці стани «раннім дитячим аутизмом». Концепція раннього

дитячого аутизму Каннера відрізнялася від бльойлерівського трактування аутизму, незважаючи на те, що у витоках цієї концепції лежали найвідоміші дослідження аутизму при шизофренії, шизоїдії.

Л. Каннер вважав, що синдром раннього дитячого аутизму частіше трапляється у дітей, ніж це вважалось раніше, і що ранній дитячий аутизм помилково розглядали як розумову відсталість або дитячу шизофренію. Каннер виділяв п'ять головних критеріїв дитячого аутизму [6, с. 11]: 1) глибоке порушення контакту з іншими людьми, 2) нав'язливе прагнення до одноманітних форм активності, 3) поглинутість предметами, які крутяться, 4) мутизм, або мовлення, не спрямоване на міжособистісне спілкування, 5) високий когнітивний потенціал. Л. Каннер дійшов висновку, що головними критеріями дитячого аутизму є глибоке порушення контакту з іншими людьми та нав'язливе прагнення до одноманітних форм активності, а від трьох інших критеріїв автор відмовився.

Складні й різні психопатологічні симптоми в клініці дитячого аутизму були підставою для того, щоб розглядати це захворювання як окремий розлад, але феноменологічне визначення Каннер зберіг за ним колишнє - аутизм. Це зумовило плутанину понять дитячого аутизму як розладу та аутизму як симптому (за Е. Бльойлером). Тому, коли йдеться про ранній дитячий аутизм, мається на увазі не симптом аутизму в бльойлерівському розумінні, який постає як ознака різних хвороб і насамперед шизофренії, а розлад (хвороба), названий раннім дитячим аутизмом Каннера, або синдромом Каннера [6].

IV етап - постканнерівський період (50-90 рр. XX ст.). Аутистичні розлади у дітей вивчали за допомогою уточнення клініко-психопатологічних особливостей раннього дитячого аутизму. В результаті досліджень багатьох авторів у структурі раннього дитячого аутизму вдалося виявити такі розлади, як порушення апетиту, відсутність адаптації до оточення, а також афективні розлади, уточнено терміни розгорнутого прояву (до 3-5 р.) клініки дитячого аутизму і можливість виникнення позитивних психопатологічних розладів поряд із симптомами порушення розвитку всіх сфер діяльності.

Дослідження відомих психіатрів М. Ш. Вроно і його співробітників привели до висновку про неоднорідність синдрому Каннера і переважному відношенні його до шизофренії. Було обстежено 300 хворих з дитячою шизофренією, з них 32 хворих з синдромом Каннера. Однак при динамічному обстеженні тільки у 9 спостерігався «істинний синдром Каннера», а в ході катamnестического спостереження кількість цих хворих скоротилася до 8 осіб. У зв'язку з цим автори підкреслювали необхідність диференціальної діагностики аутизму від аутистических станів, що виникають у дитини після нападу шизофренії [4].

З'явилися праці, у яких автори доводили не специфічність раннього дитячого аутизму. Послідовники психогенезу пов'язували формування раннього дитячого аутизму з порушенням симбіозу між матір'ю і дитиною, розладом адаптаційних механізмів у незрілої особистості, зі слабкістю інтеграційних процесів у нервовій системі дитини, із впливом таких зовнішніх чинників, як пологи, вікові кризові періоди, інфекції, травми, відстоюючи багатofакторність раннього дитячого аутизму [6]. Великі досягнення у сфері вивчення диференційованих форм розумової відсталості привели до опису аутистичних симптомів при розумовій відсталості, фенілпіровиноградній олігофренії, Х-ламкій хромосомі, синдромі Дауна й інших розладах. З дитячої шизофренії був виділений і ретельно описаний синдром Ретта, за наявності якого відзначалися аутистичні симптоми виявлялися на першій стадії його розвитку [2].

Отже, аутизм у сучасній науці розглядається як загальний розлад розвитку. Виділяють 4 періоди у трактування даного поняття. Залежно від наукового напрямку, в аспекті якого розглядають аутистичні розлади, їх природу і клініку, відповідно верифікують як симптом, синдром, хворобу, патологію розвитку.

У наш час в усьому світі відбуваються процеси глибоких глобальних структурних та соціальних змін. Перспективи подальшого розвитку сучасного суспільства багато в чому залежать від функціонування дитинства, в якому закладаються явища та процеси майбутнього. Дітям "епохи змін" притаманні "дезадаптаційні" хвороби, які, в першу чергу, проявляються психічними зах-

ворюваннями. Однією з головних сучасних світових медико-соціальних проблем є психічні захворювання у дітей. Причому, високу частку серед усіх психічних захворювань у дітей займають розлади психологічного розвитку, в тому числі, розлади спектру аутизму (РСА).

В останнє десятиріччя поширеність розладів спектру аутизму суттєво зросла у всьому світі, серед усіх верст населення та в різних країнах проживання настільки, що їх можна вважати зоною ризику для всього людства. Сучасне визначення аутизму - це складне нейробіологічне порушення психологічного розвитку. Поняття "аутизм" вперше було введено Е.Блейлером [1911] для позначення глибокого відриву від реальності та для позначення крайньої десоціалізації особистості в рамках шизофренічного мислення і зосередженості на своїх афективних переживаннях.

У 1979 році у Великобританії Лорна Вінг разом з Джудіт Гоулд провели епідеміологічне обстеження "аутичних" дітей дітей з розумовою відсталістю. В результаті ретельного вивчення і порівняння 2 груп обстежуваних дітей вчені прийшли до висновку, що основна причинність виникнення РСА у дітей має соціальну природу, оскільки діти з аутизмом, незалежно від рівня розвитку інтелекту, нездатні вступати у соціальний контакт, тоді як розумово відсталі діти можуть бути соціальними. Л.Вінг описала порушення соціальної сфери, властиві дітям з аутизмом, які проявляються в трьох різних галузях функціонування, як "тріаду порушень соціальної взаємодії": 1. Порушення соціальної взаємодії. 2. Порушення соціальної комунікації. 3. Порушення уяви[6].

Л.Вінг та Д.Гоулд ввели в науковий та практичний обіг поняття "розлади спектру аутизму", підкреслюючи різноманітність проявів захворювання. Сьогодні більшість фахівців використовують термін "порушення аутистичного спектру", який запропонований Л.Вінг. МКХ-10, американська класифікація DSM-IV відносять аутизм до групи первазивних розладів. Не всі дослідники погоджуються з терміном "первазивні".

Так О.Богдашина вважає це серйозною помилкою у зв'язку з тим, що аутизм являє собою порушення, якому притаманне недостатнє соціальне

функціонування і, отже, більш правомірно віднести аутизм до категорії специфічних порушень розвитку [2].

За даними Американської асоціації з аутизму під поняттям "аутизм" розуміється глибоке вроджене порушення, біоневрологічного характеру, яке, зазвичай, виявляється протягом перших 3-х років життя. Деякі дослідники пов'язують аутизм з порушенням структури та функцій головного мозку.

В осіб з аутизмом порушена комунікативна функція і соціальна взаємодія, у них можуть бути високі здібності у деяких в галузях, які супроводжуються глибоким порушенням звичайних побутових навичок. Окрім того, найчастіше, у дітей з РСА зустрічаються розумова відсталість і сенсорні розлади. Найчастіше дослідження атипового аутизму пов'язано з вивченням розумової відсталості у дітей. У зв'язку з цим об'єктом інтересу різних фахівців (психіатрів, психологів, педагогів) постають діти з поєднаними порушеннями психічного розвитку, серед яких особливою категорією є діти, які страждають на аутизм з розумовою відсталістю.

За міжнародною кваліфікаційною шкалою атиповий аутизм - це тип загального розладу психологічного розвитку, який відрізняється від дитячого аутизму або віком початку, або відсутністю хоча б одного з трьох діагностичних критеріїв. У класифікації чітко визначений рік, коли вперше виявляються порушення: тільки у віці після трьох років. Якщо порушення спектру аутизму виявляються в іншому віці за цієї класифікацією обов'язкова відсутність досить виразних порушень в одній або двох з трьох психопатологічних сфер, необхідних для діагнозу аутизму, а саме: порушення у сфері соціальної взаємодії, спілкуванні та обмеженій, стереотипній повторюваній поведінці. Окрім того, підкреслюється, що атиповий аутизм найбільш часто виникає у дітей з глибокою розумовою відсталістю, у котрих дуже низький рівень функціонування. Ця хвороба також зустрічається в осіб з важким специфічним розладом розвитку рецептивної мови [4].

До цієї рубрики за міжнародною кваліфікаційною шкалою включають: помірну розумову відсталість з аутистичними рисами, атиповий дитячий психоз.

Неоднозначність діагностичних критеріїв в практичній медицині викликає тенденцію незрозумілості в діагностуванні атипового аутизму. Найчастіше дитячими лікарями-психіатрами діагностується атиповий аутизм з розумовою відсталістю. На жаль, більш пізній прояв (після 3 років) "тріади порушень" при аутизмі (порушення соціальної взаємодії, порушення спілкування, стереотипність поведінки) у дитини лікарями береться до уваги рідко.

Поширеність атипового аутизму за даними дослідників коливається від 2-3 випадків на 10000, відношення хлопчиків до дівчаток 5:1. З етіологічних факторів вказуються ускладнення при вагітності та пологах. Клінічна картина атипового аутизму немає класичного варіанту. Комбінація симптомів може бути різноманітною: від повної відсутності соціальної взаємодії до бажання спілкування з оточуючими, але неспроможності до цього в зв'язку з наявністю мовних порушень. Стереотипії також можуть бути не завжди зрозумілими для оточуючих: ці діти, які хворі на аутизм можуть годинами підкидати якийсь предмет. Прихильність до чіткого дотримання розпорядку дня, тижня, до ритуалів щоденного існування притаманне для дітей з цим захворюванням. Відома дослідниця аутизму у дітей Башина В.М. вважає, що у класифікації атипового аутизму "... можна побачити спробу відмови від діагностики ранньої дитячої шизофренії", та врахований і деонтологічний аспект. Такий підхід дозволяє "захистити" родину дитини-аутиста від грізного діагнозу шизофренії. Така позиція пропонується на базі синдромальної верифікації цих аутистичних розладів, заперечувати її доцільність навряд чи можливо.

Як бачимо, систематизація розладів спектру аутизму в дитинстві в МКБ-10, яка запропонована ВООЗ, "відображає стан проблеми аутизму в дитинстві на сучасному рівні ..." [12].

Клінічні прояви атипового аутизму мають всі аутистичні риси РАС: порушення соціальної взаємодії у вигляді відсутності реакції на емоції інших людей, якісного порушення (вербальних і невербальних) навичок спілкування, таких, як уникнення зорового контакту, затримка або відсутність мовного спілкування, повторювану, стереотипову поведінку, ритуальні дії. У подальшому

розвиток хвороби залежить від багатьох факторів: генетичних, родинних, конституційних.

І все ж, треба підкреслити, що кожна дитина з атиповим аутизмом індивідуальна та має свій вигляд. До підтвердження цього нижче наводиться декілька клінічних прикладів.

Клінічний приклад 1. Хвора Д., 2018 року народження, поступила до дитячого відділення Житомирської обласної психіатричної лікарні №1 за направленням дільничного психіатра зі скаргами на відсутність мовлення, агресію до однолітків, дратливість. З анамнезу: дитина з неповної родини, батьки розлучені, батько зловживав алкоголем. Вагітність проходила без ускладнень, пологи вчасні, народилася недоношеною, вагою 2500г. У ранньому дитинстві в розвитку відставала від однолітків: ходити почала у 2 роки, поодинокі слова почала промовляти у 2,5 роки. Дитячий садок не відвідувала. До школи пішла у 8 років. З педагогічної характеристики: "...Програмний матеріал не засвоює. Легко йде на контакт, охайна, приємної зовнішності, допомагає мамі доглядати за молодшими сестричками, дома розмовляє та співає пісні, але має недостатню координацію рухів. Дівчинка стискає кулачки під час хвилювання та втоми. У неї порушено сприйняття предметів, геометричних форм, розміру, кольору. Увага нестійка. Пам'ять механічна. Мислення конкретне - образне. Дівчинка не говорить, на запитання відповідає жестами ..." Психічний статус: Мовному контакту недоступна. На запитання відповідає кивком голови. Зоровий контакт підтримує короткочасно. Невербальні завдання не виконує. Гіпомімічна, емоційно невиразна, темп психічної діяльності сповільнений. Інтелект знижений. Стереотипічні погойдування головою. Консультована дитячим неврологом, органічних порушень ЦНС не виявлено. Висновок логопеда: порушення мовного спілкування. Обстеження психолога:діагноз, що відповідає ступеню легкої розумової відсталості. Діагноз: атиповий аутизм.

Атиповий аутизм за клінічними проявами відноситься до розладів спектру аутизму, з'єднуючим фактором з іншими нозологічними формами аутизму є класична тріада порушень: соціальної взаємодії, повторювана стереотипова

поведінка, ритуальні дії, побоювання будь-яких змін в оточенні. Особливістю ознак атипового аутизму є відсутність хоча б одного з трьох діагностичних критеріїв.

Хвороба може початися у дітей лише у віці після трьох років. Клінічні прояви атипового аутизму чітко індивідуальні, тому лікування та корекційні заходи повинні бути індивідуалізованими.

Отже, аналіз та вивчення особливостей клінічних проявів атипового аутизму переконливо свідчить про необхідність подальшого комплексного дослідження цієї вкрай актуальної проблеми дитячої психіатрії.

1.2. Характеристика порушень рухових функцій у дітей з розладами аутистичного спектру

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.

1.3. Сучасні підходи до фізкультурно-спортивної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектру

Мозочкова та вестибюлярна гімнастика представлена на більш складних пристосуваннях (гіроскутер, дошка Белгау), виконуються дитиною в домашніх умовах під наглядом батьків, які повинні усестороннє розвивати свою дитину (тим більш з недоліками розвитку), і на вибір дитини або за рівнем своїх статків купляти те чи інше пристосування. Ці вправи повинні бути спрямовані не тільки на витривалість, але і на розвиток спритності і вестибулярної стійкості, що забезпечується виконанням так званих слаломних вправ, тобто пересуванням між фішок за складними маршрутами, що можливо лише з великою кількістю як лівобічних, так і правобічних поворотів та розворотів.

Кінезотейпування голови, обличчя та шиї має також досить ефективний фізіологічний вплив на психологічні, соціальні, розумові, кінгівні, мовленнєві та рухові функції дитини.

Кінезіотейпування - проста та ефективна процедура для відновлення розтягнення зв'язок, зняття набряків, роботи опорно-рухової системи, а також при неврологічних та багатьох інших змінах. Ця методика найбільш поширена у спортсменів тому, що допомагає в короткі терміни усунути гематоми та набряки, а також впоратися з розтягненнями. Процедура проводиться шляхом накладення бавовняних тейпів (у вигляді смужок) на ділянку, що турбує. Тейпи виробляють тільки з натуральних тканин, в тому числі бавовна, завдяки чому шкіра дихає, покращує лімфообіг та кровообіг, тим самим дозволяє носити їх до тижня 24 години на добу [12].

Кінезіотейпування дозволяється застосовувати не тільки дорослим, але й дітям. Адже тейпи зовсім не обмежують рухи малюка та одночасно діють на потрібну ділянку. Дітей абсолютно не лякають різнокольорові смужки на їх тілі, що робить процес наклеювання тейпів у дітей безболісним та дуже цікавим. Тейпи, виконані з 100% натуральних тканин, не викликають алергічних реакцій та подразнень на шкірі малюків.

У дитячому віці до кінезіотейпування вдаються при наявності:

1. Аутизм, ДЦП, синдром Дауна.
2. Психічні відхилення.
3. Логопедичні та дефектологічні проблеми
4. Набряки різного походження та різних ділянок.
5. Плоскостопість, деформація нижніх кінцівок.
6. Проблеми в роботі опорно-рухової системи.
7. Удари, розтягнення, спортивні травми.
8. Викривлень шийного відділу хребта, порушення постави та сколіоз тощо.

Найчастіше протипоказанням до кінезіотейпування служить дитячий вік менше 6 місяців. Але в окремих випадках, при діагностуванні одного з цих захворювань, тейпи дозволяється наклеювати одразу після народження. Таке рішення приймається тільки лікарем [7].

Мінімальна стимуляція рецепторного апарату шкірних покривів, подшкірножирової клітковини, фасції передньої поверхні шиї призводить до включення функції центрування голови і шийного відділу, заснованої на активації аутохтонної мускулатури на тлі зміни рецепції. Різні варіанти тейпування обличчя не є взаємовиключними. Найкраще чергувати дані підходи, що призводить до різноманітних результатами, потенціювання впливу.

Дитячий аутизм в даний час розглядається як біологічно обумовлене особливе порушення психічного розвитку, центральне місце в якому займають труднощі комунікації і соціалізації, тісно пов'язані з мовними проблемами. Особливості мовних проявів дітей з аутизмом широко представлені в клінічних

дослідженнях. Описано феномени мутизма, ехолалії, реверс займенників, «телеграфної» і «фонографічної» промови. У психологічних дослідженнях порушення мовного розвитку при аутизмі розглядається в контексті спотвореного психічного розвитку в тісному зв'язку з труднощами комунікації.

Відомо, що в основі спотвореного розвитку лежить комплекс емоційних і когнітивних проблем, тому і особливості мовленнєвого розвитку аутичної дитини повинні бути розглянуті як результат їх взаємодії. Специфіку мови аутичного дитини неможливо зрозуміти поза врахуванням особливого когнітивного стилю, властивого йому у взаємодії з іншою людиною і з середовищем в цілому. Цей стиль обумовлений труднощами активної переробки інформації, тенденцією сприймати і зберігати її цілісними блоками, стереотипами і використовувати у формі готових штампів, що проявляється в освоєнні такою дитиною не тільки мовних, але і моторних навичок, форм соціальної поведінки [6].

Загальновизнано, що гра - ключовий фактор у розвитку дитини. Ігрова діяльність має велике значення у формуванні пізнавальних процесів. В ході гри у дитини активно розвиваються основні форми мислення, мова та уява, удосконалюються дослідницькі навички, формується зв'язок між образом, словом і його значенням, розширюються творчі здібності.

У процесі гри в ранньому та дошкільному віці відбувається становлення особистісних якостей, формуються особливості характеру, емоційно-вольової сфери, емпатія, вольова регуляція поведінки, дії, комунікації та соціальної перцепції. Під час гри відбувається взаємодія дитини з навколишнім світом, дитина розіграє певний сюжет і ролі, в результаті чого він починає усвідомлювати соціальні норми і правила [16].

В ході онтогенезу паралельно з розвитком дитини змінюється і гра. Згідно з уявленнями Виготського, Ельконіна в період дитинства провідною діяльністю дитини є безпосереднє емоційне спілкування з дорослим. У подібній ситуації першим об'єктом гри стає сам дорослий. На думку Лісіна, ситуативно-особистісна форма спілкування переважає протягом перших 6 місяців життя

дитини. У цей період «гра» являє собою спілкування, при якому використовується міміка, жести, вокалізації. До кінця першого півріччя починає формуватися здатність до імітації та наслідування, проявлятися увага до емоційних реакцій інших людей. Друге півріччя характеризується появою ситуативно-ділової форми спілкування, у дитини з'являється потреба в співробітництві з дорослим, яка здійснюється на базі гри з різними предметами, при цьому широко використовуються різноманітні сенсомоторні схеми, маніпуляції з предметами [17].

Заняття з фізкультурно-спортивної реабілітації в усіх вікових групах повинні мати чітку структуру, так звану ритуальність. Початок заняття (переодягання перед заняттям, вітання), зацікавлення дітей, повідомлення мети, мотив до діяльності та самостійний вибір потрібного інвентарю (в групах молодшого віку з активною допомогою реабілітолога, в групах старшого віку - за вказівкою реабілітолога або самостійно), дитина або діти беруть все необхідне та виставляють із шафи на стіл, діти готують зал, реабілітолог здійснює показ із поясненням виконання, закріплення деяких ключових моментів у схемах, виконання роботи дітьми, прибирання залу, прибирання інвентарю до шаф, закінчення заняття (прощання).

В процесі фізкультурно-спортивної реабілітації необхідно формувати міцні рухові навички та забезпечувати якість їх виконання, розвивати: швидкість, спритність, загальну витривалість, гнучкість і силу, потребу в щоденній руховій діяльності, самостійність у рухливих іграх.

Заняття з фізкультурно-спортивної реабілітації у дітей з аутизмом виховує: здатність дотримуватися правил гри, взаємодопомогу, коректне ставлення до однолітків, звичку доводити розпочату справу до кінця, здатність отримувати кінцевий результат своїх трудових зусиль, здатність долати труднощі на шляху до мети [1, 12, 19].

Впровадження фізкультурно-спортивної реабілітації сприяє всебічному розвитку, враховуючи вік дітей та їх індивідуальні особливості, навчає дбати про своє здоров'я та здоров'я людей, що навколо, систематично займатися спортом,

загартовуватися, дбайливо ставитися до свого тіла та організму, вміти його доглядати.

Також слід формувати у дітей потребу в щоденному виконанні ранкової гімнастики (тривалість 8—10 хв), розвивати вміння чітко виконувати загально-розвивальні вправи з різних вихідних положень, з більшою амплітудою, в заданому темпі.

З батьками проводити просвітницьку роботу щодо створення сприятливих умов для свідомого сприйняття дітьми правил безпечної поведінки вдома: поводження з незнайомими предметами та речовинами, вогнем, електроприладами вдома, на вулиці - дотримання правил дорожнього руху, зустріч з незнайомими людьми, тваринами, під час відпочинку на водоймі, у лісі, в екстремальних умовах (пожежа, повінь) і т.д. Батьки також повинні закріплювати уявлення дитини про себе та власне тіло, виховувати позитивне ставлення до власної зовнішності (гарні очі, колір та пишність волосся, струнка постава).

Проаналізувавши науково-методичну літературу, враховуючи результати обстеження дітей з аутизмом були визначені основні аспекти програми роботи з даним контингентом та дієві засоби фізкультурно-спортивної реабілітації.

На початку та наприкінці дослідження було проведено обстеження фізичного розвитку дітей з аутизмом.

Ефективність призначення методів фізкультурно-спортивної реабілітації ми досліджували за допомогою візуального спостереження, за зміною амплітуди руху суглобів, аналізом діапазону рухів верхніх та нижніх кінцівок, появою нового рухового навичка. Спостереження проводили на початку і в кінці курсу лікування.

Кожен метод фізкультурно-спортивної реабілітації в нашому центрі був виділений в окрему процедуру. Нами був розроблений і адаптований для нашого центру протокол призначення методів фізкультурно-спортивної реабілітації. Призначення кожного метода відбувалося в залежності від діагнозу, супутніх

захворювань, віку дитини і рівня рухових порушень за міжнародною класифікацією великих моторних функцій (GMFCS). Комбінування методів відбувалося таким же чином. Протокол призначень мав наступний вигляд.

Войта-терапію отримували пацієнти віком від 0 — 1,5 років I, II, III, tV рівня рухових порушень за міжнародною класифікацією великих моторних функцій (GMFCS), діти 1,5 — 2 років III, IV рівня, діти 2-4 років III, IV рівня. Тобто дану процедуру отримували діти, які знаходились на етапі підйому голови, повзання по пластунські і переворотів. Нейрокінезітерапія застосовувалась майже зі всіма процедурами відділення (Войта — терапія, Бобат — терапія, ЛФК, реабілітаційна клітка, Tygosolution, гідрокінезотерапія), тим паче при роботі з важкими пацієнтами 0V рівня). Бобат- терапію призначали дітям віком 1,5 — 2,5 років II рівня (GMFCS), 2 — 4 років — I, II, III, IV рівня. Тобто дану процедуру отримували діти, які знаходились на етапі підйому голови, повзання по пластунські, переворотів, повзання рачки і починали вертикалізуватись і ходити. Сенсорну інтеграцію отримували діти віком 1,5 — 2 років — I, II рівня, 2 — 4 років — I, II рівня, 4 — 6 років — I рівня

— це пацієнти, які були вертикалізовані, ходили с підтримкою і мали обмеження в ході. Лікувальну гімнастику отримували діти віком 2-4 років -III рівня, 4-6 років — I, III, IV рівня, 6-12 років — III, IV рівня, 12-15 років — III, IV рівня. Це діти, які були на різних етапах рухових навичок. Реабілітаційна клітку отримували діти віком 4-6 років — II рівня, 6-12 років[12].

— II, III рівня, 12-15 років — III рівня — це пацієнти, які були на етапі повзання рачки, починали вертикалізуватись і починали ходити з підтримкою. Tygosolution отримували діти віком 6-12 років — I рівня, 12-15 років — I, II рівня. Тобто дану процедуру отримували пацієнти, які ходили і мали незначні обмеження в ході. GEO — system отримували діти віком 4-6 років — II рівня, 6-12 років — II рівня, 12-15 років — II рівня

— це пацієнти, які були вертикалізовані, ходили і мали обмеження в ході. Lokomat отримували діти віком 4-6 років

— II, III рівня, 6-12 років — III рівня — це пацієнти, які починали

вертикалізува- тись, були вертикалізовані і починали ходити. Локосистему отримували діти віком 4-6 років — I рівня, 6-12 років — I рівня, 12-15 років — I рівня. Тобто дану процедуру отримували пацієнти, які самостійно ходили і мали незначні обмеження. Динамічну пропріоцептивну корекцію у вигляді “Атлант” отримували діти віком 2-4 років -II-III рівня, 4-6 років -II-III рівня, 6-12 років — II-III рівня, 12-15 років -II-III рівня — це пацієнти, які починали тільки вертикалізуватись і ходити з підтримкою. Динамічну пропріоцептивну корекцію у вигляді “Аделі” отримували діти віком 3-6 років -II рівня, 6-12 років -I,II рівня, 12-15-I,II рівня. Тобто дану процедуру отримували пацієнти, які ходили і мали незначні обмеження в ході. Механотерапію отримували діти віком 3-4 років — I, II, III рівня, 4-6 років — I, II, III рівня, 6-12 років — I, II, III рівня, 12-15 років -I, II, III рівня. Це діти, які були на різних етапах рухових навичок. Гідрокінезітерапію отримували діти віком 2-4 років — I, II, III, IV рівня, 4-6 років — I, II, III, IV рівня, 6-12 років — I, II, III, IV рівня — це пацієнти, які знаходились на різних етапах рухових навичок. Кінезіотейпування ми призначали дітям віком 2-16 років, різних рівней рухових порушень (GMFCS)[9].

На початку застосування розробленого нами протоколу призначень методів фізкультурно-спортивної реабілітації, на нашу думку він був універсальний для нашого центра. Але на протязі року ми зіткнулись з пацієнтами, котрим був необхідний індивідуальний підхід, індивідуальне призначення і комбінування методів відходячи від протоколу.

Нами були зроблені висновки — кожна дитина з ураженням центральної і периферичної нервової системи є унікальна і підхід до таких пацієнтів має бути суто індивідуальний. На базі нашого центру є можливість надати таким пацієнтам широкий спектр фізичних методів реабілітації, що допомагає більш детальніше зайнятись руховою проблемою дитини і надати їй професійну, широку і комплексну реабілітацію. Таким чином, на нашу думку необхідно застосовувати в лікуванні різноманітні методи фізкультурно-спортивної реабілітації, що дозволяє розширити спектр допомоги пацієнтам з ураженням центральної і периферичної нервової системи, яке приводить до виражених

рухових порушень. З огляду на актуальність даного питання, нами буде продовжено моніторинг результативності і процесу підбору методів фізкультурно-спортивної реабілітації для подальшого вивчення і аналізу.

Деякі інші переваги, пов'язані з фізіотерапією для дітей з аутизмом, включають:

Поліпшення постави, фокусування та зорового контакту

- Усунення порушення опорно-рухового апарату в грудній стінці, стопі або щиколотці
- Усунення порушень, що впливають на координацію та рухові функції
- Розробка режиму фітнесу

Дослідження показали, що інтенсивна фізична активність може бути високоефективною формою лікування аутизму. Одне з таких досліджень, опубліковане в 1982 році в «Journal of Autism and Developmental Disorders», показало, що біг підтюпцем призводить до зниження самотимуляції поведінки та призвело до збільшення відповідної гри та академічної реакції. Одна з теорій щодо того, чому фізичні вправи зменшують такий тип поведінки, полягає в тому, що структурована рутина та повторювана діяльність, така як біг і плавання, подібні до повторюваної поведінки, пов'язаної з аутизмом. Структуровані вправи служать конструктивними формами заміни поведінки.

Терапія на конях, або *іпотерапія*, зазвичай є частиною більшої програми, яка включає лікувальну їзду на конях. Терапія на конях була особливо корисною для дітей з аутизмом, багатовимірний ритмічний рух коня точно відображає ходу людської ходьби. Дитина-аутист зазвичай не користується сідлом під час іпотерапії, пояснила Aspen Education Group на своєму веб-сайті. Їзда без сідла дозволяє дитині краще відчувати рухи коня. Вершник усвідомлює, де знаходиться тіло по відношенню до коня. Терапія на конях може допомогти покращити відчуття аутичної дитини власного тіла в космосі[11].

Іншою формою фізіотерапевтичних вправ, які зазвичай використовуються для лікування аутизму, є водна терапія (гідрокінезотерапія), яка зазвичай

проводиться в басейні. Тиск теплої води, що тисне на тіло, може заспокоїти дитину з аутизмом. Вода може забезпечити заспокійливу форму сенсорного впливу, поки дитина виконує вправи, призначені для покращення діапазону рухів і загальної рухливості. Рекреаційний терапевт Лорі Джейк зазначає, що тепла вода зменшує масу тіла на 90 відсотків, зменшує силу впливу на тіло, розслаблює м'язи та зменшує спастичність, роблячи воду «ідеальним середовищем для вправ або реабілітації тіла»[12].

Може бути корисним інтегрувати групові заняття, такі як *тренування з танцю, йоги або початкових бойових мистецтв*, у навчальні програми закладів раннього навчання для покращення рухових і поведінкових функцій у дітей з РАС.

Багато засобів фізіотерапії можуть здатися структурованою грою, а простота навчання дітей з аутизмом, повинна бути комфортною і часто веселою частиною лікування аутизму. Дослідники стверджують, що може бути корисно інтегрувати групові заняття, такі як тренування з танцю, йоги або навчання елементарних бойових мистецтв, у навчальні програми закладів раннього навчання, щоб покращити рухові та поведінкові функції дітей з РАС. Дослідження ефективності ерготерапії при аутизмі проводилось протягом повного курсу санаторно-курортного лікування (18 діб) на базі міжнародного дитячого медичного центру «СКІФОС» м. Скадовськ Херсонської області. Було обстежено всього 10 дітей у віці 5-12 років, з них - 5 дівчат і 5 хлопців, із діагнозом - аутизм. Комплексна програма реабілітації дітей з аутизмом, окрім ерготерапії, включала масаж, лікувальну фізкультуру, фізіотерапію, сенсорну інтегративну терапію, ігротерапію, іпотерапію, психологічну, логопедичну і педагогічну корекцію [15].

Ерготерапевтичне втручання включало в себе наступні етапи:

1. Діагностика, яка складалась зі збору анамнезу і проведення ерготерапевтичних обстежень. Особливістю цього етапу був аналіз впливу психічних порушень при аутизмі на рівень функціональних можливостей дітей.
2. Визначення цілей і завдань ерготерапії. Мета ерготерапії залежала

від тяжкості вихідних психофізіологічних порушень: для одних вона полягала в досягненні повного відновлення порушених функцій і повної ресоціалізації, для інших - у виробленні компенсаторних механізмів діяльності організму для забезпечення максимально можливої незалежності та поліпшення якості життя.

3. Складання індивідуальної програми ерготерапії із врахуванням вмінь, навичок, інтересів, здібностей дитини, її віку і статі. На цьому етапі проводився вибір видів діяльності, методик, технік і прийомів, необхідних для досягнення мети, визначалось допоміжне обладнання.

4. Впровадження програми ерготерапії в реабілітаційний процес, що спрямовано на забезпечення дітей з особливостями психофізичного розвитку необхідними умовами для виконання діяльності, що задовольняє їх запити та вимоги і відповідає їхнім здібностям витримувати певне навантаження.

5. Оцінка ефективності проведеного ерготерапевтичного втручання наприкінці курсу санаторно-курортного лікування за допомогою спеціально підібраних тестових завдань різної спрямованості та різного рівня складності.

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 соціально- побутовий і комунікаційний досвід кожної дитини, індивідуальні особливості та можливості. Активність дітей з аутизмом 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. В процесі ерготерапевтичних занять використовували різноманітні засоби наочності (натуральні предмети, зображення, фотографії, схеми, карти- плани, муляжі, іграшки та ін.) [20].

Для оцінки ефективності проведеної ерготерапії на початку і наприкінці

курсу реабілітації була проведена діагностика рівня розвитку дрібної моторики і когнітивних функцій за допомогою спеціальних методик із завданнями різного змісту: «мозаїка», «трафарети», «чарівна скринька», «кубики», «кільце- кид», «куточок природи», «прищіпки», «шнурки», «пазли», «професії».

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. Пацієнту пропонують зібрати спочатку більш простий малюнок, потім переходити до більш складного.

Оцінка результату в балах: 0 - поганий захват фішок мозаїки, невміння скласти малюнок за шаблоном, 1 - задовільний захват фішок мозаїки, невміння скласти малюнок за шаблоном, 2 - задовільний захват фішок мозаїки, часткове складання малюнку за шаблоном, 3 - хороший захват фішок мозаїки, складає малюнок за шаблоном (великих та середніх розмірів фішок), 4 - хороший захват фішок мозаїки, складає малюнок за шаблоном (всіх розмірів).

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

Оцінка результату в балах: 0 - погана координація рухів, 0 попадань з 10, 1 - незадовільна координація рухів, 1-2 попадань з 10, 2 - задовільна координація рухів, 3-5 попадань з 10, 3 - хороша координація рухів, 6 і більше попадань з 10.

Методика «Чарівна скринька»

Завдання: здійснення захвату предметів різної форми і розмірів, вміння на дотик за формою визначити предмет. Пацієнту 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.

Оцінка результату в балах: 0 - поганий захват предметів, невміння на дотик визначити предмет, 1 - задовільний захват предметів, невміння на дотик визначити предмет, 2 - задовільний захват предметів, часткове вміння на дотик визначити предмет, 3 - хороший захват предметів, вміння на дотик визначити предмет (великих та середніх розмірів), 4 - хороший захват предметів, вміння на дотик визначити предмет (всіх розмірів)[21].

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.

Оцінка результату в балах: 0 - поганий захват, невміння скласти «картини» відповідно до пори року, 1 - задовільний захват, невміння скласти «картини» відповідно до пори року, 2 - задовільний захват, часткове складання «картини» відповідно до пори року, 3 - хороший захват, часткове складання «картини» відповідно до пори року, 4 - хороший захват, складає «картини» відповідно до пори року.

Методика «Прищіпки»

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

Оцінка результату в балах: 0 - поганий захват прищіпки трьома пальцями, 1 - задовільний захват прищіпки трьома пальцями, 3 - хороший захват прищіпки трьома пальцями.

Методика «Шнурки»

Завдання: поліпшення дрібної моторики рук, поліпшення координації рухів верхніх кінцівок. Методика застосовується перед навчанням пацієнта шнурівці взуття. Заняття проводиться з використанням макета черевика.

Оцінка результату в балах: 0 - невміння шнурувати взуття, 1 - погана шнурівка взуття, 2 - задовільна шнурівка взуття, 3 - хороша шнурівка взуття.

Методика «Пазли»

Завдання: поліпшення концентрації уваги, розвиток наочно-образного мислення. Пацієнту пропонується зібрати картинку за заданим зразком із складових частин різного розміру.

Оцінка результату в балах: 0 - невміння скласти картинку за заданим зразком, 1 - часткове складання картинки за заданим зразком, 3 - складає картинку за заданим зразком (великих та середніх розмірів частин), 4 - складає картинку за заданим зразком (всіх розмірів частин).

Методика «Професії»

Завдання: розвиток уваги і наочно- образного мислення. Пацієнту пропонуються картки із зображенням представників ряду професій і картки з атрибутами професій. Пацієнт повинен співвіднести професію з її атрибутами.

Оцінка результату в балах: 0 -

невміння співвідносити професію з її атрибутами, 1 - часткове співвідношення професії з її атрибутами, 2 - повне співвідношення професії з її атрибутами.

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. Пацієнту потрібно скласти кубики по заданому зразку.

Оцінка результату в балах: 0 - невміння скласти кубики по заданому зразку, 1 - часткове складання кубиків по

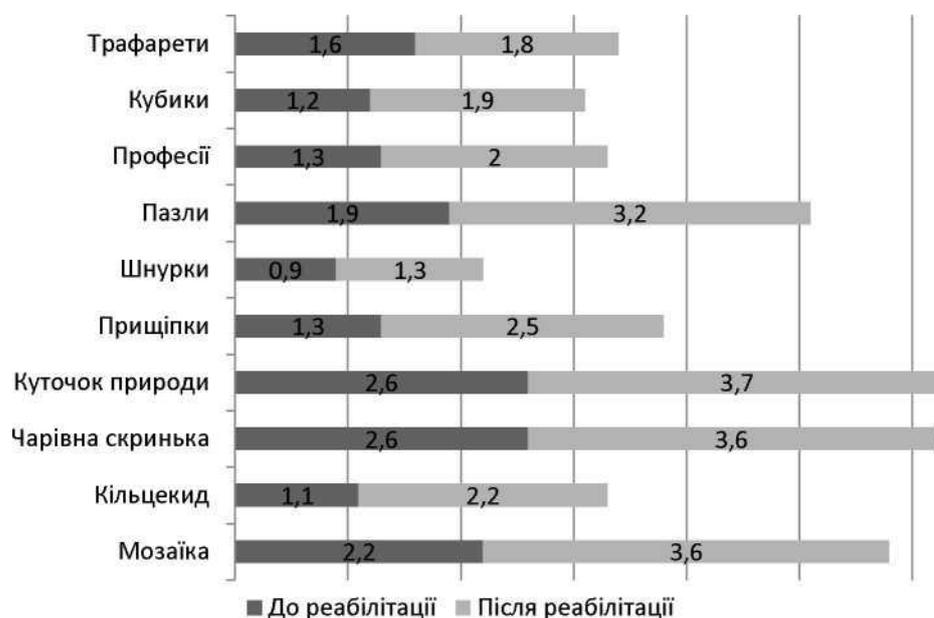


Рис. 1 Динаміка результатів виконаних завдань (в балах) за методиками для розвитку дрібної моторики і когнітивних функцій у дітей з аутизмом

Найвищий середній бал досліджених знань, умінь і навичок після курсу реабілітації було отримано за методикою «Куточок природи», що вказує на позитивний вплив ерготерапевтичного втручання на розвиток дрібної моторики дітей з аутизмом, але їх обізнаність у явищах природи в різні пори року більш повною виявилась у хлопчиків, ніж у дівчаток, що показано в таблиці 3.1. Майже заданому зразку, 2 - повне складання кубики по заданому зразку [15].

Методика «Трафарети»

Завдання: тренування пам'яті,

розвиток наочно-образного мислення. Пацієнту пропонують трафарети із зображенням овочів, фруктів, тварин, комах і навчають дізнаватися по контуру трафарету зображений предмет.

Оцінка результату в балах: 0 -

невміння дізнаватися по контуру трафарету зображений предмет, 1 - часткове вміння дізнаватися по контуру трафарету зображений предмет, 2 - повне вміння дізнаватися по контуру трафарету зображений предмет.

Аналізуючи результати обстеження групи дітей з аутизмом в цілому, було виявлено позитивну динаміку показників всіх досліджених знань, умінь і навичок, що представлено на рисунку 3.2. подібний рівень розвитку дрібної

моторики було визначено і за методиками «Чарівна скринька» та «Мозаїка», але образна уява, сенситивне відчуття дотику та знання різних предметів за формою і вміння їх співвідносити в більшому ступені було розвинуто у групі хворих на аутизм дівчат, про що свідчать їх показники до та після проведеної ерготерапії.

Таблиця 3.1

Динаміка результатів виконаних завдань (в балах) за методиками для розвитку дрібної моторики у дітей

Групи Методики	До реабілітації		Після реабілітації	
	Хлопчики	Дівчата	Хлопчики	Дівчата
Мозаїка	2,1±0,03	3,2±0,02	3,2±0,05	4,0±0,00
Кільцекид	1,6±0,01	0,7±0,00	2,9±0,08	1,5±0,01
Чарівна скринька	2,0±0,03	3,2±1,10	3,1±0,05	4,0±0,09
Куточок природи	3,3±0,08	2,4±0,03	4,0±0,00	3,1±0,09
Прищіпки	1,9±0,02	0,8±0,01	2,2±0,01	2,9±0,03
Шнурки	0,9±0,03	0,9±0,02	1,0±0,02	1,6±0,02
Пазли	2,0±0,04	1,9±0,01	3,4±0,50	3,1±0,09
Професії	1,4±0,09	1,2±0,05	2,0±0,00	1,9±0,07
Кубики	1,1±0,02	1,5±0,01	1,9±0,01	2,0±0,00
Графарети	1,4±0,03	1,8±0,02	1,6±0,03	2,0±0,00

Сприятливий вплив занять з ерготерапії на тренування зорової образної пам'яті та наочно-образного мислення дітей з аутизмом був визначений за результатами виконання завдання методики «Графарети», які показали позитивну динаміку їх показників, але в більшому ступені середній бал за якість відтворення в пам'яті образу і форми предмета зріс в групі дівчат.

За отриманими результатами виконаного завдання по методиці «Пазли» було визначено, що у всіх досліджених дітей, як дівчаток, так і хлопчиків, було збережене продуктивне наочно-образне мислення і його узагальнююча властивість, але часткове складання цілого образу із частин свідчило про недостатню концентрацію уваги при виконанні завдання на початку впровадження реабілітаційної програми. Наприкінці курсу комплексної реабілітації майже всі хворі діти, не залежно від статі, навчилися правильно скласти із частин різного

розміру цілий образ, що свідчило про позитивний вплив ерготерапевтичних прийомів на розвиток уваги і мислення. Подібна динаміка рівня розвитку властивостей уваги і наочно-образного мислення дітей з аутизмом була виявлена і за методикою «Професії» та «Кубики», де вони проявили вміння аналізувати і встановлювати зв'язки між предметами і подіями в більш повній мірі після завершення курсу ерготерапії [12].

Достатньо сприятливим виявився вплив ерготерапевтичних прийомів на розвиток рухової витривалості дрібної моторики аутичних дітей різного віку і статі, на що опосередковано вказують динамічні зміни середнього показника вміння докладати відповідних зусиль пальців для подолання опору пружини прищипки, визначеного за методикою «Прищипки» і оціненого в балах, який наприкінці курсу реабілітації відповідав задовільному рівню розвитку.

Дослідження координації рухів показало її низький рівень розвитку у дітей з аутизмом, але у хлопчиків ця рухова властивість була більш розвинута і ще більше покращилась після ерготерапевтичного втручання протягом курсу реабілітації, на відміну від дівчат, в яких кількісний середній показник координації рухів зріс вдвічі, але недостатньо, і залишився на якісно низькому рівні розвитку цієї властивості. Деяке покращення координації рухів верхніх кінцівок під впливом занять з ерготерапії було виявлено і за методикою «Шнурки». Так, на початку курсу реабілітації частина дітей зовсім не мала навичок самостійної шнурівки взуття, а частина дітей з цим завданням впоралась з дуже поганим результатом, а вже на етапі завершення реабілітаційної програми всі діти впорались із цим завданням, але якість його виконання відповідала низькому і задовільному рівню розвитку координаційних рухів верхніх кінцівок [11].

Отже, показники рівня розвитку функцій когнітивної та рухової сфери, що визначались через сформовані знання, вміння і навички за допомогою спеціально підібраних завдань, показали ефективність ерготерапевтичного втручання в процесі комплексної реабілітації на етапі санаторно-курортного лікування дітей з аутизмом. При чому, такі функції, як дрібна моторика і координація рухів верхніх кінцівок були краще розвинуті та мали більший

реабілітаційний потенціал у аутичних хлопчиків, а розвиток таких когнітивних функцій, як увага, образна пам'ять і наочно-образне мислення виявився на дещо вищому рівні серед аутичних дівчат, на що вказують динамічні зміни середніх показників цих функцій на початку і наприкінці курсу ерготерапії.

Отримані результати дослідження довели ефективність ерготерапії, як одного із основних методів реабілітації дітей, хворих на аутизм. 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.

У подальших дослідженнях планується визначення ефективності сенсорної інтегральної терапії при дитячому аутизмі.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

Для досягнення поставленої мети та вирішення завдань дослідження було використано комплекс взаємодоповнювальних методів, що дозволили об'єктивно оцінити ефективність експериментальної програми фізкультурно-спортивної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра.

1. **Аналіз і узагальнення науково-методичної літератури** застосовувався з метою вивчення сучасних підходів до фізкультурно-спортивної реабілітації дітей з РАС, особливостей сенсомоторного та рухового розвитку дітей різного віку, а також для обґрунтування структури й змісту експериментальної програми. Аналіз охоплював наукові публікації, методичні рекомендації та міжнародні дослідження у сфері адаптивної фізичної культури.

2. Педагогічні методи дослідження

2.1. Педагогічне спостереження

Використовувалося для оцінки поведінкових реакцій дітей, рівня залученості до занять, особливостей виконання рухових завдань, здатності до наслідування та взаємодії з іншими учасниками. Спостереження проводилося систематично на всіх етапах експерименту.

2.2. Педагогічний експеримент

Педагогічний експеримент передбачав упровадження авторської експериментальної програми фізкультурно-спортивної реабілітації. Дослідження проводилося у формі порівняльного експерименту з виділенням експериментальної та контрольної груп.

3. Методи оцінювання рухового та функціонального стану

Для визначення ефективності експериментальної програми застосовувалися адаптовані до віку та можливостей дітей з РАС тестові методики.

Для дітей віком 5–7 років:

- оцінка загальної рухової активності;

- тести на рівновагу (статичну та динамічну);
- спостережувальна оцінка координації рухів;
- оцінка навичок ходьби, бігу, стрибків;
- аналіз сенсомоторних реакцій.

Для дітей віком 7–10 років:

- тести на координацію та точність рухів;
- оцінка рівноваги;
- визначення рівня силової та швидко-силової підготовленості;
- оцінка витривалості у межах вікових норм;
- аналіз постави та рухових навичок.

4. Психолого-педагогічні методи

Застосовувалися з метою оцінки змін у психоемоційному стані та соціальній поведінці дітей:

- оцінка рівня тривожності;
- аналіз здатності до саморегуляції;
- спостереження за соціальною взаємодією;
- оцінка дотримання правил та чергування дій під час рухових ігор.

5. Методи математичної статистики

Отримані результати оброблялися методами математичної статистики з метою визначення достовірності змін показників у експериментальній та контрольній групах до та після проведення експерименту. Аналіз включав розрахунок середніх значень, стандартних відхилень та оцінку статистичної значущості різниць між показниками.

2.2. Організація дослідження

В експериментальній групі реалізовувалася адаптована програма з урахуванням вікових особливостей:

- для дітей 5–7 років — переважно ігрові, сенсомоторні та наслідувальні методи;
- для дітей 7–10 років — поєднання ігрових і тренувальних методів з поступовим ускладненням рухових завдань.

Контрольна група займалася за традиційною програмою фізичного виховання.

РОЗДІЛ 3. ЗМІСТ ПРОГРАМИ ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

Фізкультурно-спортивна реабілітація дітей з розладами аутистичного спектру (РАС) є важливою складовою комплексного реабілітаційного процесу, оскільки поєднує оздоровчий, корекційно-розвивальний та соціалізаційний впливи. Особливості її організації зумовлені специфікою психофізичного розвитку дітей з РАС, зокрема порушеннями сенсорної інтеграції, комунікативної діяльності, емоційно-вольової сфери та рухової координації.

Ключовим принципом фізкультурно-спортивної реабілітації цієї категорії дітей є індивідуалізація програм занять з урахуванням функціональних можливостей, рівня адаптації та сенсорної чутливості. Важливе значення має чітка структурованість занять, повторюваність рухових завдань і передбачуваність послідовності вправ, що сприяє зниженню тривожності та формуванню відчуття безпеки.

Рухова діяльність у системі фізкультурно-спортивної реабілітації має виражену корекційну спрямованість і сприяє розвитку координації рухів, рівноваги, просторової орієнтації, нормалізації м'язового тону та формуванню базових рухових навичок. Регулярні фізичні вправи також дозволяють зменшити прояви рухових стереотипів шляхом їх заміщення цілеспрямованою активністю.

Важливим аспектом є психоемоційний вплив фізкультурно-спортивних занять, який проявляється у зниженні рівня тривожності, підвищенні здатності до саморегуляції та покращенні концентрації уваги. Крім того, рухова активність створює умови для формування соціальних і комунікативних навичок, зокрема наслідування, дотримання правил, чергування дій та взаємодії з іншими учасниками занять.

Ефективність фізкультурно-спортивної реабілітації дітей з РАС підвищується за умови використання адаптованих засобів фізичної культури, ігрових методик, спеціального обладнання та міждисциплінарного підходу із залученням фахівців різного профілю та батьків.

Програма фізкультурно-спортивної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) є комплексною системою корекційно-оздоровчих заходів, спрямованих на покращення фізичного стану, сенсомоторного розвитку, психоемоційної стабільності та соціальної адаптації дітей. Зміст програми формується з урахуванням віку, рівня функціонування, індивідуальних особливостей сенсорної інтеграції та рухового розвитку.

Метою програми є оптимізація фізичного та психосоціального розвитку дітей з РАС засобами адаптованої фізичної культури та спорту.

Основні завдання програми:

- розвиток загальної та спеціальної рухової підготовленості,
- покращення координації рухів, рівноваги та просторової орієнтації,
- нормалізація м'язового тону та рухових стереотипів,
- розвиток сенсорної інтеграції,
- формування навичок саморегуляції та довільної уваги,
- стимулювання соціальної взаємодії та комунікації.

Програма фізкультурно-спортивної реабілітації включає такі основні блоки:

Адаптаційно-підготовчий блок

Спрямований на формування довіри до фахівця, адаптацію до умов занять та ознайомлення з правилами. Включає дихальні та релаксаційні вправи, прості рухи великої амплітуди, вправи на наслідування, ігрові рухові завдання з чіткою інструкцією.

Сенсомоторний блок

Метою є розвиток сенсорної інтеграції та пропріоцептивної чутливості. Використовуються вправи на вестибулярну стимуляцію (гойдання, перекочування, баланс), вправи з опором та обтяженням, рухи по сенсорних доріжках, вправи з м'ячами, фітболами, балансувальними платформами.

Корекційно-руховий блок спрямований на формування та вдосконалення рухових навичок. Використовуються вправи на розвиток координації та точності рухів, елементи лікувальної фізкультури, вправи на розвиток сили, витривалості та гнучкості, корекція порушень постави та ходи.

Ігрово-соціалізаційний блок забезпечує розвиток соціальних і комунікативних умінь через рухову діяльність: парні та групові рухові ігри, вправи з дотриманням черговості та правил, естафети та прості командні завдання, ситуації з емоційним підкріпленням.

Спортивно-орієнтований блок передбачає залучення дітей до адаптованих видів спорту: плавання, адаптивна гімнастика, елементи легкої атлетики, рухливі ігри з елементами спорту. Блок сприяє підвищенню мотивації, формуванню інтересу до фізичної активності та довготривалій участі у заняттях.

Таким чином, зміст програми фізкультурно-спортивної реабілітації дітей з РАС базується на комплексному поєднанні сенсомоторних, корекційно-рухових, ігрових та спортивних компонентів, що забезпечує багатовекторний вплив на фізичний, психоемоційний і соціальний розвиток дитини.

Експериментальна програма фізкультурно-спортивної реабілітації розроблена з метою науково обґрунтованої перевірки ефективності комплексного використання засобів адаптованої фізичної культури у корекції рухових, сенсомоторних та соціально-комунікативних порушень у дітей з розладами аутистичного спектра (РАС).

Мета програми – експериментально перевірити вплив структурованої фізкультурно-спортивної реабілітації на показники фізичного розвитку, сенсомоторної координації, психоемоційного стану та соціальної адаптації дітей з РАС.

Основні завдання програми:

- підвищити рівень загальної рухової підготовленості,
- покращити показники координації, рівноваги та просторової орієнтації,
- нормалізувати м'язовий тонус і зменшити прояви рухових стереотипів,
- сприяти розвитку сенсорної інтеграції,

- сформувати елементарні соціальні та комунікативні навички в умовах рухової діяльності.

Експериментальна програма реалізовувалася з дітьми з діагностованими розладами аутистичного спектра віком 7-10 років, які були поділені на основну (експериментальну) та контрольну групи. Діти контрольної групи займалися за традиційною програмою фізичного виховання, тоді як в експериментальній групі застосовувалася авторська програма фізкультурно-спортивної реабілітації.

Експериментальна програма тривала 6 місяців і включала 5 занять на тиждень тривалістю 20-30, 30-40 хвилин кожне. Заняття проводилися в індивідуальній або малогруповій формі з урахуванням рівня функціонування дітей та їх сенсорних особливостей.

Експериментальна програма складалася з наступних функціональних блоків:

Адаптаційно-підготовчого блоку, метою якого була адаптація дитини до умов занять та формування мотивації до рухової діяльності. Використовували дихальні та релаксаційні вправи, вправи на наслідування, прості рухи з чіткою візуальною інструкцією, рухливі ігри з мінімальною сенсорною стимуляцією.

Метою *сенсомоторного блоку* був розвиток сенсорної інтеграції та пропріоцептивної чутливості. Засобами фізкультурно-спортивної реабілітації були вправи на вестибулярну стимуляцію (балансування, перекочування), вправи з опором та обтяженням, вправи на тактильну стимуляцію, використання сенсорних доріжок, фітболів, балансувальних платформ.

Корекція порушень рухового розвитку була метою *корекційно-рухового блоку*. Для цього використовувалися вправи на розвиток координації та точності рухів, елементи лікувальної фізкультури, вправи на розвиток сили, гнучкості та витривалості, корекційні вправи для постави та ходи.

Ігрово-соціалізаційний блок покликаний сформувати соціальну взаємодію та комунікативні уміння. Засобами для цього були парні та групові рухові ігри, естафети з дотриманням правил, вправи на чергування дій, ігрові завдання з елементами співпраці.

Підвищення мотивації до фізичної активності та формування інтересу до спорту засобами адаптованого плавання, адаптивної гімнастики, елементами легкої атлетики, рухливими іграми з елементами спортивних вправ підтримувався *спортивно-орієнтований блок*.

Передбачається, що впровадження експериментальної програми забезпечить покращення показників рухової підготовленості, підвищення рівня координації та рівноваги.

Вікова диференціація експериментальної програми зумовлена відмінностями у рівні моторного розвитку, довільної регуляції поведінки, здатності до наслідування та соціальної взаємодії дітей з розладами аутистичного спектра. Тому діти були поділені на 2 групи віком 5-7 років і 7-10 років.

Для дітей віком 5-7 років метою програми була стимуляція базового сенсомоторного розвитку, формування первинних рухових навичок і створення позитивної мотивації до рухової активності.

Завдання

- розвиток загальної рухової активності,
- формування навичок наслідування та просторової орієнтації,
- розвиток рівноваги та координації рухів,
- зниження рівня тривожності,
- формування елементарної соціальної взаємодії.

Заняття повинні бути тривалістю 20–30 хв у індивідуальній формі або малі групи (2–3 дитини). Окрім того обов'язкова візуальна підтримка (пиктограми, картки), ігрова форма подачі матеріалу, часті паузи для відпочинку.

Адаптаційно-підготовчий блок

- дихальні вправи у вигляді гри,
- прості рухи з великими предметами,
- вправи на наслідування.

Сенсомоторний блок

- перекочування, гойдання,

- ходьба по сенсорних доріжках,
- вправи з м'ячами, фітболами.

Корекційно-руховий блок

- вправи на повзання, лазіння,
- прості координаційні рухи,
- вправи на формування правильної ходи.

Ігрово-соціалізаційний блок

- рухливі ігри з простими правилами,
- парні вправи з дорослим,
- ігри на чергування дій.

Спортивно-орієнтований блок

- елементи адаптованої гімнастики,
- рухливі ігри з м'ячем,
- підготовчі вправи до плавання.

Для дітей віком 7-10 метою програми був розвиток цілеспрямованої рухової діяльності, вдосконалення координаційних здібностей та формування соціально прийнятної поведінки в умовах групової діяльності.

Завданнями були удосконалення координації, рівноваги та точності рухів, розвиток сили, витривалості та гнучкості, формування навичок дотримання правил, розвиток саморегуляції та довільної уваги, розширення соціальної взаємодії.

На противагу групі 5-7 років тривалість заняття: 30–40 хв в малих групах (3–5 дітей) з поєднанням ігрових та навчально-тренувальних методів, поступовим ускладнення завдань, контролем інтенсивності навантаження.

Ігрово-соціалізаційний блок

- командні рухливі ігри,
- естафети,
- вправи на взаємодію та співпрацю.

Спортивно-орієнтований блок

- адаптовані види спорту (плавання, легка атлетика),

- елементи гімнастики,
- спортивні ігри з модифікованими правилами.

Вікова адаптація експериментальної програми дозволяє забезпечити адекватне дозування фізичного навантаження та відповідність змісту занять психофізичним можливостям дітей з РАС. Це підвищує ефективність фізкультурно-спортивної реабілітації, сприяє позитивній динаміці моторного розвитку та соціальної адаптації дітей різних вікових груп.

Фізкультурно-спортивна реабілітація дітей з розладами аутистичного спектру (РАС) має низку принципів особливостей, зумовлених специфікою психофізичного розвитку, сенсорної обробки інформації та соціальної взаємодії таких дітей.

Програми реабілітації будуються строго індивідуально, з урахуванням рівня функціонування дитини, її сенсорних потреб, комунікативних можливостей і поведінкових особливостей. Заняття мають чітку структуру, повторюваний алгоритм дій і передбачуваність, що знижує тривожність і сприяє кращому залученню дитини.

Діти з РАС часто мають гіпо- або гіперчутливість до тактильних, зорових, слухових та вестибулярних стимулів. Тому під час фізкультурно-спортивної реабілітації:

- дозується інтенсивність рухових і сенсорних впливів;
- обмежуються надмірні звукові та зорові подразники;
- активно використовуються вправи на пропріоцепцію та вестибулярну стимуляцію.

Фізичні вправи мають не лише оздоровчу, а й корекційно-розвивальну функцію, зокрема спрямовані на:

- розвиток координації, рівноваги, просторової орієнтації;
- нормалізацію м'язового тону;
- формування базових рухових навичок;
- зменшення стереотипних рухів через заміщення їх цілеспрямованою активністю.

Фізкультурно-спортивні заняття виступають засобом регуляції емоційного стану:

- знижують рівень тривожності та агресивності;
- сприяють формуванню навичок саморегуляції;
- покращують увагу та здатність до зосередження.

5. Розвиток соціальних і комунікативних навичок

Через рухову діяльність формуються елементарні соціальні вміння:

- дотримання правил;
- чергування дій;
- наслідування рухів;
- взаємодія з інструктором та однолітками.

Перевага надається парним і малогруповим формам роботи.

У практиці фізкультурно-спортивної реабілітації дітей з РАС ефективними є:

- елементи лікувальної фізкультури;
- адаптивна фізична культура;
- ігрові рухові методики;
- вправи з фітболами, балансувальними платформами, сенсорними доріжками;
- адаптовані види спорту (плавання, гімнастика, кінезіотерапія).

Реабілітація здійснюється у тісній взаємодії фахівців: лікаря, фізичного терапевта, психолога, логопеда, дефектолога та за активної участі батьків, що забезпечує комплексний і стабільний ефект.

РОЗДІЛ 4. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз результатів педагогічного експерименту засвідчив позитивний вплив розробленої програми фізкультурно-спортивної реабілітації на показники фізичного, сенсомоторного та соціально-поведінкового розвитку дітей з розладами аутистичного спектра. Отримані дані підтверджують доцільність комплексного, структурованого та адаптованого підходу по вікову до організації рухової діяльності цієї категорії дітей.

У процесі експерименту у дітей експериментальної групи обох вікових категорій (5–7 та 7–10 років) спостерігалася виражена позитивна динаміка показників координації рухів і рівноваги. Це може бути пов'язано з цілеспрямованим включенням до програми сенсомоторного блоку, вправ на вестибулярну стимуляцію та пропріоцепцію, а також систематичним використанням вправ на балансування. На відміну від контрольної групи, де зміни мали переважно нестійкий характер, в експериментальній групі покращення зберігалися протягом усього періоду спостереження.

Особливо виражені зміни зафіксовано у дітей віком 5–7 років, що проявлялося у підвищенні якості виконання базових рухових дій (ходьба, біг, стрибки), зростанні здатності до наслідування рухів та зниженні рухової дезорганізації (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Динаміка оцінювання фізичного розвитку та координації дітей з РАС віком 5-7 років

Показник	До реабілітації	Після реабілітації	P
Статична рівновага (середній час утримання стійки на одній нозі, с)	8,5 ± 1,2	14,2 ± 1,5	< 0,05
Динамічна рівновага (прохід по лаві, с)	10,3 ± 1,6	6,2 ± 1,1	< 0,05
Стрибок у довжину з місця (см)	60,2 ± 5,4	68,7 ± 4,9	< 0,05

Примітка: P – достовірність різниці між показниками до реабілітації і після реабілітації у дітей з РАС 5-7 років

Це підтверджує ефективність ігрового та наслідувального характеру вправ, які відповідають віковим і психофізичним особливостям молодших дітей з РАС.

Кількість рухових стереотипів зменшилась, про що свідчить динаміка результатів дослідження (табл.4.2)

Таблиця 4.2

Динаміка кількості рухових стереотипів у дітей з РАС 5-7 років

Показник	До реабілітації	Після реабілітації	P
Кількість рухових стереотипів за 10 хв спостереження	12,5 ± 2,1	5,7 ± 1,3	< 0,05

Примітка: P – достовірність різниці між показниками до реабілітації і після реабілітації у дітей з РАС 5-7 років.

Зменшення стереотипів пов'язане з цілеспрямованою структурованою руховою діяльністю та ігровими елементами, що заміщують стереотипні рухи.

Важливим аспектом є психоемоційний вплив фізкультурно-спортивних занять, який проявляється у зниженні рівня тривожності, підвищенні здатності до саморегуляції та покращенні концентрації уваги (табл. 4.3)

Таблиця 4.3

Динаміка психоемоційного стану та соціальної взаємодії у дітей з РАС 5-7 років

Показник	До реабілітації	Після реабілітації	P
Рівень тривожності (балів, за спостережувальною шкалою)	7,8 ± 1,4	4,2 ± 1,0	< 0,05
Виконання завдань у парі/групі (% успішних дій)	48,2 ± 5,6	76,5 ± 6,2	< 0,05
Дотримання правил ігрових завдань (% успішних дій)	51,0 ± 4,8	80,3 ± 5,0	< 0,05

Примітка: P – достовірність різниці між показниками до реабілітації і після реабілітації у дітей з РАС 5-7 років.

Крім того, рухова активність створює умови для формування соціальних і комунікативних навичок, зокрема наслідування, дотримання правил, чергування дій та взаємодії з іншими учасниками занять (табл. 4.3).

У віковій групі 7–10 років позитивні зміни більшою мірою стосувалися розвитку цілеспрямованої рухової діяльності, покращення точності та узгодженості рухів, а також підвищення витривалості та силових показників у межах вікової норми. Отримані результати свідчать, що поєднання ігрових і тренувальних методів із поступовим ускладненням рухових завдань сприяє формуванню довольної регуляції рухів та підвищенню функціональних можливостей дітей з РАС (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

Динаміка оцінювання фізичного розвитку та координації дітей з РАС віком 7 – 10 років

Показник	До реабілітації	Після реабілітації	P
Статична рівновага (середній час утримання стійки на одній нозі, с)	10,1 ± 1,4	16,5 ± 1,7	< 0,05
Динамічна рівновага (прохід по лаві, с)	9,5 ± 1,5	6,2 ± 1,1	< 0,05
Стрибок у довжину з місця (см)	72,1 ± 6,0	81,5 ± 5,6	< 0,05

Примітка: P – достовірність різниці між показниками до реабілітації і після реабілітації у дітей з РАС 7-10 років

Важливим результатом упровадження програми стало зниження частоти та інтенсивності рухових стереотипій у дітей експериментальної групи 7-10 років.

Ймовірно, це зумовлено заміщенням стереотипних рухів структурованою, цілеспрямованою руховою діяльністю, що узгоджується з даними сучасних наукових досліджень щодо впливу фізичної активності на поведінкові прояви у дітей з РАС (табл. 4.5).

Таблиця 4.5

Динаміка кількості рухових стереотипів у дітей з РАС 7-10 років

Показник	До реабілітації	Після реабілітації	P
Кількість рухових стереотипів за 10 хв спостереження	10,8 ± 1,9	4,8 ± 1,2	< 0,05

Примітка: P – достовірність різниці між показниками до реабілітації і після реабілітації у дітей з РАС 7-10 років

Крім того, спостерігалася позитивна динаміка психоемоційного стану та соціальної взаємодії. Діти експериментальної групи демонстрували підвищення рівня залученості до занять, зменшення тривожності, покращення здатності дотримуватися правил і виконувати завдання в парі або малій групі. Це підтверджує значення ігрово-соціалізаційного та спортивно-орієнтованого блоків програми як засобів формування елементарних соціальних навичок (табл. 4.6.)

Таблиця 4.6

Динаміка психоемоційного стану та соціальної взаємодії у дітей з РАС 7-10 років

Показник	До реабілітації	Після реабілітації	P
Рівень тривожності (балів, за спостережувальною шкалою)	6,5 ± 1,3	3,5 ± 0,9	< 0,05
Виконання завдань у парі/групі (% успішних дій)	55,3 ± 6,0	82,1 ± 5,7	< 0,05
Дотримання правил ігрових завдань (% успішних дій)	57,5 ± 5,2	85,4 ± 4,6	< 0,05

Примітка: P – достовірність різниці між показниками до реабілітації і після реабілітації у дітей з РАС 7-10 років.

Отримані результати узгоджуються з висновками вітчизняних та зарубіжних авторів, які підкреслюють ефективність адаптованих програм фізичної активності у корекції рухових і поведінкових порушень у дітей з

розладами аутистичного спектра. Водночас результати дослідження доповнюють наявні наукові дані, акцентуючи увагу на важливості вікової диференціації змісту фізкультурно-спортивної реабілітації.

ВИСНОВКИ

1. Теоретичний аналіз літературних джерел засвідчив, що фізкультурно-спортивна реабілітація дітей з розладами аутистичного спектру (РАС) є важливою складовою комплексного реабілітаційного процесу, оскільки поєднує оздоровчий, корекційно-розвивальний та соціалізаційний впливи. Особливості її організації зумовлені специфікою психофізичного розвитку дітей з РАС, зокрема порушеннями сенсорної інтеграції, комунікативної діяльності, емоційно-вольової сфери та рухової координації.

2. Ключовим принципом фізкультурно-спортивної реабілітації цієї категорії дітей є індивідуалізація програм занять з урахуванням функціональних можливостей, рівня адаптації та сенсорної чутливості. Важливе значення має чітка структурованість занять, повторюваність рухових завдань і передбачуваність послідовності вправ, що сприяє зниженню тривожності та формуванню відчуття безпеки.

3. Рухова діяльність у системі фізкультурно-спортивної реабілітації має виражену корекційну спрямованість і сприяє розвитку координації рухів, рівноваги, просторової орієнтації, нормалізації м'язового тону та формуванню базових рухових навичок. Регулярні фізичні вправи також дозволяють зменшити прояви рухових стереотипів шляхом їх заміщення цілеспрямованою активністю.

4. Важливим аспектом є психоемоційний вплив фізкультурно-спортивних занять, який проявляється у зниженні рівня тривожності, підвищенні здатності до саморегуляції та покращенні концентрації уваги. Крім того, рухова активність створює умови для формування соціальних і комунікативних навичок, зокрема наслідування, дотримання правил, чергування дій та взаємодії з іншими учасниками занять.

5. Ефективність фізкультурно-спортивної реабілітації дітей з РАС підвищується за умови використання адаптованих засобів фізичної культури, ігрових методик, спеціального обладнання та міждисциплінарного підходу із залученням фахівців різного профілю та батьків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Воробей, О., Бобир, Р. (2012) Місце дитини-аутиста в сучасному Українському суспільстві. Етнічна історія народів Європи, 37, 79-82.
2. Дубовик, К. В. (2019). Порухення рухових функцій при розладах аутистичного спектра у дітей. Клінічна типологія та терапія. *Нейро News*. Психоневрологія и нейропсихиатрия, 3, 22-28.
3. Катоній, О. М. (2015). Методики та форми допомоги дітям із розладами спектру аутизму. *Таврійський вісник освіти*, 2(50), 253-259.
4. Козій, Т. П., Велюш, Д. Ю. (2017). Ерготерапія як складова комплексної реабілітації при аутизмі та її ефективність. Сучасні проблеми логопедії та реабілітації, 22-28.
5. 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.
6. 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.
7. Нестерчук, Н., Бовгиря, А., Григус, І., Скальські, Д. (2018). Фізична реабілітація дітей з аутизмом. *Medycyna i zdrowie. Wybrane aspekty ratownictwa*, 34-43.
8. Островська, К. О. (2014). Психологічний супровід професійної реабілітації осіб з розумовою відсталістю. *Професійна психологія: реалії та перспективи розвитку*, 212–216.
9. Островська, К. О., Рибак, Ю. В. (2010). Реабілітація дітей з аутистичним спектром у центрі денного перебування. Львів, «Тріада плюс».
10. Рибченко, Л. К. (2016). Психологічна та соціальна адаптація дітей з аутизмом. *Науковий часопис. Спеціальна психологія*, 387-392.
11. 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.

12. Сухіна, І., Риндер, І., Скрипник, Т. (2017). Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом: посібник. Київ-Чернівці: «Букрек».
13. 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.
14. Темерівська, Т. Г., Ворнічеса Т. В. (2018). Особливості фізичної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектру. Молодий вчений, 3.3, 167-170.
15. Чернецька, О. (2018). Особливості розвитку рухової сфери у аутичних дітей. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві, 3, 166-168.
16. Чуприков, А. П., Хворова, Г. М. (2012). Розлади спектра аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога. Львів: Мс.
17. Шаповалова, І., Псарьова, А. (2017). Вплив засобів фізичної реабілітації на дітей з раннім дитячим аутизмом та з розладами спектра аутизму. Фізична культура, спорт та здоров'я нації: збірник наукових праць, 4 (23), 288–292. 63.
18. Brian, J., Doyle-Thomas, K.A.R., Varibeau, D., & Anagnostou, E. (2016). Novel mechanisms and treatment approaches in autism spectrum disorder. *Discovery medicine*, 22(119), 47–54.
19. 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.
20. 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.

21. Fabri, M., Awad Elzouki, S.Y., & Moore, D. (2017). Emotionally expressive avatars for chatting, learning and therapeutic intervention. *Human Computer Interaction. Part III, Vol. 4552*, 275–285.
22. 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.